



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ESPIRITUALIDADE E ESTADO DE SAÚDE NA
DOENÇA CRÓNICA: PAPEL MEDIADOR DO *COPING*
E DA ADESÃO AO TRATAMENTO

ISA MARIA DE OLIVEIRA BRONCAS

Orientador de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Maria João Gouveia, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

A essa *Força Superior* que nos guia e orienta e que tudo permite, OBRIGADA!

Aos meus pais, meus orientadores nesta vida!

A ti meu pai, meu querido pai! Por a perseverança que me ensinaste, por todos os valores que me transmitiste, por tudo o que investiste em mim. Foste a maior inspiração para este trabalho e sei que desse lado continuas a orientar-me e ajudar-me. Se levaste a mágoa de não me ver engenheira, sei também que agora estarás radiante por me ver psicóloga. Obrigada!

À minha mãe pelo seu apoio incondicional, pela sua compreensão e principalmente pela confiança em mim e nas escolhas que fiz. Colo que tudo faz para sarar as feridas e promover as vitórias, sempre. É impossível pôr em palavras a gratidão que sinto. Obrigada!

Ao meu irmão, companheiro desde sempre. Amigo onde encontro apoio, compreensão, tolerância, que me estimula e fomenta em mim a vontade de seguir o seu exemplo e ser melhor. Obrigada!

Aos meus avós, que tanto rezaram para que eu me formasse e que acredito terem continuado a contribuir com energia positiva para que este momento chegasse. Obrigada!

Ao Jorge, meu amor, meu companheiro. Por ser a pessoa extraordinária que é, que toma como seu o meu problema e a minha dor, e que tudo faz para me ajudar. Por todas as horas e dias de ausência, por todos os dias de mau humor... por toda a tolerância que tiveste (e tens), obrigada!

Aos meus amigos! Aos que me ajudaram e apoiaram na decisão de seguir este caminho e que, durante o percurso (em especial agora), respeitaram a minha ausência para que pudesse realizar um sonho. Um especial obrigada às minhas meninas, porto de abrigo há uma vida inteira, que muitas vezes acreditaram mais em mim do que eu mesma. Aos meus “amigos de electro”, peças fundamentais numa fase tão difícil como a que passei na FCT. Eles são sem dúvida a melhor razão para que eu um dia tenha querido ser engenheira.

Como não poderia deixar de ser, agradeço também à minha orientadora, Professora Doutora Maria João Gouveia, pela orientação incansável durante este processo e por ser a “iluminação” de que tantas vezes eu precisei. O seu interesse, respeito e colaboração foram fundamentais. Sem a sua motivação esta dissertação não tinha saído! Obrigada!

Aos amigos que fiz no ISPA. Obrigada! Pessoas muito importantes neste percurso que me ajudaram, apoiaram, com quem partilhei alegrias e preocupações e com quem tanto aprendi!

Agradeço também a todas as pessoas que fizeram com que fosse possível este trabalho ser realizado, desde participantes, a associações, amigos, todos aqueles que ajudaram e facilitaram a recolha de dados.

OBRIGADA!

“Deus quer, o Homem sonha, a obra nasce”, Fernando Pessoa

Resumo

Vários estudos têm demonstrado uma relação positiva entre espiritualidade e saúde. Aldwin e colaboradores (2014) reviram esta literatura e propuseram um modelo organizador sobre os processos regulatórios que poderão explicar esta relação. Objectivo: perceber qual o papel mediador das estratégias de *coping* e da adesão ao tratamento na relação entre espiritualidade e estado de saúde em indivíduos com doença crónica, testando parte do modelo de Aldwin e colaboradores (2014). Mediu-se espiritualidade com o SWBQp, estratégias de *coping* com a adaptação portuguesa do *BriefCOPE* , adesão ao tratamento com a MAT e estado de saúde com a versão portuguesa do SF-12v2. Participaram 201 pessoas com doença crónica e medicação associada. Verificaram-se correlações significativas entre: 1) a componente mental do estado de saúde, a dimensão pessoal da espiritualidade e as estratégias de “ *coping* activo”, “reinterpretação positiva”, “aceitação”, “desinvestimento comportamental” e “uso de substâncias”; 2) a componente mental do estado de saúde, a dimensão comunitária da espiritualidade e as estratégias de “ *coping* activo”, “reinterpretação positiva” e “aceitação”; e entre 3) a componente física do estado de saúde, a dimensão pessoal da espiritualidade e a estratégia de “auto-distracção”. Encontraram-se efeitos de mediação: a) da estratégia “uso de substâncias” na relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde; b) da estratégia “aceitação” na relação entre a dimensão comunitária e a componente mental da saúde; c) da estratégia “auto-distracção” na relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente física do estado de saúde. Discutem-se limitações e implicações destes resultados.

Palavras chave: Espiritualidade; Estado de saúde; Estratégias de *coping* ; efeito de mediação; Doença crónica

Abstract

Several studies have shown a relationship between spirituality and health. Aldwin et. al (2014) reviewed this literature and proposed an organizing model of the regulatory processes that may explain this relationship. Objective: To understand the mediating role of coping strategies and adherence to treatment in the relationship between spirituality and health status in individuals with chronic disease, testing part of the model of Aldwin et. al (2014). The spirituality was measured with SWBQp, coping strategies with the portuguese adaptation of BriefCOPE, adherence to treatment with MAT and health status with the portuguese version of SF-12v2. 201 individuals with chronic disease and associated medication participated. Results: there were significant correlations between 1) the mental component of health status, personal dimension of spirituality and strategies of "active coping", "positive reinterpretation," "acceptance," "behavioral disinvestment" and "substance use "; 2) mental component of health status, the community dimension and the strategies of "active coping", "positive reinterpretation" and "acceptance"; and between 3) physical component of health status, the personal dimension and the strategy of "self-distraction.". It had been found mediation effects of a) strategy "substance use" in the relationship between the personal dimension of spirituality and the mental component of health status; b) strategy "acceptance" in the relationship between the community dimension of spirituality and the mental component of health status; and c) strategy "self-distraction" in the relationship between the personal dimension of spirituality and the physical component of health status. Limitations and implications of these results are discussed.

Key words: *Spirituality, Health condition, Coping strategies; Mediation effects; Chronic illness*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Enquadramento teórico	3
1.1.1. Relação entre espiritualidade e saúde - Modelo de auto-regulação de Aldwin, Park, Jeong, e Nath (2014)	3
1.1.2. Definição de espiritualidade – diferenciação de religiosidade	9
1.1.3. Modelo dos quatro domínios de saúde espiritual de Fisher.....	14
1.1.4. Espiritualidade, estratégias de <i>coping</i> e adesão aos tratamentos – evidência empírica dos contributos da espiritualidade para a doença crónica	16
1.1.5. Estratégias de <i>coping</i>	20
1.1.6. Adesão aos tratamentos	24
1.2. Definição da Problemática e Objectivo de estudo	26
2. MÉTODO	28
2.1. Participantes	28
2.1.1. Dados relativos às doenças dos participantes	31
2.2. Instrumentos	32
2.2.1. Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual	33
2.2.2. Versão portuguesa do Inventário <i>Brief COPE</i>	34
2.2.3. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)	35
2.2.4. Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens versão 2 (SF-12v2)	36
2.2.5. Questionário socio-demográfico e clínico	37
2.3. Procedimento	37
2.4. Análise de dados	38
3. RESULTADOS	39
3.1. Análise descritiva das variáveis em estudo	39
3.1.1. Características descritivas da escala SWBQp – escala que avalia a espiritualidade	39

3.1.2.	Características descritivas do inventário <i>Brief COPE</i> – inventário das estratégias de <i>coping</i>	40
3.1.3.	Características descritivas da escala MAT – escala que avalia a adesão ao tratamento.....	41
3.1.4.	Características descritivas da escala SF-12 v2 – escala que avalia o estado de saúde	41
3.2.	Relações univariadas entre as variáveis em estudo	42
3.2.1.	Relação entre espiritualidade e estratégias de <i>coping</i>	42
3.2.2.	Relação entre espiritualidade e adesão ao tratamento	44
3.2.3.	Relação entre espiritualidade e estado de saúde.....	45
3.2.4.	Relação entre estratégias de <i>coping</i> e adesão ao tratamento	46
3.2.5.	Relação entre estratégias de <i>coping</i> e estado de saúde.....	47
3.2.6.	Relação entre adesão ao tratamento e estado de saúde.....	49
3.3.	Testes de mediação entre as variáveis em estudo.....	50
3.3.1.	Relação entre espiritualidade e estado de saúde, mediada pelas estratégias de <i>coping</i>	50
3.3.2.	Relação entre espiritualidade e estado de saúde, mediada pela adesão ao tratamento.....	58
3.3.3.	Relação entre espiritualidade e adesão ao tratamento, mediada pelas estratégias de <i>coping</i>	59
3.4.	Exploração das relações que podem afectar as variáveis.....	59
3.4.1.	Diferenças entre os vários tipos de doenças	59
3.4.2.	Diferenças entre o número total de doenças (mais nenhuma doença <i>versus</i> mais três ou mais doenças).....	61
3.4.3.	Diferenças entre os diagnósticos mais recentes e os mais antigos	62
4.	DISCUSSÃO	63
4.1.	Discussão dos resultados	63
4.2.	Limitações e sugestões para investigações futuras.....	67
4.3.	Implicações	70
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

ANEXOS	77
Anexo A - Pedido de autorização ULSLA	78
Anexo B – Consentimento informado e bateria de questionários	Erro! Marcador não definido.
Anexo C - Pedido de colaboração LPCDR	Erro! Marcador não definido.
Anexo D – Informações do questionário <i>online</i>	Erro! Marcador não definido.
ANEXO E – <i>outputs</i> e tabelas auxiliares da comparação tipos de doença	Erro! Marcador não definido.
ANEXO F – <i>outputs</i> e tabelas auxiliares da comparação entre “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”	Erro! Marcador não definido.
ANEXO G - <i>outputs</i> e tabelas auxiliares da comparação entre “diagnóstico mais recente” e “diagnóstico mais antigo”	Erro! Marcador não definido.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – <i>Modelo dos quatro domínios de saúde espiritual de Fisher (Adaptado de Fisher, 2011, p.23)</i>	15
Tabela 2 – <i>Caracterização da amostra relativamente às habilitações literárias e ocupação</i>	28
Tabela 3 – <i>Caracterização da amostra relativamente à profissão para as diferentes ocupações (à excepção de estudante)</i>	29
Tabela 4 – <i>Caracterização da amostra relativamente ao estado civil, com quem vive e zona de residência</i>	30
Tabela 5 – <i>Caracterização da amostra relativamente às crenças religiosas, afiliação religiosa e crenças espirituais</i>	31
Tabela 6 – <i>Medidas de tendência central do tempo de diagnóstico da doença crónica para a qual toma medicação regularmente</i>	31
Tabela 7 – <i>Caracterização da amostra, por quartis, relativamente ao tempo de diagnóstico da doença crónica</i>	31
Tabela 8 – <i>Caracterização da amostra relativamente ao tipo de doença crónica e se tem mais alguma doença</i>	32
Tabela 9 – <i>Consistência interna das sub-escalas e escala global do SWBQp na amostra em estudo</i>	33
Tabela 10 - <i>Escalas do Brief COPE e respectiva definição (Pais-Ribeiro & Rodrigues,2004)</i>	34
Tabela 11 – <i>Consistência interna das sub-escalas do Brief COPE na amostra em estudo</i>	35
Tabela 12 – <i>Características descritivas da escala SWBQp</i>	39
Tabela 13– <i>Características descritivas do inventário Brief COPE</i>	40
Tabela 14 – <i>Características descritivas da escala MAT</i>	41
Tabela 15 – <i>Características descritivas da escala SF-12 v2</i>	42
Tabela 16 – <i>Correlação de Pearson entre as variáveis espiritualidade e estratégias de coping</i>	43
Tabela 17 – <i>Correlação de Pearson entre as variáveis espiritualidade e adesão ao tratamento</i>	45
Tabela 18 – <i>Correlação de Pearson entre as variáveis espiritualidade e adesão ao tratamento</i>	45
Tabela 19 – <i>Correlação de Pearson entre as variáveis estratégias de coping e adesão ao tratamento</i>	46

Tabela 20 – <i>Correlação de Pearson entre as variáveis estratégias de coping e a componente física do estado de saúde</i>	47
Tabela 21 – <i>Correlação de Pearson entre as variáveis estratégias de coping e a componente mental do estado de saúde</i>	48
Tabela 22 – <i>Correlação de Pearson entre as variáveis estado de saúde e a adesão ao tratamento</i>	49
Tabela 23 – <i>Análise de variância do modelo de regressão linear simples para a predição da componente mental da saúde pela dimensão pessoal da espiritualidade</i>	52
Tabela 24 - <i>Regressão linear simples: coeficiente estandardizado, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente mental do estado de saúde; v.i.: dimensão pessoal da espiritualidade)</i>	52
Tabela 25– <i>Análise de variância do modelo de regressão linear múltipla para a predição da componente mental da saúde (v.i.'s: dimensão pessoal da espiritualidade e estratégia de coping “uso de substâncias”)</i>	52
Tabela 26 - <i>Regressão linear múltipla: coeficientes estandardizados, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente mental do estado de saúde; v.i.'s: dimensões pessoal da espiritualidade e estratégias de coping “uso de substâncias”)</i>	53
Tabela 27 – <i>Análise de variância do modelo de regressão linear simples para a predição da componente mental da saúde pela dimensão comunitária da espiritualidade</i>	53
Tabela 28- <i>Regressão linear simples: coeficiente estandardizado, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente mental do estado de saúde; v.i.: dimensão comunitária da espiritualidade)</i>	54
Tabela 29 – <i>Análise de variância do modelo de regressão linear múltipla para a predição da componente mental da saúde (v.i.'s: dimensão comunitária da espiritualidade e estratégia de coping “aceitação”)</i>	54
Tabela 30 - <i>Regressão linear múltipla: coeficientes estandardizados, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente mental do estado de saúde; v.i.'s: dimensões pessoal da espiritualidade e estratégias de coping “aceitação”)</i>	55
Tabela 31 – <i>Análise de variância do modelo de regressão linear simples para a predição da componente física da saúde pela dimensão pessoal da espiritualidade</i>	56

Tabela 32 - <i>Regressão linear simples: coeficiente estandardizado, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente física do estado de saúde; v.i.: dimensão pessoal da espiritualidade)</i>	57
Tabela 33 – <i>Análise de variância do modelo de regressão linear múltipla para a predição da componente mental da saúde (v.i.'s: dimensão pessoal da espiritualidade e estratégia de coping “auto-distração”)</i>	57
Tabela 34 - <i>Regressão linear múltipla: coeficientes estandardizados, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente física do estado de saúde; v.i.'s: dimensão pessoal da espiritualidade e estratégias de coping “auto-distração”).</i>	57
Tabela 35 – <i>comparações múltiplas das médias da estratégia “planear” entre os vários tipos de doença (método LSD de Fisher)</i>	Erro! Marcador não definido.
Tabela 36 – <i>comparações múltiplas das médias da estratégia “desinvestimento comportamental” entre os vários tipos de doença (método LSD de Fisher).....</i>	Erro! Marcador não definido.
Tabela 37 – <i>comparações múltiplas das médias da variável adesão ao tratamento entre os vários tipos de doença (método LSD de Fisher) .</i>	Erro! Marcador não definido.
Tabela 38 – <i>comparações múltiplas das médias da componente física do estado de saúde entre os vários tipos de doença (método LSD de Fisher)</i>	Erro! Marcador não definido.
Tabela 39 – <i>comparações múltiplas das médias da componente mental do estado de saúde entre os vários tipos de doença (método LSD de Fisher)</i>	Erro! Marcador não definido.
Tabela 40 – <i>características psicométricas das subdimensões da espiritualidade nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”</i>	Erro! Marcador não definido.
Tabela 41 – <i>Teste da homogeneidade de Levene baseado na média para as subdimensões da espiritualidade nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”</i>	Erro! Marcador não definido.
Tabela 42 – <i>características psicométricas das estratégias de coping nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”</i>	Erro! Marcador não definido.
Tabela 43 – <i>características psicométricas da adesão ao tratamento nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”</i>	Erro! Marcador não definido.

- Tabela 44 – *Teste da homogeneidade de Levene baseado na média para a adesão ao tratamento nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”* **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 45 – *características psicométricas das componentes física e mental do estado de saúde nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”* **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 46 – *Teste da homogeneidade de Levene baseado na média para as componente física e mental do estado de saúde nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”* **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 47 – *Teste T-Student para componente física e mental do estado de saúde nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”* **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 48 – *Teste Levene e Teste T-Student para as dimensões da espiritualidade nas condições “diagnóstico mais recente” e “diagnóstico mais antigo”* **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 49 – *Teste Levene e Teste T-Student para as estratégias de coping nas condições “diagnóstico mais recente” e “diagnóstico mais antigo”* **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 50 – *Teste Levene e Teste T-Student para a adesão ao tratamento nas condições “diagnóstico mais recente” e “diagnóstico mais antigo”* **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 51 – *Teste Levene e Teste T-Student para o estado de saúde nas condições “diagnóstico mais recente” e “diagnóstico mais antigo”* **Erro! Marcador não definido.**

Lista de Figuras

Figura 1: Modelo do impacto da religiosidade e espiritualidade no caminho para a morbidade e mortalidade. Adaptado de Aldwin et. al (2014).....	7
Figura 2 : Parte do modelo de Aldwin et. al (2014) que será testado na presente investigação.....	8
Figura 3 : Modelo de mediação: relação entre espiritualidade e estado de saúde mediada pelas estratégias de coping.....	50
Figura 4 : Modelo de mediação: relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pelas estratégias de “coping activo”, “reinterpretação positiva”, “aceitação”, “desinvestimento comportamental” e “uso de substâncias”.....	51
Figura 5 : Modelo de mediação: relação entre a dimensão comunitária da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pelas estratégias de “coping activo”, “reinterpretação positiva” e “aceitação”.....	51
Figura 6 : Modelo de mediação: relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pelo uso de substâncias.	55
Figura 7 : Modelo de mediação: relação entre a dimensão comunitária da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pela aceitação.....	56
Figura 8 : Modelo de mediação: relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente física do estado de saúde mediada pela estratégia de “auto-distracção”.	56
Figura 9 : Modelo de mediação: relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pela “auto-distracção”.	58

- Figura 10 : Outputs do teste Kruskal-Wallis para a espiritualidade nos diferentes tipos de doença..... **Erro! Marcador não definido.**
- Figura 11 : Outputs do teste Kruskal-Wallis para a as estratégias de coping nos diferentes tipos de doença. **Erro! Marcador não definido.**
- Figura 12 : Outputs do teste Kruskal-Wallis para a adesão ao tratamento nos diferentes tipos de doença. **Erro! Marcador não definido.**
- Figura 13 : Outputs do teste Kruskal-Wallis para o estado de saúde nos diferentes tipos de doença..... **Erro! Marcador não definido.**
- Figura 14 : Teste de Mann Whitney U para as estratégias de coping nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças”. ... **Erro! Marcador não definido.**
- Figura 15 - Teste de Mann Whitney U para a adesão ao tratamento nas condições “mais nenhuma doença” e “mais três ou mais doenças” **Erro! Marcador não definido.**

1. INTRODUÇÃO

O estudo da religião e espiritualidade na Psicologia permite um conhecimento mais completo do ser humano (Hill, Pargament, Hood, McCullough, Swyers, Larson, & Zinnbauer, 2000). Têm sido feitas investigações nesta área desde o início do século XX, de onde têm resultado muitas teorias e estudos empíricos (Zinnbauer, Pargament, & Scott, 1999). Hill *et al.* (2000) reuniram algumas características destes dois constructos que justificam a sua importância na área da Psicologia. Tanto religião como espiritualidade desenvolvem-se durante toda a vida das pessoas, são fenómenos socio-psicológicos (expressam-se dentro de grupos e/ou são influenciados por grupos de referência), têm relação com os processos cognitivos, afectos e emoções das pessoas e são também bastante relevantes no estudo da personalidade.

No entanto é necessário diferenciar espiritualidade e religiosidade e estudá-las em separado, focando-se esta investigação na espiritualidade.

Para a Organização Mundial de Saúde, por exemplo, espiritualidade remete para o sentido de conexão, propósito, transcendência e valores (Vilhena, Pais-Ribeiro, Silva, Pedro, Meneses, Cardoso, Silva, & Mendonça, 2014), focando-se na busca individual do sentido da vida. Também outros autores (Sherwood, 2000; Waite *et al.*, 1999; entre outros, citados por Chiu, Emblen, Van Hofwegen, Sawatzky, & Meyerhoff, 2004) defendem que a espiritualidade é um conceito multifacetado que envolve crença estruturada e fé, uma visão do mundo bem definida que promove um sentido de significado e propósito, o que permite que cada um percorra o seu caminho para o preenchimento pessoal. Religiosidade remete para a afiliação a alguma religião/congregação/igreja, seguindo rituais de adoração ao divino (Larsen, Vickers, Sampson, Netzel, & Hayes, 2006; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010; Meneses *et al.*, 2011; Mouch & Sonnega, 2012; Ganga & Kutty, 2013; Gobatto & Araujo, 2013).

Actualmente a espiritualidade é legitimada como componente fundamental de uma prática holística, considerando-se que pode ter efeitos significativos na saúde. Desta forma, a espiritualidade tem sido cada vez mais reconhecida como necessária para uma abordagem globalizante do indivíduo, uma vez que possui um importante papel na gestão e adaptação a acontecimentos negativos (que podem estar relacionados com a saúde) (Ministério da Saúde, DGS, 2004; Pinto e Ribeiro, 2009).

A doença crónica caracteriza-se por ser de longa duração, sem resolução natural e de cura difícil (CMDC, s.d. citado por Vilhena, *et al.*, 2014) e por isso tem que ser gerida como consequência de causas irreversíveis (Meneses, Pais-Ribeiro, Pedro, Silva, Cardoso, Mendonça, Vilhena, Martins, & Silva, 2013). Esta afecta pelo menos quatro domínios da saúde: o domínio físico, o mental, o social e o espiritual (Koenig, 2013), e influencia a vida

dos indivíduos a vários níveis (familiar, profissional, social, ou até mesmo nas actividades de tempos livres) (Vilhena *et al.*, 2014). Desta forma a doença crónica tem implicações na qualidade de vida das pessoas e na sua percepção de saúde. Para algumas pessoas a doença crónica leva a que haja disrupção social, mental e física, no entanto, outras encaram-na como um desafio que pode ser controlado pelo pensamento positivo, resiliência e determinação (muitas vezes derivados da espiritualidade) (Unantenne, Warren, Canaway, & Manderson, 2013). O sofrimento causado pela doença crónica pode levar a que as pessoas se questionem sobre o significado da vida, o que está relacionado com aspectos da espiritualidade (Büssing, Michalsen, Balzat, Grünther, Ostermann, Neugebauer, & Matthiessen, 2009). Assim, esta pode ser útil para pessoas com doenças crónicas pois permite esperança e crescimento pessoal (Vilhena *et. al.*, 2014).

Então, sendo a doença crónica considerada um elemento *stressor*, as representações que cada um tem da patologia e as estratégias que utiliza para lidar com a situação podem influenciar os comportamentos de adesão ao tratamento, tendo efeitos no controlo da doença e, conseqüentemente, no bem-estar e qualidade de vida (Sousa, Landeiro, Pires, & Santos, 2011). O *coping* tem assim um papel importante no ajustamento psicológico, biológico e de bem-estar dos indivíduos na medida em que permite a protecção da saúde e a prevenção e tratamento das doenças (Marôco, Campos, Bonafé, Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2014). Por exemplo, um estudo realizado por Farran, Ammar, e Darwish (2015) explorou a associação de diferentes estratégias de *coping* com qualidade de vida e depressão, ansiedade, fadiga e suporte social em 34 indivíduos libaneses com esclerose múltipla. Os resultados mostraram que os sujeitos que utilizavam estratégias de *coping* positivas apresentavam níveis de qualidade de vida e de suporte social significativamente superiores, bem como menores níveis de depressão e ansiedade, em comparação aos que utilizavam estratégias de *coping* negativas.

Portanto, o tipo de *coping* utilizado por cada um reflecte-se nos seus comportamentos de auto-cuidado, o que está estreitamente relacionado com a adesão aos tratamentos, principalmente na doença crónica. A não adesão aos tratamentos é um grande problema comum partilhado por quase todas as doenças, o que preocupa os profissionais de saúde, uma vez que a não adesão é responsável pelo insucesso das terapêuticas, complicações associadas à doença e que se poderiam evitar, aumento de gastos na saúde e aumento da morbilidade e mortalidade (Sousa *et. al.*, 2011; OMS, 2003; Delgado & Lima, 2001).

Assim, este estudo visa averiguar possíveis caminhos que expliquem a relação entre espiritualidade e saúde. De seguida apresenta-se uma revisão da literatura que justifica a pertinência desta investigação, é descrito o método, são apresentados e discutidos os resultados, bem como algumas implicações que daí surgem.

1.1. Enquadramento teórico

1.1.1. Relação entre espiritualidade e saúde - Modelo de auto-regulação de Aldwin, Park, Jeong, e Nath (2014)

Aldwin, Park, Jeong, e Nath (2014) desenvolveram uma pesquisa para identificar os modelos existentes sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, bem como estudos empíricos onde fosse feita a ligação entre aspectos específicos da religiosidade/espiritualidade e saúde física.

Nesta pesquisa foram identificados sete modelos explicativos para a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, sendo que a maioria se foca nos mediadores entre religiosidade/espiritualidade e saúde. Contudo estes modelos não possuem fundamentação teórica que permita compreender através de que processos psicossociais a religiosidade/espiritualidade afecta a saúde física (Aldwin *et. al*, 2014).

O modelo mais antigo identificado por Aldwin *et al.* (2014) é o de Levin (1996). Este apresenta uma descrição detalhada dos aspectos da religiosidade/espiritualidade, as variáveis mediadoras e os caminhos específicos que conduzem a resultados positivos de saúde. No modelo foram identificados oito aspectos da religiosidade que podem afectar a saúde sendo eles: compromisso religioso, identidade, envolvimento e companheirismo, louvor e oração, crenças e visão do mundo, fé, obediência e experiência religiosa ou espiritual. Cada um destes aspectos pode ter efeitos positivos na saúde através de mediadores e caminhos específicos. Os autores consideram que este modelo é abrangente, diferencia cuidadosamente os factores religiosos dos espirituais e especifica quais os caminhos de mediação entre esses factores e os resultados positivos na saúde. No entanto, não foi ainda testado empiricamente e não clarifica o porquê desses caminhos serem como são, nem se as medidas de religiosidade e espiritualidade existentes permitem medir essas diferentes dimensões e percursos (Aldwin *et al.*, 2014).

Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat, e Drotar (2006), *cit.* por Aldwin *et. al* (2014), tendo como base um trabalho anterior de Pargament (1997), desenvolveram um modelo aplicado a adolescentes, onde consideraram que religiosidade e espiritualidade pertencem ao mesmo constructo, no entanto religiosidade (variável distal) remete para participação religiosa, enquanto espiritualidade (variável proximal) remete para significado, *coping* religioso (funcional ou disfuncional) e apoio da igreja. Desta forma, espiritualidade é concebida como um mediador entre a religião e os resultados na saúde.

Koenig (2008) *cit.* por Aldwin *et. al* (2014) sugeriu um outro modelo, onde considerou a espiritualidade como sendo o núcleo da religiosidade, tal como Cotton *et al.* (2006), e onde a

saúde mental medeia a relação. De acordo com este modelo, tanto religiosidade como espiritualidade promovem estados psicológicos positivos e diminuem estados psicológicos negativos o que, por sua vez, afecta factores psiconeuroimunológicos e se traduz em níveis mais baixos de cancro, doenças cardiovasculares e mortalidade. Este modelo considera que o impacto da religiosidade/espiritualidade na saúde física se dá através da influência da saúde mental em factores psiconeuroimunológicos (e guia grande parte da pesquisa nesta área). O autor fez sempre questão de diferenciar espiritualidade de bem-estar, bem como em não misturar agnósticos e ateus no modelo espiritual, no entanto, numa das alternativas que apresentou a este modelo, Koenig trocou o papel de espiritualidade e religiosidade, considerando religiosidade como um núcleo da espiritualidade.

Aldwin *et al.* (2014) referem ainda o modelo desenvolvido por Masters (2008), onde o autor se debruçou sobre a mediação existente entre religiosidade/espiritualidade e saúde. Nesse modelo foram identificados três caminhos possíveis para o estabelecimento dessa relação: suporte social (que remete para uma orientação religiosa extrínseca), comportamento e factores psicológicos (que remete para uma orientação religiosa intrínseca). O autor forneceu exemplos específicos de como cada caminho pode afectar a saúde.

Outro modelo explicativo da relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde identificado por Aldwin *et al.* (2014) foi o desenvolvido por Nelson (2009). Este focou-se no *stress* e *coping*, uma vez que considera que a religiosidade/espiritualidade tem maior impacto na saúde através da forma como as pessoas enfrentam situações de *stress*. Nelson (2009) identificou e distinguiu moderadores, supressores e mediadores da possível relação entre religiosidade/espiritualidade e o *stress* e saúde. Os moderadores e os supressores terão como função diminuir directamente os efeitos negativos do *stress* na saúde. Relativamente ao efeito de moderação, este modelo remete para que a religiosidade/espiritualidade terá um impacto como moderadora do efeito do *stress* na saúde tanto maior quanto mais elevados forem os níveis de *stress*. Quanto ao seu papel supressor, este modelo defende que o aumento de problemas leva a maiores níveis de prática de religiosidade/espiritualidade, o que suprime os efeitos do *stress*. Por fim, quanto aos efeitos de mediação, o autor defende que há um efeito indirecto na relação religiosidade/espiritualidade e saúde na medida em que religiosidade/espiritualidade leva a melhores estratégias de *coping*, o que por sua vez ajuda a reduzir os efeitos negativos do *stress*. Foram identificados vários aspectos importantes da religiosidade/espiritualidade que contribuem para a diminuição dos efeitos negativos do *stress* na saúde sendo eles: o suporte social (que pode ser directo, indirecto ou espiritual), a promoção de hábitos comportamentais mais saudáveis, o suporte de crenças positivas, a promoção de recursos e competências de *coping*, a regulação emocional através do ritual e da

prece e a possibilidade de se ter experiências de transcendência através da prática religiosa (Aldwin *et. al*, 2014).

Aldwin *et. al* (2014) citam Krause (2011) e o modelo que desenvolveu. Este autor seguiu uma abordagem diferente das restantes, considerando que a forma como a religiosidade/espiritualidade influencia a saúde tem como base as necessidades dos indivíduos (semelhante à teoria das necessidades de Maslow). Assim, o modelo que desenvolveu tem como hipótese que a religiosidade satisfaz cinco necessidades básicas de cada um, sendo elas: a necessidade de procura por auto-transcendência, necessidade de frequentar a igreja, necessidade de socialização, necessidade de controlo e a necessidade de significado. Todas estas necessidades podem afectar tanto directa, como indirectamente os efeitos da religiosidade na saúde, no entanto a necessidade de significado é a que está mais próxima da saúde.

Por fim, foi ainda identificado um outro modelo explicativo da relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde. O modelo de Park (2012) (*cit. por Aldwin et. al*, 2014) identifica três dimensões da religiosidade/espiritualidade que podem afectar a saúde sendo elas: influências gerais da religiosidade/espiritualidade, crenças específicas e interpretações e influências em situações de crise. De acordo com o modelo, a primeira dimensão (influências gerais da religiosidade/espiritualidade) tem influência na saúde através da promoção de comportamentos de saúde mais saudáveis e através das práticas religiosas, que permitem o relaxamento e desvio da atenção. As crenças específicas e interpretações poderão ser um caminho para uma melhor saúde na medida em que estão relacionadas com reavaliações mais positivas das situações, mais afecto positivo e um melhor acesso aos recursos de promoção de saúde. No entanto, esta dimensão pode também ter algum efeito negativo, na medida em que pode levar a uma alienação religiosa/espiritual (caso haja um sentimento de rejeição/abandono/traição em relação a Deus ou à comunidade). Por fim, religiosidade/espiritualidade pode influir a saúde em situações de crise através do significado religioso, do perdão e da promoção da adesão ao tratamento (Aldwin *et. al*, 2014).

Diferenças e semelhanças entre os modelos

Apesar de os modelos de Cotton *et. al* (2006), Koenig (2008) e Masters (2008) (*cit por Aldwin et. al*, 2014) incluírem religiosidade e espiritualidade, não é claro o papel destes constructos nos mediadores fundamentais para os resultados em saúde (por exemplo, nos factores psiconeuroimunológicos). Também nenhum deles diferencia os caminhos de mediação seguidos pela religiosidade e pela espiritualidade como constructos separados. Levin (1999), no entanto, como visto anteriormente, apresenta um modelo bastante

compreensivo em relação a estes aspectos (Aldwin *et. al*, 2014). Por outro lado, Park (2012) investigou sobre os vários caminhos pelos quais as três dimensões da religiosidade/espiritualidade podem afectar a saúde, no entanto não sistematizou quais são os efeitos na saúde (Aldwin *et. al*, 2014).

Em suma, parece não haver um consenso em relação à forma como religiosidade/espiritualidade afectam a saúde física. Uns autores consideram que a influência da religiosidade/espiritualidade na saúde é ao nível de efeitos globais, enquanto outros se referem a efeitos específicos, não existindo também unanimidade quanto aos caminhos que ligam religiosidade/espiritualidade à saúde. Além disso, são notórias as divergências quanto ao considerar religiosidade e espiritualidade como um único constructo ou como constructos separados (Aldwin *et. al*, 2014).

Modelo proposto por Aldwin *et. al* (2014)

Aldwin *et. al* (2014), construíram um modelo organizador da literatura sobre o potencial da religiosidade e da espiritualidade na saúde. Os autores tiveram como ponto de partida a ideia de que existem dois caminhos orientadores da relação entre os factores psicossociais e a saúde. Essa relação dá-se através de hábitos comportamentais saudáveis e de efeitos fisiológicos directos. Os caminhos orientadores são, na visão de Aldwin *et. al* (2014), mediados por processos auto-regulatórios. Estes consideram ainda a necessidade de distinguir entre os efeitos da religiosidade e os da espiritualidade, propondo que a religiosidade afecta a saúde principalmente através de regulação comportamental (por exemplo, promovendo a resistência à tentação), enquanto a espiritualidade actua através de regulação emocional (por exemplo, promovendo a calma).

Importa ainda referir o que os autores entendem por auto-regulação. Esta diz respeito aos esforços feitos por cada um para gerir ou alterar as suas respostas ou impulsos, especialmente em situações de *stress*. A auto-regulação pode ser dirigida a um comportamento (auto-regulação comportamental), ou à gestão de emoções e estados internos (auto-regulação emocional) (Aldwin *et. al*, 2014).

O modelo proposto por Aldwin *et. al* (2014) surge, como visto até aqui, com base em dois pressupostos: o primeiro é que a religiosidade e a espiritualidade, apesar de relacionadas, afectam a saúde por caminhos diferentes; o segundo é que essas relações são mediadas por processos de auto-regulação. Relembrando as suas hipóteses, os autores deste modelo apontam para que a religiosidade (no sentido institucional) afecte a saúde principalmente através da auto-regulação comportamental, enquanto a espiritualidade tem efeitos na saúde

através da auto-regulação emocional. Na *Figura 1* está apresentado o modelo de auto-regulação proposto por Aldwin *et. al* (2014)

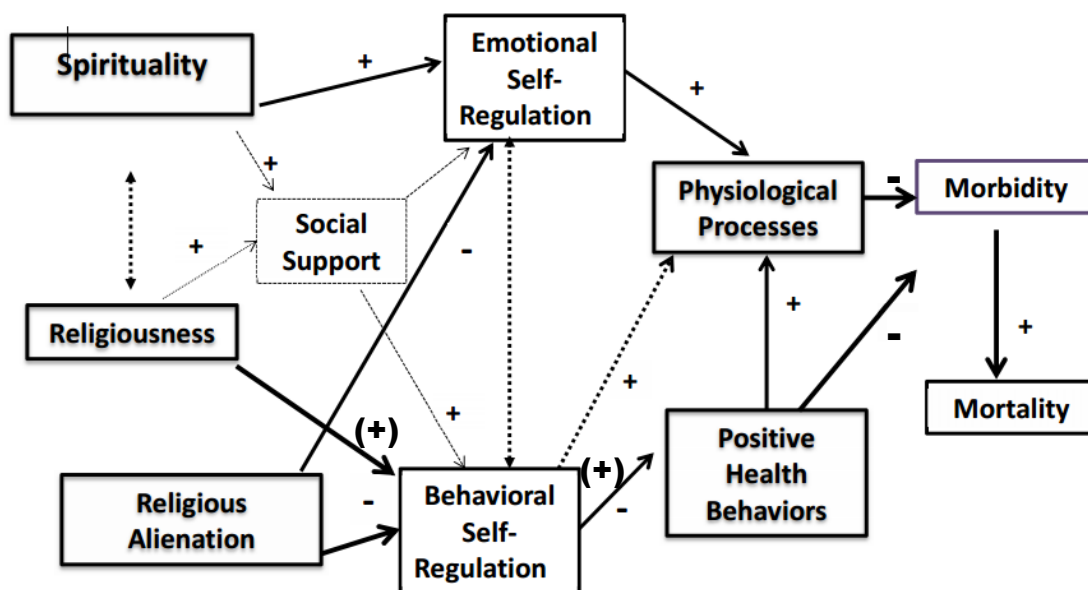


Figura 1: Modelo do impacto da religiosidade e espiritualidade no caminho para a morbidade e mortalidade. Adaptado de Aldwin et. al (2014).

É importante referir que as setas que se encontram a tracejado remetem para ligações que não são aprofundadas directamente neste modelo. De acordo com este modelo, a religiosidade, através da afiliação religiosa, por exemplo, promove a auto-regulação comportamental. Essa, por sua vez, conduz a hábitos comportamentais mais saudáveis, o que leva à melhoria dos processos fisiológicos e a uma menor morbidade (e, conseqüentemente, menor mortalidade). No entanto, essa relação não é assim tão clara, uma vez que a alienação religiosa pode levar a que a auto-regulação comportamental falhe, reduzindo os comportamentos saudáveis. A espiritualidade, uma vez que se relaciona com a parte psicológica da transcendência (Watts, 2007, cit. por Aldwin *et. al*, 2014) promove mais a auto-regulação emocional. De acordo com os autores, tal acontece pois o desenvolvimento da espiritualidade ajuda as pessoas a controlarem melhor os seus estados de “excitação negativa”, o que permite a redução dos processos inflamatórios (pela regulação dos processos fisiológicos) e, dessa forma, reduz a morbidade e a mortalidade. No entanto, a auto-regulação emocional contribui também para a comportamental, na medida em que é necessário que haja controlo emocional para que as estratégias de *coping* dirigidas para o problema funcionem, não esquecendo que hábitos comportamentais não saudáveis são, muitas vezes, tentativas de regulação emocional, usadas quando estratégias internas falham (Aldwin

et. al, 2014). Contudo, a espiritualidade está ainda indirectamente ligada à auto-regulação comportamental, não só através da emocional, como referido anteriormente, mas também através do suporte social. No entanto, o suporte social não é aprofundado neste modelo, na medida em que, após a pesquisa que os autores fizeram, estes não identificaram suporte empírico para que maiores distinções pudessem ser feitas (Aldwin et. al, 2014). Ainda assim, consideram que este poderá estar também entre a relação da religiosidade com a auto-regulação emocional, além da já referida relação entre a espiritualidade e a auto-regulação comportamental.

Importa ainda referir de que forma é que a alienação religiosa influi na saúde. Segundo Aldwin et. al (2014), os seus efeitos na saúde são negativos e são mediados tanto pela auto-regulação emocional, como pela comportamental. Ou seja, a angústia causada pela alienação religiosa é tanta, que desregula os indivíduos ao nível emocional e comportamental, o que aumenta a probabilidade do recurso a uma regulação disfuncional (por exemplo, regulação externa através do uso de substâncias).

O maior enfoque deste modelo está na auto-regulação emocional uma vez os autores consideram que esta promove mais hábitos comportamentais saudáveis, o que por sua vez se reflecte na diminuição da morbilidade.

Este estudo testará empiricamente apenas parte do modelo descrito, considerando apenas a relação entre espiritualidade e saúde percebida (Figura 2). É importante referir que, apesar de os autores do modelo original não distinguirem entre saúde real e saúde percebida, o que será considerado para esta investigação será o auto-relato do estado de saúde dos participantes (portanto, uma percepção de saúde).

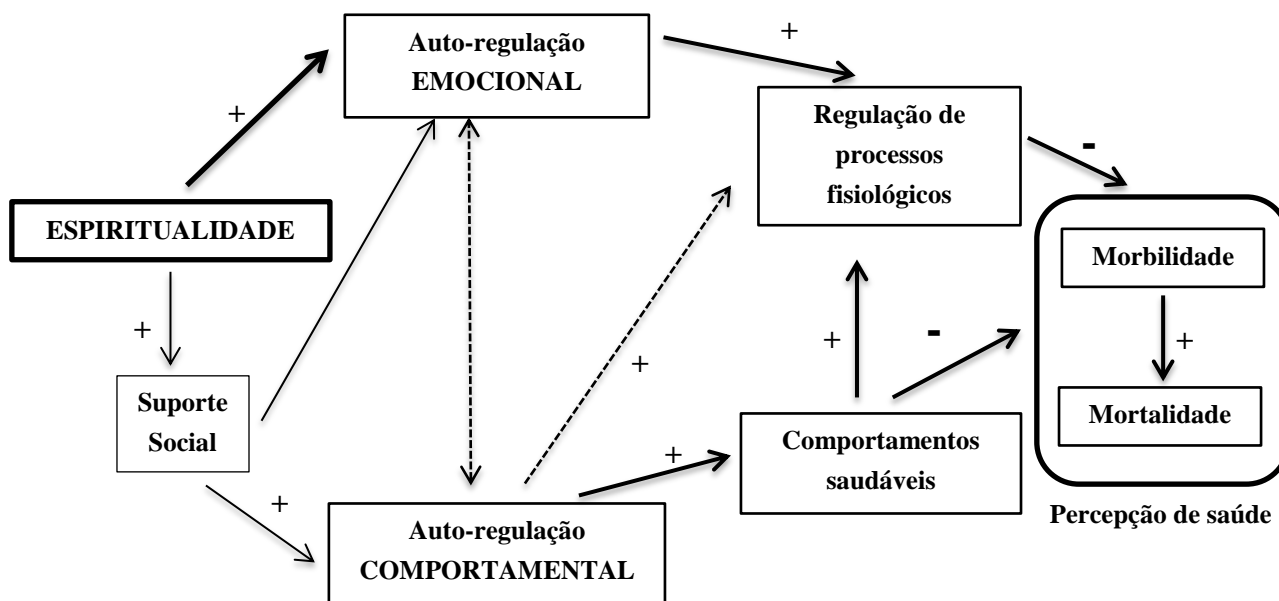


Figura 2 : Parte do modelo de Aldwin et. al (2014) que será testado na presente investigação.

1.1.2. Definição de espiritualidade – diferenciação de religiosidade

Após ter sido apresentado qual o modelo orientador deste trabalho, importa agora aprofundar o entendimento sobre o conceito de espiritualidade para que se possa perceber melhor a diferença entre espiritualidade e religiosidade.

A definição de espiritualidade tem gerado alguma controvérsia, não havendo ainda um consenso relativamente a este constructo (Fisher, 2011; Gouveia, 2011; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010; Chiu *et. al*, 2004). Discute-se acerca da relação da espiritualidade face à religiosidade (Hill *et.al*, 2000), tendo-se identificado duas abordagens distintas: uma abordagem que concebe estes dois conceitos como sobrepostos e ambos centrados no sagrado; e uma abordagem mais existencialista, onde é considerada a independência entre os dois constructos (Gouveia, 2011). É preciso perceber quais as diferenças entre espiritualidade e religiosidade pois, apesar de poderem estar associados, são conceitos diferentes (Aldwin, *et. al*, 2014; Vilhena *et al.*, 2014; Mouch & Sonnega, 2012; Meneses *et al.*, 2011; Campbell, Yoon, & Johnstone, 2010; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010; Larsen, *et. al*, 2006). Tal assunto será aqui debatido, no entanto a ênfase será dada à definição de espiritualidade, uma vez que é uma das variáveis em estudo.

Por exemplo, Fisher (2011) e Bredle, Salsman, Debb, Benjamin, e Cella (2011) referem que, enquanto há autores que defendem que a religião diz respeito à aprendizagem feita através da experiência dos outros e a espiritualidade à necessidade de viver a própria experiência, há outros que consideram a religião como um conjunto de crenças e práticas e a espiritualidade como a aplicação de tais crenças e práticas.

Zinnbauer, Pargament e Scott (1999) analisaram várias perspectivas teóricas da concepção de religiosidade e espiritualidade e apresentaram a sua própria visão acerca do assunto. Foram identificadas definições de religiosidade mais ligadas ao concreto (como as práticas religiosas), outras mais ligadas ao abstracto (experiência mística ou transcendente) e outras ainda ligadas ao metafísico. A espiritualidade surge muitas vezes definida em termos de relações (com um Poder Superior que afecta a forma de cada um estar no mundo), motivação intrínseca (procura da auto-transcendência), questões existenciais (como significado e propósito) e prescrições (ligada à prática religiosa). No entanto, estes investigadores alertam para o facto de que, tradicionalmente, a religião tem sido considerada como um constructo abrangente, pouco diferenciado da espiritualidade. Já esta tem sido descrita em termos substanciais e funcionais. Essencialmente, a religião é explicitada em relação ao sagrado (crenças, emoções, práticas e relações ligadas a um Poder Superior). Funcionalmente, o destaque é dado ao propósito da religião na vida de cada um, onde as crenças, emoções,

práticas e experiências são analisadas pela forma como são usadas para lidar com os problemas fundamentais da existência (Zinnbauer *et. al*, 1999).

Se, de início, não havia diferenciação entre religiosidade e espiritualidade, Zinnbauer *et. al* (1999) referem que ultimamente estes conceitos têm surgido como polarizados, o que apenas permite uma compreensão reducionista dos mesmos. Essas definições opostas remetem para: uma religião externa e institucional, enquanto a espiritualidade é vista como pessoal e relacional; religião vista como uma entidade estática e substancial, ao passo que a espiritualidade é dinâmica e funcional; e por fim, a religião surge com conotação negativa e a espiritualidade é vista como algo positivo. Os autores desta revisão teórica atentam para uma maior proximidade entre estes dois constructos do que a que tem sido referida. Tanto religião como espiritualidade englobam aspectos como ajuda, conforto, bem como elementos mais tradicionais ou progressistas e pessoais ou institucionais, sendo necessária uma perspectiva integrativa que considere a variedade de experiências pessoais de religião e espiritualidade sem que sejam polarizadas (Zinnbauer *et. al*, 1999; Fisher, 2011). Zinnbauer *et. al* (1999) sugerem assim que a religião, como procura de significado através do sagrado, é proactiva e orientada por objectivos. Essa procura engloba duas dimensões: o(s) caminho(s) que cada um percorre e o destino que desejam alcançar, sendo o que distingue a religião de outras procuras por significado é a sua associação ao sagrado. Esta definição engloba o aspecto substancial e o aspecto funcional, uma dimensão tanto pessoal como social e inclui tanto o lado positivo e o lado negativo da religiosidade de cada um. Por sua vez, estes autores definem a espiritualidade, como a procura pelo sagrado e dizendo respeito aos caminhos que cada um segue na tentativa de encontrar, conservar e transformar o sagrado nas suas vidas. A espiritualidade surge como a “alma” da religião e a sua função nuclear. No entanto, é importante referir que o sagrado não se limita a Deus, Força Superior ou o divino. O sagrado pode ser qualquer coisa que cada um considere santificado (por exemplo a comunidade, o auto-investimento, a paz, a justiça, ou até o trabalho podem ser investidos de carácter sagrado, no entanto podem também não ter qualquer significado ou valor para algumas pessoas). Então, para Zinnbauer *et. al* (1999) a religiosidade é considerada como um constructo mais abrangente na medida em que integra a espiritualidade (procura pelo sagrado), mas também a procura por outros fins através de meios sagrados, contudo, para aqueles que consideram tudo na vida sagrado, parece haver pouca diferença entre estes dois conceitos.

Também Hill *et. al* (2000) realizaram uma revisão teórica sobre religião e espiritualidade com o intuito de examinar os dois conceitos a um nível básico e descrever quais as suas principais características. Identificaram a origem da palavra “religião” que vem do Latin *religio* e significa um laço entre a humanidade e um poder sobre-humano. A religião tem sido

definida como um poder sobrenatural para o qual os indivíduos se motivam ou com o qual se comprometem. A palavra “espiritualidade” vem do Latin *spiritus* que significa sopro ou vida, termo que, ao longo da história, tem sido referido no contexto da religião. No entanto, nem todas as concepções actuais de espiritualidade estão ligadas à religião (Hill *et. al*, 2000). De acordo com Spilka (1993, *cit. por Hill et. al*, 2000), a maioria das concepções de espiritualidade actuais é definida como: 1) uma espiritualidade orientada para Deus, onde pensamento e prática se baseiam em teologias mais restritas ou mais amplas, 2) uma espiritualidade orientada para o mundo, dando especial importância à relação com a ecologia e a natureza, ou 3) uma espiritualidade humanística onde a ênfase é dada ao potencial ou conquistas humanas. Assim, a espiritualidade pode ser vista como um constructo multidimensional. No entanto, também a religião pode ser vista como multidimensional, na medida em que há autores que sugerem que é composta por crenças, comportamentos, rituais (relacionados com o transcendente) e cerimónias que fazem parte de tradições enraizadas nas comunidades, lida com as maiores preocupações das pessoas e promove identidade pessoal e social. Ainda que esta descrição se assemelhe ao que muitos associam à espiritualidade, a religião estipula também comportamentos e incentiva a certas práticas religiosas (Hill *et. al*, 2000). Hill *et. al* (2000) definem critérios de conceptualização de espiritualidade e religiosidade que vão ao encontro dos referidos por Zinnbauer *et. al* (1999). A procura pelo sagrado é central em ambos os constructos, no entanto a religião mostra-se mais abrangente pois inclui também a procura por objectivos não sagrados (que, ainda assim, visem facilitar a busca pelo sagrado) e inclui ainda os meios e métodos da procura que são validados e apoiados num determinado grupo de pessoas (Hill *et. al*, 2000).

Um pouco mais sobre a espiritualidade

Após se ter tentado diferenciar religiosidade de espiritualidade, torna-se necessário um olhar atento sobre a espiritualidade para que melhor se compreenda este conceito e quais as diferentes perspectivas que existem.

Na revisão que fizeram sobre a espiritualidade ligada às ciências da saúde, Chiu *et. al* (2004) propuseram-se, entre outras coisas, a identificar quais os elementos essenciais que definem espiritualidade, tendo surgido os seguintes temas: 1) realidade existencial, 2) conexão/relação, 3) transcendência e 4) poder/ força/ energia.

A realidade existencial remete para a existência espiritual e para a experiência. Constrói-se através do significado e propósito na vida, trazendo esperança para a nossa existência. Muitos autores descrevem a espiritualidade pelo seu domínio experiencial/existencial. Deste ponto de vista, a espiritualidade é uma experiência individual, subjectiva, consciente e uma forma de

estar na vida. É uma jornada pessoal de descoberta de significado e propósito, onde a espiritualidade remete para a necessidade de cada um dar resposta a questões sobre o sentido da vida, da doença e da morte, por exemplo (Chiu *et. al*, 2004).

Quanto à espiritualidade definida em termos de conexão/relação, esta diz respeito às relações com o próprio, outros, natureza e um ser superior (Chiu *et. al*, 2004). Esta definição de espiritualidade assemelha-se à proposta por Fisher (2009; 2011) no seu modelo de quatro domínios da espiritualidade, como será visto mais à frente. Chiu *et. al* (2004) encontraram na literatura descrições da relação com o próprio através da procura por um maior auto-conhecimento, satisfação com a vida e equilíbrio interior (e.g., Pace & Stables, 1997; Astedt-Kurki, 1995; Michley *et. al*, 1992; , *cit.* por Chiu *et. al*, 2004). Em termos de relação com os outros, a espiritualidade remete para um senso de comunidade, compaixão e altruísmo, que se manifesta pela partilha e ajuda aos outros (e.g., Sherman, 1996; Chiu, 2000; *cit.* por Chiu *et. al*, 2004). A relação com a natureza surge no sentido da interacção existente entre cada um e o ambiente, como um todo. Por fim, a relação com uma Força Superior, que pode também ser vista como a relação com Deus, envolve crença, fé, expressão e prática religiosa (e.g., Smith, 2005; Tongprateep, 2000, *cit.* por Chiu *et. al*, 2004). No entanto, esta última definição remete para práticas religiosas, o que, como tem sido visto, pode não estar necessariamente implícito.

A transcendência foi também identificada por Chiu *et. al* (2004) como ter vindo a ser considerada uma componente essencial/indicador de espiritualidade. Há investigadores que consideram que a espiritualidade transcende o contexto da realidade presente e existe além do tempo e espaço, o que é um indício da capacidade humana de transcendência (e.g., Klaas, 1998; Conco, 1995; Reed, 1991, *cit.* por Chiu *et. al*, 2004), sendo transcendência o nível de consciência pelo qual uma pessoa atinge novas perspectivas e experiências que vão além do limite físico (Kaye & Robinson, 1994, *cit.* por Chiu *et. al*, 2004).

Por fim, na sua revisão teórica, Chiu *et. al* (2004) confrontaram-se com conceptualizações de espiritualidade respeitantes a um poder, força ou energia. Nesta visão a espiritualidade inclui uma energia criativa, motivação, guia e procura activa por inspiração, sendo por isso uma base unificadora e uma força de crescimento (Klaas, 1998, *cit.* por Chiu *et. al*, 2004). Esta é dinâmica e integra o processo de crescimento que conduz ao propósito e significado na vida. Outros autores, contudo, consideram que a espiritualidade é a crença num poder além da própria existência de quem a tem (Chiu *et. al*, 2004).

No entanto, esta divisão de temas sugerida por Chiu *et. al* (2004) parece não fazer jus a definições de espiritualidade que englobam ao mesmo tempo várias dimensões acima referidas.

Os autores do modelo orientador do presente trabalho, seguem a proposta de Pargament, Mahoney, Exline, Jones e Shafranske (cit. por Aldwin *et. al*, 2014). Estes definem a espiritualidade como sendo a procura do sagrado (Deus ou Energia/Força Superior), envolvendo a percepção de aspectos da vida como manifestações do divino ou com qualidades divinas tais como a transcendência e infinitude. Esta foca-se na procura de um destino sagrado. No entanto, a espiritualidade não se restringe à relação com o sagrado, tradicionalmente entendido como Deus ou Energia/Força Superior. Esse sentido de “sagrado” pode estar também em contextos não tradicionais, tal como em funções fisiológicas, sociais e físicas (por exemplo, considerar o trabalho como sagrado). No entanto, esta definição parece ser um pouco ampla e de difícil operacionalização.

Fisher (2011) resumiu também alguns dos pontos de divergência e acordo existentes na literatura em relação à espiritualidade, retirando algumas conclusões próprias. Em primeiro lugar, a espiritualidade surge como sendo algo inato, uma componente vital do ser humano. De seguida, Fisher (2011) salienta o facto de que, uma vez que esta diz respeito à essência da existência de cada um, é difícil falar sobre espiritualidade de forma objectiva, sem juízos de valor. Discutiu também os vários pontos de vista existentes (já aqui apresentados por outros autores) sobre a relação entre religiosidade e espiritualidade, concluindo que a forma como cada um encara o mundo, bem como as suas crenças influenciam a sua concepção de espiritualidade. Indica também que, apesar de a espiritualidade ser algo subjectivo, é necessário estudá-la de forma rigorosa e científica, para que melhor a possamos entender. Por fim, o autor relembra a dimensão dinâmica da espiritualidade, uma vez que se fala de crescimento, desenvolvimento, ou até em “grau” (maior ou menor) de saúde espiritual (Fisher, 2011).

Na visão deste autor:

“Spirituality is concerned with a person’s awareness of the existence and experience of inner feelings and beliefs, which give purpose, meaning and value to life. Spirituality helps individuals to live at peace with themselves, to love (God and) their neighbor, and to live in harmony with the environment. For some, spirituality involves an encounter with God, or transcendent reality, which can occur in our out of the context of organized religion, whereas for others, it involves no experience or belief in the supernatural.” (Fisher, 1998, *cit.* por Fisher, 2011).

Nesta definição surge não só a noção de propósito e sentido, mas também a relação estabelecida com o próprio, com os outros, com o ambiente e até com o transcendente. Tal assemelha-se ao que a *National Interfaith Coalition on Aging (NICA)* propôs para definir bem-estar espiritual: a afirmação da vida na relação com o próprio, os outros, a natureza e

Deus (ou o transcendente), o que remete para sentimentos, comportamentos e pensamentos positivos na relação consigo mesmo, os outros, a natureza e o transcendente, promovendo um sentimento de identidade, completude, satisfação, alegria, contentamento, beleza, amor, respeito, paz, harmonia, propósito e sentido (Gomez & Fisher, 2003; Fisher, 2011).

Assim, para melhor compreender e aceder à espiritualidade/saúde espiritual/ bem-estar espiritual, Fisher desenvolveu um Modelo de Bem-Estar Espiritual que será aprofundado de seguida. Apesar de todas as definições existentes para espiritualidade, de acordo com Gouveia (2011), a maioria não é sustentada com um modelo teórico e empírico. Pelo contrário, Fisher desenvolveu um modelo com suporte teórico e empírico que foi também por ele operacionalizado e que tem vindo a ser testado empiricamente (Gouveia, 2011).

1.1.3. Modelo dos quatro domínios de saúde espiritual de Fisher

Para Fisher (2011), a saúde espiritual é uma dimensão fundamental da saúde que integra e penetra todas as restantes (por exemplo, saúde física, mental, emocional, social e vocacional). É um modo de estar dinâmico que se reflecte na harmonia e qualidade das relações que as pessoas estabelecem em 4 domínios da existência humana: 1) pessoal; 2) comunitário; 3) ambiental e 4) transcendental. Passa-se a explicar:

- O domínio pessoal diz respeito à forma como cada um se relaciona consigo mesmo em termos de significado, propósito e valores na vida, sendo a auto-consciência a força motriz na procura de identidade e auto-estima.
- O domínio comunitário remete para a qualidade e profundidade das relações interpessoais estabelecidas entre o próprio e os outros, no que concerne à moralidade, cultura e religião, expressando-se por amor, perdão, confiança, esperança e fé na humanidade.
- O domínio ambiental engloba a relação com o mundo físico e biológico, no sentido de o cuidar e proteger e envolve sentimentos de respeito, admiração e união com o ambiente.
- O domínio transcendental concerne à relação com um Outro transcendente além do nível humano (força cósmica ou Deus, por exemplo) e envolve fé, adoração e culto da fonte de mistério do Universo. (Fisher, 2011)

De acordo com o modelo desenvolvido, cada domínio é composto por duas dimensões: uma de conhecimento e outra inspiracional. A primeira fornece a informação cognitiva que ajuda à interpretação (é filtrada pela visão que cada um tem do mundo); a segunda remete para a parte transcendente da saúde espiritual, que diz respeito à “essência” e “motivação” de cada domínio acima referido (ou seja, remete para a noção de sagrado, e é filtrada por

crenças) (ver Tabela 1). Fisher (2011) metaforiza estas dimensões, considerando o conhecimento como a “cabeça” da saúde espiritual e a inspiração o “coração”, que trabalham em conjunto, com vista ao equilíbrio e harmonia.

Tabela 1 – *Modelo dos quatro domínios de saúde espiritual de Fisher (Adaptado de Fisher, 2011, p.23)*

	PESSOAL	COMUNITÁRIO	AMBIENTAL	TRANSCENDENTAL
Conhecimento	Significado, propósito e valores da vida	Moralidade, cultura e religião	Cuidar e proteger	-----
Inspiracional	Desenvolvimento de consciência sobre si mesmo e auto-conhecimento	Relações interpessoais em profundidade, alcançar o coração da humanidade	Conexão com a Natureza/Criação	Força cósmica, Deus, realidade transcendente, fé
Expressa-se por	- auto-estima - procura de identidade - humildade - integridade - criatividade - intuição - liberdade - paz - perseverança - alegria - satisfação	Sentimentos de: - amor - perdão - justiça - esperança e fé na humanidade	- Espanto admiração - sentimentos de união com a natureza	Culto e adoração da fonte de mistério do universo

A qualidade das relações desenvolvidas em cada domínio indica a saúde espiritual do indivíduo nesse domínio. A inter-relação entre os quatro domínios dá-se através de um *sinergismo progressivo*, ou seja, o desenvolvimento de uma melhor saúde espiritual numa dimensão promove o desenvolvimento da saúde espiritual da dimensão seguinte, mas também é promovido por esta. Assim, a saúde espiritual resulta da dinâmica existente entre a saúde espiritual de cada domínio relacional. Por exemplo, o desenvolvimento de significado, propósito e valores para a vida (domínio pessoal) é precursor, mas também aprofundado pelo desenvolvimento de valores morais, culturais ou religiosos/espirituais (domínio comunitário) Também é de notar que, seguindo esta ordem de ideias, a relação com o ambiente se desenvolve a par e sobre as relações pessoais e comunitárias, no entanto, podem surgir diferenças culturais neste processo (por exemplo, sociedades ocidentais e orientais relacionam-se de forma diferente com a natureza). A relação de um indivíduo com o Transcendente terá também subjacente o desenvolvimento das relações nos outros três domínios. No entanto, pessoas consideradas racionalistas não desenvolverão este domínio

uma vez que se debruçarão apenas as dimensões do conhecimento da espiritualidade (Fisher, 2011).

Importa referir que neste modelo, utilizam-se os termos “bem-estar” ou “saúde espiritual” apenas para existir uma coerência com a literatura e com a definição dada pela *NICA*. Tais termos não implicam necessariamente níveis positivos ou um maior bem-estar/ saúde espiritual do indivíduo (Gomez & Fisher, 2003), reflectindo apenas a percepção que o indivíduo tem da forma em que se sente a desenvolver esse domínio da sua espiritualidade (Gouveia, 2011).

Será também necessário referir que, apesar do desenvolvimento de todos os domínios de relação de bem-estar espiritual resultar em maiores níveis de saúde espiritual, nem todas as pessoas valorizam/desenvolvem os quatro domínios referidos, na medida em que algumas pessoas se centram ou priorizam um determinado domínio relacional. Dessa forma, podem-se identificar diferentes perfis de bem-estar espiritual, podendo eles ser 1) Personalistas - preferência pelo domínio pessoal; 2) Comunitários - preferência pelo domínio comunitário; 3) Ambientalistas - preferência pelo domínio ambiental; 4) Globalistas - preferência pelo domínio transcendental; ou 5) Racionalistas - preferência pelos aspectos do conhecimento dos três primeiros domínios (Fisher, 1999)

Foi a partir deste modelo que se desenvolveu Questionário de Bem-Estar Espiritual (Gomez & Fisher, 2003) uma vez que, apesar de existirem vários questionários para medir espiritualidade, nenhum proporcionava uma adequada operacionalização dos quatro domínios propostos pelo modelo.

1.1.4. Espiritualidade, estratégias de *coping* e adesão aos tratamentos – evidência empírica dos contributos da espiritualidade para a doença crónica

São inúmeros os estudos que têm sido feitos para averiguar a relação entre espiritualidade e saúde. Alguns avaliam a relação directa, enquanto outros averigam a relação entre as duas variáveis através de processos de mediação ou moderação. Há também os que se debruçam sobre esta relação mas onde a saúde é considerada implicitamente (como por exemplo através da qualidade de vida) e não explicitamente. No entanto, muitos deles não diferenciam religiosidade de espiritualidade, sendo poucos os que o fazem (e.g. Unantenne, *et. al*, 2013; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010, entre outros).

Num estudo realizado por Unantenne *et. al* (2013) na Austrália foram entrevistadas 69 pessoas com dois tipos de doença crónica (diabetes *melitus* tipo 2 e doença cardiovascular) com o objectivo de averiguar como é que incorporavam a espiritualidade na gestão das suas doenças. Os resultados evidenciam que a espiritualidade e as suas práticas associadas

influenciam de forma positiva vários aspectos da auto-gestão da doença dos participantes. Esta mostrou ter um papel importante nas estratégias de *coping* utilizadas e na percepção de suporte, na medida em que os participantes mostraram usar a espiritualidade para lidar com o *stress* causado pela sua doença e que esta também lhes permite sentirem-se mais autónomos, mas ao mesmo tempo apoiados pela comunidade. A espiritualidade revelou-se como promotora de uma maior aceitação da doença, na medida em que ajuda a ter um maior entendimento sobre o que significa, permitindo uma redução do *stress* causado pela situação (o que pode ser entendido como uma estratégia de *coping*). Também na saúde e bem-estar subjectivo esta se mostrou importante pois permite uma sensação de conforto e recuperação. Estes efeitos acabaram por ter impacto directo no tratamento e na gestão da doença para alguns participantes.

Préau, Bouhnik, e Le Coroller Soriano (2013) elaboraram um estudo com o objectivo de analisar a relação entre espiritualidade, estratégias de *coping* e qualidade de vida relacionada com a saúde entre indivíduos a quem lhes foi diagnosticado cancro há 2 anos. Perguntaram aos 4270 participantes qua o grau de importância que davam à religião nas suas vidas como fonte de conforto durante a doença (nenhuma, pouca ou muita). Para aceder à qualidade de vida relacionada co a saúde recorreram à versão francesa do MOS SF-36 e para o ajustamento mental ao cancro a MAC-21. Enquanto 23,4% dos indivíduos consideraram que a espiritualidade os reconfortava moderadamente, 22,5% consideraram a espiritualidade como uma fonte de grande conforto. Quanto à variação das práticas espirituais, 5,9% dos participantes diminuíram as suas práticas espirituais devido à doença, enquanto 6,5% aumentaram. Os participantes que consideram que a espiritualidade tem efeito de moderado conforto na situação de doença revelaram possuir uma componente mental da saúde mais baixa do que os que consideram que tem um grande efeito reconfortante, ou nenhum efeito reconfortante. Já na dimensão física da saúde, os que consideram encontrar maior conforto na espiritualidade, são os que se percebem pior. Aqueles que consideram a espiritualidade como uma fonte moderada de conforto apresentaram maiores níveis de ansiedade e sentimento de desamparo, bem como menores níveis de espírito de luta.

Um outro estudo realizado por Jafari, Zamani, Farajzadegan, Bahrami, Emani, e Loghmani (2013) teve como objectivo averiguar qual o papel da intervenção terapêutica espiritual na qualidade de vida de mulheres com cancro de mama, em tratamentos de radioterapia. Foram avaliadas 68 participantes em dois momentos diferentes: antes de iniciarem a terapia espiritual e após 6 semanas de sessões. Estas focaram aspectos como: relaxamento e meditação, capacidade de controlo, auto-conhecimento e auto-estima, relações com o próprio, os outros e com Deus (que, de acordo com o modelo de Fisher anteriormente descrito, se pode considerar

a relação com uma Força Superior) e oração como forma de pedir ajuda para o processo de doença (que poderá ser visto como um reconhecimento da necessidade que sentem). Os resultados obtidos vão no sentido de que a terapia espiritual pode melhorar a qualidade de vida e a saúde global das mulheres com cancro de mama.

Campbell *et. al* (2010) levaram a cabo uma investigação com o objectivo de determinar as relações existentes entre a saúde física e experiência espiritual, práticas religiosas e suporte congregacional numa amostra heterogénea de 168 participantes (25 saudáveis e os restantes com doença crónica). Os resultados mostraram que as pessoas com doença crónica não procuram a religião e a espiritualidade logo que lhes é feito o diagnóstico. A saúde física (avaliada pelo SF-36) mostra-se positivamente relacionada com a frequência dos serviços religiosos, no entanto este resultado pode estar relacionado com o facto de que quem tem melhor saúde ter maior capacidade para se deslocar a estes serviços. Também a crença espiritual numa Força Maior, bem como uma visão do mundo positiva se revelou associada a uma melhor saúde, consistente com os modelos psicoimunológicos da saúde.

Rocha e Fleck (2011) propuseram-se a verificar qual a importância dada à espiritualidade/religiosidade/crenças espirituais em adultos com e sem doença crónica. Participaram 122 pessoas com doença crónica e 119 sem doença. Os resultados obtidos evidenciaram que as pessoas com doença dão maior importância à espiritualidade/religiosidade/crenças espirituais do que os saudáveis. Essa importância aparece positivamente associada com a maioria dos domínios da qualidade de vida, independentemente de outros factores que possam estar envolvidos.

Büssing, *et. al* (2009) realizaram uma investigação com o intuito de averiguar se a espiritualidade/religiosidade é um recurso relevante para pacientes em condições de dor crónica e também analisar as relações entre espiritualidade/religiosidade, estilos de *coping* adaptativos, satisfação com a vida e a avaliação e interpretação que é feita da doença. Participaram 580 indivíduos, que mostraram confiar fortemente tanto em recursos externos de controlo de doença como em recurso internos, enquanto apenas moderadamente numa Força Maior (religiosidade intrínseca), bem como consideraram apenas de forma moderada a *doença como uma oportunidade*. A “procura de apoio significativo” do questionário de orientação espiritual foi o que se revelou com menor relevância. As dimensões “viver de forma consciente e saudável” e “atitudes positivas” foram os preditores mais fortes da confiança dos pacientes na espiritualidade/religiosidade. Assim, as visões religiosas/espirituais podem ter um impacto substancial no entendimento da dor por parte dos pacientes e na forma como lidam com isso. Contudo, este estudo não abrange as formas como o *coping* espiritual contribui para o ajustamento à dor crónica.

Foi realizado um estudo para analisar a inter-relação entre bem-estar espiritual, sintomas depressivos e o estado imunológico em mulheres com HIV/SIDA (Dalmida, Holstad, Dilorio, & Laderman, 2009). Neste estudo foi também avaliada adesão ao tratamento como medida de controlo. A maioria dos 129 participantes considera possuir bons níveis de bem-estar espiritual. Os resultados vão no sentido de que maiores níveis de bem-estar espiritual estão associados a menores sintomas depressivos, bem como de uma associação positiva parcial entre bem-estar espiritual e estado imunológico.

Para analisar a associação entre espiritualidade e a adesão à terapêutica em doentes com insuficiência cardíaca, Alvarez, Goldraich, Nunes, Zandavalli, Zandavalli, Beli, & Clausell (2016) realizaram um estudo transversal com pacientes com insuficiência cardíaca tratados em ambulatório. Foi avaliada a qualidade de vida, depressão, religiosidade e espiritualidade e adesão ao tratamento multidisciplinar. Apenas 38,5% dos participantes mostraram adesão à terapêutica, sendo a espiritualidade a variável que evidenciou maior correlação à adesão.

Também Park, Aldwin, Choun, Suresh, e Bliss (2015) fizeram uma investigação para examinar o papel da espiritualidade no risco de mortalidade em doentes com insuficiência cardíaca congestiva, na qual participaram 191 pessoas. De entre os resultados obtidos, destaca-se que a adesão às recomendações de estilos de vida saudáveis surgiu associada a reduzido risco de mortalidade. É também de ressaltar que, apesar de tanto a religião como a espiritualidade estarem associadas a comportamentos mais saudáveis, apenas a espiritualidade surgiu revelando reduzir significativamente o risco de mortalidade.

Com o intuito de identificar os factores psicossociais preditivos (optimismo, afecto positivo e negativo, adesão aos tratamentos e espiritualidade) de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas, Vilhena *et. al* (2014) realizaram um estudo no qual participaram 774 indivíduos com doenças como diabetes, cancro, epilepsia, esclerose múltipla e miastenia. Os resultados encontrados vão no sentido de que pessoas mais optimistas, mais activas e com uma melhor adesão ao tratamento apresentam um melhor bem-estar geral, um melhor bem-estar subjectivo e uma melhor saúde mental; uma melhor adesão ao tratamento reflecte-se numa melhor saúde física; melhor suporte social contribui para uma melhor saúde mental. Apesar da espiritualidade aparecer relacionada com a saúde física e com a saúde mental, esta exerce um impacto negativo. Tal poderá estar relacionado com o facto de se tratar de um grupo heterogéneo de doentes crónicos e por outros factores poderem ter maior importância para a amostra em estudo.

Park, Edmonson, Hale-Smith, e Blank (2009) realizaram um estudo cujo foco foi a associação entre religiosidade/espiritualidade e comportamentos de saúde, examinando a ligação entre comportamentos saudáveis e frequência religiosa, experiências espirituais

diárias e luta religiosa em 167 jovens adultos sobreviventes de cancro. Os resultados obtidos revelam que a frequência religiosa tem pouco impacto nos comportamentos de saúde, mas as experiências espirituais diárias surgiram associadas a comportamentos mais saudáveis. Na luta religiosa essa associação é mais fraca. Estes autores defendem que um caminho através do qual a religiosidade/espiritualidade pode influenciar a saúde é através de alguns comportamentos de saúde. Por exemplo, pessoas mais religiosas tendem a ter comportamentos relacionados com a saúde com mais frequência ou consistência do que pessoas menos religiosas.

Em suma, várias investigações têm sido feitas para analisar a relação entre espiritualidade e saúde, considerando não só o seu impacto na saúde, mas também a forma pela qual essa relação se estabelece. Tal como Aldwin *et. al* (2014) propuseram no seu modelo, há estudos empíricos que relacionam a espiritualidade com saúde através dos comportamentos e hábitos de saúde que as pessoas adoptam (que podem ser, por exemplo, a adesão aos tratamentos). Outros estudos relacionam espiritualidade com a forma como as pessoas enfrentam o elemento *stressor* que é a doença crónica, isto é, relacionam a espiritualidade com as estratégias de *coping* e o impacto que isso tem na saúde dos indivíduos e na forma como estes se percebem.

Sabe-se também que os comportamentos de saúde que cada um tem dependem da forma como encaram os problemas da sua doença. Então, por exemplo, a adesão ao tratamento dos indivíduos pode depender das estratégias de *coping* que este utiliza.

Assim, partindo do modelo de Aldwin *et. al* (2014), poder-se-á considerar pertinente para o presente estudo não só a espiritualidade, mas também estratégias de *coping* usadas para lidar com a doença e adesão ao tratamento (como comportamento de saúde).

1.1.5. Estratégias de *coping*

O *coping* tem vindo a ser definido por vários autores, no entanto de formas semelhantes e com base na definição clássica de Folkman e Lazarus (1984). Estes consideram que *coping* é o conjunto dos esforços (cognitivos e comportamentais) utilizados para lidar com necessidades específicas (internas ou externas) que surgem em situações de *stress* e que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais de cada um. Ou seja, o *coping* é visto como uma interacção entre o indivíduo e o ambiente, cuja função é gerir a situação *stressante* (e não controlá-la) Esse processo parte do princípio de que existe uma avaliação do fenómeno (percepção, interpretação e representação cognitiva), o que leva a uma

mobilização de esforços para lidar com as exigências externas ou internas que surgem na interacção com o meio envolvente (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998). Neste sentido, pode ser considerado um factor estabilizador que permite o ajustamento ou adaptação perante situações *stressantes* uma vez que diz respeito àquilo que as pessoas fazem para evitarem ser prejudicadas pelas adversidades da vida (Holahan & Moos, 1987, *cit.* por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Também Carver e Connor-Smith (2010, *cit.* por Marôco, Campos, Bonafé, Vinagre e Pais-Ribeiro, 2014) definiram *coping* como os esforços despendidos para evitar ou diminuir ameaças, danos e perdas, ou para reduzir o *stress* associado, esforços esses que podem resultar de respostas voluntárias, ou de respostas automáticas e involuntárias.

Estas definições remetem para que o *coping* seja visto como um mediador entre o *stressor* e o que dele resulta. Contudo, há autores que defendem que existe relação directa entre as estratégias de *coping* e os resultados (Antoniazzi *et. al.*, 1998). Neste sentido, Rudolph, Denning e Weisz (1995, *cit.* por Antoniazzi *et. al.*, 1998) propuseram que o *coping* é um episódio, no qual surgem três aspectos fundamentais:

- 1) uma resposta de *coping* - acção intencional que se inicia como resposta a um elemento *stressor*;
- 2) um objectivo dessa resposta – intenção de uma resposta de *coping* orientada para a redução do *stress*;
- 3) o resultado – podem ser consequências específicas (resultados de *coping*) ou consequências imediatas da resposta de *stress* (resultados de *stress*), que promovem, ou não, a adaptação do indivíduo.

Nesta perspectiva, o episódio de *coping* integra um processo. Este processo é influenciado por diversas variáveis, sejam elas moderadoras ou mediadoras. As variáveis moderadoras são aquelas que já existem e influenciam o resultado de *coping*, reflectindo as características dos elementos envolvidos (características pessoais, como por exemplo o género e experiência prévia, características do *stressor*, como o tipo e nível de controlabilidade, e características do contexto, como por exemplo o suporte social) e a sua interacção. Por sua vez, as variáveis mediadoras são os mecanismos pelos quais uma variável independente é capaz de influenciar a variável dependente, sendo neste caso específico a avaliação cognitiva e o desenvolvimento da atenção, que são accionados durante o episódio de *coping* (Rudolph *et. al.*, 1995, *cit.* por Antoniazzi *et. al.*, 1998).

Esta abordagem de *coping* faz pensar no Modelo de Auto-regulação de Leventhal e colaboradores (1977) (Ogden, 2004) que defende que a abordagem a uma situação de doença (que é um evento *stressante*) envolve 3 fases: interpretação, *coping* e ponderação. Ou seja, perante um evento *stressante*, faz-se uma avaliação da situação, prepara-se uma resposta com

o objectivo de lidar com o problema e reestabelecer o estado de equilíbrio, e por fim ponderam-se os resultados. Também Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth (2001) referem que o *coping* pode estar relacionado com ou ser um aspecto de auto-regulação. Para estes autores, apesar de a capacidade de auto-regulação ser adquirida inicialmente através de processos biológicos involuntários, esta pode também ser aprendida com a experiência. Assim, apesar de muitos aspectos da auto-regulação biológica surgirem antes das capacidades cognitivas e desenvolvimentais que permitem a regulação voluntária que envolve o *coping*, estes têm estreita relação. Neste sentido, torna-se perceptível a relação existente entre auto-regulação e *coping*, relação essa que será tida em conta para o presente trabalho.

Importa agora distinguir entre estilos e estratégias de *coping*.

Estilos de *coping* estão relacionados com características da personalidade dos indivíduos (são uma tendência e não preferência), sendo que podem influenciar as estratégias de *coping* que são usadas. Estas, por sua vez, referem-se às acções cognitivas ou comportamentais durante um episódio específico de *stress* (Antoniazzi *et. al*, 1998). Assim, estilos de *coping* remetem para uma abordagem disposicional, enquanto as estratégias para uma abordagem situacional (Pais-Ribeiro, 2007b, Carver, & Scheier, 1994).

As opiniões dos autores dividem-se quanto à co-existência de estilos e estratégias de *coping*. Carver, Scheier, e Weintraub (1989) discordam de Lazarus (s.d., *cit.* por Carver *et. al*, 1989) quando este diz que as reacções de *coping* mudam de momento para momento durante as várias fases duma situação *stressante*. Para estes autores, apesar de concordarem que cada situação exige uma abordagem singular, é óbvia a existência de estilos de *coping* na medida em que os indivíduos encaram cada evento *stressante* com um repertório de estratégias relativamente fixas através do tempo e das circunstâncias.

No entanto, foram identificados pontos de convergência entre as diversas abordagens de *coping* sendo eles a multifuncionalidade do *coping* (redução do desequilíbrio causado pelo elemento *stressor*, entre outros) e o facto do *coping* ser influenciado pela avaliação que é feita das características do contexto de *stress*, bem como pelas características de personalidade dos indivíduos e ainda pelos seus recursos sociais (Folkman & Moskowitz, 2000 *cit.* por Pais-Ribeiro, 2007b).

No presente trabalho serão aprofundadas as estratégias de *coping*, por serem essas que serão avaliadas empiricamente.

Compas *et. al* (2001) alertam para o facto de existirem várias categorizações de *coping* conforme a abordagem teórica que as define, sendo elas as que o consideram focado no problema *versus* focado na emoção, de controlo primário *versus* secundário, de aproximação

versus de evitamento, activo *versus* passivo, com *locus* de controlo interno *versus* externo, ou até cognitivo *versus* comportamental. No entanto, elas mostram-se muitas vezes inter-ligadas e de difícil distinção. De acordo com Folkman e Lazarus (1984) as estratégias podem ser de dois tipos, conforme a sua função: focadas na emoção ou focadas no problema. Esta investigação centrar-se-á nestes tipos de estratégias de *coping* por serem as que melhor se adequam tanto ao instrumento utilizado, como ao modelo que se pretende testar. Contudo, será importante ter em mente as restantes estratégias pois poderá ser útil para discussão de resultados. As estratégias de *coping* focado na emoção são os esforços feitos no sentido de regular o estado emocional associado ao acontecimento *stressante*, que podem ser orientados um nível somático (por exemplo fumar um cigarro) e/ou para os sentimentos, com o objectivo de alterar o estado emocional. As estratégias de *coping* focado no problema são os esforços feitos para agir na origem do *stress*, de forma a alterá-la. Esta acção pode ser direccionada para uma fonte interna ou para uma fonte externa. Quando é dirigido para uma fonte interna de *stress*, envolve a reestruturação cognitiva ao, por exemplo, redefinir o elemento *stressor*. Quando se dirige a uma fonte externa, esta acção remete para estratégias de negociação num conflito interpessoal, ou o pedido de ajuda a outras pessoas. Estes autores defendem ainda que a escolha das estratégias que se usam (focadas na emoção ou no problema) depende da avaliação que o indivíduo faz da situação *stressante*. Pode haver dois tipos de avaliação: 1) primária – processo cognitivo que avalia o risco envolvido na situação; ou 2) secundária – processo de análise dos recursos e opções disponíveis para lidar com a dificuldade. Neste sentido, o *coping* focado na emoção será mais utilizado em situações que são avaliadas como inalteráveis, enquanto o *coping* focado no problema será mais usado em situações consideradas como modificáveis (Folkman & Lazarus, 1984).

Contudo, Carver e Scheier (1994) defendem que os efeitos de cada um destes tipos de estratégias de *coping* se podem confundir, na medida em que as focadas na emoção podem facilitar as estratégias focadas no problema ao remover a tensão emocional, e as estratégias focadas no problema podem contribuir para a diminuição da ameaça e dessa forma reduzir a tensão emocional. É ainda de salientar que as estratégias de *coping* podem ser utilizadas de forma individual, consecutiva, ou combinadas, o que pode levar a que um impacto de uma estratégia possa também ser confundido pelo efeito de outras que co-existam (Beresford, 1994, *cit.* por Antoniazzi *et. al.*, 1998).

Há inúmeros instrumentos a avaliar *coping* com base em conceitos teóricos que, se à partida parecem diferentes, após uma análise pormenorizada se revelam semelhantes (Antoniazzi *et. al.*, 1998). Os vários instrumentos existentes, como por exemplo, o *Ways of Coping* (Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984), o *Multidimensional Coping*

Inventory (Endler & Parker, 1990), o *Coping Strategies Inventory* (Tobin, Holroyd, Reynolds, & Wigal, 1989) e o inventário *COPE* (Carver *et. al*, 1989), avaliam respostas de *coping* focado no problema, nas emoções, bem como se são adaptativas ou disfuncionais (Carver, 1997).

O instrumento escolhido para avaliar *coping* na presente investigação foi a versão portuguesa do Inventário *BriefCOPE*, adaptada por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) do original de Carver (1997) que avalia estratégias de *coping* centradas no problema (“*coping* activo”, “planear” e “utilizar suporte instrumental”), centradas na emoção (“utilizar suporte emocional”, “religião”, “reinterpretação positiva”, “aceitação” e “humor”) e disfuncionais (“auto-culpabilização”, “expressão de sentimentos”, “negação”, “auto-distracção”, “desinvestimento comportamental” e “uso de substâncias”).

1.1.6. Adesão aos tratamentos

Tal como mencionado anteriormente, a adesão aos tratamentos poderá ter um papel importante na ligação entre a espiritualidade e a saúde, sendo por isso pertinente considerá-la para esta investigação.

Para a OMS (2003) adesão entende-se por a medida em que o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde. Esse comportamento inclui a toma de medicação, dieta e mudanças de estilos de vida.

No entanto, surgem na literatura vários termos para designar adesão, que se podem confundir. Rafii, Fatemi, Danielson, Johansson, Modanloo (2014) realizaram uma revisão de literatura sobre os conceitos existentes e identificaram a predominância de três termos diferentes: *compliance*, *adherence* e *concordance*. *Compliance* (traduzido para português será algo semelhante a “conformidade”) é visto como algo mais do que seguir ou ter comportamento de submissão/complacência às recomendações dos profissionais de saúde, havendo uma ênfase na actividade e responsabilidade do paciente no processo de tratamento. No entanto, as opiniões dividem-se, havendo autores que consideram que é algo mais passivo e outros que consideram que é algo mais activo por parte dos indivíduos. *Adherence* (que em português significa “adesão”) enfatiza a relação entre os pacientes e os profissionais, de respeito mútuo cooperação. Este termo surge também descrito de igual forma à definição dada pela OMS (2003). Por último, *concordance* (“concordância”, em português) diz respeito a um processo de comunicação esclarecedora que leva a um acordo de tratamento. Ao existir uma relação compatível entre os profissionais e os pacientes, estes estabelecem uma parceria de tratamento que visa manter os desejos e capacidades dos pacientes. Pelas definições obtidas, entende-se que *concordance* e *adherence* implicam comportamentos específicos, enquanto

compliance implica um processo de consultoria entre os profissionais e o paciente (Rafii *et. al*, 2014). No presente trabalho considerar-se-á o termo adesão e o enfoque será dado à adesão farmacológica.

Têm sido identificados vários factores relacionados com a adesão terapêutica, que podem ser internos ou externos. Como factores internos, ou seja, característicos do doente, estes podem ser sociais (como por exemplo o suporte social de que se dispõe), económicos (seguro de saúde, por exemplo), psicológicos (como por exemplo crenças de saúde) e características de personalidade. Como factores externos estes podem ser as características da doença (duração, intensidade, sintomas, grau de incapacidade), do tratamento (duração, forma de administração, custo, entre outros), dos profissionais de saúde (por exemplo, formas de abordagem, suporte emocional que prestam, cooperação a que se dispõem, competência clínica, a forma como lidam com incongruências, aconselhamento de outros profissionais) e do sistema de saúde (acessos e facilidades, organização dos serviços, apoio institucional, entre outros) (e.g. Rich, Brands, Mullan, & Hagger, 2015; Rafii *et. al*, 2014; Thomas, & Castro, 2012; OMS, 2003).

São também várias as teorias que têm sido desenvolvidas que podem ajudar a estudar/prever/explicar a adesão terapêutica. Há, por exemplo, a Teoria do *Locus* de Controlo (Rotter, 1966), o Modelo de Crenças da Saúde (Becker, 1974), a Teoria da Acção Racional (Fishbein & Ajzen, 1980), a Teoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985), a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, & Maden, 1986), os Modelos de Adesão de Stanton (Stanton, 1987), o Modelo de Adesão de Ley (Ley, 1981, 1989), a Teoria da Auto-eficácia (Bandura, 1986, 1995) e o Modelo de Auto-Regulação (Leventhal *et. al*, 1997) (Ogden, 2004). Contudo, nem todas permitem perceber qual é a associação entre a adesão ao tratamento e a estratégia de *coping* que fez parte do processo. Neste sentido, o Modelo de Auto-Regulação de Leventhal *et. al* (1997) parece ser o que permite uma melhor compreensão sobre qual o processo que leva à adesão ao tratamento, considerando as estratégias de *coping* que são utilizadas que, como visto anteriormente, são também abordadas neste trabalho.

A não adesão aos tratamentos é uma das principais causas de insucesso das terapias e provoca disfunções no sistema de saúde pelo ao aumento da morbilidade e mortalidade (Delgado & Lima, 2001). Percebe-se assim a importância de tentar compreender melhor o que poderá levar a maiores níveis de adesão por parte dos doentes. Para tal, é necessário que seja possível a sua mensuração, o que poderá ser complexo devido à variedade de comportamentos que constituem os fenómenos de adesão aos tratamentos (Delgado & Lima, 2001). Há métodos directos e métodos indirectos de medir a adesão ao tratamento, sendo os directos através de marcadores biomédicos e os indirectos através de auto-relatos, entrevistas,

resultados terapêuticos, ou até contagem de medicamentos. Contudo, não se sabe quais serão os métodos mais fiáveis. (Delgado e Lima, 2001).

Nesta investigação, uma vez que se pretendia avaliar a adesão à terapêutica farmacológica, o auto-relato sobre a medida em que as pessoas tomam a sua medicação mostrou-se a forma mais adequada, recorrendo-se ao questionário Medida de Adesão ao Tratamento de Delgado e Lima (2001).

1.2. Definição da Problemática e Objectivo de estudo

Posto tudo o que foi mencionado, importa agora compreender qual o objectivo e pertinência da presente investigação.

O facto de haver uma prevalência das doenças crónicas nos países mais desenvolvidos evidencia que uma abordagem exclusivamente centrada na doença não chega para as compreender, sendo necessário identificar quais as consequências psicológicas, sociais e culturais associadas ao processo de gestão da doença, para que se possam promover cuidados mais sensíveis, individualizados e humanizados (Lira & Arida, 2014; Dalmida, *et. al*, 2009; Pinto e Ribeiro, 2009). Além disto, investigadores e profissionais de saúde tendem a ignorar o impacto das crenças e práticas espirituais na saúde, apesar de isso muitas vezes permitir que as pessoas encontrem um sentido para a doença, a morte, ou a cura (Unantenne *et. al*, 2013). No entanto, têm surgido estudos que englobam a espiritualidade na abordagem à doença crónica, uma vez que esta é uma dimensão importante do ser humano e que o diferencia dos restantes seres vivos (Pinto e Ribeiro, 2009). Neste sentido, a espiritualidade tem sido associada a estados positivos de saúde, incluindo uma melhor percepção do estado de saúde. Esta, ao ajudar a manter o equilíbrio entre cérebro-psique-corpo, especialmente em situações de *stress*, facilita estratégias de *coping* mais adaptativas e emoções positivas, promovendo recursos que facilitam a adaptação psicológica e influenciando hábitos e comportamentos de saúde (Dalmida *et. al*, 2009).

Contudo, apesar de haver diversos estudos que consideram o impacto que o *coping* espiritual tem na saúde (e.g. Green, Emery, Kozora, Diaz, & Make, 2011; Campbell *et. al*, 2010; Koenig, Pargament, & Nielsen, 1998), poucos são os que consideram as estratégias de *coping* que podem existir paralelamente à espiritualidade e que são adoptadas por cada um na situação de doença, (e.g. Kuo, Arnold, & Rodriguez-Rubio, 2014; Krok, 2008).

Também a exploração da relação existente entre estratégias de *coping* e adesão ao tratamento tem vindo a surgir na literatura, bem como a relação ente espiritualidade e adesão

ao tratamento (e.g. Lewis & Ogedegbe, 2008), no entanto essas relações não surgem em simultâneo.

Então, são vários os autores que consideram que será necessário que haja mais investigação empírica nesta área, por forma a explorar as possíveis ligações entre espiritualidade e resultados em saúde específicos (e.g., Vilhena *et. al*, 2014; Dalmida *et. al*, 2009). Por fim, Aldwin *et. al.* (2014) propõem um modelo teórico sobre a relação entre espiritualidade e saúde, sugerindo a importância do teste empírico..

Desta forma, esta investigação tem como principal objectivo perceber qual a relação entre espiritualidade e percepção de saúde, explorando o papel das estratégias de *coping* e da adesão ao tratamento nesta relação em indivíduos com doença crónica. Testar-se-ão as seguintes questões de investigação:

- 1) Qual a relação entre espiritualidade e estado de saúde?
 - a. Em que medida esta relação é mediada pelas estratégias de *coping*?
 - b. Em que medida esta relação é mediada pela adesão ao tratamento?
- 2) Qual a relação entre espiritualidade e adesão ao tratamento?
 - a. Em que medida esta relação é mediada pelas estratégias de *coping*?

2. MÉTODO

2.1. Participantes

A amostra deste estudo é composta por 201 pessoas, todas elas com doença crónica (física) e medicação associada). Os participantes têm idades compreendidas entre os 19 e os 82 anos ($M= 48,99$ anos; $DP= 14,98$) e a maioria é do sexo feminino ($n= 156, 77,6\%$).

Na Tabela 2 está apresentada a distribuição dos participantes relativamente às habilitações literárias e ocupação.

Tabela 2 – Caracterização da amostra relativamente às habilitações literárias e ocupação

	Frequência	Porcentagem	
Habilitações literárias	Licenciatura	61	30,3
	Ensino Secundário	53	26,4
	3º ciclo	30	14,9
	Mestrado	22	10,9
	1º ciclo	17	8,5
	Bacharelato	6	3,0
	Não responde	5	2,5
	2º ciclo	4	2,0
	Doutoramento	3	1,5
Ocupação	Empregado	94	46,8
	Aposentado	63	31,3
	Desempregado sem subsídio	28	13,9
	Estudante	10	5,0
	Desempregado com subsídio	3	1,5
	Estudante e trabalhador	2	1,0
	Rendimento de inserção social	1	0,5

Quanto às habilitações literárias, a maioria dos inquiridos completou a Licenciatura (30,3%) ou o Ensino Secundário (26,4%). No que concerne à ocupação, a maior parte dos participantes divide-se entre empregados (46,8%) e aposentados (31,3%).

Na Tabela 3 pode-se observar a amostra caracterizada por tipo de profissão, organizada conforme a ocupação (activo, desempregado e aposentado; excluíram-se os estudantes). É de notar que dos activos, fazem parte os participantes empregados e estudantes trabalhadores e que dos desempregados fazem parte os desempregados com e sem subsídio e ainda os participantes que declararam receber o rendimento de inserção social. Dos participantes que estão profissionalmente activos, a grande maioria divide-se entre especialista das profissões intelectuais e científicas (38,5%) e entre técnica e profissional de nível intermédio (32,3%). A maior parte dos participantes que se encontram desempregados não referiu qual a sua profissão habitual (40,6%), no entanto pode-se observar que neste grupo os inquiridos desempenham funções de técnicos e profissionais de nível intermédio (18,8%) e de pessoal administrativo e similares (15,6%). No grupo dos inquiridos aposentados, há uma maior prevalência de técnicos e profissionais de nível intermédio (31,7%). As profissões foram

classificadas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (<http://cdp.portodigital.pt/profissoes/classificacao-nacional-das-profissoes-cnp>).

Tabela 3 – Caracterização da amostra relativamente à profissão para as diferentes ocupações (à exceção de estudante)

	Freq.	% de cada condição
Activos n= 96		
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	37	38,5
Técnicos e profissionais de nível intermédio	31	32,4
Pessoal administrativo e similares	7	7,3
Pessoal dos serviços e vendedores	7	7,3
Não responde	6	6,3
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	5	5,2
Operários, artífices e trabalhadores similares	1	1,0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	1,0
Trabalhadores não qualificados	1	1,0
Desempregados n= 32		
Não responde	13	40,6
Técnicos e profissionais de nível intermédio	6	18,8
Pessoal administrativo e similares	5	15,6
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	3	9,4
Trabalhadores não qualificados	3	9,4
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	3,1
Pessoal dos serviços e vendedores	1	3,1
Aposentados n= 63		
Técnicos e profissionais de nível intermédio	20	31,7
Não responde	18	28,6
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	12	19,0
Pessoal dos serviços e vendedores	5	7,9
Pessoal administrativo e similares	3	4,8
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2	3,2
Operários, artífices e trabalhadores similares	1	1,6
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	1,6
Trabalhadores não qualificados	1	1,6

Na Tabela 4 está apresentada a distribuição dos participantes relativamente ao seu estado civil, com quem vive e zona de residência.

Tabela 4 – Caracterização da amostra relativamente ao estado civil, com quem vive e zona de residência

		Frequência	Percentagem
Estado Civil	Casado(a)	106	52,7
	Solteiro(a)	33	16,4
	União de Facto/relação estável	27	13,4
	Divorciado(a)	25	12,4
	Viúvo(a)	9	4,5
	Não responde	1	0,5
Com quem vive	Cônjuge/companheiro(a)	57	28,4
	Cônjuge/companheiro(a) e filho(a/s)	50	24,9
	Sozinho	32	15,9
	Não responde	19	9,5
	Filho (a/s)	16	8,0
	Pais	7	3,5
	Pais e irmão(s)	7	3,5
	Outros familiares	6	3,0
	Pai ou mãe	3	1,5
	Cônjuge/companheiro e outros	2	1,0
	Pais e outros	2	1,0
	Zona de residência	Área Metropolitana de Lisboa	73
Alentejo Litoral		66	32,8
Área Metropolitana do Porto		16	8,0
Zona Centro		10	5,0
Zona Norte		9	4,5
Zona Oeste		6	3,0
Zona Lezíria		4	2,0
Zona Sul		4	2,0
Alentejo Interior		4	2,0
Estrangeiro		4	2,0
Ilhas		3	1,5
Não responde		2	1,0

NOTA - Os países que constituem o *Estrangeiro* da presente amostra são Inglaterra e Bélgica.

A maior parte dos participantes é casada (52,7%) e vive com o/a cônjuge/companheiro(a) (28,4%) ou com o/a cônjuge/companheiro(a) e os filhos (24,9%). Os participantes residem fundamentalmente em duas zonas do país: Área Metropolitana de Lisboa (36,3%) e Alentejo Litoral (32,8%). Há também participantes que, apesar de serem de nacionalidade portuguesa, se encontram a residir fora de Portugal (2%).

Na Tabela 5 pode-se observar a amostra descrita em termos de crenças religiosas, terem ou não (e no caso positivo, qual) afiliações religiosas e crenças espirituais. Relativamente às suas crenças religiosas, a maioria dos participantes considera-se moderadamente religiosa ou crente (48,8%), no entanto, a maior parte não possui afiliação religiosa (55,2%). No entanto, 38,8% dos participantes declaram-se afiliados à Igreja Católica. Uma boa percentagem dos participantes revelou ter *muitas* crenças espirituais (31,3%), mas 28,9% refere *nem muitas nem poucas* crenças espirituais.

Tabela 5 – Caracterização da amostra relativamente às crenças religiosas, afiliação religiosa e crenças espirituais

		Frequência	Percentagem
Considera-se uma pessoa religiosa/crente/de fé?	Moderadamente	98	48,8
	Muito	56	27,9
	Pouco	21	10,4
	Nada	17	8,5
	Extremamente	9	4,5
Afiliação religiosa	Não tem	111	55,2
	Igreja Católica	78	38,8
	Espiritismo segundo Allan Kardec	6	3,0
	Igreja Protestante	2	1,0
	Testemunha de Jeová	2	1,0
	Igreja Batista	1	0,5
	Não responde	1	0,5
Crenças espirituais	Muitas	63	31,3
	Nem muitas nem poucas	58	28,9
	Poucas	35	17,4
	Nenhuma	31	15,4
	Muitíssimas	12	6,0
	Não responde	2	1,0

2.1.1. Dados relativos às doenças dos participantes

De seguida apresentam-se os dados relativos ao tempo de diagnóstico, tipo de doença e quantas mais doenças os participantes reportam ter além daquela para a qual preencheram os questionários.

Nas Tabela 6 estão os dados relativos às medidas de tendência central do tempo de diagnóstico da doença crónica e na Tabela 7 está representada a distribuição dos participantes pelos diferentes quartis relativos ao tempo de diagnóstico da doença crónica para a qual tomam medicação regularmente.

Tabela 6 – Medidas de tendência central do tempo de diagnóstico da doença crónica para a qual toma medicação regularmente

	Média	DP	Mediana	mínimo	máximo
Tempo de diagnóstico	11 anos e 9 meses	11 anos e 2 meses	9 anos	1 mês	67 anos

Tabela 7 – Caracterização da amostra, por quartis, relativamente ao tempo de diagnóstico da doença crónica

	Frequência	Percentagem
Q1 – 1 mês a 3 anos	56	27,9
Q2 – 3 anos e 1 mês a 9 anos	43	21,4
Q3 – 9 anos e 1 mês a 17 anos	49	24,4
Q4 – 17 anos e 1 mês a 67 anos	48	23,9
Não responde	5	2,5

As doenças crónicas foram diagnosticadas aos inquiridos, em média, há 11 anos e 9 meses (DP= 11 anos e 2 meses), sendo o diagnóstico mais recente de 1 mês e o mais antigo de 67 anos. Os quartis organizam-se em torno de uma mediana de 9 anos. O quarto quartil é o que possui maior amplitude de tempo de diagnóstico.

Na Tabela 8 encontra-se a distribuição da amostra relativamente ao tipo de doença crónica que os participantes possuem, bem como ao número de outras doenças que possuem.

Tabela 8 – Caracterização da amostra relativamente ao tipo de doença crónica e se tem mais alguma doença

	Frequência	Percentagem	
Doença crónica	auto-imune	83	41,3
	reumatológica	40	19,9
	cardiovascular	26	12,9
	alérgica/respiratória	18	9,0
	outras	14	7,0
	metabólica	7	3,5
	oncológica	4	2,0
	renal	3	1,5
	neurológica	3	1,5
	musculo-esquelética/óssea	3	1,5
	Tem mais doenças?	mais nenhuma	99
mais uma		73	36,3
mais duas		20	10,0
mais 3 ou mais		9	4,5

NOTA – A categoria *outras* engloba os seguintes tipos de doenças: dermatológica, gastro-intestinal, ginecológica, doença do ouvido interno, oftálmica, endócrina, inflamatória e hematológica.

Das doenças crónicas para as quais os participantes tomam medicação regularmente, destacam-se as doenças auto-imunes (41,3%). Uma grande percentagem dos participantes não possui mais doença nenhuma (49,3%), no entanto 36,3% dos participantes possuem mais uma doença além da doença para a qual tomam medicação regularmente.

2.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados cinco instrumentos: um questionário soció-demográfico e clínico desenvolvido para a presente investigação; a Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual adaptada por Gouveia, Marques, & Ribeiro (2009); a Versão Portuguesa do Inventário *Brief COPE* adaptada por Pais-Ribeiro & Rodrigues (2004); a Medida de Adesão aos Tratamentos adaptada por Delgado & Lima (2001) e ainda, a segunda versão do Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens adaptado por Ferreira e Santana (2003) e validado por Miranda, Patton, Marcelo, Teixeira, Silva, e Ribeiro (2010).

2.2.1. Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual

Para medir o bem-estar espiritual utilizou-se a Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQp) adaptada por Gouveia, Marques, e Pais-Ribeiro (2009) do original *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ) de Gomez e Fisher (2003). Utilizou-se este questionário por ser o único instrumento que avalia em separado as quatro dimensões do modelo de bem-estar espiritual de Fisher (1999).

O SWBQp é um questionário de auto-preenchimento composto por 20 itens. Os itens estão distribuídos igualmente (5 itens por escala) pelas quatro sub-escalas do bem-estar espiritual: pessoal (itens 5, 9, 14, 16 e 18, e.g. “auto-conhecimento”), comunitária (itens 1, 3, 8, 17 e 19, e.g. “a confiança entre as pessoas”), ambiental (itens 4, 7, 10, 12 e 20, e.g. “uma ligação com a natureza”) e transcendental (itens 2, 6, 11, 13 e 15 “uma relação pessoal com o Divino ou Deus”). Todos os itens são formulados pela positiva.

O questionário é precedido por uma breve descrição de espiritualidade e saúde espiritual. De seguida é pedido aos participantes que indiquem em que medida se sentem a desenvolver cada uma das afirmações apresentadas, tendo em conta a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses. Os itens são avaliados através duma escala do tipo Likert de 5 pontos que varia entre 1= “Muito pouco” e 5= “Muitíssimo”. O resultado para cada domínio é obtido através da média das respostas atribuídas aos itens da respectiva sub-escala. O resultado de BEE global obtém-se através da soma do resultado de todos os domínios.

A versão original do instrumento apresenta, para todas as sub-escalas, bons resultados de validade e fiabilidade. Os valores de consistência interna para várias sub-amostras variam entre $\alpha=0,76$ e $\alpha=0,95$ (Gomez & Fisher, 2003, 2005). A versão portuguesa do SWBQ apresenta também bons resultados de fiabilidade e viabilidade com um valor de consistência interna para as 4 sub-escalas que varia entre $\alpha=0,74$ e $\alpha=0,89$ e um valor de consistência interna global de $\alpha=0,88$.

Na Tabela 9 estão descritas as consistências internas das 4 sub-escalas e da escala global na presente amostra.

Tabela 9 – *Consistência interna das sub-escalas e escala global do SWBQp na amostra em estudo*

	Pessoal	Comunitário	Ambiental	Transcendental	GLOBAL
Consistência interna α	0,82	0,78	0,89	0,91	0,91

Os valores de consistência interna das 4 sub-escalas variam entre $\alpha=0,78$ (comunitário) e $\alpha=0,91$ (transcendental) e apresenta um valor de consistência interna global de $\alpha=0,91$ o que revela propriedades psicométricas adequadas nesta amostra.

2.2.2. Versão portuguesa do Inventário *Brief COPE*

Para avaliar o *coping* utilizou-se a Versão Portuguesa do Inventário *Brief COPE* adaptada por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) do original de Carver (1997). Optou-se por utilizar esta escala por, apesar do seu tamanho reduzido face a outras versões (que facilita a sua aplicação), avaliar várias estratégias de *coping* (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). O inventário é composto por 28 itens (e.g. “Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.”), distribuídos igualmente por 14 dimensões (Tabela 10).

Tabela 10 - Escalas do *Brief COPE* e respectiva definição (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004, p.10)

Escala	Definição
1. <i>Coping</i> Activo (CA)	Iniciar uma acção ou fazes esforços para remover ou circunscrever o <i>stressor</i> .
2. Planear (PL)	Pensar sobre o modo de se confrontar com o <i>stressor</i> , planear os esforços de <i>coping</i> activos.
3. Utilizar suporte instrumental (SI)	Procurar ajuda, informações ou conselhos acerca do que fazer.
4. Utilizar suporte emocional (SE)	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém.
5. Religião (RE)	Aumento de participação em actividades religiosas.
6. Reinterpretação positiva (RP)	Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável.
7. Auto-Culpabilização (AC)	Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu.
8. Aceitação (AT)	Aceitar o facto que o evento <i>stressante</i> ocorreu e é real.
9. Expressão de Sentimentos (ES)	Aumento da consciência do <i>stress</i> emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.
10. Negação (NE)	Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento <i>stressante</i> .
11. Auto-distracção (AD)	Desinvestimento mental do objectivo com que o <i>stressor</i> está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto-distracção.
12. Desinvestimento comportamental (DC)	Desistir ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com qual o <i>stressor</i> está a interferir.
13. Uso de Substâncias (medicamentos/ álcool) (US)	Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do <i>stressor</i> .
14. Humor (HU)	Fazer piadas acerca do <i>stressor</i> .

Este inventário não necessita de ser utilizado em bloco, podendo ser utilizadas apenas as escalas que mais interesse tenham para a investigação (Maroco, Campos, Bonafé, Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2014). Na presente investigação foram aplicadas as 14 escalas.

O questionário é precedido por uma breve introdução onde se pede aos participantes que respondam de acordo com a forma como habitualmente lidam com os problemas /dificuldades da vida (neste caso a sua doença). É pedido que utilizem uma escala do tipo Likert de 4

pontos que varia entre 0= “Nunca faço isto” e 3= “Faço sempre isto”. Como resultado obtêm-se 14 pontuações independentes que indicam um repertório de *coping* (Maroco *et al.*, 2014).

Os valores de consistência interna obtidos na validação desta escala variam entre $\alpha=0,65$ e $\alpha=0,84$ (apenas 2 itens apresentam $\alpha<0,6$), indicadores de uma consistência interna satisfatória e muito semelhantes aos da versão original (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Na Tabela 11 estão descritas os valores da consistência interna das várias sub-escalas do *Brief COPE* obtidos para os participantes do presente estudo.

Tabela 11 – *Consistência interna das sub-escalas do Brief COPE na amostra em estudo*

	CA	PL	SI	SE	RE	RP	AC	AT	ES	NE	AD	DC	US	HU
Consistência interna	0,80	0,69	0,78	0,82	0,90	0,81	0,65	0,76	0,90	0,78	0,75	0,86	0,92	0,88
α														

NOTA: CA – *coping* activo; PL – planear; SI – procura de suporte instrumental; SE – procura de suporte emocional; RE – religião; AC – auto-culpabilização; AT – aceitação; ES – expressão de sentimentos; NE – negação; AD – auto-distracção; DC – desinvestimento comportamental; US – uso de substâncias; HU – humor

Nesta amostra, à excepção da estratégia de “auto-culpabilização” que apresenta um $\alpha=0,65$, foram encontrados valores de consistência interna a variar entre $\alpha= 0,69$ (“planear”) e $\alpha= 0,92$ (“uso de substâncias”) pelo que este inventário se revela adequado para aceder às estratégias de *coping* dos inquiridos.

2.2.3. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Para avaliar a adesão aos tratamentos utilizou-se o questionário Medida de Adesão aos Tratamentos. Optou-se por este instrumento por estar validado para a população portuguesa e ser de fácil aplicação (Delgado & Lima, 2001).

Esta medida de adesão aos tratamentos medicamentosos foi construída com base na adaptação de itens existentes noutras escalas. Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky (1986), o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994) e o item 7 foi adaptado de Shea *et al.* (1992) (Delgado & Lima, 2001). As respostas são dadas através de uma escalada do tipo Likert de 6 pontos que varia entre 1= “Sempre” a 6= “Nunca”. O nível de adesão aos tratamentos é obtido através da soma total dos valores de cada item e a divisão pelo número total de itens (valores mais elevados significam maior nível de adesão).

Esta medida apresenta uma consistência interna de $\alpha=0,74$ que se mostra adequada para aceder ao nível de adesão aos tratamentos (Delgado & Lima, 2001).

Na presente amostra esta escala apresenta $\alpha=0,89$ o que é indicador de uma consistência interna bastante satisfatória.

2.2.4. Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens versão 2 (SF-12v2)

Para avaliar a percepção do estado geral de saúde, o instrumento utilizado foi a versão portuguesa do Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens (SF-12v2) (Ferreira e Santana, 2003). Este questionário é uma versão reduzida do original *MOS Short Form Health Survey* de 36 itens, desenvolvido por John Ware (1992). Optou-se por utilizar este questionário por avaliar a percepção de saúde das pessoas de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (Pais-Ribeiro, 2005). Este é uma medida genérica de o estado de saúde e pode ser aplicado a qualquer faixa etária da população geral.

Este instrumento avalia a componente física e a componente mental da saúde. A componente física é avaliada pela soma da pontuação dos itens das dimensões: saúde geral (1 item), funcionamento físico (2 itens), desempenho físico (2 itens) e dor corporal (1 item). A componente mental é avaliada através da soma da pontuação obtida nos itens das dimensões: desempenho emocional (2 itens), saúde mental (2 itens), vitalidade (1 item) e funcionamento social (1 item) (Pais-Ribeiro, 2005; Pais-Ribeiro, 2007a). Cada dimensão tem a sua escala com valores variáveis (e.g. a dimensão saúde geral varia entre 1= “ótima” e 5= “fraca”) e algumas dimensões formulam os itens na positiva (e.g. “Se sentiu calmo(a) e tranquilo (a)”), outras na negativa (e.g. “Fez menos do que queria”). As componentes física e mental são quantitativamente transformadas numa escala de 0 a 100 (média =50 e desvio padrão= 10). Para estas transformações é seguido um algoritmo específico. Há uma inversão dos valores nos itens das escalas de dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social e saúde mental, bem como uma recalibração dos itens das dimensões dor corporal e saúde geral. Após estas transformações calcula-se a pontuação de cada escala através da soma das respostas aos itens que a compõem. Posteriormente os valores são transformados para uma escala de 0 a 100 através da fórmula: $Escala\ Transformada = \frac{SOMA-min}{MÁX-min} * 100$, onde SOMA é o valor da soma dos itens da escala após a recodificação e min e MÁX são os valores mínimo e máximo obtidos, respectivamente. Valores mais altos correspondem a melhores estados de saúde (Ferreira, 2000).

Da sua validação feita por Miranda *et.al* (2010) verificou-se que o coeficiente de correlação intraclasse para cada uma das oito dimensões da escala variou entre 0,48 e 0,68. Para a componente física o coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,62 e para a componente mental o coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,73.

Na presente amostra esta escala apresenta valores de consistência interna de $\alpha = 0,89$ para a componente física e $\alpha = 0,88$ para a componente mental, o que se mostra adequado para aceder ao estado de saúde dos participantes.

2.2.5. Questionário socio-demográfico e clínico

Desenvolveu-se um Questionário socio-demográfico e clínico para o presente estudo com o intuito de melhor caracterizar a amostra e obter informação sobre variáveis que se têm revelado importantes no estudo da temática desta investigação. Foram pedidas informações relativas à idade, género, qual a doença para a qual toma medicação, se tem mais doenças, estado civil, suporte social, habilitações literárias, ocupação, crenças e práticas religiosas, crenças espirituais e zona de residência.

2.3. Procedimento

A recolha de dados foi feita de duas formas diferentes. Uma foi feita de modo não probabilístico intencional através de recolha de dados presencial (com questionários em papel). O outro tipo de recolha de foi feito de modo não probabilístico intencional por um processo de bola de neve e de partilha através da internet.

Foram contactadas diversas instituições, tendo apenas respondido ao pedido as seguintes: a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), a Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR), a Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR), a associação Projecto Sénior de Artes e Saberes (PROSAS) de Sines e a Academia Sénior de Artes de Saberes (ASAS) de Vila Nova de Santo-André. Apenas para a ULSLA foi necessário um pedido de autorização formal para realizar a recolha de dados nessa mesma Unidade, tendo sido enviado em carta registada com aviso de recepção para o Conselho de Administração. Nessa carta constaram informações acerca do estudo a realizar (ANEXO A), bem como uma cópia do consentimento informado e instrumentos a serem entregues aos participantes (ANEXO B). Na associação PROSAS, na ASAS e na ANDAR os pedidos foram feitos de forma informal junto dos presidentes das associações e na LPCDR o pedido foi feito via *e-mail* (ANEXO C). Na ULSLA e na ANDAR a recolha foi feita presencialmente, na associação PROSAS e na ASAS houve recolha presencial e via internet e na LPCDR os questionários foram disseminados através da internet devido ao baixo número de associados a frequentar as instalações da sede. A recolha de dados na ULSLA teve lugar nos Serviços Farmacêuticos do Hospital do Litoral Alentejano, aquando do levantamento de medicação por parte dos utentes, e na Unidade de Cuidados Personalizados, do Centro de Saúde de Sines, em contexto de sala de espera. Na PROSAS e na ASAS os dados foram recolhidos em contexto de sala de aula. Na ANDAR os questionários foram aplicados em contexto informal. Em todas as recolhas presenciais, a investigadora abordou os participantes, explicitando o intuito da sua colaboração e a natureza do estudo para que estes pudessem decidir se queriam participar ou não. Sempre que a resposta foi positiva, foi dado ao participante o

consentimento informado e a bateria de questionários (ver ANEXO B). Todas as questões e dúvidas que surgiram foram clarificadas no momento e sempre que foi necessário a investigadora apoiou os participantes no preenchimento dos questionários.

Para a recolha de dados feita através da internet, foi criado um questionário *online* (disponível em: <http://goo.gl/forms/LawHJv2DzCvYvkHs1>) . Esse questionário possuía uma breve introdução onde era explicitado o intuito do estudo, garantida a confidencialidade dos dados fornecidos e o anonimato. Era também explicitado que a participação seria voluntária e que poderiam abandonar o questionário a qualquer momento (ver ANEXO D). A hiperligação do questionário foi disseminada através da rede social *Facebook*, na página pessoal da investigadora e posteriores partilhas de amigos nas suas páginas pessoais, bem como em grupos e páginas diversas relacionadas com doenças crónicas. A hiperligação do questionário foi ainda disseminada através de *e-mail*.

Em ambos os tipos de recolha de dados os questionários foram aplicados seguindo a seguinte ordem: 1º questionário socio-demográfico e clínico, 2º Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual, 3º Versão Portuguesa do Inventário *Brief COPE*, 4º Medida de Adesão ao Tratamento, 5º Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens versão 2.

No total foram recolhidos 210 questionários, no entanto 9 dos recolhidos em papel foram excluídos por estarem incompletos. Foram substituídos 8 *missing values* no total dos 201 participantes dos quatro instrumentos aplicados, de acordo com a regra sugerida por os autores.

2.4. Análise de dados

Os dados obtidos pela recolha presencial foram inseridos manualmente no *software* estatístico *SPSS v20.0*. Os dados obtidos através da internet foram exportados da plataforma do questionário *online* para o programa *Microsoft Excel 2010* e posteriormente para o *software* estatístico *SPSS v20.0*.

3. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados todos os resultados e procedimentos estatísticos necessários para averiguar as respostas às questões de investigação. Importa lembrar as questões orientadoras da presente investigação: “Qual a relação entre bem-estar espiritual e estado de saúde? Em que medida esta relação é mediada pelas estratégias de coping? Em que medida esta relação é mediada pela adesão ao tratamento?” e “Qual a relação entre bem-estar espiritual e adesão ao tratamento? Em que medida esta relação é mediada pelas estratégias de coping?”

3.1. Análise descritiva das variáveis em estudo

Neste sub-capítulo será feita uma análise descritiva das variáveis em estudo. Será também averiguada a normalidade das mesmas na presente amostra.

3.1.1. Características descritivas da escala SWBQp – escala que avalia a espiritualidade

Na Tabela 12 estão apresentadas as características descritivas da Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual. São apresentados os valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo para cada sub-escala e para a escala global. São ainda apresentadas medidas de assimetria e curtose e o teste de ajustamento Kolomogorov-Smirnov.

Tabela 12 – Características descritivas da escala SWBQp

	Média	DP	Mín	Máx	Assimetria (EP= 0,17)	Curtose (EP= 0,34)	Kolomogorov-Smirnov	
							Estat.	p-value
Pessoal	3,56	0,70	1,00	5,00	-0,52	0,18	0,12	0,00
Comunitário	3,68	0,57	2,00	5,00	-0,18	0,30	0,10	0,00
Ambiental	3,76	0,74	1,20	5,00	-0,33	0,23	0,08	0,00
Transcendental	3,22	1,03	1,00	5,00	-0,39	-0,61	0,09	0,00
GLOBAL	14,22	2,30	8,20	20,00	-0,28	-0,44	0,07	0,01

Tanto em todas as sub-escalas de bem-estar espiritual, como na escala de bem-estar espiritual global, as respostas dos participantes tiveram como máximo a pontuação máxima possível em cada sub-escala. Apenas as sub-escalas de bem-estar pessoal e de bem-estar transcendental obtiveram pontuações mínimas equivalentes ao mínimo possível. De entre as quatro dimensões, a sub-escala ambiental foi a que apresentou uma média mais elevada. De um modo geral, tanto as quatro sub-escalas ($M > 2,5$) como a dimensão global ($M > 10$)

apresentaram médias elevadas, sendo na dimensão ambiental que os participantes revelam uma média mais elevada.

Relativamente à normalidade da variável de espiritualidade, pelo teste de Kolomogorov-Smirnov o pressuposto da normalidade falha para um nível de significância de $\alpha=0,05$, uma vez que todos os $p\text{-values} < \alpha$. No entanto, pela análise das medidas de assimetria e curtose pode-se considerar a normalidade da distribuição ($|\text{assimetria}| < 3$; $|\text{curtose}| < 10$) (Marôco, 2014).

3.1.2. Características descritivas do inventário *Brief COPE* – inventário das estratégias de *coping*

Na Tabela 12 estão apresentadas as características descritivas do inventário *Brief COPE* em termos de média, desvio padrão, mínimo e máximo. Apresentam-se ainda medidas de assimetria e curtose e o teste de ajustamento Kolomogorov-Smirnov. Os valores apresentados referem-se a cada escala do inventário.

Tabela 13– Características descritivas do inventário *Brief COPE*

	Média	DP	Mín	Máx	Assimetria (EP= 0,17)	Curtose (EP= 0,34)	Kolomogorov-Smirnov	
							Estat.	p-value
CA	4,21	1,32	1,00	6,00	-0,28	-0,66	0,19	0,00
PL	4,16	1,38	1,00	6,00	-0,28	-0,69	0,16	0,00
SI	2,60	1,68	0,00	6,00	0,30	-0,56	0,16	0,00
SE	2,88	1,74	0,00	6,00	0,15	-0,75	0,16	0,00
RE	2,78	2,04	0,00	6,00	-0,08	-1,24	0,14	0,00
RP	3,76	1,59	0,00	6,00	-0,36	-0,36	0,17	0,00
AC	2,57	1,52	0,00	6,00	0,30	-0,53	0,17	0,00
AT	3,87	1,42	0,00	6,00	-0,13	-0,56	0,93	0,00
ES	2,66	1,71	0,00	6,00	0,09	-0,71	0,18	0,00
NE	1,55	1,52	0,00	6,00	0,63	-0,43	0,23	0,00
AD	3,01	1,67	0,00	6,00	-0,16	-0,60	0,16	0,00
DC	0,83	1,36	0,00	6,00	1,67	2,08	0,38	0,00
US	0,22	0,79	0,00	6,00	4,41	22,04	0,52	0,00
HU	2,93	1,66	0,00	6,00	0,16	-0,68	0,93	0,00

NOTA: CA – *coping* activo; PL – planear; SI – procura de suporte instrumental; SE – procura de suporte emocional; RE – religião; AC – auto-culpabilização; AT – aceitação; ES – expressão de sentimentos; NE – negação; AD – auto-distracção; DC– desinvestimento comportamental; US – uso de substâncias; HU – humor

De todas as escalas, apenas as de “*coping* activo” e “planear” não apresentaram amplitude máxima de respostas. É também nestas escalas que os participantes obtiveram maior média de pontuação, o que remete para o recurso preferencial a estas duas estratégias de *coping* (estratégias de *coping* centrado no problema). As estratégias de “desinvestimento comportamental” e “uso de substâncias” (estratégias de *coping* disfuncional) são aquelas a que os participantes menos recorrem.

Quando à normalidade da distribuição das estratégias de *coping*, pelo teste de Kolomogorov-Smirnov o pressuposto da normalidade falha para um nível de significância de $\alpha=0,05$ (todos os *p-values* < α). No entanto, pela análise das medidas de assimetria e curtose, apenas a escala de “uso de substâncias” falha a normalidade, uma vez que todas as outras apresentam valores brutos de assimetria inferiores a 3 e valores brutos de curtose inferiores a 10 (Marôco, 2014). No entanto, de acordo com Marôco (2014), uma vez que a amostra possui uma dimensão superior a 25-30, pode-se assumir que a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal.

3.1.3. Características descritivas da escala MAT – escala que avalia a adesão ao tratamento

Na Tabela 14 estão apresentadas as características descritivas da Medida de Adesão aos Tratamentos. É apresentada a média, desvio padrão, mínimo e máximo, bem como as medidas de assimetria e curtose e o teste de ajustamento Kolomogorov-Smirnov.

Tabela 14 – Características descritivas da escala MAT

	Média	DP	Mín	Máx	Assimetria (EP= 0,17)	Curtose (EP= 0,34)	Kolomogorov-Smirnov	
							Estat.	p-value
MAT	5,00	0,95	1,00	6,00	-1,79	3,76	0,18	0,00

A amplitude de respostas obtidas corresponde à amplitude máxima da escala. A média de pontuações é elevada, remetendo para a escolha da opção “*raramente*”. Quanto à normalidade da distribuição desta variável, tal como nas anteriores, o teste de ajustamento de Kolomogorov-Smirnov falha, no entanto, pela análise das medias de assimetria e curtose pode-se considerar a normalidade da distribuição ($|assimetria|<3$; $|curtose|<10$) (Marôco, 2014).

3.1.4. Características descritivas da escala SF-12 v2 – escala que avalia o estado de saúde

Na Tabela 15 estão apresentadas as características descritivas do Questionário de Avaliação do Estado de saúde de 12 itens, versão 2 (SF-12 v2). A descrição é feita tanto em relação às duas componentes globais (física e mental) como em relação às sub-dimensões que as constituem. É apresentada a média, desvio padrão, mínimo e máximo para cada componente e para cada sub-dimensão. Apresentam-se ainda medidas de assimetria e curtose e o teste de ajustamento Kolomogorov-Smirnov.

Tabela 15 – Características descritivas da escala SF-12 v2

	Média	DP	Mín	Máx	Assimetria (EP= 0,17)	Curtose (EP= 0,34)	Kolmogorov-Smirnov	
							Estat.	p-value
Componente Física	54,79	26,16	0,00	100	-0,06	-1,01	0,08	0,00
Saúde Geral	41,22	27,42	0,00	100	0,29	-0,55	0,25	0,00
Funcionamento Físico	58,46	33,59	0,00	100	-0,29	-0,98	0,17	0,00
Desempenho Físico	60,95	29,42	0,00	100	-0,28	-0,95	0,15	0,00
Dor Corporal	52,86	31,24	0,00	100	-0,02	-0,98	0,15	0,00
Componente Mental	59,29	22,77	4,17	100	-0,35	-0,64	0,09	0,00
Desempenho Emocional	63,87	28,03	0,00	100	-0,38	-0,80	0,16	0,00
Saúde Mental	60,14	24,32	0,00	100	-0,39	-0,55	0,17	0,00
Vitalidade	45,52	25,95	0,00	100	-0,04	-0,73	0,18	0,00
Funcionamento Social	62,19	31,93	0,00	100	-0,39	-0,91	0,18	0,00

Ambas as componentes (física e mental) apresentam resultados médios superiores a 50, o que remete para estados de saúde positivos. Na componente mental (com média ligeiramente superior à componente física) a pontuação mínima obtida é diferente de zero. Relativamente às sub-dimensões, os participantes revelaram ter um desempenho emocional superior às restantes ($M = 63,87$), apesar de considerarem ter uma saúde geral e vitalidade não muito boas ($M = 41,22$ e $M = 45,52$, respectivamente).

Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov o pressuposto da normalidade falha para um nível de significância de $\alpha=0,05$ (todos os $p-values < \alpha$). Contudo, pela análise das medias de assimetria e curtose pode-se considerar a normalidade da distribuição ($|assimetria| < 3$; $|curtose| < 10$) (Marôco, 2014).

3.2. Relações univariadas entre as variáveis em estudo

Para averiguar as relações univariadas entre as várias variáveis em estudo efectuaram-se correlações de *Pearson*.

3.2.1. Relação entre espiritualidade e estratégias de *coping*

Na Tabela 16 estão apresentadas as correlações de *Pearson* e nível de significância entre cada escala de estratégia de *coping* e a medida global de espiritualidade, bem como cada sub-dimensão da escala de espiritualidade.

Tabela 16 – Correlação de Pearson entre as variáveis espiritualidade e estratégias de coping

		Pessoal	Comunitário	Ambiental	Transcendental	GLOBAL
CA	R _{Pearson}	0,38**	0,28**	0,28**	0,08	0,31**
	P _{bilateral}	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00
PL	R _{Pearson}	0,41**	0,22**	0,25**	0,20**	0,35**
	P _{bilateral}	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SI	R _{Pearson}	0,22**	0,07	0,00	0,16*	0,16*
	P _{bilateral}	0,00	0,34	0,97	0,02	0,02
SE	R _{Pearson}	0,25**	0,24**	0,04	0,16*	0,22**
	P _{bilateral}	0,00	0,00	0,59	0,03	0,00
RE	R _{Pearson}	0,32**	0,29**	0,30**	0,74**	0,60**
	P _{bilateral}	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RP	R _{Pearson}	0,47**	0,24**	0,31**	0,28**	0,43**
	P _{bilateral}	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AC	R _{Pearson}	-0,02	0,02	0,13	0,02	0,05
	P _{bilateral}	0,81	0,77	0,06	0,79	0,46
AT	R _{Pearson}	0,33**	0,22**	0,13	0,18**	0,28**
	P _{bilateral}	0,00	0,00	0,07	0,01	0,00
ES	R _{Pearson}	-0,02	-0,04	-0,10	-0,03	-0,06
	P _{bilateral}	0,82	0,54	0,16	0,73	0,44
NE	R _{Pearson}	-0,11	0,03	0,07	0,08	0,03
	P _{bilateral}	0,11	0,73	0,33	0,28	0,69
AD	R _{Pearson}	0,14*	0,16*	0,13	0,14*	0,19**
	P _{bilateral}	0,05	0,02	0,07	0,05	0,01
DC	R _{Pearson}	-0,27**	-0,02	-0,04	-0,04	-0,12
	P _{bilateral}	0,00	0,80	0,59	0,57	0,10
US	R _{Pearson}	-0,22**	-0,02	-0,15*	-0,06	-0,15*
	P _{bilateral}	0,00	0,76	0,04	0,37	0,04
HU	R _{Pearson}	0,28**	0,13	0,15*	0,10	0,21**
	P _{bilateral}	0,00	0,07	0,04	0,17	0,00

NOTA 1: ** correlação significativa para p bilateral $\leq 0,01$; * correlação significativa para p bilateral $\leq 0,05$; N = 201

NOTA 2: CA – coping activo; PL – planear; SI – procura de suporte instrumental; SE – procura de suporte emocional; RE – religião; AC – auto-culpabilização; AT – aceitação; ES – expressão de sentimentos; NE – negação; AD – auto-distração; DC – desinvestimento comportamental; US – uso de substâncias; HU – humor

Verifica-se que as escalas de estratégias de coping “auto-culpabilização”, “expressão de sentimentos” e “negação” não estão significativamente relacionadas nem com a dimensão global da espiritualidade, nem com qualquer uma das suas sub-dimensões. Apenas as estratégias de coping “planear”, “religião” e “reinterpretação positiva” se encontram positivamente correlacionadas com a dimensão global da espiritualidade e com as suas quatro sub-dimensões (ou seja, variam no mesmo sentido da espiritualidade). A “religião” é a estratégia de coping que apresenta maiores correlações (e positivas) com a variável espiritualidade (ou seja, maior espiritualidade remete para maior recurso à “religião”). Essas correlações variam entre moderadas ($0,25 \leq |R_{\text{Pearson}}| < 0,5$) nas dimensões pessoal, comunitária e ambiental, e fortes ($0,5 \leq |R_{\text{Pearson}}| < 0,75$) na dimensão transcendental e na medida global de espiritualidade ($\alpha_{\text{bilateral}} = 0,01$). A estratégia “coping activo” apenas não se relaciona

significativamente com a dimensão transcendental, apresentando correlações positivas moderadas para as outras dimensões e para a medida global da espiritualidade ($\alpha_{\text{bilateral}}=0,01$). A “procura de suporte instrumental” não apresenta correlações significativas com as dimensões comunitária e ambiental da espiritualidade. As escalas de “procura de suporte emocional”, “aceitação” e “auto-distração” apenas não apresentam relações significativas com a dimensão ambiental da espiritualidade. As que remetem para o “uso de substâncias” e o “humor” não se relacionam significativamente com as dimensões comunitária e transcendental da espiritualidade. A estratégia “uso de substâncias” aparece relacionada de forma negativa com a espiritualidade, ou seja, quanto mais desenvolvidas as dimensões pessoal e ambiental da espiritualidade, menor o “uso de substâncias”, enquanto a estratégia “humor” surge relacionada positivamente, ou seja, maior desenvolvimento das dimensões pessoal e ambiental da espiritualidade aparecem associadas a um maior recurso ao “humor” como estratégia de *coping* para lidar com a doença crónica

É ainda de salientar que a estratégia de *coping* “desinvestimento comportamental” só se relaciona de forma significativa com a dimensão pessoal da espiritualidade, sendo que, tanto esta estratégia, como o recurso ao “uso de substâncias” (que também está correlacionada com a dimensão ambiental) estão relacionadas de forma inversa com a variável espiritualidade, ou seja, uma espiritualidade mais desenvolvida está associada ao menor recurso a estas duas estratégias de *coping*. A dimensão pessoal da espiritualidade, de uma maneira geral, é a que apresenta mais correlações com as estratégias de *coping*, maioritariamente positivas. Apenas nas estratégias “religião” e “auto-distração”, as relações se revelaram mais fortes com outras dimensões da espiritualidade (transcendental – a relação mais forte encontrada - e comunitária, respectivamente). Das correlações de cada estratégia de *coping* com a medida global de espiritualidade, destacam-se as do “*coping* activo”, “planear”, “religião”, “reinterpretação positiva” e “aceitação” por serem as mais elevadas e com maior grau de significância ($\alpha_{\text{bilateral}}=0,01$).

3.2.2. Relação entre espiritualidade e adesão ao tratamento

Na Tabela 17 estão apresentadas as correlações e nível de significância entre a adesão ao tratamento e a medida global da espiritualidade e cada sub-dimensão da escala de espiritualidade.

Nem a medida global da espiritualidade, nem nenhuma das dimensões da espiritualidade estão relacionadas significativamente com a adesão ao tratamento.

Tabela 17 – Correlação de Pearson entre as variáveis espiritualidade e adesão ao tratamento

		Adesão
Pessoal	R _{Pearson}	0,12
	P _{bilateral}	0,08
Comunitário	R _{Pearson}	0,10
	P _{bilateral}	0,17
Ambiental	R _{Pearson}	0,10
	P _{bilateral}	0,15
Transcendental	R _{Pearson}	0,08
	P _{bilateral}	0,29
GLOBAL	R _{Pearson}	0,13
	P _{bilateral}	0,08

NOTA: ** correlação significativa para p bilateral $\leq 0,01$; * correlação significativa para p bilateral $\leq 0,05$; N = 201

3.2.3. Relação entre espiritualidade e estado de saúde

A seguir, apresenta-se na Tabela 18 as correlações e nível de significância entre cada componente do estado de saúde (física e mental) (e suas sub-dimensões) e a espiritualidade (global e as várias dimensões).

Tabela 18 – Correlação de Pearson entre as variáveis espiritualidade e adesão ao tratamento

		Pessoal	Comunitário	Ambiental	Transcendental	GLOBAL
Componente Física	R _{Pearson}	0,33**	0,12	0,04	-0,07	0,11
	P _{bilateral}	0,00	0,10	0,62	0,30	0,11
Saúde Geral	R _{Pearson}	0,27**	0,09	0,05	-0,08	0,09
	P _{bilateral}	0,00	0,23	0,52	0,28	0,22
Funcionamento Físico	R _{Pearson}	0,27**	0,06	-0,03	-0,11	0,04
	P _{bilateral}	0,00	0,40	0,73	0,11	0,56
Desempenho Físico	R _{Pearson}	0,34**	0,15*	0,07	-0,04	0,15*
	P _{bilateral}	0,00	0,04	0,30	0,58	0,03
Dor Corporal	R _{Pearson}	0,23**	0,08	0,00	-0,05	0,07
	P _{bilateral}	0,00	0,26	0,97	0,49	0,31
Componente Mental	R _{Pearson}	0,49**	0,22**	0,11	0,05	0,27**
	P _{bilateral}	0,00	0,00	0,13	0,51	0,00
Desempenho Emocional	R _{Pearson}	0,39**	0,16*	0,07	-0,03	0,17*
	P _{bilateral}	0,00	0,03	0,34	0,70	0,01
Saúde Mental	R _{Pearson}	0,45**	0,23**	0,14	0,06	0,27**
	P _{bilateral}	0,00	0,00	0,06	0,40	0,00
Vitalidade	R _{Pearson}	0,44**	0,19**	0,13	0,12	0,28**
	P _{bilateral}	0,00	0,01	0,07	0,08	0,00
Função Social	R _{Pearson}	0,39**	0,17*	0,03	0,06	0,20**
	P _{bilateral}	0,00	0,02	0,65	0,41	0,01

NOTA: ** correlação significativa para p bilateral $\leq 0,01$; * correlação significativa para p bilateral $\leq 0,05$; N = 201

Da componente física da variável estado de saúde, apenas a dimensão desempenho físico se relaciona significativamente com a espiritualidade global (R_{Pearson} = 0,15; p bilateral = 0,03 – correlação fraca). Ao examinar a relação da variável estado de saúde com cada dimensão da variável espiritualidade, apura-se que apenas a dimensão pessoal da espiritualidade está significativamente relacionada, de forma positiva, com todas as sub-dimensões do estado de

saúde (tanto da componente física, como da componente mental), o que significa que quanto maior a qualidade das relações consigo mesmo, melhor o estado de saúde percebido. Destaca-se ainda que as dimensões de espiritualidade ambiental e transcendental não se relacionaram significativamente com nenhuma das dimensões do estado de saúde. A correlação mais forte encontrada é a existente entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde ($R_{\text{Pearson}} = 0,49$; $p_{\text{bilateral}} = 0,00$). Essa correlação é positiva, o que significa que quanto melhores forem as relações estabelecidas consigo mesmo, melhor é a percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde mental.

3.2.4. Relação entre estratégias de *coping* e adesão ao tratamento

As correlações e respectivos níveis de significância entre a variável adesão ao tratamento e cada estratégia de *coping* estão apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19 – Correlação de Pearson entre as variáveis estratégias de *coping* e adesão ao tratamento

		Adesão
CA	R_{Pearson}	0,20**
	$P_{\text{bilateral}}$	0,01
PL	R_{Pearson}	0,12
	$P_{\text{bilateral}}$	0,10
SI	R_{Pearson}	0,14*
	$P_{\text{bilateral}}$	0,05
SE	R_{Pearson}	0,21**
	$P_{\text{bilateral}}$	0,00
RE	R_{Pearson}	0,11
	$P_{\text{bilateral}}$	0,1
RP	R_{Pearson}	0,09
	$P_{\text{bilateral}}$	0,19
AC	R_{Pearson}	-0,23**
	$P_{\text{bilateral}}$	0,00
AT	R_{Pearson}	0,14*
	$P_{\text{bilateral}}$	0,04
ES	R_{Pearson}	-0,14*
	$P_{\text{bilateral}}$	0,05
NE	R_{Pearson}	-0,05
	$P_{\text{bilateral}}$	0,52
AD	R_{Pearson}	0,04
	$P_{\text{bilateral}}$	0,63
DC	R_{Pearson}	-0,07
	$P_{\text{bilateral}}$	0,34
US	R_{Pearson}	-0,30**
	$P_{\text{bilateral}}$	0,00
HU	R_{Pearson}	0,08
	$P_{\text{bilateral}}$	0,25

NOTA 1: ** correlação significativa para $p_{\text{bilateral}} \leq 0,01$; * correlação significativa para $p_{\text{bilateral}} \leq 0,05$; N = 201

NOTA 2: CA – *coping* activo; PL – planear; SI – procura de suporte instrumental; SE – procura de suporte emocional; RE – religião; AC – auto-culpabilização; AT – aceitação; ES – expressão de sentimentos; NE – negação; AD – auto-distracção; DC – desinvestimento comportamental; US – uso de substâncias; HU – humor

As únicas estratégias de *coping* que se evidenciam como estando significativamente relacionadas com a adesão ao tratamento são, para $\alpha_{\text{bilateral}}=0,01$ o “*coping* activo”, “procura de suporte emocional”, “auto-culpabilização”, “uso de substâncias”; e para $\alpha_{\text{bilateral}}=0,05$, a “procura de suporte instrumental”, a “aceitação”, a “procura de suporte instrumental” e a “expressão de sentimentos”. A “auto-culpabilização”, “expressão de sentimentos” e “uso de substâncias” relacionam-se inversamente com a adesão ao tratamento (sendo esta última a que possui a correlação mais forte - $R_{\text{Pearson}} = -0,30$; $p_{\text{bilateral}} = 0,00$).

3.2.5. Relação entre estratégias de *coping* e estado de saúde

Na Tabela 20 apresentam-se as correlações encontradas entre cada estratégia de *coping* e a componente física do estado de saúde (e suas sub-dimensões).

Tabela 20 – Correlação de Pearson entre as variáveis estratégias de *coping* e a componente física do estado de saúde

		Componente	Saúde	Funcionamento	Desempenho	Dor
		Física	Geral	Físico	Físico	Corporal
CA	R_{Pearson}	0,06	0,13	0,00	0,05	0,03
	$P_{\text{bilateral}}$	0,43	0,07	0,98	0,45	0,70
PL	R_{Pearson}	-0,00	0,06	-0,01	-0,01	-0,03
	$P_{\text{bilateral}}$	0,98	0,38	0,90	0,93	0,63
SI	R_{Pearson}	0,04	0,02	0,07	0,04	0,01
	$P_{\text{bilateral}}$	0,60	0,79	0,34	0,61	0,94
SE	R_{Pearson}	-0,04	-0,01	0,02	-0,05	-0,08
	$P_{\text{bilateral}}$	0,57	0,84	0,74	0,48	0,28
RE	R_{Pearson}	-0,07	-0,07	-0,08	-0,05	-0,06
	$P_{\text{bilateral}}$	0,32	0,35	0,27	0,46	0,44
RP	R_{Pearson}	0,02	0,05	-0,03	0,02	0,02
	$P_{\text{bilateral}}$	0,80	0,51	0,68	0,74	0,79
AC	R_{Pearson}	-0,07	-0,06	-0,07	-0,05	-0,06
	$P_{\text{bilateral}}$	0,33	0,44	0,34	0,45	0,37
AT	R_{Pearson}	0,08	0,12	0,03	0,07	0,05
	$P_{\text{bilateral}}$	0,28	0,09	0,66	0,31	0,50
ES	R_{Pearson}	0,02	-0,03	0,10	-0,03	0,04
	$P_{\text{bilateral}}$	0,79	0,67	0,16	0,69	0,54
NE	R_{Pearson}	-0,14	-0,18**	-0,05	-0,14*	-0,09
	$P_{\text{bilateral}}$	0,06	0,01	0,53	0,04	0,19
AD	R_{Pearson}	-0,15*	-0,02	-0,11	-0,13	-0,21**
	$P_{\text{bilateral}}$	0,04	0,91	0,11	0,06	0,00
DC	R_{Pearson}	-0,08	-0,10	-0,05	-0,07	-0,04
	$P_{\text{bilateral}}$	0,29	0,15	0,48	0,32	0,53
US	R_{Pearson}	-0,03	-0,05	-0,04	-0,03	0,01
	$P_{\text{bilateral}}$	0,67	0,50	0,55	0,69	0,95
HU	R_{Pearson}	0,00	0,10	-0,04	0,02	-0,05
	$P_{\text{bilateral}}$	0,95	0,17	0,53	0,78	0,51

NOTA 1: ** correlação significativa para $p_{\text{bilateral}} \leq 0,01$; * correlação significativa para $p_{\text{bilateral}} \leq 0,05$; N = 201

NOTA 2: CA – *coping* activo; PL – planear; SI – procura de suporte instrumental; SE – procura de suporte emocional; RE – religião; AC – auto-culpabilização; AT – aceitação; ES – expressão de sentimentos; NE – negação; AD – auto-distracção; DC – desinvestimento comportamental; US – uso de substâncias; HU – humor

Pela análise da tabela é possível verificar que apenas a estratégia “auto-distracção” está correlacionada com a componente física do estado de saúde ($R_{\text{Pearson}} = -0,15$; $p_{\text{bilateral}} = 0,04$). Essa relação é inversa e dá-se através da sub-dimensão dor corporal ($R_{\text{Pearson}} = -0,21$; $p_{\text{bilateral}}=0,00$), ou seja, um menor uso da estratégia “auto-distracção” está associado a uma melhor percepção da saúde física. A estratégia de *coping* “negação” apresenta uma relação marginalmente significativa com a componente física no seu geral ($R_{\text{Pearson}} = -0,135$; $p_{\text{bilateral}}=0,06$), com relações (inversas) significativas com a dimensão de saúde geral ($R_{\text{Pearson}}=-0,18$; $p_{\text{bilateral}}=0,01$) e desempenho físico ($R_{\text{Pearson}} = -0,14$; $p_{\text{bilateral}} =0,04$), ou seja, menor recurso à “negação” significa melhor percepção de saúde geral e de desempenho físico.

De seguida, apresenta-se na Tabela 21 as correlações cada estratégia de *coping* e a componente mental do estado de saúde (e suas sub-dimensões).

Tabela 21 – Correlação de Pearson entre as variáveis estratégias de *coping* e a componente mental do estado de saúde

		Componente Mental	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Vitalidade	Função Social
CA	R_{Pearson}	0,15*	0,13	0,15*	0,18*	0,02
	$P_{\text{bilateral}}$	0,04	0,07	0,03	0,01	0,74
PL	R_{Pearson}	0,06	-0,01	0,08	0,16*	-0,01
	$P_{\text{bilateral}}$	0,43	0,94	0,24	0,02	0,90
SI	R_{Pearson}	0,12	0,05	0,11	0,12	0,17*
	$P_{\text{bilateral}}$	0,09	0,50	0,13	0,09	0,02
SE	R_{Pearson}	-0,00	-0,10	0,04	0,06	0,06
	$P_{\text{bilateral}}$	0,96	0,15	0,58	0,44	0,40
RE	R_{Pearson}	0,04	-0,05	0,08	0,10	0,05
	$P_{\text{bilateral}}$	0,58	0,48	0,25	0,15	0,50
RP	R_{Pearson}	0,18*	0,07	0,21**	0,27**	0,11
	$P_{\text{bilateral}}$	0,01	0,35	0,00	0,00	0,11
AC	R_{Pearson}	-0,21**	-0,17*	-0,26**	-0,08	-0,15*
	$P_{\text{bilateral}}$	0,00	0,02	0,00	0,28	0,03
AT	R_{Pearson}	0,19**	0,16*	0,14	0,22**	0,15*
	$P_{\text{bilateral}}$	0,01	0,02	0,05	0,00	0,04
ES	R_{Pearson}	-0,16*	-0,13	-0,22**	-0,09	-0,08
	$P_{\text{bilateral}}$	0,02	0,08	0,00	0,23	0,29
NE	R_{Pearson}	-0,21**	-0,16*	-0,25**	-0,12	-0,16*
	$P_{\text{bilateral}}$	0,00	0,02	0,00	0,09	0,03
AD	R_{Pearson}	-0,12	-0,12	-0,11	-0,09	-0,05
	$P_{\text{bilateral}}$	0,10	0,09	0,13	0,22	0,52
DC	R_{Pearson}	-0,23**	-0,21**	-0,22**	-0,11	-0,19**
	$P_{\text{bilateral}}$	0,00	0,00	0,00	0,12	0,01
US	R_{Pearson}	-0,26**	-0,23**	-0,25**	-0,12	-0,26**
	$P_{\text{bilateral}}$	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00
HU	R_{Pearson}	0,07	0,02	0,15*	0,11	-0,05
	$P_{\text{bilateral}}$	0,33	0,83	0,04	0,11	0,53

NOTA 1: ** correlação significativa para $p_{\text{bilateral}} \leq 0,01$; * correlação significativa para $p_{\text{bilateral}} \leq 0,05$; N = 201

NOTA 2: CA – *coping* activo; PL – planear; SI – procura de suporte instrumental; SE – procura de suporte emocional; RE – religião; AC – auto-culpabilização; AT – aceitação; ES – expressão de sentimentos; NE – negação; AD – auto-distracção; DC – desinvestimento comportamental; US – uso de substâncias; HU – humor

A componente mental relaciona-se significativamente de forma positiva com as estratégias “*coping* activo”, “reinterpretação positiva” e “aceitação”, ou seja, maior recurso a estas estratégias está associado a uma percepção mais positiva da saúde mental; e de forma negativa com as estratégias de “auto-culpabilização”, “expressão de sentimentos”, “negação”, “desinvestimento comportamental” e “uso de substâncias”, isto é, maior uso destas estratégias associa-se a uma percepção mais negativa da saúde mental. A relação mais forte da componente mental é a que existe com a estratégia “uso de substâncias”. Apesar das estratégias “planear”, “procura de suporte instrumental” e “humor” não estarem correlacionadas de forma significativa com a componente mental do estado de saúde, cada uma delas relaciona-se com uma sub-dimensão desta componente (vitalidade, função social e saúde mental, respectivamente).

3.2.6. Relação entre adesão ao tratamento e estado de saúde

Na Tabela 22 estão expostas as correlações entre as componentes física e mental do estado de saúde (e suas sub-dimensões) e a variável adesão ao tratamento.

Tabela 22 – *Correlação de Pearson entre as variáveis estado de saúde e a adesão ao tratamento*

		Adesão
Componente Física	R_{Pearson}	0,11
	P bilateral	0,13
Saúde Geral	R_{Pearson}	0,12
	P bilateral	0,09
Funcionamento Físico	R_{Pearson}	0,07
	P bilateral	0,32
Desempenho Físico	R_{Pearson}	0,09
	P bilateral	0,19
Dor Corporal	R_{Pearson}	0,09
	P bilateral	0,21
Componente Mental	R_{Pearson}	0,25**
	P bilateral	0,00
Desempenho Emocional	R_{Pearson}	0,20**
	P bilateral	0,01
Saúde Mental	R_{Pearson}	0,23**
	P bilateral	0,00
Vitalidade	R_{Pearson}	0,21**
	P bilateral	0,00
Função Social	R_{Pearson}	0,19**
	P bilateral	0,01

NOTA: ** correlação significativa para p bilateral $\leq 0,01$; * correlação significativa para p bilateral $\leq 0,05$; N = 201

É possível verificar que apenas a componente mental possui uma relação significativa com a adesão ao tratamento ($R_{\text{Pearson}} = 0,25$; p bilateral = 0,00). Essa relação é estabelecida através de

todas as dimensões que constituem a componente mental e de forma positiva, ou seja, maior adesão ao tratamento está associada uma percepção mais positiva da saúde mental.

3.3. Testes de mediação entre as variáveis em estudo

Para testar as relações de mediação propostas pelas questões de investigação, foram feitas análises de regressão lineares com o método *Stepwise* entre as variáveis. Este método permite que sempre que se introduz um novo preditor, seja reavaliada a pertinência dos preditores já incluídos no modelo, devolvendo apenas as regressões lineares para os modelos significativos (Marôco, 2014).

3.3.1. Relação entre espiritualidade e estado de saúde, mediada pelas estratégias de *coping*

Para averiguar o papel de mediação das estratégias de *coping* na relação entre a espiritualidade e o estado de saúde, elaboraram-se regressões lineares de acordo com o modelo da *Figura 3*.



Figura 3: Modelo de mediação: relação entre espiritualidade e estado de saúde mediada pelas estratégias de coping.

Através do método *stepwise* é possível testar inicialmente a relação directa entre as variáveis espiritualidade e estado de saúde e posteriormente o efeito que a variável estratégias de *coping* tem nessa relação (através da introdução gradual de cada estratégia na relação). De acordo com Baron e Kenny (1986) o efeito da mediação é dado pela diferença entre o efeito directo da variável espiritualidade no estado de saúde (c) e o efeito da espiritualidade no estado de saúde quando introduzidas as estratégias de *coping* (c').

O modelo foi testado para cada componente do estado de saúde (componente física e componente mental). Foram consideradas como variáveis independentes apenas as dimensões de cada variável que se mostraram correlacionadas significativamente. Ou seja, só se consideraram, por exemplo, para averiguar quais os preditores da componente física do estado

de saúde, as dimensões da espiritualidade e as estratégias de *coping* que estão correlacionadas com essa componente.

Para o modelo de predição da **componente mental** foram considerados dois modelos de regressão linear diferentes. O primeiro testou a relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental da saúde mediada pelas estratégias de “*coping* activo”, “reinterpretação positiva”, “aceitação”, “desinvestimento comportamental” e “uso de substâncias” (Figura 4). O segundo modelo utilizado para averiguar a relação entre espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pelas estratégias de *coping* testou a relação entre a dimensão comunitária da espiritualidade e a componente mental da saúde tendo como mediadoras as estratégias de “*coping* activo”, “reinterpretação positiva” e “aceitação” (Figura 5).

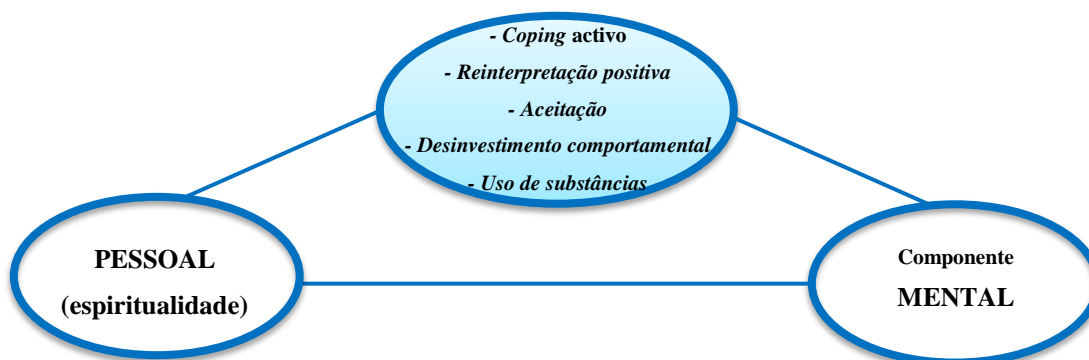


Figura 4: Modelo de mediação: relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pelas estratégias de “*coping* activo”, “reinterpretação positiva”, “aceitação”, “desinvestimento comportamental” e “uso de substâncias”.

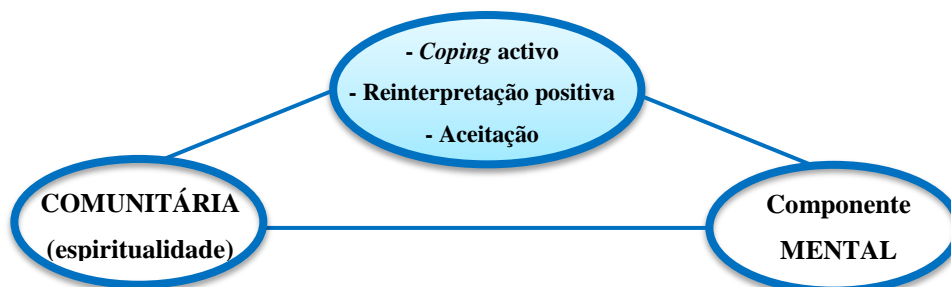


Figura 5: Modelo de mediação: relação entre a dimensão comunitária da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pelas estratégias de “*coping* activo”, “reinterpretação positiva” e “aceitação”.

O coeficiente de determinação, estatística de teste e significância do modelo considerando apenas a dimensão pessoal da espiritualidade como preditora da componente mental do estado de saúde são apresentados na Tabela 23.

Tabela 23 – *Análise de variância do modelo de regressão linear simples para a predição da componente mental da saúde pela dimensão pessoal da espiritualidade*

R²	F (1, 199)	p-value
0,24	64,12	0,00

O modelo revela-se significativo ($F(1, 199)=64,12$; $p\text{-value}<0,001$) e a variável preditora explica 24% da variância da componente mental do estado de saúde.

De seguida, para que fosse possível compreender melhor a influência da dimensão pessoal na componente mental do estado de saúde, analisou-se o seu coeficiente beta, a estatística de teste e o seu nível de significância (Tabela 24).

Tabela 24 - *Regressão linear simples: coeficiente estandardizado, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente mental do estado de saúde; v.i.: dimensão pessoal da espiritualidade)*

Variável dependente	Variável preditora	β	t (199)	p-value
Componente MENTAL	Pessoal	0,49	8,01	0,00

A dimensão pessoal da espiritualidade prediz significativamente e de forma positiva a componente mental do estado de saúde ($\beta=0,49$; $t(199)=8,01$; $p\text{-value}<0,001$).

O método *stepwise* devolveu outro modelo estatisticamente significativo, onde foi introduzida a estratégia de *coping* “uso de substâncias”. Os coeficientes de determinação, estatísticas de teste e significância do modelo considerando a dimensão pessoal da espiritualidade e a estratégia “uso de substâncias” como preditoras da componente mental do estado de saúde são apresentados na Tabela 25.

Tabela 25– *Análise de variância do modelo de regressão linear múltipla para a predição da componente mental da saúde (v.i's: dimensão pessoal da espiritualidade e estratégia de coping “uso de substâncias”)*

Ra²	F (2, 198)	p-value
0,26	36,45	0,00

O modelo revela-se significativo ($F(1,199)=36,45$; $p\text{-value}<0,001$) e as variáveis preditoras explicam 26% da variância da componente mental do estado de saúde.

De seguida, para que fosse possível compreender melhor a influência destas duas variáveis na componente mental do estado de saúde, analisaram-se os seus coeficientes beta, as estatísticas de teste e o seu nível de significância (Tabela 26).

Tabela 26 - Regressão linear múltipla: coeficientes estandardizados, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente mental do estado de saúde; v.i.'s: dimensões pessoal da espiritualidade e estratégias de coping “uso de substâncias”)

Variável dependente	Variáveis predictoras	β	t (198)	p-value
Componente MENTAL	Pessoal	0,46	7,37	0,00
	Uso de substâncias	-0,16	-2,62	0,01

Tanto a dimensão pessoal da espiritualidade como a estratégia de *coping* “uso de substâncias” predizem significativamente a componente mental do estado de saúde ($\beta=0,46$; $t(198)=7,37$; $p\text{-value}<0,001$ e $\beta=-0,16$; $t(198)=-2,62$; $p\text{-value}=0,01$, respectivamente).

É possível verificar que esta estratégia de *coping* tem efeito mediador na relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde uma vez que a sua introdução produz alterações estatisticamente significativas não só na variância desta componente explicada pelo modelo, como também na contribuição da dimensão pessoal da espiritualidade (passa de $\beta= 0,49$ para $\beta= 0,46$). No entanto recurso ao “uso de substâncias” contribui de forma inversa para a componente mental do estado de saúde, enquanto a dimensão pessoal da espiritualidade contribui de forma positiva. Ou seja, quanto mais desenvolvida estiver a dimensão pessoal da espiritualidade de um sujeito e quanto menor for o seu uso de substâncias como estratégia de *coping*, tanto melhor será a sua componente mental do estado de saúde.

O efeito da mediação é dado por $\beta_{\text{sem mediação}} - \beta_{\text{com mediação}} = 0,49 - 0,46 = 0,03$.

Na Tabela 27 são apresentados o coeficiente de determinação, a estatística de teste e a significância do modelo considerando apenas a dimensão comunitária da espiritualidade como preditora da componente mental do estado de saúde.

Tabela 27 – Análise de variância do modelo de regressão linear simples para a predição da componente mental da saúde pela dimensão comunitária da espiritualidade

R^2	F (1, 199)	p-value
0,05	10,18	0,00

O modelo revela-se significativo ($F(1,199)=10,18$; $p\text{-value}<0,001$) e a dimensão comunitária da espiritualidade explica 5% da variância da componente mental do estado de saúde.

Analisou-se o seu coeficiente beta, a estatística de teste e o seu nível de significância (Tabela 28) por forma a compreender melhor a influência desta dimensão da espiritualidade na componente mental do estado de saúde,

A dimensão comunitária da espiritualidade prediz significativamente e de forma positiva a componente mental do estado de saúde ($\beta=0,22$; $t(199)=3,19$; $p\text{-value}<0,001$).

Tabela 28- *Regressão linear simples: coeficiente estandardizado, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente mental do estado de saúde; v.i.: dimensão comunitária da espiritualidade)*

Variável dependente	Variável preditora	β	t (199)	p-value
Componente MENTAL	Comunitária	0,22	3,19	0,00

Analogamente ao que aconteceu com o modelo de mediação anterior, o método *stepwise* de análise de regressão devolveu outro modelo estatisticamente significativo, onde foi introduzida a estratégia de *coping* “aceitação”. Os coeficientes de determinação, estatísticas de teste e significância do modelo com as variáveis preditoras da componente mental do estado de saúde, sendo a dimensão comunitária da espiritualidade e a estratégia “aceitação” os preditores, são apresentados na Tabela 29.

Tabela 29 – *Análise de variância do modelo de regressão linear múltipla para a predição da componente mental da saúde (v.i.'s: dimensão comunitária da espiritualidade e estratégia de coping “aceitação”)*

Ra^2	F (2, 198)	p-value
0,06	7,45	0,00

O modelo revela-se significativo ($F(2,198)=7,45$; $p\text{-value}<0,001$) e as variáveis preditoras explicam 6% da variância da componente mental do estado de saúde.

Para compreender melhor a influência destas duas variáveis na componente mental do estado de saúde, foram analisados os seus coeficientes beta, as estatísticas de teste e o seu nível de significância (Tabela 30).

Tabela 30 - Regressão linear múltipla: coeficientes estandardizados, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente mental do estado de saúde; v.i.'s: dimensões pessoal da espiritualidade e estratégias de coping “aceitação”)

Variável dependente	Variáveis predictoras	β	t (198)	p-value
Componente MENTAL	Comunitária	0,19	2,69	0,01
	Aceitação	0,15	2,13	0,03

Ambas as variáveis independentes predizem significativamente a componente mental do estado de saúde (dimensão comunitária - $\beta=0,19$; $t(198)=2,69$; $p\text{-value}=0,01$ e aceitação - $\beta=0,15$; $t(198)=2,13$; $p\text{-value}=0,03$). Verifica-se que a estratégia de coping “aceitação” tem efeito mediador na relação entre a dimensão comunitária da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde uma vez que a sua introdução altera, de forma estatisticamente significativa, não só a variância desta componente explicada pelo modelo, como também a contribuição da dimensão comunitária da espiritualidade (passa de $\beta= 0,22$ para $\beta= 0,19$). Ambas contribuem de forma positiva para a componente mental da saúde, ou seja, quanto mais desenvolvida estiver a dimensão comunitária da espiritualidade de um sujeito e quanto maior for a sua aceitação, tanto melhor será a sua componente mental do estado de saúde.

O efeito da mediação é dado por $\beta_{\text{sem mediação}} - \beta_{\text{com mediação}} = 0,22 - 0,19 = 0,03$.

Nas Figuras 6 e 7 pode-se observar o resultado do efeito da mediação das estratégias de coping entre cada dimensão da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde.

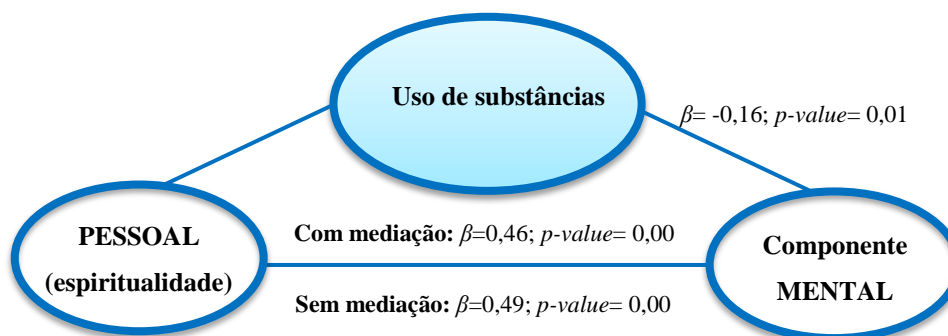


Figura 6: Modelo de mediação: relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pelo uso de substâncias.

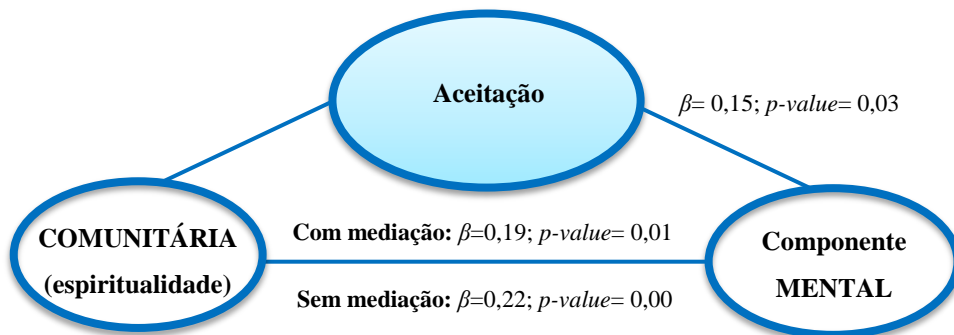


Figura 7: Modelo de mediação: relação entre a dimensão comunitária da espiritualidade e a componente mental do estado de saúde mediada pela aceitação.

Para o modelo de predição da **componente física** foi considerada apenas uma regressão linear, pois apenas a dimensão pessoal da espiritualidade está significativamente relacionada com esta componente do estado de saúde. Testou-se a relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente física da saúde mediada pela estratégia de *coping* de “auto-distracção” (Figura 8).



Figura 8: Modelo de mediação: relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente física do estado de saúde mediada pela estratégia de “auto-distracção”.

Na Tabela 31 são apresentados o coeficiente de determinação, estatística de teste e significância do modelo considerando apenas a dimensão pessoal da espiritualidade como preditora da componente física do estado de saúde.

Tabela 31 – Análise de variância do modelo de regressão linear simples para a predição da componente física da saúde pela dimensão pessoal da espiritualidade

R^2	F (1, 199)	$p\text{-value}$
0,11	24,07	0,00

A dimensão pessoal da espiritualidade explica significativamente 11% da variância da componente física do estado de saúde ($F(1, 199)=24,07$; $p\text{-value}<0,001$).

O coeficiente beta, a estatística de teste e o nível de significância da dimensão pessoal da espiritualidade como preditora da componente física do estado de saúde são apresentados na Tabela 32.

Tabela 32 - Regressão linear simples: coeficiente estandardizado, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente física do estado de saúde; v.i.: dimensão pessoal da espiritualidade)

Variável dependente	Variável preditora	β	t (199)	p-value
Componente FÍSICA	Pessoal	0,33	4,91	0,00

A dimensão pessoal da espiritualidade prediz significativamente e de forma positiva a componente física do estado de saúde ($\beta=0,33$; $t(199)=4,91$; $p\text{-value}<0,001$).

O método *stepwise* devolveu outro modelo estatisticamente significativo, onde foi introduzida a estratégia de *coping* “auto-distracção”. Na Tabela 33 são apresentados os coeficientes de determinação, estatísticas de teste e significância do modelo considerando a dimensão pessoal da espiritualidade e a estratégia “auto-distracção”.

Tabela 33 – Análise de variância do modelo de regressão linear múltipla para a predição da componente mental da saúde (v.i.'s: dimensão pessoal da espiritualidade e estratégia de coping “auto-distracção”)

Ra ²	F (2, 198)	p-value
0,17	16,79	0,00

As variáveis preditoras explicam significativamente 17% da variância da componente física do estado de saúde ($F(2,198)=16,79$; $p\text{-value}<0,001$).

Para que fosse possível compreender melhor a influência destas duas variáveis na componente física do estado de saúde, analisaram-se os seus coeficientes beta, as estatísticas de teste e o seu nível de significância (Tabela 34).

Tabela 34 - Regressão linear múltipla: coeficientes estandardizados, estatística de teste e nível de significância (v.d.: componente física do estado de saúde; v.i.'s: dimensão pessoal da espiritualidade e estratégias de coping “auto-distracção”)

Variável dependente	Variáveis preditoras	β	t (198)	p-value
Componente FÍSICA	Pessoal	0,36	5,36	0,00
	Auto-distracção	-0,19	-2,93	0,04

Em conjunto, ambas as variáveis predizem significativamente a componente física do estado de saúde (dimensão pessoal da espiritualidade - $\beta=0,36$; $t(198)=5,36$; $p\text{-value}<0,001$ e auto-distracção - $\beta=-0,19$; $t(198)=-2,93$; $p\text{-value}=0,04$). Verifica-se que a estratégia de *coping* “auto-distracção” medeia a relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente física do estado de saúde uma vez que a sua introdução produz alterações estatisticamente significativas na variância desta componente explicada pelo modelo (de 11% passa para 17%), e também na contribuição da dimensão pessoal da espiritualidade (passa de $\beta= 0,33$ para $\beta= 0,36$). No entanto, o recurso à “auto-distracção” contribui de forma inversa para a componente física do estado de saúde, enquanto a dimensão pessoal da espiritualidade contribui de forma positiva. Assim, quanto mais desenvolvida estiver a dimensão pessoal da espiritualidade de um sujeito e quanto menor for o seu recurso à “auto-distracção”, melhor será a sua componente física do estado de saúde.

O efeito da mediação é dado por $\beta_{\text{sem mediação}} - \beta_{\text{com mediação}} = 0,33 - 0,36 = -0,03$.

Na *Figura 9* pode-se observar o resultado do efeito da mediação da estratégia de *coping* “auto-distracção” entre a dimensão pessoal da espiritualidade na componente física do estado de saúde.

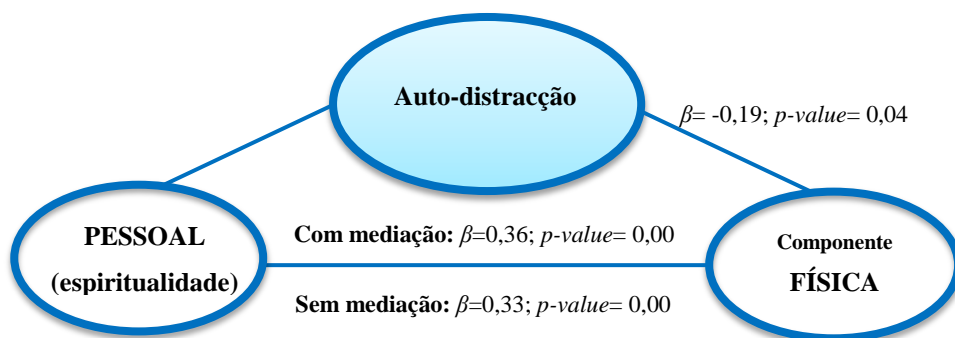


Figura 9: Modelo de mediação: relação entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a componente física do estado de saúde mediada pela “auto-distracção”.

3.3.2. Relação entre espiritualidade e estado de saúde, mediada pela adesão ao tratamento

Para averiguar o papel de mediação da adesão ao tratamento na relação entre a espiritualidade e o estado de saúde ir-se-ia testar o modelo de mediação, no entanto, a variável mediadora não se encontra relacionada significativamente com nenhuma das dimensões da espiritualidade. Dessa forma, a adesão ao tratamento não pode ser considerada como tendo um papel mediador entre espiritualidade e estado de saúde.

3.3.3. Relação entre espiritualidade e adesão ao tratamento, mediada pelas estratégias de *coping*.

Para averiguar o papel de mediação das estratégias de *coping* na relação entre a espiritualidade e a adesão ao tratamento ir-se-ia testar o modelo de mediação, porém, tal como referido anteriormente, nenhuma das dimensões da espiritualidade é preditora da adesão ao tratamento. Assim, não faz sentido testar o modelo.

3.4. Exploração das relações que podem afectar as variáveis

Para melhor compreender as variáveis em estudo e a forma como estas se comportam na presente amostra, exploraram-se várias relações que as podem influenciar.

3.4.1. Diferenças entre os vários tipos de doenças

Começou-se por averiguar se existem diferenças significativas nas variáveis (espiritualidade, estratégias de *coping*, adesão ao tratamento e estado de saúde) entre os vários tipos de doenças presentes na amostra. O primeiro passo seria verificar a normalidade e a homocedasticidade da distribuição de cada variável por cada tipo de doença, no entanto tal não foi possível devido às dimensões da amostra por cada sub-grupo serem muito diferentes. Considerando que, pelo menos um dos pressupostos (normalidade ou homocedasticidade) falhou, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para averiguar se existem diferenças significativas. O método utilizado foi o de amostras independentes automático, com uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05 (*Figuras 10, 11, 12 e 13 em ANEXO E - outputs do teste*). O tipo de doença teve um efeito estatisticamente significativo em todas as variáveis, excepto na espiritualidade (*p-value* de todas as dimensões $>0,05$). Nas estratégias de *coping*, o tipo de doença afecta significativamente apenas as estratégias “planear” ($p=0,05$) e “desinvestimento comportamental” ($p=0,04$). De seguida, com o objectivo de averiguar entre que tipos de doença as diferenças são significativas, recorreu-se ao método LSD de Fisher

Relativamente à estratégia “planear” (Tabela 35 em ANEXO E), foram encontradas diferenças significativas entre a doença do tipo renal e as doenças do tipo alérgica/respiratória ($p=0,02$), neurológica ($p=0,02$), cardiovascular ($p=0,02$) e outras doenças ($p=0,01$), onde os sujeitos com doença renal recorrem mais a esta estratégia de *coping* do que as restantes. Foram ainda encontradas diferenças significativas entre outras doenças e as doenças do tipo auto-imune ($p=0,02$), musculoesquelética/óssea ($p=0,03$) e reumatológica ($p=0,03$), estando a diferença no recurso menor dos sujeitos com outras doenças à estratégia “planear”. Também as doenças do tipo neurológica e musculoesquelética /óssea diferem

significativamente ($p= 0,05$), sendo os sujeitos com doença musculoesquelética/óssea, os que mais planeiam as suas ações relacionadas com a sua doença.

Quanto à esta estratégia de *coping* "desinvestimento comportamental" (Tabela 36 em ANEXO E), a média da doença do tipo metabólica difere significativamente das doenças do tipo alérgica/respiratória ($p=0,05$), auto-imune ($p= 0,04$), cardiovascular ($p= 0,00$), reumatológica ($p= 0,00$), renal ($p= 0,02$) e outras doenças ($p=0,02$), sendo os sujeitos com doença metabólica os que mais utilizam o desinvestimento comportamental como estratégia de *coping*. Também as doenças do tipo reumatológico e as do tipo auto-imune diferem significativamente ($p= 0,02$), sendo os participantes que padecem de doenças auto-imunes, os que mais recorrem a esta estratégia.

Na variável adesão ao tratamento (Tabela 37 em ANEXO E) é possível observar diferenças significativas entre as doenças oncológicas e as doenças alérgica/respiratórias ($p= 0,02$), cardiovasculares ($p= 0,04$), musculoesqueléticas/ósseas ($p= 0,01$), reumatológicas ($p= 0,00$), metabólicas ($p=0,02$) e outras doenças ($p= 0,02$), sendo os doentes oncológicos o que mais aderem aos tratamentos. A adesão ao tratamento dos doentes renais difere significativamente da adesão nas doenças alérgicas/respiratórias ($p= 0,02$), neurológicas ($p=0,04$), cardiovasculares ($p= 0,03$), musculoesqueléticas/ósseas ($p= 0,01$), reumatológicas ($p= 0,00$), metabólicas ($p= 0,02$) e outras doenças ($p= 0,01$), na medida em que os doentes renais apresentam maior adesão ao tratamento do que os restantes. Surge ainda, além da diferença em relação aos doentes oncológicos e aos doentes renais, uma diferença significativa entre os doentes que sofrem de reumático e os que possuem doenças auto-imunes ($p<0,00$).

Por fim, averiguaram-se quais as doenças que apresentavam diferenças significativas quanto ao estado de saúde.

Em relação a esta variável (Tabela 38 em ANEXO E), os resultados apontam para a existência de diferenças significativas na componente física do estado de saúde entre os participantes com doença renal e os com doença auto-imune ($p<0,001$), musculoesquelética/óssea ($p= 0,05$), oncológica ($p= 0,04$) e reumatológica ($p<0,001$), sendo os doentes renais os que se percebem com melhor componente física. As doenças auto-imunes apresentam diferenças significativas (além da doença renal) das doenças alérgica/respiratórias ($p<0,001$), reumatológicas ($p<0,001$), cardiovasculares ($p<0,001$), metabólicas ($p<0,010$) e outras doenças ($p<0,001$), na medida em que a componente física de quem tem doenças auto-imunes é percebida como pior do que a das restantes doenças. É de referir que a componente física da saúde dos doentes reumatológicos apenas não difere significativamente da dos doentes musculoesqueléticos ($p>0,05$) (doentes com doença

reumatológica têm componente física da saúde inferior à dos outros doentes, à exceção dos musculo-esqueléticos).

Na componente mental da saúde (Tabela 39 em ANEXO E), há diferenças significativas entre as doenças do tipo reumatológico e as do tipo alérgica/respiratória ($p=0,01$), auto-imune ($p<0,001$), cardiovascular ($p<0,001$), renal ($p<0,001$), metabólica ($p<0,001$) e outras doenças ($p= 0,01$), onde todas estas têm valores mais elevados de componente mental do que as doenças reumatológicas. A doença oncológica mostra possuir componente mental da saúde significativamente diferente (mais baixa) das doenças cardiovasculares ($p=0,02$), renais ($p=0,01$) e metabólicas ($p<0,001$). Os doentes renais diferem ainda na sua percepção da sua saúde mental dos doentes alérgico/respiratórios ($p=0,02$), auto-imunes ($p=0,01$) e outros ($p=0,04$), revelando uma percepção de saúde mental mais elevada. Os participantes com doenças metabólicas têm uma percepção de saúde mental significativamente mais elevada do que os com doença alérgica/respiratória ($p=0,01$), auto-imune ($p<0,001$) e outras doenças ($p=0,03$) (além dos com doença oncológica e reumatológica).

3.4.2. Diferenças entre o número total de doenças (mais nenhuma doença *versus* mais três ou mais doenças)

De seguida averiguou-se se existiriam diferenças significativas nas variáveis em estudo entre os participantes que não têm mais nenhuma doença além da doença crónica para a qual responderam ao questionário ($n=99$) e os que referem possuir mais três ou mais doenças além da referida ($n=9$). No entanto, esta análise é meramente exploratória dada a diferença de dimensão entre os grupos. A análise foi feita variável a variável, tendo sido a primeira a espiritualidade. Começou-se por averiguar se as dimensões pessoal, comunitária, ambiental e transcendental seguiam uma distribuição normal e se as variâncias se mantinham homogéneas nos dois grupos em estudo. Verificou-se que as quatro dimensões da espiritualidade obedeciam aos pressupostos da normalidade (todas $|assimetria|< 3$ e todas $|curtose| < 10$) (Tabela 40 em ANEXO F) e aos pressupostos da homogeneidade (todos $p\text{-value} >0,05$) (Tabela 41 em ANEXO F). Desta forma, recorreu-se a um teste paramétrico para comparar as duas amostras independentes (o teste de *T-Student*), não se tendo verificado diferenças significativas.

Relativamente às estratégias de *coping*, estas falharam o pressuposto da normalidade (Tabela 42, em ANEXO F), tendo-se por isso recorrido a um teste não paramétrico de comparação de médias entre as duas amostras independentes. Utilizou-se o método automático do *SPSS 20.0*, de onde resultou a comparação feita através do teste Mann-Whitney U, fazendo emergir diferenças entre as pessoas com mais nenhuma doença e as com mais três

ou mais apenas na estratégia de “auto-culpabilização” ($U=630$, $W= 675$, $p= 0,04$). As diferenças vão no sentido de um uso maior desta estratégia de *coping* por parte das pessoas com mais doenças ($M = 75,00$) (Figuras 14 e 15 em Anexo F)

A variável adesão ao tratamento segue uma distribuição normal nos dois grupos (todas $|assimetria| < 3$ e todas $|curtose| < 10$) (Tabela 43, em ANEXO F), no entanto não se verifica a homogeneidade das variâncias baseada nas suas médias (Tabela 44, em ANEXO F). Pelo teste de Mann-Whitney U (realizado como na variável anterior) obtém-se que não há diferenças significativas na adesão ao tratamento entre as duas condições em estudo ($p= 0,62$).

Por fim, tanto a componente física, como a componente mental do estado de saúde seguem distribuição normal e homogeneidade das variâncias baseada nas médias em ambos os grupos (Tabelas 45 e 46, em ANEXO F). Assim, efectuou-se um teste *T-Student*, donde resultam diferenças significativas entre os grupos em análise no que concerne à componente física do estado de saúde ($t(106)= 3,25$; $p= 0,00$), sendo os participantes que não possuem mais nenhuma doença, os que se percebem com melhor componente física (Tabela 47 em ANEXO F).

3.4.3. Diferenças entre os diagnósticos mais recentes e os mais antigos

Averiguaram-se ainda se existem diferenças nas variáveis em estudo (espiritualidade, estratégias de *coping*, adesão ao tratamento e estado de saúde) entre as pessoas cuja doença crónica lhes foi diagnosticada mais recentemente (de 1 mês a 3 anos) e as pessoas com o diagnóstico mais antigo (de 17 anos e 1 mês a 67 anos).

Uma vez que tanto a amostra com diagnóstico mais recente como a com diagnóstico mais antigo têm dimensões superiores a 30 participantes ($n_{recente}= 56$ e $n_{antigo}=48$, respectivamente), de acordo com Marôco (2014) pode-se admitir que estas seguem uma distribuição normal nas variáveis em estudo. Recorreu-se ao teste paramétrico *T-Student* para comparar as duas amostras independentes (e que efectua também o teste de *Levene* para testar a homogeneidade das variâncias).

Em relação à variável espiritualidade, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos (Tabela 48, ANEXO G). Na variável estratégias de *coping* verificaram-se diferenças significativas apenas na estratégia de “procura de suporte emocional” ($t(102)= 2,53$; $p=0,01$) (Tabela 49, ANEXO G). Na adesão ao tratamento, considerando que as suas variâncias não são iguais nos dois grupos, foram encontradas diferenças significativas entre as pessoas com diagnóstico mais recente e as pessoas com diagnóstico mais antigo ($t(102)= 2,18$; $p= 0,03$) (Tabela 50, Anexo G). Por fim, não foram identificadas diferenças significativas entre os dois grupos de participantes na variável estado de saúde (Tabela 51, ANEXO G).

4. DISCUSSÃO

Considerando a evidência empírica que suporta a existência duma relação positiva entre espiritualidade e saúde, este trabalho teve como principal objectivo testar empiricamente parte do modelo teórico de Aldwin *et. al* (2014) que propõe uma explicação para essa relação através de processos de auto-regulação. A investigação foi conduzida no sentido de averiguar o papel de mediação das estratégias de *coping* na relação entre espiritualidade e o estado de saúde percebido e na relação entre espiritualidade e adesão ao tratamento, bem como o papel de mediação da adesão ao tratamento na relação ente espiritualidade e estado de saúde. De seguida serão discutidos os resultados obtidos, bem como as limitações do estudo e suas implicações. Serão ainda sugeridas investigações futuras decorrentes deste estudo.

4.1. Discussão dos resultados

Na presente amostra, os resultados obtidos evidenciam a **existência de uma relação positiva entre a espiritualidade e a saúde percebida dos participantes**. No entanto, apenas a qualidade das relações estabelecidas consigo mesmo e com os outros se mostram significantes para essa percepção de saúde. O desenvolvimento de consciência sobre si mesmo e auto-conhecimento contribuem tanto para uma melhor percepção da saúde física como da saúde mental, enquanto o desenvolvimento de relações interpessoais em profundidade apenas contribui significativamente para uma melhor percepção da saúde mental. Faz sentido que assim seja uma vez que a componente física da saúde é algo que depende das sensações corporais e, conseqüentemente, do conhecimento que se tem de si, enquanto a saúde mental está não só relacionada com a paz interior, mas também com o viver em harmonia com os outros.

Considerando que a dimensão transcendental da espiritualidade aqui avaliada é o que mais se assemelha ao descrito na literatura como *coping* religioso, apesar do que é evidenciado acerca da importância do *coping* religioso em pessoas com doença crónica, a relação com o transcendente não mostrou contribuir significativamente para a saúde percebida dos participantes. Assim, parece que para os participantes desta investigação, apesar de assumirem um desenvolvimento de relações com qualidade e profundidade em todas as dimensões da espiritualidade, bem como uma percepção positiva do seu estado de saúde, a relação com um Outro transcendente (força cósmica ou Deus), através de fé e adoração, não contribui significativamente para a sua saúde física e mental percebidas. Da mesma forma, apesar dos participantes evidenciarem uma relação com o mundo físico e biológico através de sentimentos de respeito, admiração e união com o ambiente, esta não contribui de forma significativa para o seu estado de saúde. Embora neste caso se estar a considerar a qualidade

das relações estabelecidas com o próprio, os outros, o ambiente e um Outro transcendente em relação com a saúde percebida, estes resultados apontam no mesmo sentido dos encontrados por Fisher (2010) aquando do desenvolvimento do SHALOM. Nesse trabalho, o autor percebeu que a maioria dos participantes associaram ao bem-estar espiritual a qualidade das relações estabelecidas com o próprio e com os outros, dando pouco peso às relações estabelecidas com o ambiente e sendo pouco esclarecedora a importância que a transcendência teria para o seu bem-estar espiritual.

Será agora importante colocar o foco nos modelos de mediação testados. Relativamente ao papel das estratégias de *coping* como mediadoras entre a espiritualidade e a saúde, verificou-se que apenas as estratégias de “uso de substâncias”, “aceitação” e “auto-distracção” explicam parte da relação entre a espiritualidade e a saúde percebida dos participantes em estudo (as duas primeiras explicam parte da relação com a percepção da saúde mental e a última explica parte da relação com a percepção da saúde física), no entanto o seu poder explicativo é muito reduzido. A estratégia “**uso de substâncias**” (apesar de ser das menos utilizadas pelos participantes) é responsável por parte da relação existente entre a qualidade da relação que se estabelece consigo mesmo e a percepção da saúde mental. O facto de haver um maior auto-conhecimento, alegria e satisfação na vida que o desenvolvimento da espiritualidade na sua dimensão pessoal permite, reduz a necessidade de recurso ao uso de substâncias, além dos medicamentos prescritos, para lidar com a situação de doença. Por sua vez, o menor recurso a substâncias não prescritas pelo médico, está associado a uma melhor saúde mental. Então, o desenvolvimento de melhores relações consigo mesmo, no sentido do auto-conhecimento e amor próprio, tem um efeito positivo na saúde mental dos sujeitos com doença crónica, em parte, devido à redução do uso que substâncias como estratégia de *coping*. Pensando este efeito de mediação à luz do modelo guia deste trabalho, verifica-se o que Aldwin *et. al* (2014) defendem, no sentido em que a espiritualidade consegue também actuar ao nível da auto-regulação comportamental e assim influir na saúde dos indivíduos. No entanto, uma vez que estes autores não traçam um caminho directo entre espiritualidade e auto-regulação comportamental, isto sugere que entre a dimensão pessoal da espiritualidade e a diminuição do “uso de substâncias” haverá outra variável que interfere nesta relação. Coloca-se a hipótese de que essa relação será mediada por estratégias de auto-regulação emocional, não só pelo que os autores sugerem quanto ao facto de considerarem que a regulação comportamental é favorecida pela regulação emocional, mas também por a dimensão pessoal da espiritualidade remeter para um bem-estar consigo mesmo, e por isso um maior equilíbrio emocional. Além disso, o estudo realizado por Park *et. al* (2009) (descrito anteriormente, cujo objectivo foi o de averiguar se a religiosidade e espiritualidade promovem estilos de vida saudáveis em jovens

adultos sobreviventes de cancro) revelou que experiências espirituais diárias estavam relacionadas com comportamentos mais saudáveis, e que essa relação era parcialmente mediada pela auto-confiança.

Verificou-se que a estratégia “**aceitação**” explica parte da relação existente entre a qualidade das relações estabelecidas com os outros a percepção da saúde mental. Portanto, estes resultados indicam que quem tem maior disponibilidade e abertura para a relação com os outros, possivelmente porque o conhecer e entender-los permite também um maior auto-conhecimento e auto-compreensão (na lógica do *sinergismo progressivo* proposto pelo modelo de Fisher (2011)), contribui para uma melhor aceitação da condição de doença e, conseqüentemente, uma melhor saúde mental. Mais uma vez, o efeito encontrado permite corroborar o modelo proposto por Aldwin *et. al* (2014). Se, por um lado, a estratégia de “aceitação” é uma estratégia com vista à regulação emocional e a ligação entre este tipo de auto-regulação e a espiritualidade é proposta de forma directa pelos autores, por outro lado, estando a dimensão comunitária da espiritualidade relacionada com a profundidade das relações inter-pessoais (Fisher, 2011), esta remete inevitavelmente para a noção de suporte social. Ora, como visto no capítulo 1, apesar de Aldwin *et. al* (2014) ainda não terem suporte empírico, estes sugerem que o suporte social poderá também ser um mediador da relação entre a espiritualidade e a regulação emocional. Concomitante com o que vem sendo descrito na literatura (abordado no capítulo 1), através de um estudo realizado para identificar os factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas, Vilhena *et. al* (2014) concluíram que o suporte social se revelou como preditor da saúde mental e do bem-estar subjectivo. Também o estudo de Unantenne *et. al* (2013) anteriormente descrito, identificou que a espiritualidade, através do enfrentamento da situação, do suporte social que possibilita, da aceitação que permite da doença e da sensação de cura que proporciona, tem impacto na saúde e no bem-estar subjectivo. Os autores sugerem ainda que cada um desses aspectos se influencia mutuamente. Apesar da relação estabelecida não ser exactamente a que foi encontrada nesta investigação, poder-se-á fazer um paralelismo, na medida em que a aceitação surge como mediadora da relação entre espiritualidade e saúde, sugerindo que também o suporte social surge como mediador entre a espiritualidade e a aceitação e como facilitador desta estratégia de *coping*. Também o facto desta estratégia poder ser considerada como uma estratégia de *coping* secundário, ou seja, uma tentativa de adaptação ao meio envolvente (Compas *et. al*, 2001), faz sentido que a relação encontrada se estabeleça, na medida em que o facto de o sujeito ter uma dimensão comunitária da espiritualidade desenvolvida significa que se sente adaptado, e que por isso tem maior tendência para a “aceitação”.

Por fim, a “**auto-distracção**” como estratégia de *coping* para lidar com a doença crónica mostrou explicar parte (ainda que de forma reduzida) da relação entre uma espiritualidade desenvolvida no seu domínio pessoal e a percepção que os participantes têm da sua saúde física. Se, por um lado, esta estratégia de *coping* tem sido classificada como uma estratégia disfuncional, esta pode, no entanto, ser considerada não como uma fuga, mas como uma forma de lidar melhor com o desconforto e, por isso, ter um papel adaptativo em situações em que não há controlo sobre a situação (por exemplo, para abstracção de dores incontroláveis). Portanto, esta relação vai no sentido de que o desenvolvimento dum maior auto-conhecimento permite que, se o sujeito se conhecer melhor, saiba quando se deve distrair, procurando outras coisas para pensar menos no que o incomoda e que não pode controlar. É de salientar que a relação entre a “auto-distracção” e a componente física da saúde percebida é negativa, o que pode ser interpretado de duas formas: 1) quanto melhor o sujeito se sente fisicamente, menos tem que recorrer a esta estratégia, ou, 2) considerando que a saúde física se pode dividir em 2 pólos, sendo eles o “mal-estar” e o “bem-estar”, a “auto-distracção” poderá intervir no sentido de diminuir o “mal-estar” provocado pela doença.

O facto de, na presente amostra, a adesão ao tratamento não se ter mostrado relacionada significativamente com a espiritualidade em situação de doença crónica (apesar de se notar que os participantes aderem à farmacologia prescrita para as suas doenças), contraria o que vem sendo descrito na literatura, que relaciona uma espiritualidade mais desenvolvida a um maior cuidado consigo mesmo e, conseqüentemente, um maior cumprimento do tratamento médico (e.g. Vilhena *et. al*, 2014; Park *et. al*, 2009). Este resultado poderá estar relacionado com a definição de espiritualidade utilizada na presente investigação, sendo provável que seja a religião que tenha maior impacto directo nos comportamentos de saúde e na auto-regulação comportamental (tal como sugerido no modelo de Aldwin *et. al* (2014)). No entanto, a elevada adesão descrita pelos participantes poderá estar relacionada com duas hipóteses. Por um lado, poderá ter havido um enviesamento das respostas devido à desejabilidade social para que esta escala remete. Bond e Hussar (1991, *cit.* por Delgado e Lima, 2001) alertam para o facto de que os doentes tendem a mentir quando lhes é perguntado acerca da toma da medicação, uma vez que o desejo de ser aceites leva a que enviem as suas respostas para mostrarem maior adesão ao tratamento. É também de salientar que, durante a aplicação dos questionários, alguns participantes interrogaram sobre qual o benefício que teriam para as suas doenças, proveniente deste estudo. Podem, desta forma, ter desejado transparecer uma imagem de “doentes bem comportados” para que os benefícios fossem maiores. Outra hipótese será a de que a forte adesão à medicação demonstrada pelos participantes poderá estar relacionada com o tipo de doenças predominantes nesta amostra. Ora, sendo as doenças auto-imunes e as

doenças reumatológicas, doenças com sintomas físicos acentuados (dor, especialmente), a medicação será tomada com maior rigor com vista a aliviar os sintomas indesejados.

As estratégias de coping mais utilizadas pelos participantes para lidar com a situação de doença são as estratégias de “*coping* activo” e “planear”, seguidas das estratégias de “aceitação” e “reinterpretação positiva”. As primeiras duas são estratégias focadas no problema que se complementam na medida em que “planear” remete para o pensar sobre como confrontar o *stressor* e “*coping* activo” é o confronto posto em prática. As últimas são estratégias focadas na emoção que também podem ser vistas como relacionadas na medida em que após se aceitar que o acontecimento *stressante* aconteceu e é real, se pode tentar reinterpretar a situação, vendo-a de um modo mais favorável. É ainda interessante verificar que não há uma preferência por um tipo específico de estratégias, havendo um uso conjunto de estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção. Tal utilização conjunta de estratégias dirigidas tanto para a regulação comportamental como para a regulação emocional vai ao encontro do que Bereford (1994, *cit.* por Antoniazzi *et. al.*, 1998) refere quanto à possibilidade da utilização conjunta de diversos tipos de estratégias. Este facto também pode ser analisado pela visão de Carver e Scheier (1994), que defendem que um tipo de estratégias de *coping* pode facilitar outro o tipo de estratégias. Desta forma, poder-se-á colocar a hipótese de que estratégias de “planear” e “*coping* activo” possam ser facilitadas pela “aceitação” e “reinterpretação positiva” do acontecimento *stressante* mas, por outro lado, as estratégias de “aceitação” e “reinterpretação positiva” possam ser facilitadas pela percepção de controlo que o planeamento e *coping* activo possam proporcionar. As estratégias menos utilizadas pelos participantes foram o “desinvestimento comportamental” e o “uso de substâncias”, que são estratégias disfuncionais, o que leva a crer que os participantes tendem a ter responsabilidade comportamental perante a situação de doença. Foi possível perceber que as estratégias de *coping* centrado no problema não mostraram ter um papel significativo na mediação entre espiritualidade e estado de saúde, o que acentua ainda mais o papel da auto-regulação emocional, tal como evidenciado por Aldwin *et. al.* (2014).

4.2. Limitações e sugestões para investigações futuras

Apesar de se ter dado resposta, em parte, às questões de investigação colocadas, muitos aspectos ficaram por esclarecer, aspectos esses que podem estar relacionados com limitações que surgiram nesta investigação e que poderão ser esclarecidos em investigações futuras.

É importante lembrar que nesta investigação se está a medir apenas a saúde percebida pelas pessoas que têm pelo menos uma doença crónica, e não o estado real e concreto de saúde, o que se poderá traduzir em resultados diferentes. Ainda assim, relativamente aos

efeitos de mediação encontrados, estes, apesar de significativos, são fracos, o que faz pensar que ainda há muito a explorar na relação entre espiritualidade e estado de saúde. As estratégias de *coping* obtidas através da adaptação portuguesa do *Brief COPE* (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) explicam uma parte muito pequena da relação entre a espiritualidade e a percepção que cada um tem da sua saúde, tanto física como mental, ficando grande parte da forma através da qual a espiritualidade influi na saúde por explicar. Assim, estudos futuros deveriam explorar outras variáveis que possam ter este papel de mediação. Por exemplo, Nelson (2009) (cit. por Aldwin *et. al*, 2014) sugere, entre outras coisas, que as crenças positivas poderão estar no meio dessa relação. Também Park (2012, cit. por Aldwin *et. al*, 2014) refere a importância das crenças específicas associadas à espiritualidade. Dessa forma, seria pertinente criar um modelo que verificasse qual o papel mediador das crenças acerca da doença na relação entre a espiritualidade e a percepção do estado de saúde.

Tendo em conta que muitos estudos descrevem que a espiritualidade promove estratégias de *coping* mais adaptativas à situação de doença e que isso se reflecte na saúde das pessoas (e.g. Unanenne *et. al*, 2013), uma vez que neste estudo a explicação das estratégias de *coping* para essa relação foi baixa (apesar de significativa), talvez fosse oportuno averiguar o papel do *coping* estritamente espiritual.

E também importante alertar para outra limitação deste estudo que se prende com o facto de que, de acordo com o modelo proposto por Aldwin *et. al* (2014), é a auto-regulação (emocional e, de certa forma, a comportamental) que media a relação entre espiritualidade e saúde. No entanto, o que foi avaliado nesta investigação foram estratégias de *coping*, e não estratégias de auto-regulação (ainda que estas sejam uma forma de auto-regulação). Assim, futuramente poder-se-ia considerar utilizar instrumentos específicos que avaliem a auto-regulação dos participantes e verificar qual o seu papel de mediação.

Além disso, considerando tudo o que foi referido no ponto 4.1. relativamente às outras possíveis variáveis que estarão associadas à relação entre a espiritualidade e as estratégias de *coping* com papel significativo de mediação no caminho para a saúde percebida, seria importante aprofundar qual o papel do suporte social. Apesar de, neste estudo, se ter recolhido informação acerca do suporte social directo (com quem as pessoas vivem), tal foi utilizado apenas para fins descritivos. Seria de considerar, futuramente, analisar qual o papel de mediação que esse suporte social terá na relação entre espiritualidade e saúde. Melhor ainda, seria, num outro estudo, além das estratégias de *coping*, colocar o suporte social, avaliado por instrumentos específicos, como mediador da relação que se pretende compreender, uma vez que este tem sido descrito por vários autores como tendo um papel fundamental, sem que ainda tenha muito suporte empírico (Aldwin *et. al*, 2014).

Outro aspecto a ter em atenção é o facto de que, neste estudo, se tenha considerado apenas uma tendência de espiritualidade e não um bem-estar espiritual. Como tal, será importante que, em estudos futuros, se utilize a escala SHALOM (*Spiritual Health And Life-Orientetion Measure*) (Fisher, 2010) que avalia o bem-estar espiritual através da diferença existente entre a espiritualidade que os participantes sentem desenvolvida e a que gostariam de desenvolver. Considera-se pertinente averiguar em que medida é que os participantes se sentem bem na espiritualidade que têm desenvolvida e como isso interfere em todos os outros aspectos em estudo.

Outra limitação encontrada prende-se com, como referido anteriormente, a definição de espiritualidade que orienta esta investigação não se relacionar significativamente com a adesão ao tratamento. Neste sentido, sugere-se que, em estudos futuros, se testem as relações deste estudo também para a religiosidade (portanto, o outro caminho para a saúde proposto Aldwin *et. al* (2014)) para que se possa perceber onde é que a adesão ao tratamento na doença crónica poderá ter um papel de mediação no caminho para uma melhor saúde. No entanto, também a forma como se acede à adesão farmacológica dos participantes poderá enviesar os resultados, tal como visto anteriormente, pela forma como as questões são colocadas. Desta maneira, seria interessante se, em estudos futuros, se pudesse aceder à adesão ao tratamento por parte dos participantes através de outra forma, por exemplo, através de marcadores biológicos. No entanto, essa metodologia seria muito mais invasiva.

A ordem como os questionários foram aplicados poderá também ter contribuído para algum enviesamento. Possivelmente seria benéfico, no futuro, contra-balancear a ordem pela qual os questionários são aplicados, na medida em que o impacto emocional que o primeiro questionário tem no sujeito, poderá contaminar as respostas aos seguintes.

Quanto à exploração das diferenças, apesar de se ter efectuado a análise das diferenças entre os vários tipos de doenças da amostra nas variáveis em estudo, considera-se que, dada a dimensão da amostra e dada a disparidade das dimensões dos vários tipos de doença, seria pertinente efectuar nova comparação com uma população amostral de dimensão superior e com maior homogeneidade de dimensões por tipo de doença. No entanto, num futuro estudo seria também pertinente averiguar de que forma é que as diferenças encontradas se reflectem nos modelos de mediação. Sabe-se que cada tipo de doença tem exigências específicas e, por isso, será interessante explorar a forma como as pessoas encaram a situação de doença, consoante o tipo de doença de que padecem. O mesmo acontece para a comparação entre as pessoas que não possuem mais nenhuma doença além daquela para a qual tomam medicação com as que possuem pelo menos mais três doenças. Surgem diferenças no recurso à estratégia de *coping* de “auto-culpabilização” (onde as que têm mais doenças a utilizam mais) e na

componente física do estado de saúde (onde as que têm menos doenças se percebem melhor fisicamente). Estes resultados são expectáveis, no entanto, também esta comparação é meramente exploratória uma vez que a dimensão de cada grupo é muito diferente, sendo por isso sugerido que se replique a comparação com uma amostra que permita uma distribuição por estes grupos mais homogénea em termos de número de participantes. Sugere-se também que, caso sejam encontradas diferenças significativas, se testem os modelos de mediação nos grupos que diferem.

A comparação feita entre o grupo de participantes com o diagnóstico mais recente e o grupo com diagnóstico mais antigo possibilitou uma comparação de grupos de amostras com dimensões semelhantes. Surgiram diferenças apenas no recurso à “procura de suporte emocional”. Seria pertinente averiguar em que sentido é que vão essas diferenças.

Futuramente seria também interessante avaliar de que forma é que as crenças religiosas e espirituais bem como a afiliação religiosa interferem nas variáveis em estudo e na relação entre elas.

4.3. Implicações

Apesar de haver muitos estudos a relacionar espiritualidade e saúde, existe ainda falta de unanimidade quanto aos conceitos, sendo poucos os que distinguem espiritualidade de religiosidade e que se debruçam sobre a forma como essa relação é feita, o que dificulta muitas vezes a possibilidade de se tirarem elações. Na revisão de literatura efectuada não foi encontrado nenhum estudo que relacionasse as quatro variáveis utilizadas nesta investigação, apesar da pertinência demonstrada. Desta forma, o contributo desta investigação prende-se com o facto de que, além de diferenciar espiritualidade de religiosidade, aprofunda a relação de quatro variáveis que se têm revelado interligadas, como visto no capítulo 1. Uma vez que o modelo orientador, proposto por Aldwin *et. al* (2014) até à data presente, tanto quanto é sabido, ainda não foi testado empiricamente, este trabalho dá início a esse processo, dando já alguns indícios de caminhos a seguir.

Considerando, tal como já foi referido, a importância que vem sendo dada à espiritualidade como integrante de uma prática holística (Ministério da Saúde, DGS, 2004; Pinto e Ribeiro, 2009), os resultados encontrados nesta investigação, ainda que expliquem apenas uma pequena parte da forma como o desenvolvimento da espiritualidade pode influir numa melhor saúde percebida em pessoas com doença crónica, poderão ser caminhos a considerar para promover um maior bem-estar na situação de doença. Por exemplo, em contexto de intervenção psicológica, ao promover o desenvolvimento de relações de qualidade com o

meio social de cada um, contribuir-se-á para que indivíduos com doença crónica aceitem melhor a sua condição e por isso se sintam melhor.

Além disto, as limitações que surgiram nesta investigação, ao serem discutidas e propostas formas de as contornar, abre caminho para que se possa ir complementando o conhecimento nesta área e por isso, trazendo cada vez mais benefícios para a prática clínica no contexto da doença crónica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. J., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6 (1), 9, 9-21. doi: 10.1037/a0034416
- Alvarez, J. S., Goldraich, L. A., Nunes, A. H., Zandavalli, M. C. B., Zandavalli, R. B., Belli, K. C., ... & Clausell, N. (2016). Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. *Arquivos brasileiros de cardiologia, (AHEAD)*, 0-0.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51 (6), 1173.
- Bredle, J. M., Salsman, J. M., Debb, S. M., Arnold, B. J., & Cella, D. (2011). Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Religions*, 2 (1), 77-94.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H., Grünther, R., Ostermann, T., Neugebauer, E. M., & Matthiessen, P. F. (2009). Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions?. *Pain Medicine*, 10 (2), 327-339. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x
- Campbell, J. D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2010). Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *Journal Of Religion And Health*, 49 (1), 3-17. doi:10.1007/s10943-008-9227-5
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66 (1), 184.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56 (2), 267.
- Chiu, L., Emblen, J. D., Van Hofwegen, L., Sawatzky, R., & Meyerhoff, H. (2004). An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *Western journal of nursing research*, 26 (4), 405-428.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*, 127 (1), 87.

- Dalmida, S. G., Holstad, M. M., Diiorio, C., & Laderman, G. (2009). Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. *Women & health, 49* (2-3), 119-143.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças, 2* (2), 81-100.
- Farran, N., Ammar, D., & Darwish, H. (2015). Quality of life and coping strategies in Lebanese Multiple Sclerosis patients: A pilot study. *Multiple sclerosis and related disorders, 6*, 21-27.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I—Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13* (1/2), 55-66.
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas.
- Fisher, J. W. (1999). Helps to Fostering Students' Spiritual Health [1]. *International journal of children's spirituality, 4* (1), 29-49.
- Fisher, J. W. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions, 1* (1), 105-121.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions, 2* (1), 17-28.
- Fortin, M. F., & Salgueiro, N. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*.
- Ganga, N. S., & Kutty, V. R. (2013). Influence of religion, religiosity and spirituality on positive mental health of young people. *Mental Health, Religion & Culture, 16* (4), 435-443.
- Gomez, R., & Fisher, J. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences 35*, pp. 1975-1991.
- Gomez, R., & Fisher, J. (2005). The Spiritual Well-Being Questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies and latent mean differences across gender. *Personality and Individual Differences 39*, pp. 1383–1393.
- Gouveia, M. J. (2011). *Flow Disposicional e o Bem-Estar Espiritual em Praticantes de Actividades Físicas de Inspiração Oriental*. Lisboa: ISPA Instituto Universitário.
- Gouveia, M. J., Marques, M., & Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10* (2), 285-293.

- Green, M. R., Emery, C. F., Kozora, E., Diaz, P. T., & Make, B. J. (2011). Religious and spiritual coping and quality of life among patients with emphysema in the national emphysema treatment trial. *Respiratory care*, 56 (10), 1514-1521.
- Hill, C., Pargament, I., Hood, W., McCullough, E., Swyers, P., Larson, B., & Zinnbauer, J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 30 , 51-77.
- Jafari, N., Zamani, A., Farajzadegan, Z., Bahrami, F., Emami, H., & Loghmani, A. (2013). The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Psychology, health & medicine*, 18 (1), 56-69.
- Kenny, D. A. (2016) - <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm> consultado em 6 de Outubro de 2016.
- Koenig, H. G. (2013). Religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. In K. I. Pargament, A. Mahoney, & E. P. Shafranske (Eds.), *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality* (Vol. 2) (pp. 275-295). Washington DC: American Psychological Association.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 186 (9), 513-521.
- Krok, D. (2008). The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental health, religion and culture*, 11 (7), 643-653.
- Kuo, B. C., Arnold, R., & Rodriguez-Rubio, B. (2014). Mediating effects of coping in the link between spirituality and psychological distress in a culturally diverse undergraduate sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 17 (2), 173-184.
- Larsen, K. E., Vickers, K. S., Sampson, S., Netzel, P., & Hayes, S. N. (2006). Depression in women with heart disease: the importance of social role performance and spirituality. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13 (1), 36-45. doi:10.1007/s10880-005-9008-1
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lewis, L. M., & Ogedegbe, G. (2008). Understanding the nature and role of spirituality in relation to medication adherence: A proposed conceptual model. *Holistic nursing practice*, 22 (5), 261.

- Marôco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. D. G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15* (2), 300-313.
- Meneses, R.F.; Pais-Ribeiro, J.; Pedro, L.; Silva, I.; Cardoso, H.; Mendonça, D.; Vilhena, E.; Martins, A.; Silva, A.M. (2013). "Qualidade de vida e espiritualidade em seis doenças crónicas", Trabalho apresentado em VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, In *Livro de Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Aveiro.
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações estratégicas, 2, Direcção Geral da Saúde, Lisboa, 2004. disponível em <http://www.dgsaude.pt/>
- Miranda, L.C., Patton, J.V., Marcelo, M., Teixeira, A., Silva, C., & Ribeiro, J.S. (2010). The 12-Item short form health survey (SF-12: V2) – Validação da escala para uso em Portugal. *Acta Reumatológica Portuguesa, 35* (1).
- Mouch, C. A., & Sonnega, A. J. (2012). Spirituality and recovery from cardiac surgery: A review. *Journal Of Religion And Health, 51* (4), 1042-1060. doi:10.1007/s10943-012-9612-y
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- OMS (2003). Adherence to long-term therapies- evidence for action. *Organização Mundial da Saúde*.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação do SF-36*. Lisboa: Fundação Merck.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007a). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007b). *Introdução à psicologia da saúde*. (2ª ed.) Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope.
- Park, C. L., Aldwin, C. M., Choun, S., Suresh, D. P., & Bliss, D. (2015). Spiritual peace predicts 5-year mortality in congestive heart failure patients. *Health Psychology, 35* (3), 203.
- Park, C. L., Edmondson, D., Hale-Smith, A., & Blank, T. O. (2009). Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle?. *Journal of Behavioral Medicine, 32* (6), 582-591.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina, 21*, 47-53.

- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2010) Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 49-6.
- Préau, M., Bouhnik, A. D., & Le Coroller Soriano, A. G. (2013). Two years after cancer diagnosis, what is the relationship between health-related quality of life, coping strategies and spirituality?. *Psychology, health & medicine*, 18 (4), 375-386.
- Rafii, F., Fatemi, N. S., Danielson, E., Johansson, C. M., & Modanloo, M. (2014). Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19 (2), 159.
- Rich, A., Brandes, K., Mullan, B., & Hagger, M. S. (2015). Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 38 (4), 673-688.
- Rocha, N. S., & Fleck, M. P. A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38 (1), 19-2338.
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de enfermagem Referência*, 3 (4), 151-160.
- Thomas, C. V., & Castro, E. K. D. (2012). Personalidade, Comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: Uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1), 100-109.
- Unantenne, N., Warren, N., Canaway, R., & Manderson, L. (2013). The strength to cope: spirituality and faith in chronic disease. *Journal of religion and health*, 52 (4), 1147-1161.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Silva, A. M., & Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15 (1), 220-233. doi:10.15309
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of personality*, 67 (6), 889-919.
- <http://cdp.portodigital.pt/profissoes/classificacao-nacional-das-profissoes-cnp> consultado em 28 de Maio de 2016

ANEXOS



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO (ULSLA)

Lisboa, 15 de Março de 2016.

Ao Conselho de Administração da ULSLA e Membros da Comissão de Ética da ULSLA

Exmos. Senhores:

Eu, Isa Maria de Oliveira Broncas, sou aluna do Mestrado Integrado em Psicologia do Instituto Superior de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA). Estou a desenvolver um projecto de investigação no âmbito da dissertação de Mestrado, com o objetivo de averiguar qual a relação existente entre bem-estar espiritual, estratégias de *coping*, adesão a tratamentos e percepção de estado de saúde em indivíduos com doença crónica. Venho pelo presente solicitar autorização para realizar pesquisa nos Serviços Farmacêuticos do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e no Centro de Saúde de Sines, a Unidade de Cuidados Personalizados.

A população alvo desta investigação serão indivíduos maiores de 18 anos com doença crónica diagnosticada e medicação associada, de ambos os géneros.

Nos Serviços Farmacêuticos do HLA, será a investigadora que abordará os utentes (e pedirá consentimento informado) quando estes forem levantar a sua medicação, prestando apoio no preenchimento dos questionários, sempre que necessário. A Directora dos Serviços Farmacêuticos, Dra. Margarida Sobral, já aceitou que se efectuasse a recolha de dados na Farmácia do HLA, mediante comprovativo de aprovação ética do projecto.

Na UCSP será igualmente a investigadora que abordará os utentes (e pedirá consentimento informado) em contexto de sala de espera de Consulta de Vigilância ao utente com Diabetes Mellitus e Consulta de Vigilância ao utente com Hipertensão Arterial.,

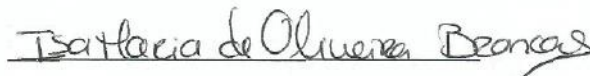
prestando apoio no preenchimento dos questionários, sempre que necessário. Foi também pedido o parecer à Coordenadora da UCSP de Sines, Dra. Maria Cecília Gil Lopes, bem como ao médico responsável pelas consultas, Dr. Patrício, quanto à possibilidade de recolha de dados nessa Unidade. Foi igualmente dada a aprovação para a recolha de dados, desde que com comprovativo de aprovação ética do projecto que se pede por este meio.

Investigadora responsável - Isa Broncas: isa.broncas@gmail.com ;
936600357 Orientado pela Professora Doutora Maria João
Gouveia: mjgouveia@ispa.pt

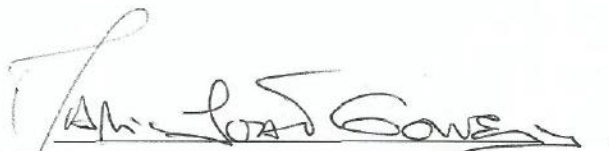
Após a aprovação da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ULSLA, a coleta de dados deste projecto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,



Isa Maria de Oliveira Broncas – ISPA



Professora Doutora Maria João Gouveia - ISPA