**RESUMO**

**Objetivos:** Analisar os níveis de inteligência espiritual, bem-estar psicológico, sintomas depressivos e ansiosos, saúde mental e física em idosos que frequentam instituições em Lar ou Centro de Dia e explorar as associações existentes entre todas estas variáveis (e com algumas variáveis sociodemográficas) na mesma amostra.

**Métodos** 65 idosos (idade, *M* = 83,46; *DP* = 6,65; sexo feminino, *n* = 46; 70,8%) preencheram voluntariamente aEscala de Inteligência Espiritual Integrada, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (para avaliar saúde física e mental), a Escala de Ânimo (avalia bem-estar psicológico), a Escala de Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade Geriátrica.

**Resultados:** A maioriados idosos percecionou a sua saúde física (80%) e mental (84%) como insatisfatória. Uma percentagem importante apresentou eventual depressão (56,9%) e eventual ansiedade (64,6%). A *consciência* (inteligência espiritual) associou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento* (bem-estar psicológico) e negativamente com a pontuação total de sintomas depressivos. O *significado* (inteligência espiritual) associou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento* e pontuação total de bem-estar psicológico; e negativamente com a pontuação total de sintomas depressivos e ansiosos, com a pontuação total e com a dimensão *solidão/insatisfação* do bem-estar psicológico. A pontuação total de inteligência espiritual correlacionou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento* e negativamente com a pontuação total de sintomas depressivos. Idosos a residir em Lar apresentaram valores inferiores de *graça* e superiores de *significado* (inteligência espiritual), sintomas depressivos e ansiosos.

**Conclusão:** Mostrou-se preocupante a prevalência de saúde física e mental insatisfatórias e de eventual depressão e ansiedade. Níveis maiores totais e em algumas dimensões de inteligência espiritual associaram-se a níveis menores de sintomas depressivos e ansiosos e maiores de bem-estar psicológico. Tal parece revelar a importância de promover junto de idosos institucionalizados a inteligência espiritual.

**Palavras-chave:** bem-estar psicológico; idosos; inteligência espiritual; saúde mental e física; sintomas depressivos e ansiosos; estudo correlacional.

**ABSTRACT**

**Introduction:** To analyze the levels of spiritual intelligence, psychological well-being, depressive and anxious symptoms, and mental and physical health in elderly attending a nursing home or a social center and explore associations between all these variables (and with some sociodemographic variables) in the same sample.

**Methods:** 65 senior citizens (age, *M* = 83,46; *SD* = 6,65; female, *n* = 46; 70,8%) voluntarily filled in the Integrated Spiritual Intelligence Scale, the Older Americans Resources and Services (to evaluate physical and mental health), the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (evaluates the psychological well-being), the Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory.

**Results:** Most elders perceived their physical health (80%) and mental health (84%) as unsatisfactory. An important percentage presented a possible depression (56,9%) and a possible anxiety (64,6%). *Conscience* (spiritual intelligence) was positively associated with *attitudes towards aging* (psychological well-being) and negatively with the total score of depressive symptoms. *Meaning* (spiritual intelligence) was positively associated with *attitudes towards aging* and the total score of psychological well-being; and negatively correlated with the total score of depressive and anxious symptoms, the total score and the dimension *solitude/dissatisfaction* of psychological well-being. The total score of spiritual intelligence was positively correlated with *attitudes towards aging* and negatively with the total score of depressive symptoms. The senior citizens living in nursing homes showed lower values of *grace* and higher values of *meaning* (spiritual intelligence), depressive and anxious symptoms.

**Conclusion:** It was concerning the prevalence of unsatisfactory physical and mental health and eventual depression and anxiety. Higher total levels (and of some of the dimensions) of spiritual intelligence were associated with lower levels of depressive and anxious symptoms and higher levels of psychological well-being. These results seem to reveal the importance of promoting spiritual intelligence in institutionalized elderly.

**Key-words:** psychological well-being; elderly/aged citizens; spiritual intelligence; physical and mental health; depressive and anxious symptoms; correlational study.

**INTRODUÇÃO**

Existem várias conceções de inteligência espiritual (IE) mas a maioria inclui a capacidade de transcendência que permite o aprofundamento do conhecimento de si próprio relativamente ao mundo imaterial (e.g. Vaughan, 2002). Indivíduos espiritualmente inteligentes apresentam capacidade para a transcendência, para entrar em estados espirituais superiores de consciência, para investir nas atividades diárias/relações com uma sensação do sagrado, para utilizar recursos espirituais para resolver problemas e para adotar um comportamento virtuoso (Emmons, 2000). Este autor defende que as competências espirituais podem ser adquiridas e desenvolvidas, havendo evidência do seu surgimento na infância e da tendência para atingir o seu exponente máximo na velhice (King e DeCicco, 2009). Adicionalmente, podem existir diferenças no grau de desenvolvimento das características típicas da IE entre indivíduos (Vaughan, 2002) e esta não é estável ao longo do tempo, podendo haver períodos em que aumenta exponencialmente ou podendo ser usada apenas parte do total de IE de que a pessoa dispõe (Ronel, 2008).

Apesar de não existirem muitas investigações que tenham estudado a IE em idosos e a sua associação com variáveis sociodemográficas, apresentamos alguns dos dados existentes. Saad, Hatta e Mohamad (2010) verificaram que os idosos apresentavam maior IE e saúde geral do que as idosas mas Jorge (2012), na validação da versão portuguesa da Escala de Inteligência Espiritual Integrada (EIEI), com sujeitos entre os 14 e os 81 anos, apurou maior IE (total), *coping religioso e espiritual* e *missão* (subescalas), em mulheres. A IE aumentou, ainda, com a idade (mais elevada entre os 41-81 anos). Kaheni, Heidar-Fard e Nasiri (2013) verificaram que idosos com mais de 70 anos e casados apresentavam maior IE. Jain e Purohit (2006) não encontraram diferenças por sexo, nem associação entre IE e modalidade institucional.

Também não existem muitos estudos que explorem, em idosos, a associação entre a IE e correlatos físicos e psicológicos como a saúde física e mental, depressão, ansiedade e bem-estar psicológico. Jorge (2012) constatou que uma pior saúde geral associou-se a maior *coping religioso e espiritual* e menor *graça.* Numa amostra de estudantes universitários, Heravi-Karimooi, Rejeh e Nia (2014) verificaram uma associação positiva entre IE e saúde física. Quanto à saúde mental, alguns estudos (e.g. Heravi-Karimooi et al., 2014) sugerem que uma maior IE traduz maior saúde mental. Porém, o estudo de Ghasemi-Pirbalouti, Ahmadi, Alavi-Eshgaftaki e Alavi-Eshgaftaki (2014), com funcionários de uma empresa, não encontrou associações entre IE e saúde mental. Subramaniam e Panchanatham (2014) num estudo com diretores executivos verificaram uma relação positiva entre a IE e o bem-estar geral. Koszycki, Raab, Aldosary e Bradwejn (2010) aplicaram, a adultos com perturbação de ansiedade generalizada, um programa de intervenção baseado na espiritualidade (uma sessão promovia a IE), verificando a redução dos sintomas de ansiedade e depressão. Charkhabi, Mortazavi, Alimohammadi e Hayati (2014), aplicando um programa de promoção e desenvolvimento da IE (a estudantes; média de 14 anos), verificaram remissão dos sintomas de ansiedade. Ibrahim (2014) num estudo com idosas concluiu que a IE associada ao suporte social percebido, autoestima e desejabilidade social influenciavam o (não) aparecimento de depressão.

Atendendo à importância e escassez de estudos no nosso país sobre a IE em idosos, são nossos objetivos: 1) analisar os níveis de IE, bem-estar psicológico, sintomas de depressão e ansiedade, saúde mental e física, numa amostra de idosos em Lar e Centros Social; 2) explorar associações da IE com as variáveis referidas e com algumas variáveis sociodemográficas.

**MATERIAIS E MÉTODOS**

**Participantes**

A amostra foi não probabilística por conveniência. Como critério de inclusão os idosos tinham de frequentar os lares/centro social escolhidos e os critérios de exclusão implicaram falhas graves na comunicação e défice cognitivo (avaliado com *Short Portable Mental Status Questionnaire*/Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos).

A maioria dos 65 participantes era do sexo feminino (*n* = 46; 70,8%) (idade média = 83,46 anos; *DP* = 6,65), era viúvo/a (*n* = 48; 73,8%), sabia ler e escrever, mesmo não tendo escolaridade oficial (*n* = 31; 47,7%), encontrava-se em Lar (*n* = 33; 50,8%) e estava há menos de 5 anos (*n* = 48; 73,8%) nas instituições (Tabela 1).

Tabela 1

*Caracterização sociodemográfica*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *M (DP)* | Intervalo |
| **Idade** | 83,46 (6,65) | 65-98 |
|  | *n* | *%* |
| **Sexo** |  |  |
| Feminino | 46 | 70,8 |
| Masculino | 19 | 29,2 |
| **Total** | 65 | 100 |
| **Estado Civil** |  |  |
| Solteiro/a | 3 | 4,6 |
| Casado/a | 12 | 18,5 |
| Divorciado/a | 2 | 3,1 |
| Viúvo/a | 48 | 73,8 |
| **Total** | 65 | 100 |
| **Escolaridade** |  |  |
| Não sabe ler, nem escrever | 25 | 38,5 |
| Sem escolaridade oficial, mas sabe ler e escrever | 31 | 47,7 |
| 1º Ciclo do ensino básico | 8 | 12,3 |
| Ensino Secundário | 1 | 1,5 |
| **Total** | 65 | 100 |
| **Escolaridade categorizada** |  |  |
| Não sabe ler, nem escrever | 25 | 38,5 |
| Sabe ler e escrever (sem escolaridade)+1ºciclo+secundário | 40 | 61,5 |
| **Total** | 65 | 100 |
| **Instituição frequentada** |  |  |
| Lar | 33 | 50,8 |
| Centro Social | 32 | 49,2 |
| **Total** | 65 | 100 |
| **Tempo na instituição** |  |  |
| Até cinco anos | 48 | 73,8 |
| Seis a 10 anos | 11 | 16,9 |
| Mais de 10 anos | 6 | 9,2 |
| **Total** | 65 | 100 |

*n* = frequência; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; % = percentagem

**Procedimentos**

Definiu-se o protocolo de investigação e contactaram-se os autores dos instrumentos para obter a autorização para o seu uso. Reuniu-se com o autor do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos para discutir a hipótese de apenas aplicar duas das suas cinco subescalas e a sua cotação. Construiu-se um questionário sociodemográfico. Solicitou-se a autorização para recolha dos dados num Lar e num Centro social do concelho de Pombal e num Lar do concelho de Figueira da Foz. Após a sua aprovação, iniciou-se a recolha dos dados. Os instrumentos foram aplicados em formato de entrevista, individualmente, dada a baixa escolaridade dos participantes. Foram explicados os objetivos do estudo e solicitado o consentimento informado. Dado a extensão do protocolo, dividiu-se a aplicação em três momentos.

**Instrumentos**

**Escala de Inteligência Espiritual Integrada/*Integrated Spiritual Intelligence Scale* (EIEI/ISIS, Jorge, 2012; Amram e Dryer, 2008)**

A EIEI avalia a capacidade de interrogação sobre o sentido da vida, de se relacionar com o outro, o mundo e uma consciência superior, de se relacionar consigo mesmo e com os problemas que surgem. Possui 32 questões respondidas numa escala de Likert entre 1 (nunca ou quase nunca) a 6 (sempre ou quase sempre) e divididas em cinco subescalas: 1) *coping religioso e espiritual* (capacidade de transcendência e uso de recursos espirituais para enfrentar os desafios/problemas/tarefas); 2) *consciência* (capacidade de experienciar uma consciência ampla, transcendente e pacífica, conferindo intuição e criatividade, expandindo o autoconhecimento e a consciência dos outros); 3) *graça* (autoaceitação, otimismo, reconhecimento da beleza e harmonia relativos ao outro, natureza e eventos quotidianos); 4) *significado* (reação à frustração e transcendência do ego, dando um sentido aos acontecimentos e experiências de vida que irão resultar num melhor funcionamento e bem-estar mais elevado) 5) *missão* (capacidade para entender o trabalho/profissão como um meio para servir um propósito maior) (Jorge, 2012).

A EIEI obteve bons valores de consistência interna (α/escala total = 0,924; fator I = 0,888; fator II = 0,861; fator III = 0,821; fator IV = 0,669; fator V = 0,807) e a estabilidade temporal foi elevada (*r* = 0,77) (Jorge, 2012).

Neste estudo, o α da escala total foi ligeiramente abaixo do aceitável (0,644), da *graça* bom (0,724) e dos outros factores abaixo do aceitável (*coping religioso e espiritual* = 0,568; *consciência* = 0,625; *significado* = 0,519) (De Vellis, 1991). Apenas o α da *missão* foi mesmo inaceitável (0,215), visto poder considerar-se um alfa de 0,500 suficiente, em estudos exploratórios (Nunnally, 1967, cit. in Bean, 1980), como sucede com o nosso.

**Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos/*Older Americans Resources and Services* (QAFMI/OARS; Rodrigues, 2008; Fillenbaum, 1988)**

O QAFMI avalia várias dimensões da funcionalidade no idoso, possui duas partes e é aplicado em formato de entrevista (Rodrigues, 2008). A parte A permite a avaliação funcional multidimensional do idoso, a partir das subescalas recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária. Da parte A consta, ainda, o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (10 perguntas) que permite avaliar o défice cognitivo. Se o entrevistado errar quatro ou mais questões, o questionário deve ser aplicado a um informante (exceto as questões subjetivas) (Rodrigues, 2008). Neste estudo, eliminaram-se os idosos que erraram quatro ou mais questões. O SPMSQ é incluído no cálculo da pontuação desta parte. A parte B avalia a utilização e necessidade percebida de serviços e até à questão 71 é o entrevistado que responde. As alíneas 73 a 86 são respondidas pelo entrevistador, em função da perceção sobre o entrevistado em cada uma das subescalas (CEISUC, 2009). Juntando a informação das duas partes é feita, pelo entrevistador, a classificação de cada subescala de 1 (muito bom) a 6 (totalmente/completamente insatisfatório). Conjugando a classificação (satisfatória ou insatisfatória) das cinco subescalas obtém-se um de 32 perfis funcionais (Rodrigues, 2008).

Rodrigues (2008) refere que os clínicos/investigadores podem utilizar apenas as questões específicas de uma dada área. Neste estudo, apenas utilizamos as subescalas *saúde física* e *saúde mental.* A escala da *saúde mental* inclui as questões do SPMSQ, a avaliação da satisfação com a vida e dos sintomas psiquiátricos (*Short Psychiatric Evaluation Schedule*/SPES), a autoavaliação da saúde mental atual e a autoavaliação tendo em conta as alterações sentidas nos últimos cinco anos. A *saúde física* avalia os últimos seis meses sobre consultas médicas, dias de incapacidade física, hospitalização e internamento noutra instituição de saúde, necessidade percebida de consultas médicas, uso de medicamentos no último mês, entre outros (Rodrigues, 2008).

As subescalas obtiveram os seguintes valores de consistência interna: *recursos sociais* (α = 0,64); *recursos económicos* (α = 0,89); *saúde física* (α = 0,85); *saúde mental* (α = 0,83); *atividades de vida diária* (α = 0,91). Os valores de estabilidade temporal foram excelentes (Rodrigues, 2008).

Tendo, neste estudo, sido utilizadas apenas as subescalas *saúde física* e *saúde mental* e não existindo um sistema de cotação para subescalas isoladas, criou-se esse sistema: para cada questão, a opção de resposta traduzindo melhor saúde mental/física recebeu valor zero e a que correspondia à pior saúde mental/física recebeu o valor máximo possível conforme o número de respostas da questão. Quanto maior a pontuação, pior a saúde mental/física.

**Escala de Ânimo/*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (EA/PGCMS; Paúl, 1992; Lawton, 1975)**

A EA é uma escala multifatorial com 14 itens do tipo sim/não, avalia o bem-estar psicológico e possui três factores: fator 1/*solidão/insatisfação* (perceção que o idoso tem sobre o ambiente e apoio da rede social); fator 2/*atitudes face ao envelhecimento* (comparação entre a vida passada e presente); fator 3/*agitação* (manifestações comportamentais de ansiedade). A consistência interna das subescalas foi boa: fator 1 = 0,75; fator 2 = 0,71; fator 3 = 0,71 (Paúl, 1992).

Neste estudo, o α da escala total foi de 0,726 (bom, DeVellis, 1991). O fator 1/*solidão/insatisfação* foi aceitável (0,631) (DeVellis, 1991) mas os fatores 2/*atitudes face ao envelhecimento* e 3/agitação obtiveram alfas de 0,596 e 0,569, respetivamente.

**Inventário de Ansiedade Geriátrica/*Geriatric Anxiety Inventory* (IAG/GAI; Byrne et al., 2010; Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino, 2011)**

O IAG avalia a gravidade dos sintomas de ansiedade em idosos e possui 20 alíneas de autorresposta (ou aplicadas em forma de entrevista), relativas à última semana, do tipo concordo/discordo. O ponto de corte para considerar os sintomas de ansiedade graves situa-se nos 8/9 (Ribeiro et al., 2011).

A consistência interna do IAG foi muito boa (α = 0,970) e a estabilidade temporal boa (Ribeiro et al., 2011). Neste estudo, o α foi de 0,957 (muito bom, DeVellis, 1991).

**Escala de Depressão Geriátrica/*Geriatric Depression Scale* (EDG/GDS; Yesavage et al., 1983; Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage, 2009)**

A EDG avalia sintomas de depressão em idosos e possui 27 itens (sim/não). O ponto de corte de 11 é usado para deteção e diagnóstico de eventual depressão. A consistência interna e estabilidade temporal da EDG foram muito boas (α = 0,906; *r* = 0,995) (Pocinho et al., 2009). Neste estudo, obteve-se um α de 0,902 (muito bom, DeVellis, 1991).

**Análise estatística**

Foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. Calculámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central, dispersão e assimetria. Todas as variáveis, à exceção da pontuação total da GDS, não apresentavam uma distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov). Apesar da amostra ser superior a 30, dada a ausência de distribuição normal na maioria das variáveis e o *n* reduzido em algumas categorias de algumas variáveis, optamos maioritariamente pelos testes não paramétricos. Usou-se o nível de significância de 0,05.

Realizaram-se testes U de Mann-Whitney e do qui-quadrado para explorar diferenças por sexo na IE e potenciais correlatos. Dada a ausência de diferenças significativas nestas variáveis por sexo, através de correlações Spearman testámos associações entre as diferentes variáveis (dimensões e pontuações totais de IE e potenciais correlatos). Testes U de Mann-Whitney testaram diferenças nas dimensões e pontuações totais de IE e bem-estar e pontuações totais da EDG e IAG, por saúde física/mental (insatisfatória/satisfatória). Dicotomizamos a escolaridade (não sabe ler nem escrever *vs.* sem escolaridade oficial, mas sabe ler e escrever+1º ciclo do ensino básico+ensino secundário) e estado civil (casado/a *vs.* solteiro/a+viúvo/a+divorciado/a). Definiram-se três categorias de tempo na instituição (até cinco anos; seis a 10 anos; mais de 10 anos). Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis testaram diferenças nas dimensões e pontuações totais do EIEI, EA, EDG e IAG por escolaridade, estado civil, modalidade institucional e tempo na instituição. Correlações de Spearman testaram associações entre a idade e as dimensões e pontuações totais do EIEI e potenciais correlatos. Testes do qui-quadrado e o teste U de Mann-Whitney exploraram associações entre as variáveis sexo, estado civil, escolaridade, modalidade institucional e tempo na instituição (e diferenças na variável idade) e a saúde mental/física (insatisfatória *vs.* satisfatória). Na avaliação da magnitude das correlações, seguiram-se os critérios de Cohen (1992): 0,10 (baixa); 0,30 (moderada); 0,50 (elevada).

**RESULTADOS**

**Frequências, médias, desvios-padrão e intervalos da saúde física e mental, IE, bem-estar psicológico, depressão e ansiedade**

Testes do qui-quadrado mostraram não existirem associações entre o sexo e a saúde física/mental (pontos de corte explicados na secção Instrumentos: insatisfatória/satisfatória) e entre as pontuações dicotomizadas do EDG e IAG (pontos de corte das versões portuguesas). Verificou-se, então, na amostra total, que a maioria dos participantes tinha uma saúde física insatisfatória (*n* = 52; 80%; satisfatória: *n* = 13, 20%) e mental insatisfatória (*n* = 55; 84,6%; satisfatória: *n* = 10, 15,4%). A maioria apresentava eventual depressão (*n* = 37; 56,9%; sem depressão: *n* = 28, 43,1%) e ansiedade (*n* = 42; 64,6%; sem ansiedade: *n* = 23, 35,4%). Testes U de Mann-Whitney revelaram não existir diferenças significativas por sexo nas dimensões e pontuações totais da EIEI e EA. Na Tabela 2 apresentam-se as medidas relativas às dimensões e pontuações totais dos instrumentos na amostra total.

Tabela 2

*Medidas de tendência central/dispersão*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *M (DP)* | *Md* | Amplitude inter-quartílica | Intervalo | Intervalo teórico |
| **EIEI** |  |  |  |  |  |
| *coping religioso e spiritual* | 52,89 (1,99) | 54,0 | 2,0 | 46-54 | 9-54 |
| *consciência* | 50,48 (4,45) | 52,0 | 6,5 | 34-54 | 9-54 |
| *graça* | 30,80 (4,93) | 32,0 | 5,0 | 12-36 | 6-36 |
| *significado* | 15,32 (4,55) | 15,0 | 8,5 | 6-24 | 4-24 |
| *missão* | 17,08 (1,54) | 18,0 | 1,0 | 13-18 | 3-18 |
| Pontuação total EIEI | 166,88 (9,55) | 169,0 | 12,5 | 135-183 | 31-186 |
| Escala de ânimo(EA) |  |  |  |  |  |
| *solidão/Insatisfação* | 1,71 (1,44) | 1,0 | 3,0 | 0-5 | 0-5 |
| *atitudes (…) envelhecimento* | 1,75 (1,39) | 1,0 | 2,0 | 0-5 | 0-5 |
| *agitação* | 1,14 (1,16) | 1,0 | 2,0 | 0-4 | 0-4 |
| Pontuação total EA | 4,6 (2,94) | 5,0 | 4,5 | 0-11 | 0-14 |
| Pontuação total EDG | 11,97 (6,69) | 12,0 | 11,5 | 1-25 | 0-27 |
| Pontuação total IAG | 10,98 (7,38) | 13,0 | 16,5 | 0-20 | 0-20 |

*M* = Média; *DP* = desvio-padrão; *Md* = Mediana; EIEI = Escala de Inteligência Espiritual Integrada; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica

Quanto às correlações entre dimensões e pontuação total da EIEI e dimensões e pontuação total da EA, EDG e IAG verificou-se que: o *coping* *religioso e espiritual* e *missão* não se correlacionaram com os factores e pontuação total da EA nem com a EDG e o IAG; a *consciência* correlacionou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento*/EA (magnitude pequena) e negativamente com a EDG (magnitude moderada); a *graça* correlacionou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento*/EA (magnitude moderada), com a pontuação total do EA (magnitude pequena) e negativamente com a EDG (magnitude moderada) e o IAG (magnitude pequena); o *significado* correlacionou-se negativamente com a *solidão/insatisfação* e *agitação* e pontuação total do EA (magnitudes pequenas); a pontuação total do EIEI correlacionou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento*/EA e negativamente com a EDG (magnitudes moderadas) (Tabela 3).

Tabela 3

*Correlações entre dimensões e pontuações totais*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.EA  *solidão/insatisfação* | 2.EA  *atitudes face ao envelhecimento* | 3.EA  *agitação* | EA  Total | EDG | IAG |
| 1.EIEI *coping\*\*\** | NS | NS | NS | NS | NS | NS |
| 2. EIEI consciência | NS | 0,274\* | NS | NS | -0,301\* | NS |
| 3.EIEI *graça* | NS | 0,312\* | NS | 0,257\* | -0,469\*\* | -0,273\* |
| 4.EIEI *significado* | -0,282\* | NS | -0,258\* | -0,271\* | NS | NS |
| 5.EIEI *missão* | NS | NS | NS | NS | NS | NS |
| EIEI Total | NS | 0,303\* | NS | NS | -0,321\*\* | NS |

EIEI = Escala de Inteligência Espiritual Integrada; \*\*\**Coping* = *coping* religioso e espiritual; EA = Escala de Ânimo; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica; \*\* *p* ≤ 0,01; \* *p* ≤ 0,05; NS = não significativo

Todas as dimensões e a pontuação total da EA correlacionaram-se negativamente com a EDG e o IAG (magnitudes moderadas a elevadas), à exceção das *atitudes face ao envelhecimento/*EA que não revelou associação com o IAG. A EDG e o IAG correlacionaram-se positivamente (*r* = 0,750, *p* ≤ 0,01) (magnitude elevada) (Tabela 4).

Tabela 4

*Correlações entre as dimensões e pontuação total da EA e a EDG e o IAG*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | EDG | IAG |
| 1.EA *solidão/insatisfação* | -0,500\*\* | -0,474\*\* |
| 2.EA *atitudes face ao envelhecimento* | -0,390\*\* | NS |
| 3.EA *agitação* | -0,462\*\* | -0,408\*\* |
| EATotal | -0,612\*\* | -0,485\*\* |

EA = Escala de Ânimo; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica; \*\* *p* ≤ 0,01; \* *p* ≤ 0,05; NS = Não Significativo

Testes U de Mann-Whitney mostraram existir diferenças por saúde física na EDG e no IAG, na *solidão/insatisfação* e pontuação total do EA. Idosos com saúde física insatisfatória (*vs.* satisfatória) revelaram mais sintomas depressivos (EDG) (*U* = 183,000; *p* = 0,011; *Md* = 13,5 vs. *Md* = 6,0) e ansiosos (IAG) (*U* = 186,500; *p* = 0,013; *Md* = 14,5 vs. *Md* = 2,0). Idosos com saúde física insatisfatória (*vs.* satisfatória) apresentaram uma pontuação menor na *solidão/insatisfação* (EA) (*U* = 192,500; *p* = 0,014; *Md* = 1,0 vs. *Md* = 3,0) e na escala total de ânimo (EA) (*U* = 192,500; *p* = 0,014; *Md* = 4,0 vs. *Md* = 6,0).

Testes U de Mann-Whitney mostraram existir diferenças por saúde mental na EDG e no IAG, *solidão/insatisfação* (EA), *atitudes face ao envelhecimento* (EA) e pontuação total da EA. Os idosos com saúde mental insatisfatória (*vs.* satisfatória) apresentaram maior sintomatologia depressiva (EDG; *U* = 92,500; *p* = 0,001; *Md* = 13,0 vs. *Md* = 4,5) e ansiosa (IAG; *U* = 155,000; *p* = 0,028; *Md* = 15,0 vs. *Md* = 4,5). Idosos com saúde mental insatisfatória (*vs.* satisfatória) apresentaram menor *solidão/insatisfação* (EA; *U* = 128,500; *p* = 0,006; *Md* = 1,0 *vs*. *Md* = 3,0), a*titudes face ao envelhecimento* (EA; *U* = 146,500; *p* = 0,016; *Md* = 1,0 *vs*. *Md* = 3,0)e menor pontuação total na EA (*U* = 100,000; *p* = 0,001; *Md* = 4,0 *vs.* *Md* = 7,5).

Correlações de Spearman e teste U de Mann-Whitney revelaram não existirem associações significativas entre a idade e dimensões e pontuações totais de todos os instrumentos. Testes U de Mann-Whitney revelaram não existirem diferenças significativas por escolaridade e estado civil nas dimensões e pontuação total da EIEI e EA e na EDG e no IAG. Testes do qui-quadrado mostraram não existirem associações entre a escolaridade e estado civil e a saúde física/mental. Testes de Kruskal-Wallis mostraram não existirem diferenças significativas por tempo na instituição nas dimensões e pontuação total da EIEI e EA e na EDG e no IAG. Testes do qui-quadrado mostraram não existirem associações entre o tempo na instituição e a saúde física/mental.

Testes U de Mann-Whitney mostraram existirem diferenças significativas por modalidade institucional na *graça* e *significado* (EIEI) e na EDG e no IAG. Idosos residindo em Lar apresentaram menor *graça*/EIEI *vs.* em Centro Social (*U* = 378,000; *p* = 0,048; *Md* = 31,00 vs. *Md* = 33,00). Idosos residindo em Lar (*vs.* Centro Social) apresentaram maior *significado*/EIEI (*U* = 372,500; *p* = 0,041; *Md* = 17,00 vs. *Md* = 14,00), maior pontuação na EDG (*U* = 300,000; *p* = 0,003; *Md* = 16,00 vs. *Md* = 8,50) e no IAG (*U* = 331,000; *p* = 0,009; *Md* = 16,00 vs. *Md* = 9,0).

**DISCUSSÃO**

Foi evidente a predominância do sexo feminino neste estudo. Um relatório do Gabinete de Estratégia e Planeamento (2013) apresenta resultados concordantes: em Portugal existem mais mulheres do que homens em lares e centros de dia. A nossa amostra também parece ser algo “envelhecida” (*M* = 83,46 anos). O mesmo relatório refere que 71% dos idosos que frequentam lares têm mais de 80 anos e metade dos que frequentam centros de dia têm a mesma idade. Quanto à escolaridade, dados da Pordata (2015) apontam que, em 2014, 29,6% dos portugueses com mais de 65 anos não possuía escolaridade. Quanto aos idosos institucionalizados, no estudo de Cardoso (2013), 32% eram analfabetos. Na nossa amostra, a percentagem foi ligeiramente mais elevada (38,5%), o que pode dever-se à localização das instituições em meios rurais. Porém, as características da nossa amostra aproximam-se das da população idosa em Portugal.

Discutindo a ausência de diferenças significativas por sexo, no nosso estudo, analisamos e comparamos, de seguida, os nossos resultados com os de estudos que exploraram diferenças por sexo. Quanto à inteligência espiritual (IE), torna-se difícil realizar comparações por ser uma variável pouco estudada nacionalmente. No estudo de validação portuguesa da EIEI (Jorge, 2012) as mulheres apresentaram valores maiores. Porém, esta escala foi validada numa faixa etária dos 14 aos 81 anos, implicando cautela na comparação. No estudo de Amram (2008) com a versão original da EIEI, as mulheres apresentaram valores maiores em quatro dos cinco fatores. A nível internacional, usando outros instrumentos para avaliar IE, alguns estudos apontam para valores maiores nos homens (e.g. Saad et al., 2010) ou para a inexistência de diferenças (e.g. Jain e Purohit, 2006). No nosso estudo, os idosos de ambos os sexos provinham de meios rurais, tendo tido uma marcada educação religiosa, o que pode ter contribuído para a ausência de diferenças. Quanto ao bem-estar psicológico, Silva (2009) verificou que os homens apresentavam maior pontuação total de EA e as mulheres de *solidão/insatisfação* e *agitação*. Silva (2012) e Henriqueto (2013) também não encontraram diferenças na pontuação total de EA, por sexo. Relativamente aos sintomas depressivos, Noronha (2011) encontrou valores maiores em mulheres, enquanto Gonçalves (2011) não encontrou diferenças significativas por sexo. Quanto aos sintomas ansiosos, Gonçalves (2011) e Santos (2011) não encontraram diferenças significativas na ansiedade por sexo. Já Maia (2011) verificou que as mulheres apresentavam mais sintomas depressivos.

Torna-se difícil justificar a falta de diferenças por sexo em termos de saúde física/mental. A maioria dos estudos não recorreu à QAFMI e, quando o fizeram, consideraram a avaliação global do funcionamento do idoso e não apenas a saúde física/mental. Adicionalmente, criámos um sistema de cotação, o que pode ter influenciado os resultados e dificulta comparações. Contudo, o estudo de Fernandes (usou o QAFMI) chegou aos mesmos resultados (quanto à saúde física/mental). Porém, esse estudo, como o nosso, apresenta disparidade quanto ao número de homens e mulheres, o que pode ter comprometido os resultados.

Relativamente a dados de prevalência, a maioria dos nossos idosos apresentava uma saúde física e mental insatisfatória. No estudo de Fernandes (2011), com idosos entre os 65 e os 95 anos, institucionalizados em lar/centro de dia, 78,3% apresentaram limitações físicas moderadas ou graves e 76,7% a mesma limitação ao nível mental.

Neste estudo, uma percentagem importante (56,9%) evidenciou eventual depressão, como no estudo de Noronha (2011) (64,3%) com idosos em lar e centro de dia. Vaz e Gaspar (2011) obtiveram resultados inferiores (46%) em idosos com mais de 65 anos institucionalizados em lar. No estudo de Gonçalves (2011) 48,7% dos idosos apresentava eventual ansiedade, valor menor ao que encontrámos (64,6%).

Comparando as médias obtidas nos instrumentos e os valores obtidos noutras investigações, quanto ao bem-estar psicológico, os resultados foram inferiores aos de Silva (2012) (*M* = 7,68) e Araújo, Gomez, Teixeira e Ribeiro (2011) (*M* = 6,71), o que pode dever-se ao facto de os nossos idosos provirem de lares e centro social (no primeiro estudo provinham da comunidade e no segundo de uma Instituição Particular de Solidariedade Social). Quanto aos sintomas ansiosos e depressivos, Catarino (2011) e Tomaz (2012) encontraram, em idosos em lar e centro de dia, valores médios superiores (cerca de dois valores) na pontuação total do IAG e da EDG. Já Santos (2011), com idosos em lar e comunidade e Gouveia (2014), com idosos em lares, obtiveram valores inferiores aos nossos na pontuação média do IAG (cerca de três valores).

Não nos é possível comparar a pontuação obtida no QAFMI com os resultados de outros estudos dado termos criado um sistema de cotação para a saúde mental/física. Adicionalmente, também não existem, segundo sabemos, estudos em Portugal que tenham aplicado a EIEI para avaliar a IE, em idosos. Porém, comparando os nossos resultados com os de Jorge (2012), nesse estudo, os homens obtiveram uma média de 126,79 e as mulheres de 130,80. No nosso estudo não encontramos diferenças na EI por sexo, mas na amostra total encontramos valores superiores aos de Jorge (2012). Tal pode dever-se ao facto da nossa amostra ser totalmente constituída por idosos, com o aumento da idade a tender acompanhar-se do aumento na espiritualidade.

Discutindo os valores não totalmente favoráveis de consistência interna da escala total e de algumas subescalas da EIEI, tal pode dever-se ao número reduzido de itens de algumas subescalas e sobretudo ao seu conteúdo (difícil compreensão para esta faixa etária), tendo sido necessário formulá-los oralmente de outra forma. Ainda assim, tratando-se de um estudo exploratório os alfas superiores a 0,500 podem ser vistos com suficientes (Nunnally, 1967, cit. in Bean, 1980). Importa construir uma escala que avalie a IE com itens mais adequados à população idosa ou reformular os itens da EIEI.

Quanto às associações encontradas no nosso estudo, verificamos associação entre as subescalas e pontuações totais de IE e bem-estar psicológico, como Subramaniam e Panchanatham (2014). Não encontramos associações entre a IE e a saúde mental/física tal como Ghasemi-Pirbalouti e colaboradores (2014) (relativamente à saúde mental) numa amostra de funcionários de uma empresa. Porém, estudos internacionais com adultos sugerem uma associação positiva entre a IE e a saúde física/mental (e.g. Zamani e Hajializadeh, 2015). Pelo menos na nossa amostra, não podemos afirmar que a promoção da IE possa ter um impacto positivo na saúde dos idosos. Quanto à ansiedade, estudos sugerem que programas que desenvolvam a IE diminuem os sintomas de ansiedade (e.g Koszycki et al., 2010). No nosso estudo, a *graça* (EIEI) associou-se negativamente à pontuação total de IAG. Dizendo a *graça* respeito à autoaceitação, otimismo, reconhecimento da beleza e harmonia relativos ao outro, à natureza e aos eventos do dia-a-dia, faz sentido que níveis menores de *graça* se associem a maior ansiedade. Encontrámos associações negativas entre a *consciência*, *graça* e pontuação total da EIEI e sintomas depressivos (EDG). Apesar de não podermos afirmar causalidade, por se tratar de um estudo transversal, hipotetizamos que a IE possa reduzir a tendência de experienciar sintomas depressivos. Na investigação de Charkhabi e claboradores (2014), com estudantes do ensino secundário, o desenvolvimento da IE associou-se à diminuição dos sintomas depressivos.

Quanto às associações entre as variáveis de interesse e as variáveis sociodemográficas, para além da ausência de associações com a variável sexo, tal como no nosso estudo, também Gonçalves (2011) não encontrou associações entre a idade e os sintomas depressivos/ ansiosos. A falta de associação pode dever-se ao facto da amostra ser constituída apenas por idosos. Apesar de, quanto ao estado civil, hipotetizarmos que a existência de um companheiro se associaria a resultados mais elevados em todas as variáveis (pelo efeito amortecedor que a rede social poderia ter nos sintomas, no aumento do bem-estar, etc.…), não encontramos diferenças em todas as variáveis por estado civil. Noronha (2011) encontrou mais sintomas depressivos em idosos sem companheiro mas, estudando o bem-estar psicológico, Ferreira (2014) concluiu que os solteiros e casados (*vs*. viúvos) tinham *atitudes face ao envelhecimento* mais positivas e Mónico, Frazão, Clemente e Lucas (2012) que os solteiros e divorciados (*vs.* casados e viúvos) tinham *atitudes* mais positivas *face ao envelhecimento* e menor *solidão/insatisfação*. Apenas foram encontradas diferenças por modalidade institucional. Os idosos em lar apresentaram pontuações menores na *graça* e maiores no *significado* (EIEI), na EDG e no IAG, sugerindo que idosos residindo em lares apresentam menor autoaceitação, otimismo e valorização da beleza da vida. Parecem, porém, mais capazes de reagir à frustração e transcendência do ego, procurando um sentido para os acontecimentos. Apresentam, ainda, mais sintomas depressivos e ansiosos. Durante as entrevistas, muitos idosos referiram revolta pela institucionalização, o que pode ajudar a explicar os resultados.

Discutidos os pontos anteriores, valerá a pena intervir para desenvolver a IE? Acreditamos que sim, atendendo aos nossos resultados. Hipotetizamos ainda que o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da IE “mais” adaptado a idosos (ou adaptação do já existente), poderá conduzir à confirmação (mais robusta) da associação entre as variáveis. Ainda assim, este estudo parece mostrar que maior IE associa-se a maior bem-estar psicológico e menor sintomatologia depressiva/ansiosa. Seria interessante reproduzir o estudo e aplicar um programa de intervenção focado no desenvolvimento da IE, para explorar o seu impacto. Poderá considerar-se a sua replicação estudo em meio citadino para explorar o sentido dos resultados (sobretudo os relativos à IE).

Quanto às limitações deste estudo, não avaliamos “formalmente” a presença de défice cognitivo, ainda que com o SPMSQ nenhum idoso apresentasse défice cognitivo. Igualmente, dado o *n* da amostra (pequeno), gostaríamos de reproduzir este estudo numa amostra maior.

Concluindo, encontraram-se associações entre a IE, o bem-estar psicológico, a depressão e a ansiedade. A falta de estudos em idosos, sobre o tema, dificulta a comparação dos resultados, mas estes levam a crer que o desenvolvimento da IE poderá ter efeitos positivos no bem-estar e diminuição de sintomas de depressão/ansiedade. Alerta-se para a necessidade de construir um instrumento de avaliação da IE adaptado a idosos.

**BIBLIOGRAFIA**

Amram, Y., e Dryer, D. C. (2008, Agosto). *The Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS): Development and Preliminary Validation*. 116th Annual Conference of the American Psychological Association, Boston, MA.

Araújo, L, Gomez, V., Teixeira, C., e Ribeiro, Ó. (2011). Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: Estudo piloto. *Revista de Enfermagem Referência, III*(5), 103-111. doi:10.12707/RIII1159

Bean, J. P. (1980). Dropouts and turnover: The synthesis and test of a causal model of student attrition. *Research in Higher Education, 12*(2), 155-187. doi:10.1007/BF00976194

Byrne, G. J., Pachana, N. A., Goncalves, D. C., Arnold, E., King, R., e Khoo, S. K. (2010) Psychometric properties and health correlates of the Geriatric Anxiety Inventory in Australian community-residing older women. *Aging & Mental Health*, *14*(3), 247-254. doi:10.1080/13607861003587628.

Cardoso, D. C. M. (2013). *Sono, depressão e afetividade em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de https://goo.gl/Hf1RRi

Catarino, M. (2011). *Sintomas psicopatológicos e afecto positivo nos idosos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de http://goo.gl/e63jTC

CEISUC [Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra] (2009). Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos.

Charkhabi, M., Mortazavi, A., Alimohammadi, S., e Hayati, D. (2014). The effect of spiritual intelligence training on the indicators of mental health in Iranian students: An experimental study. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, *159*, 355-358. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.387

Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates

DeVellis (1991). *Scale development: Theory and applications.* London: Sage Publications.

Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *International Journal for the Psychology of Religion*, *10*(1), 3–26. doi:10.1207/S15327582IJPR1001\_2

Fernandes, M. C. J. (2011). *Relação entre bem-estar subjectivo, saúde física e mental do idoso sob resposta social.* Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de http://goo.gl/63e5Fv

Ferreira, S. A. (2014). A utilização das TIC e o autoconceito, o ânimo e a qualidade de vida do cidadão sénior: que relação? *Prisma, 23*, 43-61. Obtido de http://goo.gl/ynstc3

Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Gabinete de Estratégia e Planeamento (2013). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2013*. Lisboa: GEP/MSESS. Obtido de http://goo.gl/4Fl3CL

Ghasemi-Pirbalouti, M., Ahmadi, R., Alavi-Eshgaftaki, S. M., e Alavi-Eshkaftaki, S. S. (2014). The association of spititual intelligence and job satisfaction with mental health among personnel in Shahrekord University of Medical Sciences [Resumo]. *Journal Shahrekord University Medical Sciences,* *16*(5), 123-131. Obtido de http://goo.gl/u7EdHU

Gonçalves, A. R. B. M. (2011). *Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: Estudo em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra.* Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de http://goo.gl/jQel18

Gouveia, P. I. A. (2014). *Avaliação do sofrimento emocional em idosos institucionalizados em lares.* Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. Obtido de http://goo.gl/nbCxb4

Henriqueto, S. M. C. (2013). *A resiliência, o suporte social e o bem-estar na adaptação ao envelhecimento.* Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve. Obtido de http://goo.gl/ciUVKv

Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., e Nia, S. H. S. (2014). The relationship between nursing students’ spiritual intelligence and their general health in Tehran [Resumo]*. Iranian Journal of Medical Education, 14*(1), 1-14. Obtido de http://goo.gl/KP5B53

Ibrahim, N. (2014). *Depression and factors of psychological well-being among Malay, Chinese and Indian elderly women at Rumah Seri Kenangan (RSK), public welfare institutions in Malaysia* [Resumo]. Tese de doutoramento. Southern Illinois University Carbondale, Illinois. Obtido de http://goo.gl/8fHntl

Jain, M., e Purohit, P. (2006). Spiritual intelligence: A contemporary concern with regard to living status of the senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 32*(3), 227-233. Obtido de http://medind.nic.in/jak/t06/i1/jakt06i1p227.pdf

Jorge, D. F. O. (2012). *Inteligência espiritual: propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Inteligência Espiritual Integrada (ISIS).* Dissertação de mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Obtido de http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/2677

Kaheni, S., Heidar-Fard, J., e Nasiri, E. (2013). Relationship between spiritual intelligence and medical-demographic characteristics in community-dwelling elderly [Resumo]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 23*, 87-94. Obtido de http://goo.gl/LrjISS

King, D. B., e DeCicco, T. L. (2009). A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *The International Journal of Transpersonal Studies*, *28*(1), 68–85. Obtido de http://goo.gl/y8dRmY

Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., e Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology, 66(*4), 430-441. doi:10.1002/jclp.20663

Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *The Journal of Gerontology* [Resumo], *30*(1), 85-89. doi:10.1093/geronj/30.1.85

Maia, S. M. S. (2011). *Funções executivas e sintomas de ansiedade: Estudo em idosos sob resposta social.* Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de http://goo.gl/fQ2rhE

Mónico, L. S. M., Frazão, A. A., Clemente, D. F. F., e Lucas, H. M. O. (2012). Subjective well-being of elderly in social responses seniors home and home support service. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 33-42. Obtido de http://goo.gl/q5qGij

Noronha, C. A. C. M. O. (2011). *Declínio cognitivo e depressão nos idosos do concelho de Coimbra.* Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de http://goo.gl/YV5QrW

Subramaniam, M., e Panchanatham, N. (2014). Relationship between emotional intelligence, spiritual intelligence and wellbeing of management executives. *Global Research Analysis, 3*(3), 93-94. Obtido de http://goo.gl/Mb3d9g

Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos (consultado em papel). *Psychologica, 8*, 61-80.

Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., e Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist, 32*(2), 223-236. doi:10.1080/07317110802678680

Pordata (2015). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado (%).* Acedido em 24, junho, 2015 em http://goo.gl/hkgTJH

Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., e Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health, 11*(6), 742-748. doi:10.1080/13607863.2011.562177

Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública, 23*(2), 109-115. doi:10.1590/S1020-49892008000200006

Ronel, N. (2008). The experience of spiritual intelligence. *Journal of Transpersonal Psychology*, *40*(1), 100–119. Obtido de http://www.atpweb.org/jtparchive/trps-40-08-01-100.pdf

Saad, Z. M., Hatta, Z. A., e Mohamad, N. (2010). The impact of spiritual intelligence on the health of the elderly in Malaysia. *Asian Social Work and Policy Review, 4*, 84-97. Obtido de http://goo.gl/atBMOl

Santos, A. M. R. (2011). *Ptofobia e dimensões psicológicas associadas: Estudo em pessoas idosas.* Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro. Obtido de http://goo.gl/c4tphx

Silva, S. G. M. R. N. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos.* Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Obtido de http://goo.gl/TETm8S

Silva, M. I. M. T. V. (2012). *A influência da autoperceção do envelhecimento na satisfação com a vida em velhos: Diferenças de género e de idade.* Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa. Obtido de http://hdl.handle.net/10451/8179

Tomaz, M. B. (2012). *Relação da afetividade, depressão, e ansiedade com a memória a curto-prazo no idoso.* Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de http://goo.gl/SgNfgi

Vaughan, F. (2002). What is spiritual intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, *42*(2), 16–33. doi:10.1177/0022167802422003

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., e Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report [Resumo]. *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

Zamani, S. N. e Hajializadeh, K. (2015). Studying Effect of Instructing Spiritual Intelligence on Life Quality and Psychological Well-being in Patients with Multiple Sclerosis. *South Journal of Educational Psychology and Counseling*, *2*(1), 28-36. Obtido de http://goo.gl/XfNe