

## O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB

Maria Nazarete Costa Catré\* / Joaquim Armando Ferreira\*\* / Teresa Pessoa\*\* / Marco Pereira\*\* / Maria Cristina Canavarro\*\* / Acácio Catré\*\*\*

\* FPCE, Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; \*\* FPCE, Universidade de Coimbra; \*\*\* Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Poiares

O objetivo deste estudo é apresentar a etapa qualitativa, recorrendo à metodologia de grupos focais, no desenvolvimento da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs). A amostra incluiu 90 participantes, distribuídos por 12 grupos focais: Profissionais da Saúde, doentes, cuidadores informais, Católicos, não crentes, crentes sem prática religiosa regular, Evangélicos, Adventistas do 7º Dia, Testemunhas de Jeová, Hindus e alunos de Mestrado. Os resultados validaram as dimensões propostas no módulo original desenvolvido pelo Grupo WHOQOL-SRPB. Os grupos focais consideraram ainda outras dimensões, entre as quais a relação com os outros e o estilo de vida que, atendendo à sua relevância, são passíveis de vir a constituir-se como novas facetas do módulo WHOQOL-SRPB em português europeu. Os resultados permitem-nos inferir acerca da transculturalidade do WHOQOL-SRPB, reforçando que as questões da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais têm um papel preponderante na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Espiritualidade, Religiosidade, Crenças pessoais, Grupos focais.

### INTRODUÇÃO

Os instrumentos *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) destinam-se à avaliação da qualidade de vida (QdV), têm um carácter subjetivo e transcultural (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998), sendo dos poucos que apresentam uma componente existencial (O'Connell & Skevington, 2005). A inclusão desta dimensão deveu-se ao facto da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter previsto, desde logo, nos instrumentos que desenvolveram (o WHOQOL-100 e a versão abreviada WHOQOL-Bref), não só os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, mas também o domínio da Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais. Este domínio, na versão genérica original (WHOQOL-100) é avaliado por quatro questões, porém, segundo Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha (2003, p. 448), essas questões mostraram-se “insuficientes em testes de campo realizados em vários Centros.

No âmbito do Grupo de Qualidade de Vida da OMS decidiu-se desenvolver um módulo específico para avaliar a Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais dentro de uma perspetiva transcultural” uma vez que o domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness e Personal Beliefs*) revelou ser um dos

---

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Maria Nazarete Costa Catré, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra. E-mail: ncatre@gmail.com

aspectos centrais da QdV das pessoas, quer de doentes, quer de profissionais de saúde, quer ainda de pessoas da comunidade em geral, tendo inclusivamente os seus *itens* sido “sugeridos e recomendados por grupos focais como sendo aspectos (...) que faziam parte da sua qualidade de vida” (Fleck & Skevington, 2007, p. 147). Neste sentido, a OMS constituiu um grupo de trabalho *ad hoc* (conhecido como Grupo WHOQOL-SRPB), que esteve na origem do desenvolvimento do WHOQOL-SRPB, com a colaboração de 18 Centros espalhados por todo mundo (incluindo as Américas, o Médio Oriente, a Europa e a Ásia) e, como tal, diferentes religiões (WHOQOL-SRPB Group, 2006), destinado a avaliar o domínio da Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais da QdV.

Concettualmente, subjacentes ao instrumento WHOQOL-SRPB estão os conceitos de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. A QdV atravessa várias áreas/domínios, entre outros, o físico, o psicológico, o ambiente, a economia, as relações sociais, profissionais e espirituais, caracterizando-se pela sua multidimensionalidade, ambiguidade e complexidade. Da QdV fazem parte, não só as condições de vida, “que se referem a fatores como o rendimento, o nível económico, o estado civil, o nível de instrução, suscetíveis de influenciar o modo como os indivíduos experienciam e avaliam a sua vida” (Simões et al., 2000, p. 244), como a própria experiência de vida. Apresenta, deste modo, componentes objetivas (que podem ser avaliadas, designadamente através de parâmetros económicos) e subjetivas (Schalock & Verdugo, 2007). Vários estudos revelaram que a QdV depende de vários fatores, designadamente dos próprios indivíduos, da cultura, do contexto pessoal de cada um, sendo ainda dinâmica ao longo do tempo (O’Connell & Skevington, 2005; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007).

Esta foi, portanto, a linha de investigação do grupo WHOQOL (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998), que definiu a qualidade de vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007, p. 77). Trata-se de uma definição que enfatiza não só o ponto de vista do sujeito, mas também a complexa influência da saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997).

No que respeita à definição de espiritualidade, segundo Fleck et al. (2003, p. 449), “foi considerada de extrema utilidade” a definição de dimensão espiritual de Ross (1994), que o fez a partir de três grandes componentes: a necessidade de encontrar sentido, razão e preenchimento na vida; a esperança/vontade para viver; a fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A religiosidade “é entendida mais como as crenças, os rituais e as práticas associadas com uma instituição (...) está mais relacionada com a forma como alguém expressa a sua experiência com um ser transcendente, através de uma comunidade ou de uma organização social” (Piedmont, Ciarrochi, Dy-Liacó, & Williams, 2009, p. 163). Segundo Koenig (2008), refere-se também a todas as atividades classificadas como religiosas que são praticadas individualmente e em privado (e.g., a oração pessoal, a leitura e reflexão individual das escrituras, assistir a programas e/ou canais televisivos ou ouvir programas ou e/ou canais radiofónicos religiosos bem como quaisquer outros rituais religiosos que se pratiquem individualmente, designadamente acender velas). Pode distinguir-se entre a religiosidade intrínseca e extrínseca quando a religião é procurada, respetivamente, por valer por si (como um fim em si mesmo) ou para outros fins (Alport & Ross, 1967; Koenig, 2008). Por fim, as crenças pessoais dizem respeito a quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta, que formam a base do seu estilo de vida, comportamento (Fleck et al., 2003) e que fundamentam as suas decisões (Prioste, Narciso, & Gonçalves, 2012). Segundo o preâmbulo do WHOQOL-SRPB (2002, p. 20), as crenças pessoais podem recair “numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético”.

No que se prende com a estrutura do instrumento, o WHOQOL-SRPB apresenta oito facetas: *ser ou força espiritual, sentido da vida, admiração, totalidade e integração, força espiritual, paz*

*interior/serenidade/harmonia, esperança e otimismo e fé.* Como referido, cada faceta é avaliada por quatro questões, o que perfaz um total de 32 questões (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Por fim, do ponto de vista da metodologia de validação das versões nacionais do WHOQOL-SRPB, esta segue o protocolo que foi definido para os restantes instrumentos criados pela OMS para avaliar a QdV, compreendendo as seguintes etapas: (1) tradução (a versão final da tradução dos 32 itens para português europeu é apresentada no Quadro 1); (2) estudo qualitativo; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo quantitativo. Tendo-se procedido à tradução do WHOQOL-SRPB para português europeu, de acordo com as orientações definidas pela OMS (para uma revisão do protocolo de validação cf. Canavarro et al., 2007), seguiu-se uma segunda etapa: o estudo qualitativo, com grupos focais. O que se apresenta, no presente artigo, é o resultado desta etapa do protocolo que tem como objetivos: (a) aferir a compreensibilidade do WHOQOL-SRPB; (b) rever as definições e as questões propostas no instrumento original; (c) colher informações sobre a sua traduzibilidade; e (d) gerar alguma faceta adicional que se revele importante para a QdV associada à espiritualidade, religiosidade e/ou crenças pessoais dos indivíduos, em Portugal. Tendo-se procedido, também, a uma análise quantitativa da importância atribuída, pelos vários grupos focais, a cada uma das facetas que constituem a versão original do WHOQOL-SRPB, são apresentados, igualmente, os resultados obtidos.

## QUADRO 1

### *Facetas e questões do WHOQOL-SRPB*

1. Ligação a um Ser ou Força Espiritual	5. Força espiritual
SP1.1. Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual o(a) ajuda a ultrapassar tempos difíceis?	SP5.1. Em que medida é que sente força espiritual interior?
SP1.2. Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual o(a) ajuda a tolerar o <i>stress</i> ?	SP5.2. Em que medida é capaz de encontrar força espiritual em tempos difíceis?
SP1.3. Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual o(a) ajuda a compreender os outros?	SP5.3. Até que ponto é que a força espiritual o(a) ajuda a viver melhor?
SP1.4. Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual lhe dá conforto/ segurança?	SP5.4. Em que medida a sua força espiritual o(a) ajuda a sentir-se feliz?
2. Sentido da vida	6. Paz interior/serenidade/harmonia
SP2.1. Em que medida é que encontra sentido para a vida?	SP6.1. Em que medida se sente em paz consigo próprio?
SP2.2. Em que medida é que cuidar dos outros dá sentido à sua vida?	SP6.2. Em que medida sente paz interior?
SP2.3. Em que medida é que sente que a sua vida tem um propósito/um objetivo?	SP6.3. Até que ponto é capaz de se sentir em paz quando dela necessita?
SP2.4. Em que medida é que sente que está aqui por alguma razão?	SP6.4. Em que medida sente um sentido de harmonia na sua vida?
3. Admiração	7. Esperança e otimismo
SP3.1. Em que medida é capaz de se maravilhar com o que o(a) rodeia (p. ex.: com a natureza, a arte, a música)?	SP7.1. Até que ponto se sente com esperança?
SP3.2. Em que medida é que se sente espiritualmente tocado(a) pela beleza?	SP7.2. Em que medida olha para a sua vida com esperança?
SP3.3. Em que medida se sente inspirado(a) /entusiasmado(a) com a sua vida?	SP7.3. Em que medida é que ser otimista melhora a sua qualidade de vida?
SP3.4. Em que medida se sente grato(a) pelas coisas que pode desfrutar na natureza?	SP7.4. Até que ponto é capaz de permanecer otimista em tempos de incerteza?
4. Totalidade e integração	8. Fé
SP4.1. Em que medida é que sente alguma ligação entre a sua mente, o seu corpo e a sua alma?	SP8.1. Em que medida é que a fé contribui para o seu bem-estar?
SP4.2. Até que ponto está satisfeito por ter um equilíbrio entre mente, corpo e alma?	SP8.2. Em que medida é que a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?
SP4.3. Em que medida é que sente que a maneira como vive está de acordo com o que sente e pensa?	SP8.3. Em que medida é que a fé lhe dá força no dia-a-dia?
SP4.4. Até que ponto é que as suas crenças o(a) ajudam a dar coerência ao que faz, pensa e sente?	SP8.4. Em que medida é que a fé o(a) ajuda a desfrutar a vida?

## MÉTODO

### *Participantes*

O método apresentado neste estudo encontra-se suportado numa abordagem *bottom-up* pela importância que representam na validação das versões nacionais do WHOQOL-SRPB as opiniões dos utilizadores finais. Porque se revelam essenciais na aquisição de informações transculturais (Fleck et al., 2003), os grupos focais, técnica de investigação qualitativa utilizada, “avaliam a importância das facetas e sugerem *itens* para serem incluídos no questionário” (WHOQOL SRPB Group, 2006, p. 1488). De acordo com as *guidelines* gerais fornecidas pelo WHOQOL Group (1995), os grupos focais a constituir obedecem aos seguintes critérios: (a) pessoas em contacto com um serviço de saúde; (b) pessoas da população em geral, incluindo cuidadores informais; (c) profissionais da área da saúde. Foi estabelecido, no caso do instrumento WHOQOL-SRPB que, na constituição dos grupos focais, “seriam priorizados: profissionais de saúde (independentemente das suas crenças religiosas); ateus; pessoas com doenças agudas, crónicas e terminais; pacientes que se recuperaram de doenças; membros da religião dominante de cada centro; indivíduos de grupos religiosos minoritários” (Fleck et al., 2003, p. 449). Neste sentido, para ter uma ideia da posição religiosa em Portugal, socorremo-nos do mais recente estudo que, à data, fora publicado: o estudo do Centro de Estudos e Sondagens de Opinião & Centro de Estudos de Religiões e Culturas da Universidade Católica Portuguesa, de 2011, intitulado “Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas” (Teixeira, 2012).

Assim, utilizando uma amostra de conveniência, foram constituídos 12 grupos focais: profissionais da Saúde (com seis pessoas de diferentes serviços de saúde e com distintas funções); pessoas em contacto com um serviço de saúde (seis sujeitos com as mais diversas doenças – e.g., cancro da mama, fibromialgia, espondilite anquilosante); pessoas da população em geral, incluindo cuidadores informais (sete pessoas, incluindo quatro cuidadores informais e, adiante, designado apenas de “cuidadores informais”); Católicos (dois grupos focais, um de 10 e outro de seis indivíduos); não crentes (quatro ateus); crentes sem prática religiosa regular/assídua, designado de Católicos não praticantes (sete pessoas); Evangélicos (seis pessoas); Adventistas do 7º Dia, (oito pessoas); Testemunhas de Jeová (três indivíduos); Hindus (sete pessoas) e um grupo adicional com alunos de Mestrado (composto por 20 alunos do Curso de Mestrado em Supervisão Pedagógica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra).

Participaram neste estudo 90 indivíduos (65.6% de mulheres e 34.4% de homens), apresentando, maioritariamente, um nível de escolaridade de Licenciatura ou superior (72.2%). Apenas 1.1% não completou o 3º ciclo do ensino básico. A maioria dos participantes é casada (62.2%), sendo 24.4% solteiros, 6.7% divorciados, 3.3% separados, 2.2% em união de facto e 1.1% no estado de viuvez. Oitenta por cento dos inquiridos afirmaram não se encontrar doente, sendo que a maioria (57.8%) classificou a sua saúde como boa, 15, 6% como muito boa, 20% como nem boa nem má e 4, 4% como má. Os participantes que declararam ter uma doença, referiram estar a ser seguidos em regime de consulta externa.

### *Afiliação religiosa, crenças espirituais e pessoais*

No que respeita à religião, a maioria dos participantes identificou-se como sendo católico (61.1%), sendo que 16.7% se declararam protestantes (e aqui englobam-se, quer o grupo de Evangélicos, quer o grupo de Adventistas do 7º Dia), 7.8% Hindus, 3.3% Testemunhas de Jeová, 2.2% (outra) e 7.8% sem religião e 1.1% não respondeu.

A maioria das pessoas afirmou ser moderadamente a extremamente religiosas (82.2%), sendo que 7.8% afirmou ser nada religiosas e 8.9% pouco religiosas. A maioria dos participantes (74.5%) declarou considerar-se parte de uma comunidade/congregação/associação/movimento religiosa(o);

53.3% afirmou recorrer e/ou assistir a serviços religiosos uma ou mais vezes por semana, 12.2%, uma a duas vezes por mês, 11.1% algumas vezes, 13.3% raramente e 10% respondeu nunca. Numa escala de 1 a 10, variando entre 1 (Nada importante) a 10 (Muitíssimo importante), para aferir o grau de importância da religião na sua vida, 37.8% atribuiu nível 10; 13.3% nível 9; 10% nível 8; 8.9% nível 7 e 6.7% nível 1, distribuindo-se os sobranes participantes pelos níveis restantes.

No que respeita a crenças espirituais, 58.9% afirmou ter muitas ou muitíssimas, 24.4% nem muitas nem poucas e 16.7% referiu ter nenhuma ou poucas; relativamente a crenças pessoais fortes, 72.2% afirmou ter muitas ou muitíssimas, 17.8% nem muitas nem poucas e 8.8% referiu ter nenhuma ou poucas.

### *Procedimento*

Para constituição dos grupos focais, foram contactadas diversas entidades pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde e/ou associadas ao mesmo, bem como distintas Comunidades Religiosas, entre elas, as que, gentilmente, acederam ao nosso convite em participar neste estudo. A recusa em participar e/ou não participação neste estudo ficou a dever-se, entre outros aspetos, à duração previsível para cada sessão, às dificuldades do agendamento da mesma.

Após a anuência em participar neste estudo, foi dado conhecimento prévio aos seus participantes, dos objetivos da reunião e do seu *modus operandi*, garantida a confidencialidade e o anonimato, bem como a forma de utilização dos dados, somente para fins de investigação, tendo sido solicitada aos participantes a sua autorização, voluntária, para a gravação da sessão. Todas as sessões foram objeto de gravação exceto a realizada com o grupo focal de Testemunhas de Jeová e com o grupo de doentes, no primeiro caso porque um dos participantes não consentiu em fazê-lo e, no segundo, porque se entendeu que a situação particular das pessoas assim o justificava. Em consequência, a recolha de dados foi feita, nesses dois casos, apenas por apontamentos. Acautelou-se que o registo correspondesse integralmente ao referido pelos participantes revendo-se, sempre, em conjunto, com os participantes, as suas afirmações para que as mesmas não sofressem adulterações.

No início dos grupos focais, todos os participantes preencheram individualmente uma ficha relativa aos seus dados sociodemográficos. Seguiu-se um *brainstorming* e o debate em torno dos conceitos que estão em causa no questionário WHOQOL-SRPB, designadamente os de Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais. Na sequência da discussão dos termos constantes do questionário WHOQOL-SRPB, foi questionado aos participantes em que medida a espiritualidade, a religiosidade e as crenças da pessoa se relacionam e/ou interferem na QdV de uma pessoa. Só depois os participantes se confrontaram com as definições dadas pela OMS e analisaram cada faceta e respetivas questões, a sua compreensibilidade e a possibilidade, ou não, de inclusão de novas facetas/perguntas naquele instrumento de medida/questionário. No final, cada participante preencheu, individual e anonimamente, uma escala para aferir o grau de importância atribuída a cada faceta do referido questionário, numa escala de resposta de 10 pontos, de 1 (Nada importante) a 10 (Muitíssimo importante). Os grupos reuniram numa única sessão, em locais da sua conveniência, com uma duração de duas a três horas, exceto num dos grupos Católico que foi repartida por dois dias.

### *Análise de dados*

Após a transcrição das gravações efetuadas e da revisão das mesmas, bem como dos apontamentos que foram sendo retirados, com um cuidado acrescido nas situações em que não tiveram lugar as gravações das sessões, bem como da sua leitura, por diversas vezes, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados, utilizando, para o efeito, o *NVIVO 10 for Windows*. Foi tida

em consideração outros estudos levados a efeito para validação do WHOQOL-SRPB noutros países (Fleck et al., 2003; O'Connell e Skevington, 2005) e seguimos as orientações ao nível da análise qualitativa genericamente considerada (Bardin, 1995; Bogdan & Biklen, 1994) e de âmbito específico dos grupos focais (Krueger & Casey, 2000; Krueger & King, 1998; Morgan, 1997; Stewart, Shamdasani, & Rook, 2007).

A codificação de dados foi feita a partir dos três grandes vetores: (a) Entendimento dos grupos focais relativamente aos conceitos subjacentes no instrumento WHOQOL-SRPB; (b) Definições preconizadas pela OMS; e (c) Análise efetuada pelos grupos focais relativamente ao instrumento propriamente dito, facetas e respetivas questões. Dentro destes três vetores consideraram-se as categorias definidas *a priori* pelo WHOQOL-SRPB. Da análise de conteúdo das “unidades de registo” emergiu um conjunto diverso de indicadores que foram incluídos, num processo dinâmico e triangulado, em determinadas subcategorias que definiram, neste estudo, as referidas categorias.

O tratamento e análise dos dados recolhidos com a ficha sociodemográfica e a escala de avaliação do grau de importância atribuída a cada faceta do WHOQOL-SRPB, que os participantes preencheram, respetivamente, no início e no final de cada sessão, foram feitos com recurso ao programa estatístico IBM SPSS, versão 20.0.

## RESULTADOS

### *Conceitos subjacentes no WHOQOL-SRPB*

#### *Qualidade de vida*

A QdV aparece referenciada, pelos vários grupos, não só a componentes materiais, tendo como indicadores a aquisição do que se necessita, a satisfação das necessidades básicas, o acesso à educação, ter bens materiais, dinheiro/suporte financeiro, condições de vida, estabilidade económica, ter um emprego, conforto e o suficiente para viver de forma digna, “sem luxos e sem misérias”, ter um bom nível de vida social mas, sobretudo, a elementos imateriais. Entre estes, referiram ter tempo para se fazer o que se gosta, a estabilidade familiar e social, ter disponibilidade para si e para os outros, a solidariedade, a amizade, o sentido da vida, a coerência, a ausência de preocupações, a harmonia, o estilo de vida, ter noites bem dormidas, a correção/respeito, estar satisfeito com o que se tem, sentir-se amado, o respeito pelos Direitos Humanos fundamentais, ter objetivos e metas, ter paz, saber ser e saber estar para os outros, as relações pessoais e sociais, ter um equilíbrio emocional, com os outros e com a natureza). A saúde aparece como sendo o aspeto com maior relevância, surgindo diretamente associado à QdV e como uma premissa para a existência desta, conforme se pode aferir das palavras do grupo de Ateus “A primeira coisa é ter saúde obviamente. É que, sem isso, não há qualidade de vida” ou de um dos grupos religiosos (grupo Evangélico), que afirmou que “uma das maiores bênçãos que podemos ter é a saúde e levamos a ter uma boa qualidade de vida.”

Há, também, aspetos religiosos e espirituais que os participantes dos grupos associam à QdV: Deus, a fé, o sentido de unidade e integração e o sentido para a vida ou o cuidar da vida interior, não ter medo da morte, a preparação moral e espiritual, ter liberdade religiosa e de pensamento.

Todos os grupos associaram, de alguma forma, a espiritualidade, a religiosidade ou as crenças pessoais à QdV, acentuando os contributos que aquelas fornecem para a mesma, designadamente encarar os acontecimentos da vida, ainda que eles sejam adversos. O que diferenciou os grupos que professam uma religião dos restantes, sobretudo do dos ateus e o dos Católicos não praticantes, foi o facto de incluírem, no próprio conceito que têm de QdV, a ligação a Deus. Mesmo pelo grupo de ateus, foi reconhecido, por exemplo, ao trazer para debate a vivência de outras pessoas, o facto

de as práticas religiosas (mesmo as ritualistas, sem qualquer tradução coerente na sua vida diária das pessoas), se revelarem como cruciais para quem as adota, apresentando-se, muitas vezes, como fundamentais para o bem-estar dessas pessoas.

### *Espiritualidade*

No que respeita ao conceito de espiritualidade, todos os grupos apresentaram alguma dificuldade em defini-lo por considerá-lo um termo vago e abstrato. Na interação entre os participantes, em cada grupo focal, é que foram emergindo aspetos que permitiram perceber o alcance daquele conceito, revelando-se comuns aos vários grupos, desde logo, a definição do conceito pela exclusão do que é material, a partir de indicadores como “espírito”. Ainda que associada aos mais variados aspetos – a coisas não terrenas, à alma, à mente/pensamento, ao misticismo, a ter um sentido, a sentir-se em paz, a uma energia que vem de Deus ou dos outros – a espiritualidade surgiu ligada, ou não, à religiosidade. Para os grupos religiosos, uma e outra relacionam-se de alguma forma, confundindo-se até, em alguns casos, embora admitam, em termos teóricos, que possa existir uma espiritualidade fora da religião e da religiosidade. Aparecendo associada à fé e às crenças espirituais, a espiritualidade surgiu, na maioria dos grupos focais, ligada à saúde globalmente considerada e, de forma mais particular, como a base de sustentação para encarar a doença, sendo que no grupo de ateus e num dos grupos católico, apareceu como propiciadora de bem-estar. Além de uma componente espiritual, esta foi também entendida como tendo elementos culturais e ambientais pelos grupos de Mestrado, de doentes, de ateus e de católicos não praticantes.

Um aspeto comum a todos os grupos residiu, ainda, no facto de considerarem que o constructo está associado a algo que é mais intrínseco, mais interior da pessoa. Esta interioridade, no caso dos grupos religiosos, apareceu reportada à relação com Deus e, no caso dos outros grupos, surgiu ligada ao saber o porquê das coisas, ao aprofundar de conhecimentos. Sendo considerada por um dos grupos católico como estrutural e estruturante da pessoa, a espiritualidade foi vista, pelo grupo dos católicos não praticantes como aquilo que anima o ser e nos distingue dos animais irracionais, apresentando-se, além do mais, como a capacidade de o indivíduo se transcender. Dos doze grupos, metade consideraram que a espiritualidade é inerente ou intrínseca ao ser humano. O grupo/comunidade e os outros, são referidos como sendo aspetos, igualmente, importantes.

### *Religiosidade*

Os grupos focais não tiveram qualquer dificuldade em definir o conceito de religiosidade, associando-a a práticas religiosas, a ritos, espaços de culto e caracterizando-a como formal, pública, visível, doutrinal. Apareceu associada a figuras (anjos, guias, animais sagrados, imagens ou a Deus) e ainda a um grupo/comunidade e, num dos grupos – Profissionais de saúde – apareceu como estando ligada a seitas. Segundo o grupo de crentes não praticantes, a religiosidade constitui uma forma de dar resposta a questões essenciais da vida para as quais não se tem resposta, encontrando-se, na perspetiva do grupo de doentes, sobretudo, “mais ligada a uma religião que a pessoa abraça e torna pública essa sua fé”.

Emergiram, na discussão, duas formas de viver a religiosidade: uma religiosidade mais popular, ritualista (que, no caso do grupo de Mestrado e num dos grupos Católico, apareceu, simultaneamente, associada à religiosidade natural) e uma religiosidade como fé/espiritualidade. Eclodiram nos grupos de Mestrado, de Ateus, Evangélico e nos dois Católicos, críticas ao primeiro tipo de religiosidade, ritualista, vazia de significado. Peculiarmente, nos grupos religiosos, essas críticas surgiram para demonstrar que a vivência religiosa das pessoas que constituem esses grupos não se confunde com esse tipo de religiosidade.

O aspeto relacional do ser humano com uma entidade divina – Jesus Cristo, no caso particular das religiões cristãs, e Deus em geral, ou com o Supremo – foi bastante acentuado pelos grupos

que professam uma religião, sendo apresentado como algo que tem repercussões, não só na vida da pessoa, mas também na sua relação com os demais.

#### *Crenças pessoais*

O conceito de crenças pessoais foi o que suscitou maior estranheza nos grupos focais, que apresentaram dificuldades em defini-lo. Foi associado, numa primeira instância, num dos grupos católicos, a algo destituído de sentido, à luz da fé verdadeira, da qual distinguem. Houve necessidade, em alguns grupos, de se proceder, previamente, à leitura da definição dada pela OMS no preâmbulo do WHOQOL-SRPB.

Da análise dos dados recolhidos resultou que, no caso dos grupos religiosos, as crenças não se dissociavam das crenças religiosas e espirituais. Só estas pareciam fazer sentido para estes grupos focais. No caso do grupo de Ateus, as crenças pessoais foram entendidas como “acreditar”. Apesar de um dos seus elementos se ter autointitulado cético em relação a tudo, foi referido, concretamente o caso de se acreditar nas teorias Marxista-Leninista e do Che Guevara, bem como de se acreditar que é possível mudar o mundo para melhor, “fazer a diferença na vida.” No caso de um dos grupos Católico e no de Cuidadores informais, as crenças pessoais foram associadas, também, a crenças científicas relativas, nomeadamente, à teoria da Evolução.

No que respeita aos grupos de Mestrado, de Doentes, de Católicos não praticantes e de cuidadores informais, as crenças pessoais foram associadas a convicções fortes as quais, no entender desses grupos, são aquelas que regem a vida das pessoas e, segundo o grupo de Católicos não praticantes, são mais difíceis de se abdicar do que de uma religião.

As Crenças pessoais foram vistas, pelos grupos Ateu, Católico, Católico não praticante e Evangélico, como estando dependentes de fatores externos, a situações ou à experiência de vida que cada um tem (grupos Católico e Católico não praticante), ao seu ambiente circundante, onde se cresceu e/ou onde se envolveu (grupo Ateu, Católico e Evangélico), à vivência que se tem em grupo, com os outros (grupo Católico), sendo mutáveis no tempo (grupo Católico não praticante). Segundo os grupos Ateu, um dos grupos Católico, Evangélico e de Profissionais de saúde é o que faz com que as pessoas acreditem em algo, mas também a que, segundo esse grupo Católico, não acreditem em nada ou, ainda, a que tenham esta ou aquela religião.

#### *Definições preconizadas pela OMS*

Os grupos focais acolheram os conceitos de espiritualidade e religiosidade (cf. Fleck et al., 2003) identificando, inclusive, neles, aspetos que foram, por si, abordados durante a respetiva sessão. Reviram-se, ainda, na definição da OMS de Qualidade de Vida por aquela contemplar o ponto de vista da subjetividade, de que perfilharam. Já quanto ao conceito de crenças pessoais (que em alguns grupos foi apenas recordado, dada a necessidade inicial de ser apresentado previamente à discussão), os grupos que professavam uma religião, ainda que compreendendo e aceitando o que foi instituído pela OMS (dada a natureza transversal e transcultural do WHOQOL-SRPB, que lhes fora explicada), mantiveram-se fiéis ao que disseram a propósito da discussão em torno daquele conceito.

#### *WHOQOL-SRPB: Análise das facetas e das questões*

Relativamente à primeira faceta, *Ligação a um ser ou força espiritual*, os grupos focais dividiram-se no que à sua designação respeita. Desde logo, porque uns identificaram-se mais com “ser espiritual” (Grupos de Doentes, Católicos, Evangélico, Hindu, Testemunhas de Jeová e Adventista) e outros com “força espiritual” (grupo de Mestrado). Outros, ainda, preferiram apenas o termo “força” (grupo de Ateus), palavra esta rejeitada pelo grupo de Evangélicos. A identificação

automática do “ser espiritual” a Deus foi feita por todos os grupos que professavam uma religião. O grupo de Hindus, um dos grupos Católicos e o grupo dos Católicos não praticantes, concluiu pela complementaridade das duas expressões. Foi detetada a não correspondência entre a faceta e as questões. Estas diferentemente da nomenclatura da faceta, apenas se reportam a “ser espiritual” e não à “força espiritual.”

No que respeita à segunda faceta, *Sentido da vida*, as duas últimas questões apresentaram-se com um grau relativo de dificuldade em serem interpretadas, numa primeira leitura, pela maioria dos participantes neste estudo, na medida em que as não conseguiram destrinçar de imediato, o que já não sucedeu, no entanto, após uma leitura atenta das mesmas e da discussão que se foi gerando nos vários grupos.

Relativamente à terceira faceta, *Admiração*, as dificuldades na tradução e na retroversão do WHOQOL-SRPB trouxeram à colação as questões idiomáticas. Com difícil tradução para a Língua Portuguesa, a expressão *awe* foi traduzida, para *Admiração*, tal como na versão brasileira (cf. Fleck et al., 2003). Nos grupos focais houve quem propusesse outras expressões em substituição de *Admiração* como sejam as de “contemplação” “deslumbramento”, “inspiração”, “fascinação”, “espanto”. Não sendo unânime nem maioritária a escolha de uma só palavra que fosse comum a todos os grupos, mas identificando-se a totalidade desses participantes com o que se pretende alcançar com as perguntas, optou-se por manter a designação da faceta como *Admiração* sem alteração alguma, por ter sido aquela a expressão que, na sua globalidade, colheu maior consenso entre os mesmos. Os grupos Adventista, um dos grupos Católico, o grupo de Testemunhas de Jeová e o Hindu associaram as maravilhas a Deus, Criador, que no caso do último grupo foi referido ser, simultaneamente, um Deus estabilizador e regenerador. No grupo de Doentes e no Evangélico foi trazida à colação o facto de as questões contemplarem apenas os aspetos positivos (o que sucedeu também no estudo de O’Connell & Skevington, 2005).

A análise da quarta faceta, *Totalidade e integração*, não suscitou quaisquer comentários por parte do grupo de Evangélicos, nem do grupo de Cuidadores informais. A utilização das expressões – “corpo”, “alma” e “mente” – foram facilmente aceites pelo grupo de Hindus que assumiram a sua identidade religiosa como “seres evolucionistas enquanto corpo e seres criacionistas enquanto alma”. Para os grupos de Mestrado, dos Católicos e para o Grupo de Testemunhas de Jeová, o corpo, a alma e a mente formam a totalidade da pessoa, não sendo separáveis. Um dos grupos Católico reportou-se a outro conceito que para si faz mais sentido, o de corporeidade, que abarca o corpo e a alma. Esse grupo vê a alma mais como força vital do ser. O grupo de Católicos não praticantes também perfilhou a não separação de conceitos e conceção da pessoa como uma totalidade. O conceito de alma revelou ser o mais controverso no grupo. O grupo de Doentes também rejeitou a referida separação mas, alguns participantes, ao associarem a expressão “alma” à situação de morte iminente, inibiram-se de fazer uma análise objetiva da questão. Para o grupo de Adventistas do 7º Dia existem apenas duas componentes a formar a totalidade da pessoa: a física e a espiritual (esta é identificada como “fogo da vida”), sendo a alma o resultado da junção entre o “corpo” e o “fogo da vida” que tem origem em Deus e que regressa a Deus, quando a pessoa morre. O grupo de Ateus não se identificou com a palavra “alma” por considerar que a mesma é um conceito religioso e do âmbito do sobrenatural, preferindo enfatizar a questão da coerência. Este último aspeto foi também assinalado pelo grupo de Católicos não praticantes.

Quanto à quinta faceta, *Força espiritual*, nada foi referido pelos grupos de Doentes, Profissionais da saúde e Testemunhas de Jeová. O grupo de Ateus e o de Católicos não praticantes não se identificaram com a palavra “espiritual”, só com a expressão “força” ou “força interior”, respetivamente. O grupo de Mestrado entendeu a expressão utilizada na primeira questão – “força espiritual interior” – como um pleonasma porque, na sua ótica, a força é sempre interior. O grupo Evangélico rejeitou, por completo, a palavra “força”, que viu como um conceito abstrato, substituindo, ainda, a palavra espiritual por “ânimo”, que corresponde ao “poder de Deus em nós”

e que aparece traduzida neste e, ainda, nos dois grupos Católicos, Adventista e Evangélico, como a força de Deus, isto é, como algo que é exterior à pessoa, sendo incontestável, para esses grupos, que só com Deus ou com o Espírito Santo é que a pessoa adquire força espiritual ou ânimo. O grupo Adventista do 7º Dia fez uma associação às religiões orientais como sendo as que se identificam com o tipo de força espiritual que apenas depende do indivíduo *per si*. O grupo de Cuidadores informais viu, naquela força, uma força interior que pode estar, ou não, associada a Deus e à religiosidade.

No que respeita à sexta faceta, *Paz interior/ serenidade/ harmonia*, um dos grupos Católico e os grupos Hindu, Católico não praticante, Cuidadores informais e Testemunhas de Jeová, nada assinalaram. Alguns dos participantes, individualmente, apresentaram, inicialmente, alguma dificuldade em distinguir as duas primeiras perguntas. Os restantes grupos focais, embora divergindo em alguns aspetos, apresentaram um elemento em comum para diferenciar os vários conceitos – a relação com os outros – considerada, por si, relevante, para que se tenha serenidade (grupo de Mestrado), para que se sinta paz interior (grupo de Ateus), para se sentir simplesmente em paz (num dos grupos Católicos) ou para se estar em harmonia (Cuidadores informais).

Relativamente à sétima faceta, *Esperança e otimismo*, nada foi assinalado pelos grupos de Adventistas, de Ateus, pelos grupos Hindu, Evangélico, de Cuidadores informais, de Profissionais da Saúde e de Testemunhas de Jeová. Um dos grupos Católico, os grupos de Católicos não praticantes e de Doentes apenas sugeriram uma alteração terminológica. Um dos grupos Católico debateu os dois conceitos em causa – esperança e otimismo – considerando que o primeiro é mais profundo do que o segundo, vendo neste último apenas uma predisposição de momento. No grupo de Mestrado, embora não de forma consensual, houve quem visse o otimismo mais como “uma atitude psicológica” e a esperança como “uma projeção, é uma virtude, se quisermos (é uma das virtudes teológicas)”.

Quanto à última faceta, *Fé*, foi vista pelo grupo de Hindus, como a “força motriz” e com uma função orientadora. Num dos grupos Católico, a fé surgiu como medida absoluta, fundamento de tudo. Para o grupo de Ateus, no entanto, ela apareceu como algo “irracional”, “é acreditar sem saber porquê”, ao passo que as Testemunhas de Jeová a veem como “a “expectativa certa”, “uma demonstração evidente”, sendo algo que se cultiva ao longo da vida. Os grupos de Doentes, de Católicos não praticantes e de Cuidadores informais afirmaram que a fé pode estar ou não ligada à religião, enquanto o grupo de Ateus e alguns participantes do grupo de Mestrado entenderam que a palavra “fé” se encontra impregnada de sentido religioso, o qual não perfilham, tendo, por isso, denunciado as dificuldades que teriam em responder às perguntas, por não se identificarem com a expressão. Nos grupos de Mestrado, de Doentes, Adventista e nos dois grupos Católicos, a fé apareceu associada à espiritualidade.

Os grupos cristãos olham para a fé sobretudo como o resultado de um encontro com um Ser Superior, que é Deus, a quem vão aprendendo a conhecer e com quem estabelecem uma relação de confiança. A referida relação de confiança foi, ainda, mencionada nos grupos de Cuidadores informais, aparecendo reportada não só a Deus, mas também aos outros. Os Profissionais de saúde veem-na, igualmente, associada aos outros, no sentido de acreditar em alguém (seja nos outros propriamente ditos, seja no seu testemunho, apresentando, inclusive, não só um caso particular, como também o caso de doentes de quem cuidam, que alegam que a fé em Deus ou em Nossa Senhora de Fátima terá tido um impacto positivo na sua saúde.) Nos grupos Católicos e no de Cuidadores informais, a fé apareceu, maioritariamente, como complementar da Ciência.

#### *WHOQOL-SRPB: Facetas adicionais da versão em Português Europeu*

Para além do exposto, dos grupos focais foram emergindo vários tópicos a propósito, quer da análise do instrumento globalmente considerado, quer da análise das facetas em particular. Entre

eles salientam-se a *relação com os outros* e o *estilo de vida* os quais, pela especial relevância que assumiram e pelas sugestões que os grupos participantes neste estudo fizeram, são passíveis de vir a constituir-se como facetas adicionais da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB.

A importância da relação com os outros foi classificada por todos os grupos como essencial na vida das pessoas. Foi considerado que os outros são quem inspira, quem “leva mais à frente”, “interferindo na nossa qualidade de vida e nós na deles”. Os grupos religiosos acentuaram, essencialmente, o respeito e o amor ao próximo, a vivência em comunidade, o auxílio que se deve prestar a quem dele necessita, referindo, também, que os outros ajudam a pôr em prática a relação com Deus e a aprofundá-la. Também os cuidados relativos à vida física e pessoal (e.g., alimentação, práticas de abstinência/jejum, participação na Eucaristia, preparação espiritual, como o yoga e meditação) se apresentaram como aspetos que têm reflexos para a vida pessoal, familiar e de educação dos participantes, contribuindo para o seu bem-estar pessoal e social e para a sua QdV. A este respeito, os grupos de Adventistas do 7º Dia, de Testemunhas de Jeová, um dos grupos Católico e o grupo de Hindus, qualificaram mesmo alguns dos aspetos referidos como fazendo parte do que designaram ser o seu “estilo de vida”. Mais, consideraram que este, estando associado diretamente à prática da sua religião e contribuindo para a sua QdV, deveria ser contemplado no WHOQOL-SRPB.

#### *Importância das facetas do WHOQOL-SRPB*

A análise quantitativa relativa à importância das facetas do WHOQOL-SRPB, tendo em conta a escala de resposta de 1 a 10, mostrou que todas as facetas são referidas como importantes (valor médio superior a 8), sendo que as facetas *Paz interior/ serenidade/ harmonia*, *Sentido da vida e Esperança e otimismo*, são as que, em média, os participantes neste estudo reportam como mais importantes. Os resultados encontram-se no Quadro 2.

QUADRO 2

*Importância atribuída a cada uma das facetas*

Facetas	Mínimo	Máximo	Média (M)	Desvio-padrão (DP)
1. Ligação a um ser ou força espiritual	1.00	10.00	8.24	2.42
2. Sentido da vida	3.00	10.00	9.09	1.33
3. Admiração	3.00	10.00	8.48	1.69
4. Totalidade e integração	2.00	10.00	8.68	1.44
5. Força espiritual	1.00	10.00	8.44	2.14
6. Paz interior/serenidade/harmonia	1.00	10.00	9.21	1.30
7. Esperança e otimismo	1.00	10.00	9.02	1.54
8. Fé	1.00	10.00	8.52	2.30

Da análise descritiva feita aos vários grupos focais, verificamos que o grupo de Testemunhas de Jeová é o que apresenta maiores índices em todas as facetas do WHOQOL-SRPB, seguido dos grupos de Adventistas do 7º Dia e dos grupos de Católicos 2 e 1 (por esta ordem). Como espectável, são os participantes do grupo Ateus que reportam menores valores médios de importâncias das diferentes facetas. Os resultados encontram-se expostos no Quadro 3.

### QUADRO 3

*Médias e desvios-padrão para as oito facetas em função dos diferentes grupos focais*

Facetas	Grupo 1 (n=20)		Grupo 2 (n=6)		Grupo 3 (n=8)		Grupo 4 (n=4)		Grupo 5 (n=6)		Grupo 6 (n=10)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
1. Ligação a um ser ou força espiritual	6.90	2.22	8.67	1.86	10.0	0.00	1.00	0.00	9.17	1.33	9.80	0.42
2. Sentido da vida	8.85	1.04	9.67	0.52	9.75	0.46	5.00	1.41	9.00	1.26	9.70	0.48
3. Admiração	7.30	1.87	9.00	1.55	9.63	0.74	7.00	2.45	9.17	0.98	9.60	0.70
4. Totalidade e integração	7.90	1.12	8.17	2.56	9.63	0.74	6.00	2.71	8.17	0.75	9.50	0.53
5. Força espiritual	7.40	2.14	8.83	1.17	9.75	0.71	1.75	0.96	9.33	0.52	9.60	0.70
6. Paz interior/serenidade/ harmonia	9.05	0.89	9.67	0.52	9.88	0.35	6.00	3.92	9.17	0.98	9.30	9.95
7. Esperança e otimismo	8.60	1.31	9.50	0.84	10.0	0.00	5.00	4.24	9.33	0.52	9.40	0.70
8. Fé	7.65	2.13	9.17	0.75	10.0	0.00	2.25	2.50	9.83	0.41	9.80	0.42

  

Facetas	Grupo 7 (n=7)		Grupo 8 (n=7)		Grupo 9 (n=6)		Grupo 10 (n=7)		Grupo 11 (n=6)		Grupo 12 (n=3)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
1. Ligação a um ser ou força espiritual	9.71	0.49	6.57	1.51	9.00	1.73	8.86	0.90	9.17	1.17	10.0	0.00
2. Sentido da vida	9.57	0.79	9.29	1.11	9.33	0.52	8.29	1.60	9.67	0.52	10.0	0.00
3. Admiração	8.85	1.46	8.29	1.80	8.17	1.47	8.43	0.98	8.17	2.14	10.0	0.00
4. Totalidade e integração	9.71	0.49	9.14	1.07	8.67	0.82	8.57	1.27	9.33	0.82	9.67	0.58
5. Força espiritual	9.71	0.49	8.14	1.95	8.60	1.34	9.14	0.69	8.50	1.22	10.0	0.00
6. Paz interior/serenidade/ harmonia	9.86	0.38	9.14	1.21	9.00	0.89	9.29	0.76	9.50	0.84	10.0	0.00
7. Esperança e otimismo	9.71	0.49	8.71	1.38	9.33	0.52	8.71	1.11	9.50	0.84	10.0	0.00
8. Fé	9.57	0.79	6.86	1.86	9.83	0.41	7.57	2.99	9.33	1.21	10.0	0.00

*Legenda:* Grupo 1: Mestrado; Grupo 2: Doentes; Grupo 3: Adventistas; Grupo 4: Ateus; Grupo 5: Católicos 1; Grupo 6: Católicos 2; Grupo 7: Hindus; Grupo 8: Católicos não praticantes; Grupo 9: Evangélicos; Grupo 10: Cuidadores informais; Grupo 11: Profissionais de saúde; Grupo 12: Testemunhas de Jeová.

### DISCUSSÃO

O presente estudo, utilizando uma metodologia de grupos focais, constitui uma das principais etapas do processo de validação do instrumento WHOQOL-SRPB, que avalia o domínio da Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais da qualidade de vida. Corroborando os resultados de outros estudos realizados no mesmo âmbito (Fleck et al., 2003; O'Connell & Skevington, 2005, 2010), os resultados deste estudo vão no sentido de considerar este domínio como uma componente importante da QdV dos indivíduos e contribui para que haja uma revisão do conceito de saúde da OMS, tal como defendido por Halfdan Mahler na 51ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1998 (Stuckelberger, 2005) e por O'Connell e Skevington (2005) por forma a contemplar-se, nesse conceito, a dimensão espiritual.

De forma semelhante a estudos anteriores usando a metodologia de grupos focais (Fleck et al., 2003; O'Connell & Skevington, 2005), os principais resultados do presente estudo apontam para a existência de aspetos consensuais e de temas com algumas limitações e discordâncias que são merecedores de alguma reflexão. Verifica-se uma concordância na definição dos conceitos de qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade. Já em relação às crenças pessoais, revela-se uma divergência entre os grupos que professam uma religião, relativamente aos que a não professam. Para os primeiros, as crenças pessoais não fazem sentido se dissociadas das crenças espirituais e religiosas. Consistente com este entendimento, estão, aliás, os resultados quantitativos

no item crenças pessoais, nos quais 72.2% dos participantes afirmam ter muitas ou muitíssimas crenças pessoais fortes. E, não obstante a existência destas divergências conceptuais, os grupos foram consensuais ao considerar que as crenças pessoais contribuem para a qualidade de vida.

Ao nível das facetas, não foi pacífico o entendimento da Faceta 1, *Ligação a um ser ou força espiritual*, o que se repercutiu, inclusive, mais tarde, na análise da Faceta 5, *Força espiritual*, uma vez que, para os grupos religiosos, essa força é exterior à pessoa, estando associada a Deus. Estas dificuldades e a discussão em torno dos conceitos vão, genericamente, no mesmo sentido do estudo de O'Connell e Skevington (2005). Também a dicotomia entre “corpo”, “alma” e “mente”, vista como implícita na Faceta 4, *Totalidade e Integração*, foi geradora de dissensos, sendo apontada, por alguns grupos, uma limitação – o pressuposto da existência de um equilíbrio entre “corpo”, “alma” e “mente” – que pode, no seu entender, não existir, e que, por isso, se apresenta como um aspeto que pode vir a condicionar, de alguma forma, as respostas à questão. No âmbito desta faceta, dois grupos (Ateus e Católicos não praticantes), não se identificando com a expressão “alma” preferiram enfatizar a questão da coerência. Esta questão teve particular relevância no estudo de Fleck et al. (2003), tendo levado à formulação de uma questão adicional. Ainda de forma semelhante ao reportado no estudo de Fleck et al., ao nível da Faceta 8, *Fé*, a maioria dos participantes neste estudo entende-a com um cariz religioso, o que não permite o alcance mais alargado – *fê* em Deus, nos outros e em si próprio – preconizado.

Ainda que a compreensibilidade do instrumento, globalmente considerado, fosse inferida pela generalidade dos participantes neste estudo, é possível concluir, da análise dos resultados obtidos que, no que respeita à tradução do instrumento, as dificuldades que emergiram nos grupos focais, sobretudo em relação a conceitos como “crenças pessoais”, “ser ou força espiritual”, “corpo”, “mente” e “alma” e o entendimento de “*fê*”, poderão, em nosso entender, constituir-se, de certa forma, como condicionantes às respostas ao questionário. De facto, estes conceitos não revelaram ter uma compreensibilidade suficientemente clara e, não foram, em alguns casos, pacificamente aceites pelos distintos grupos. Por exemplo, a expressão *awe*, cuja tradução final ficou “admiração”, apesar de ter suscitado alguma controvérsia, parece ser, no global, a que menos poderá afetar as respostas dos sujeitos uma vez que estes se identificaram com as respetivas questões. Outras expressões inicialmente propostas, como por exemplo “sentido na vida” e “esperançoso”, foram reformuladas após a discussão dos grupos focais. Especificamente, os grupos entenderam que se compreenderia melhor em Português “sentido para a vida” e propuseram “com esperança” em vez de esperançoso, por este não ser um termo de uso muito comum em Portugal.

Para além do objetivo de avaliar as facetas que compõem o WHOQOL-SRPB, um dos objetivos desta etapa respeita à possibilidade de os grupos focais proporem novas questões e/ou facetas adicionais. A este propósito, é de salientar a necessidade, sentida pelos distintos grupos do estudo, de integrar a *relação com os outros* e o *estilo de vida*, considerando-os aspetos relevantes no contexto SRPB. Tal como em Fleck et al. (2003), verifica-se no nosso estudo a particularidade assumida pelos diferentes grupos religiosos de considerarem que a ligação a Deus/Entidade Superior/Supremo (vista como uma relação vertical) não se dissocia da relação com os outros (relação no plano horizontal), tendo esta dimensão de *relação com os outros* sido apontada, *ipsis verbis*, no nosso estudo, como deficitária no WHOQOL-SRPB. No que a este aspeto respeita, os nossos dados são, no entanto, igualmente, congruentes com o estudo Fleck et al. (2003), uma vez que foi considerada, neste último, uma faceta adicional de certa forma focada na *relação com os outros*, concretamente “o amor pelos outros /Humanidade”. Tendo em conta a centralidade desta dimensão relacional no âmbito do modelo de saúde espiritual e bem-estar (Fisher, 2011), parece-nos relevante a sua consideração como faceta adicional do WHOQOL-SRPB. Na mesma linha, está a dimensão *estilo de vida*, que os grupos focais consideraram como diretamente associada à religião (por via de práticas como abstinência/jejum, participação na Eucaristia, preparação espiritual, como o yoga e meditação) e contribuindo para a sua QdV. Assim, atendendo a esta

relevância, estas duas dimensões são passíveis de vir a constituir-se como novas facetas do módulo WHOQOL-SRPB português. Seguindo as recomendações da OMS para a formulação de perguntas dos questionários da família WHOQOL (WHOQOL Group, 1994, 1995), foram enunciadas diferentes perguntas relativas às duas facetas adicionais que, no âmbito dos posteriores estudos psicométricos, serão alvo de análise mais aprofundada.

Já quanto às análises quantitativas relativas à importância das diferentes facetas do módulo WHOQOL-SRPB, os resultados obtidos nas oito facetas que integram este módulo, nos diferentes grupos focais, vão no sentido esperado, de o grupo sem afiliação religiosa, apresentar médias inferiores em todas as facetas, comparativamente às registadas nos diferentes grupos religiosos. Esta análise, ainda que exploratória e essencialmente descritiva, revela que a generalidade dos participantes atribui uma grande importância às diferentes dimensões do módulo SRPB. Estes dados reforçam a literatura que sugere a importância destas dimensões para a qualidade de vida dos sujeitos e é consistente com os critérios definidos pelo Grupo WHOQOL, de que para uma faceta para ser percebida como importante para a qualidade de vida deverá ter uma importância média superior a cinco (O'Connell & Skevington, 2005). Com efeito, os resultados qualitativos e quantitativos obtidos com o presente estudo permitem-nos inferir pela transculturalidade do WHOQOL-SRPB, assumindo as suas facetas um grau de importância, positivo, na vida das pessoas, indiciando, além do mais, que a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais dos indivíduos assumem um papel preponderante na sua QdV, saúde e bem-estar, à semelhança do que têm demonstrado outros estudos nessas áreas (Fisher, 2011; O'Connell & Skevington, 2010; Piedmont, 2007; Sawatzky, Pamela, & Chiu, 2005).

O presente estudo não se encontra isento de limitações, sendo que as principais se prendem com a amostra de conveniência, bem como a dimensão de alguns dos grupos focais, não permitindo a extrapolação dos resultados. Nesta linha, refira-se que a dimensão dos grupos focais não permitiu uma análise comparativa da importância atribuída por cada grupo às diferentes facetas do módulo SRPB, para além das análises descritivas. Porém, dada a fase de validação deste instrumento (estudo qualitativo), entendemos que este aspeto é justificável. Contudo, apresenta, igualmente, pontos fortes que são importantes destacar, nomeadamente: (1) a inclusão de grupos focais compostos por um grande número de orientações religiosas; (2) aprimorar a própria tradução do instrumento (cf. Quadro 1 – versão final da tradução dos 32 itens), tornando-a mais consentânea com a população a que se destina – a portuguesa; e (3) a possibilidade de integração de duas facetas adicionais à versão portuguesa do WHOQOL-SRPB. Adicionalmente, é de assinalar que esta fase preparatória de desenvolvimento do módulo SRPB contribui em definitivo para a validação da versão em Português Europeu do instrumento WHOQOL-SRPB reforçando, deste modo, o espectro de instrumentos de avaliação da qualidade de vida da família WHOQOL já disponíveis em Portugal (Canavarro & Pereira, 2012; Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2011; Canavarro et al., 2007; Canavarro et al., 2009; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Por fim, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de continuar a desenvolver estudos nesta área, em Portugal, que permitam compreender, com maior acuidade, esta dimensão do ser humano e os seus reflexos na vida das pessoas.

## AGRADECIMENTOS

Dirigimos um particular agradecimento ao WHOQOL-SRPB Group nas pessoas do Dr. Mark Van Ommeren (OMS), Dr. Marcelo Fleck (Brasil), Dr. Suzanne Skevington (U.K.) bem como a todas as pessoas que tornaram este estudo possível, participando e/ou ajudando no recrutamento dos participantes. Agradecemos, ainda, às comunidades religiosas – Comunidade Hindu de

Portugal (Lisboa), Adventista do 7º Dia de Coimbra, Evangélica de Paredes do Bairro (Anadia), de Testemunhas de Jeová de Sta. Comba Dão (Viseu), Caminho Neocatecumenal de Sto. António dos Olivais (Coimbra), Associação Jovens Cristãos de Luso (Mealhada) – que aceitaram, de forma generosa, colaborar no recrutamento dos sujeitos, contribuindo para o estudo da espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em Portugal.

## REFERÊNCIAS

- Alport, G., & Ross, M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected adults: The WHOQOL-HIV-Bref. *AIDS Care*, 24, 799-807.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2011). Quality of life assessment in HIV-infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care*, 23, 187-194.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., . . . Carona, C. (2007). WHOQOL-Bref: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Orgs.), *Avaliação Psicológica-Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-99). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., . . . Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2, 17-28.
- Fleck, M. P., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37, 446-455.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 146-149.
- Koenig, H. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus group: A practical guide for applied research* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Krueger, R. A., & King, J. A. (1998). *Involving community members in focus groups*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 10, 379-398.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology*, 15, 729-748.

- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D., & Fleck, M. P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 105-115.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia, 9*, 109-123.
- Piedmont, R. (2007). Spirituality as a robust empirical predictor of psychosocial outcomes: A cross-cultural analysis. In R. J. Estes (Ed.), *Advancing quality of life in a turbulent world* (pp. 117-134). Dordrecht, NL: Springer.
- Piedmont, R., Ciarrochi, J., Dy-Liacó, G., & Williams, J. (2009). The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality research. *Psychology of Religion and Spirituality, 1*, 162-179.
- Prioste, A., Narciso, I., & Gonçalves, M. (2012). Questionário de Valores Pessoais Readaptado: Processo de desenvolvimento e contributos iniciais para a validação. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica, 34*, 175-199.
- Ross, L. (1994). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies, 32*, 457-468.
- Saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *European Psychiatry, 12*, 263-266.
- Sawatzky, R., Pamela, A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research, 72*, 153-188.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). The concept of quality of life in services and supports for people with intellectual disabilities. *Siglo Cero, 38*, 21-36.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura, 4*, 243-279.
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus groups. Theory and practice* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage.
- Stuckelberger, A. (2005). *The round table spirituality, religion and health at the United Nations-Genève*. Retirado de [http://www.wunrn.com/news/2006/05\\_08\\_06/051206\\_spirituality\\_religion.pdf](http://www.wunrn.com/news/2006/05_08_06/051206_spirituality_religion.pdf)
- Teixeira, A. (2012). *Identidades religiosas em Portugal: Representações, valores e práticas*. Universidade Católica Portuguesa. Retirado de [http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011\\_Resumo.pdf](http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011_Resumo.pdf)
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*, 24-56.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*, 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*, 551-558.
- WHOQOL SRPB Group. (2002). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument*. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/622.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf)
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine, 62*, 1486-1497.

The aim of this study was to present the qualitative phase, using the methodology of focus groups, in the development of European Portuguese version of the WHOQOL-SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs). The sample included 90 participants, distributed by 12 focus groups: health

professionals, patients, informal caregivers, Catholics, nonbelievers, believers without regular religious practice, Evangelical, 7th Day Adventists, Jehovah's Witnesses, Hindus, and Masters students. The results validate the dimensions proposed in the original module by the WHOQOL-SRPB Group. The focus groups also considered other dimensions, including the relationship with others and lifestyle, which in view of their importance, are likely to be included as new facets of the European Portuguese WHOQOL-SRPB. The results allow us to infer the transcultural features of WHOQOL-SRPB, strengthening that issues of spirituality, religion and personal beliefs have an important role in quality of life.

**Key-words:** Quality of life, Spirituality, Religion, Personal beliefs, Focus groups.

*Submissão:* 09/04/2014

*Aceitação:* 20/05/2014

