



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

RELAÇÃO ENTRE O BEM-ESTAR  
ESPIRITUAL E SINTOMAS  
PSICOPATOLÓGICOS NA  
POPULAÇÃO ADULTA  
PORTUGUESA

INÊS NUNES DE BRITO

Orientadora da Dissertação:  
Professora Doutora Maria João Pinheiro Morais Gouveia

Coordenadora do Seminário de Dissertação:  
Professora Doutora Maria João Pinheiro Morais Gouveia

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

**2014**

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

## **Agradecimentos**

Antes da exposição deste trabalho, é fundamental e necessário não esquecer as pessoas que contribuíram de forma construtiva e incentivadora na realização desta tese. É a eles que eu quero deixar a minha sincera gratidão. Assim deixo um agradecimento muito especial e particular:

À minha orientadora Professora Doutora Maria João Gouveia pela sua sempre disponibilidade, proficiência, simpatia, orientações e paciência nas horas de mais ansiedade.

A todos os participantes pela colaboração e tempo disponibilizado na realização dos inquéritos, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Aos meus amigos (e também colegas do ISPA), Tânia Sanches, Daniela Santos, Andreia Rodrigues de Almeida e Vítor Sartóris pelas risadas, brincadeiras, boa disposição mas também, pelo apoio e suporte nos momentos de maior desânimo. Uma convivência que se estendeu para fora das portas do ISPA, sem eles este caminho teria sido completamente diferente.

À minha querida amiga Ana Sousa pela sua amizade genuína.

À minha adorada família, que me tem acompanhado sempre.

Aos meus fantásticos pais, que sempre sabem dizer a palavra certa no momento certo e por todo o carinho e suporte que sempre me deram.

## Resumo

Vários estudos têm encontrado associação entre a espiritualidade/religiosidade e a doença mental, como depressão e ansiedade. Estes estudos não só utilizam, fundamentalmente, amostras de indivíduos com doença mental, como recorrem a conceptualizações muito distintas para o conceito de espiritualidade dificultando a comparação entre os resultados.

O conceito de Bem-Estar Espiritual integra a espiritualidade na saúde, expressando-se através da qualidade das relações que o indivíduo estabelece consigo próprio (domínio pessoal), com os outros (comunitário), com a natureza (ambiental) e com algo superior ao domínio humano (transcendental).

Este estudo, de natureza transversal, relacionou através de uma regressão linear o Bem-Estar Espiritual com os sintomas psicopatológicos e com medidas de bem-estar global, uma amostra de 320 adultos da população geral portuguesa (62,2% do sexo feminino; com idades compreendidas entre os 16 e os 73 anos ( $M=42,36$ ,  $DP=14,32$ )).

Os instrumentos utilizados foram o Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM; Fisher, 2010; Gouveia et al., 2009) que mede o bem-estar espiritual e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Derogat, 1975; Canavarro, 1999).

Globalmente, os resultados indicam que os domínios Pessoal e Transcendental são os preditores significativos da maioria dos sintomas psicopatológicos, contribuindo de forma distinta para explicar a variação dos sintomas. Quanto maiores os níveis de BEE no domínio Pessoal menores os sintomas psicopatológicos. Já o domínio Transcendental assume uma relação direta.

A reduzida dimensão da amostra, os enviesamentos da recolha online e a natureza transversal do estudo, não permitem a generalização destes resultados e não legitimam inferências de causalidade entre estas variáveis.

*Palavras-chave:* bem-estar espiritual, espiritualidade, sintomas psicopatológicos

## Abstract

Several studies have found a interrelations between spirituality/religiosity and mental illness such as depression and anxiety. However this studies do not only mainly use samples of mentally ill individuals, as well as a widely different conceptualization of the spirituality concept which difficult the results comparison.

The concept of Spiritual Well-Being integrates spirituality in health, expressing itself through the relationships quality that the individual establishes with itself (personal domain), with others (Communal), with nature (environmental) and somewhat higher than human domain (transcendental).

This **transversal nature study** related the Spiritual Well-Being with psychopathological symptoms and **global** well-being measures by a linear regression. The sample was composed of 320 adults from the Portuguese general population (62.2% female; **aged** between 16 and 73 years ( $M = 42.36$ ,  $SD = 14.32$ )).

The applied questionnaires are: the Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM; Fisher, 2010;. Gouveia et al, 2009) which measures the spiritual well-being and the Brief Symptom Inventory (Derogat, 1975; Canavarro, 1999).

Overall, the results indicate that the Personal and Transcendental domain are significant predictors of most psychopathological symptoms, contributing in different ways to explain the variation of symptoms. **The higher the Spiritual Well-Being levels in the Personal domain, the lower the psychopathological symptoms.** The Transcendental domain assumes a direct relationship.

The small sample size, the biases of the online data collection and the transversal nature of the study do not allow the generalization of these results and do not legitimate causality inferences between these variables.

*Keywords:* Spiritual well being, spirituality, psychopathological symptoms

## Índice

Introdução .....	47
1- Breve História do Conceito de Espiritualidade e Religião .....	47
2- Bem-Estar Espiritual e Espiritualidade.....	50
3- Modelo de Bem-Estar de John Fisher .....	51
3.1- Perfis do Bem-Estar Espiritual .....	53
4- Espiritualidade/Religiosidade e a Saúde Mental .....	54
5- Objetivo do Estudo .....	61
Método .....	62
1- Delineamento .....	62
2- Participantes .....	62
3- Instrumentos .....	63
3.1 -Bem-Estar Espiritual .....	63
3.2- Inventário de Sintomas Psicopatológicos .....	65
3.3- Medias de Bem-Estar Percebido .....	68
4- Procedimento.....	69
Resultados.....	70
1- Análise Descritiva das medidas .....	70
2- Relação entre Bem-Estar Espiritual e os Sintomas Psicopatológicos .....	72
3- Relação entre a Dissonância Espiritual e os Sintomas Psicopatológicos .....	73
4- Relação entre do Bem-Estar Espiritual e as medidas de bem-estar global.....	75
Discussão .....	76
Referências Bibliográficas .....	81
Anexos .....	87
Anexo A: Consentimento Informado.....	88
Anexo B: Dados Sociodemográficos .....	89
Anexo C: Escala de medida de percepção de saúde geral e qualidade de vida global ....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Anexo D: Escala de medida do índice de felicidade.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Anexo E: Instrumento Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM) ...	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Anexo F Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Anexo G Crenças sobre Deus.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## Lista de Tabelas

Tabela 1- Análise descritiva, Normalidade e Consistência Interna nas medidas .....	705
Tabela 2- Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (BEE) dos domínios do BSI (Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal e Depressão) .....	726
Tabela 3- Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (BEE) domínios do BSI (Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicotismo) .....	726
Tabela 4- Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (discrepância do BEE) dos domínios do BSI (Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal e Depressão) .....	737
Tabela 5- Modelo e coeficiente de regressão nos preditores (discrepância do BEE) dos domínios do BSI (Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicotismo) .....	74
Tabela 6 –Modelo e coeficiente de regressão dos preditores de Qualidade de Vida Global, Saúde Geral e Índice de Felicidade .....	75

## Lista de Figuras

<i>Figura 1- Constituição da amostra, por crenças em Deus .....</i>	<i>63</i>
---	-----------

## **Introdução**

Mesmo com o avanço tecnológico, cerca de 90% da população mundial está envolvida em alguma forma de práticas religiosas ou espirituais (Barrett & Johnson, 2007 cit. por Koenig, 2009). Para além de ser universal e transversal às culturas e crenças, a espiritualidade é única e pessoal, inerente à experiência humana (Sullivan, 1998 cit. por Shah, Kulhara, Grover, Kumar, Malhotra & Tyagi, 2011), e que afeta e é afetada pelo nosso estado físico, pelos nossos sentimentos, pensamentos e relações (Ellison, 1983 cit. por Shah, Kulhara, Grover, Kumar, Malhotra & Tyagi, 2011) e está diretamente ou indiretamente implícita em tudo o que somos e fazemos (Koenig, 2008).

Nos últimos anos tem havido um crescente interesse pela investigação e compreensão desta dimensão espiritual na saúde mental, onde os principais resultados apontam para uma relação positiva entre estas duas variáveis.

Desta forma, este estudo pretende analisar a relação existente entre o bem-estar espiritual e a saúde mental na população geral adulta portuguesa.

### **1- Breve História do Conceito de Espiritualidade e Religião**

Tanto a história da religião como a história dos cuidados a pessoas com doença mental têm muitos pontos em comum. A construção de um vasto número de hospitais fazia parte dos atos de caridade por parte do cristianismo, tendo sido construídos desde o princípio da idade média até ao século passado. No ocidente as organizações religiosas forneceram um dos primeiros e melhores cuidados a pessoas com doença mental (Moreira-Almeida, Almeida, Neto, 2005 cit. por Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006), sendo que no final do século XIX dentro da comunidade psiquiátrica começou a existir uma atitude negativa face à religião (Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006).

Quando Sigmund Freud e Jean Charcot associaram a religião à neurose e histeria este conceito foi separado da saúde mental (Freud, 1927; Ellis, 1988; Watters, 1982 & Jones, 1997 cit. por Koenig, 2009). Esta associação negativa entre a religião e a área da saúde mental durou até grande parte do século XX (Pargament & Lomax, 2013), onde muitas vezes este conceito de religião era simplesmente ignorado como é possível observar-se nas publicações

muito esporádicas sobre este tema em revistas de psiquiatria (Weaver, Samford, Larson et al., 1998 cit. por Pargament & Lomax, 2013).

O conceito de espiritualidade tem sido alvo de inúmeras definições ligadas a um uso comum desta palavra, abrangendo substantivos como “espírito” ou adjetivos como “espiritual” (Moberg, 2002), sendo que a dimensão que esta apresenta na vida de cada um é algo muito pessoal e entendida diferentemente entre as pessoas (Chaudhry, 2008).

Estas definições implícitas e explícitas de espiritualidade utilizadas nas pesquisas continuam diversas e confusas, e mesmo quando existe acordo em assumir certas variáveis e indicadores no conceito de espiritualidade encontram-se grandes diferenças na sua conceptualização e operacionalização (Moberg, 2002). Existem definições de espiritualidade que se centram em conteúdos sagrados, em aspetos que contém relação com Deus ou fenómenos divinos, enquanto que outras definições são funcionais, apontando para as consequências da espiritualidade, como subjetivamente e existencialmente afeta a um grupo ou um individuo (Moberg, 2002). Porém, existe um grande consenso que a espiritualidade humana é de existência ontológica ou um fenómeno “real”, ao contrário da perspectiva positivista que refere a espiritualidade como uma invenção do mítico, uma imaginação coletiva (Moberg, 2002).

Historicamente o conceito de espiritualidade e religião têm sido ligadas, mas recentemente as suas definições têm vindo a ser diferenciadas (Worthington, Hook, Davis & McDaniel, 2011), tanto devido às instituições religiosas serem encaradas com desilusão, como devido a existirem atualmente novas formas de fé e de expressão dessa espiritualidade, através do yoga, Zen, feng shui, entre outros (Moberg, 2008; Shimazono, 1999 cit. por Gouveia, 2011). Mesmo com esta multiplicidade de definições, na população geral assim como na ciência, a espiritualidade encontra-se cada vez mais associada a um lado pessoal e a uma experiência subjetiva da relação do individuo com a dimensão transcendental, enquanto a religião é restrita a uma forma instituída, tradicional e socialmente construída (Hill et al., 2000; Zinnbauer, Pargament & Scott, 1999; Walach & Reich, 2005 cit. por Hofmann & Walach, 2009). Num estudo realizado em Portugal com praticantes de diferentes religiões, 27% consideram-se como “espirituais mas não religiosos” (Oliveira & Gouveia, manuscrito em preparação cit. por Gouveia, 2011), o que salienta esta mesma distinção entre estes dois conceitos: espiritualidade e religião.

De acordo com Pargament (1997 cit. por Moodley, Beukes & Esterhuyse, 2012) o conceito de religião é constituído por expressões institucionais (como rituais e dogmas), por expressões religiosas pessoais (como sentimentos de espiritualidade) e praticas religiosas. A

espiritualidade é portanto entendida como “search for the sacred, a process through which people seek to discover, hold on to, and, when necessary, transform whatever they hold sacred in their lives” (Pargament, 1997, 1999 cit. por Hill & Pargament, 2003, p. 65), sendo o sagrado o aspeto que diferencia a religiosidade e espiritualidade dos outros fenómenos (Hill & Pargament, 2003).

Segundo Koenig (2009) a religião é um conceito unânime que envolve crenças, praticas e rituais relacionados com o sagrado. Este conceito também integra crenças em espíritos, anjos e demónios, como também crenças sobre a vida depois da morte, com condutas específicas da vida em grupo, podendo praticar em comunidade ou em privado. Enquanto a espiritualidade é um conceito mais complexo e difícil de definir. Segundo o mesmo autor a espiritualidade é vista como algo mais pessoal e sem regras e sem filiação a qualquer religião (Koenig, 2009). Todas as pessoas são espirituais, reconhecendo ou não, tendo ou não uma religião (Koenig, 2008).

Moreira-Almeida, Neto e Koenig (2006) definem religião como sendo um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos de forma a facilitar o contacto com o transcendente e o sagrado. Já espiritualidade tem como propósito dar respostas sobre questões da vida, significado e relação com o transcendente ou sagrado, podendo levar para o desenvolvimento de práticas e rituais religiosos.

Estes dois conceitos são complexos e multifacetados e a construção de uma única medida que agregue a espiritualidade e religiosidade é muito difícil (Koenig et al., 2001; Kendler et al., 2003; Hall et al., 2008; Hill & Hood, 1999; cit. por Rasic, Robinson, Bolton, Bienvenu & Sareen, 2011).

Por outro lado outros autores incluem a religião dentro do conceito de espiritualidade (Kaye & Raghavan, 2002 cit. por Moodley, Beukes & Esterhuyse, 2012). Onde, por entre outras razões, a distinção entre estes dois conceitos pode transportar para uma duplicação de conceitos e medidas desnecessária, visto existir nas medidas de religiosidade incluir dimensões tanto institucionais como individuais (Hill & Pargament, 2003).

A relação entre espiritualidade e saúde tem sido alvo de um acréscimo de interesse, onde nas recentes décadas o rácio de publicações sobre este tema aumentou cerca de 688% nos últimos 30 anos (Weaver et al., 2006 cit. por Meezenbroek, Garssen, Berg, Dierendonck, Visser & Schaufeli, 2012) indicando que existe influência positiva da espiritualidade e religião na doença mental e na recuperação de pacientes com doença mental (e.g. Corrigan,

McCorkle, Schell & Kidder, 2003, Hill & Pargament, 2003; Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006).

## **2- Bem-Estar Espiritual e Espiritualidade**

Inerente à natureza humana (Rowold, 2011), o bem-estar é conceptualizado tipicamente por diversas dimensões onde estão incluídas, a psicológica, social, física/biológica e a espiritual (Fukui, Starnino & Nelson-Becker, 2012). Segundo Hadzic (2011) esta última dimensão influencia o bem-estar pois constitui um papel fundamental nos pensamentos, comportamentos e na vida das pessoas.

A Organização Mundial de Saúde considera a espiritualidade, religião e crenças pessoais como uma área importante na evolução da qualidade de vida (Culliford, 2002 cit. por Huang, Shang, Shieh, Lin & Su, 2011). Esta relação positiva existente entre a espiritualidade e a qualidade de vida, tem resultado em diversas tentativas de incorporar esta dimensão da espiritualidade em medidas de qualidade de vida e de bem-estar (Cohen & Mount, 1992; Ferrell et al., 1995; Adams et al., 2000; Efficace & Marrone, 2002, cit. por Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005).

A Organização Mundial de Saúde inclui uma nova dimensão relacionada com a espiritualidade, uma dimensão “não material” na definição de saúde, denominando-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não meramente de ausência de doença” (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003, p. 447 cit por Gouveia, 2011).

O termo de saúde espiritual é também ele difícil de ser definido, visto estes dois conceitos “saúde” e “espiritualidade” terem sofrido, ao longo destes últimos anos, desenvolvimentos por parte da literatura. As tentativas de unir estes dois conceitos tem, na generalidade, a ideia de “bem-estar espiritual” (Fisher, Francis & Johnson, 2000), sendo abordado com uma visão holística de pessoa humana, integrando o corpo-mente-espírito para a saúde (Gouveia, 2011).

Uma das primeiras definições da saúde espiritual ou bem-estar espiritual foi dada em 1975 pela *National Interfaith Coalition on Aging* (NICA) definindo-a como: “spiritual wellbeing is the affirmation of life in a relationship with *God, self, community, and environment* that nurtures and celebrates wholeness” (Moberg, 2002, p. 48).

Segundo Ellison (1983 cit. por Jafari, Dehshirib, Eskandari, Najafi, Heshmati & FHoseinifar, 2010) o bem-estar espiritual é definido como sendo um estado subjacente à saúde mental. Este mesmo autor refere ainda que o bem-estar espiritual inclui um elemento psico-social como também religioso. No estudo de Fukui, Starnino e Nelson-Becker (2012) o bem-estar espiritual define-se por “one’s sense of connection with: (1) those aspects of life that provide a sense of purpose and meaning (outcome); as well as (2) belief in one’s ability to achieve life goals in the face of challenges (process).” (p. 203). Estes dois aspetos são a base da manutenção e desenvolvimento do bem-estar espiritual.

Gomez e Fisher (2003) concebem bem-estar espiritual como “state of being reflecting positive feelings, behaviours, and cognitions of relationships with oneself, others, the transcendent and nature, that in turn provide the individual with a sense of identity, wholeness, satisfaction, joy, contentment, beauty, love, respect, positive attitudes, inner peace and harmony, and purpose and direction in life.” (p. 1976).

Contudo e apesar das várias definições, este conceito de bem-estar espiritual é construído, em todas elas, independentemente da dimensão religiosa e até mesmo da forma explícita ou implícita da componente centrada no sagrado, existentes nas definições de espiritualidade (Gouveia, 2011).

A maioria das definições existentes deste conceito são de natureza teórica, não tendo como base um modelo conceptual empiricamente confirmado (Gouveia, 2011). Desta forma o modelo de Fisher desenvolvido em 1999 sobre o Bem-Estar Espiritual destaca-se e diferencia-se dos outros existentes.

### **3- Modelo de Bem-Estar de John Fisher**

Fisher, em 1998, ao realizar entrevistas a 98 professores de 22 escolas do ensino secundário na Austrália questionando-os sobre os aspetos mais importantes para o bem-estar espiritual dos seus alunos, contendo ainda questões de medidas de bem-estar espiritual, concluiu, em consonância com o modelo de NICA (referido anteriormente), que o bem-estar espiritual espelha a forma como as pessoas vivem harmoniosamente em relação consigo próprias (pessoal), com os outros (comunitária), com a natureza (ambiental) e com Deus (transcendental) (Fisher, 2003).

Segundo este quadro teórico, o domínio Pessoal refere-se à forma como o sujeito se inter-relaciona consigo próprio, no que refere ao significado, propósito e valores da vida. O

domínio comunitário menciona a qualidade e profundidade das relações interpessoais entre a pessoa e o outro, abrangendo sentimentos de amor, esperança, justiça e fé na humanidade (Fisher, 2009). O domínio ambiental expressa-se através da admiração e de sentimentos de união com a natureza, consistindo nas relações do físico e biológico (cuidar e proteger) (Gouveia, Marques & Pais Ribeiro, 2009). Por fim, o domínio transcendental refere-se à relação que a pessoa tem com algo transcendental ou alguém para além do nível humano, como uma força cósmica, uma realidade transcendental ou Deus, envolvendo fé e adoração no mistério da origem do universo (Gomez & Fisher, 2003).

Fisher define então saúde espiritual como um modo de estar dinâmico que se reflete no grau como a pessoa vive em harmonia em relação aos diferentes domínios e onde a qualidade das relações existentes em cada domínio define o bem-estar espiritual dessa pessoa nesse domínio (Fisher, 2007).

A saúde espiritual é então dinâmica, pois o modo de estar de um sujeito vai sofrendo alterações de acordo com inúmeras variáveis. A qualidade das relações apresentadas em cada domínio expressam o Bem-Estar Espiritual da pessoa em cada domínio e onde a saúde espiritual é composta pela combinação do efeito do Bem-Estar Espiritual de cada domínio. Estes domínios não são independentes uns dos outros, estão inter-relacionados, de forma a explicar esta interação, o autor propõe a noção de *Sinergismo Progressivo* para explicar a relação entre os vários domínios (Fisher, 1999). Os domínios interagem entre si, fazendo com que haja uma complexificação e crescimento recíproco, assim o desenvolvimento da qualidade das relações num determinado domínio irão refletir-se no desenvolvimento dos domínios seguintes (Gouveia, 2011). Se, por exemplo, existir um desenvolvimento nas relações ao nível do domínio Pessoal (relacionado com o significado, valores e propósito de vida), irá repercutir-se no desenvolvimento das relações no domínio Comunitário (cultural, religioso, moralidade) (Fisher, 2011).

Este modelo propõe dois aspetos inter-relacionados o do *conhecimento* e o da *inspiração* para as quatro dimensões do bem-estar espiritual. O *conhecimento* fornece uma estrutura conceptual que ajuda a interpretar, enquanto a *inspiração* proporciona “essência” e “motivação” (Carr, 1995, p. 89 cit. por Fisher, Francis & Johnson 2000) para o desenvolvimento de cada domínio (Fisher, Francis & Johnson, 2000). A interpelação entre estes dois aspetos, nos quatro domínios do bem-estar espiritual, é a essência deste modelo (Fisher, 2011). As formas de *manifestação* dizem respeito à maneira como o BEE é

expressado e vivenciado pelo sujeito e percebe em si e nos outros um certo estado de BEE (Gouveia, 2011).

### 3.1- *Perfis do Bem-Estar Espiritual*

Com o desenvolvimento dos quatro domínios do bem-estar espiritual, a saúde espiritual de um sujeito é aprimorada, contudo Fisher (1998 cit. por Fisher, Francis & Johnson, 2000) afirma que muitos sujeitos apresentam preferência por determinados domínios. Os perfis seguintes, identificados por Fisher, são uma tentativa para representar as características em que as pessoas dão maior prioridade para o seu bem-estar espiritual:

- **Personalistas:** são pessoas que adotam o domínio Pessoal como bem-estar espiritual. São pessoas que creem que o seu bem-estar espiritual provem exclusivamente dos seus próprios recursos, isto é, acreditam que é o espírito humano que tem o potencial de procurar o significado, o propósito e os valores da vida. Consideram-se totalmente autossuficientes, autocentrados, apesar de admitirem que necessitam de estabelecer relações interpessoais com os outros domínios do bem-estar espiritual, como o social, o emocional ou o vocacional.

-**Comunitários:** são pessoas que adotam o domínio comunitário como bem-estar espiritual. Reconhecem a necessidade de estabelecerem harmonia com o domínio pessoal, de terem bem definido o significado, o propósito e os valores da vida, como também, reconhecem como faceta principal do bem-estar a necessidade de terem uma relação interpessoal de profundidade e de qualidade que exceda a moralidade e a cultura. Existe um grande impacto no bem-estar espiritual quando as pessoas estabelecem relações de profundidade com os outros.

-**Ambientalistas:** são pessoas que adotam o domínio ambiental como bem-estar espiritual. Os ambientalistas agregam os aspetos do *conhecimento* e *inspiracionais* do domínio Pessoal e Comunitário com, pelo menos, um sentido de respeito e admiração pelo ambiente. Estão tão relacionados com o ambiente que dão significado aos outros domínios (Fisher, Francis & Johnson, 2000).

-**Globalistas:** são pessoas que adotam o domínio transcendental como bem-estar espiritual. Têm como principal foco a relação com Deus, mesmo reconhecendo a importância das relações consigo próprio, com os outros e com o ambiente no desenvolvimento da saúde espiritual. O crescimento neste domínio implica

experiência, exercício, ou ambos, numa dimensão de fé expressa através da comunicação com algo, ou alguém para além do nível humano.

**-Racionalistas:** São pessoas que adotam apenas o conhecimento dos três primeiros domínios (Pessoal, Comunitário e Ambiental) Não consideram os aspetos *inspiracionais* e transcendentais dos outros domínios, sendo assim um bem-estar muito restrito (Fisher, Francis & Johnson, 2000).

No primeiro estudo de Fisher (1999), citado anteriormente, a maioria dos professores apresentaram pertencer ao perfil racionalista (35%), ao perfil comunitário 30%, ao perfil personalista 15%, ao ambientalista 15% e apenas 5% inseriram-se no perfil globalista (Gouveia, 2011).

#### **4- Espiritualidade/Religiosidade e a Saúde Mental**

Saúde mental é um conceito complexo e abrangente, englobando as dimensões bio-psico-socio-espiritual do ser humano (Oliveira & Junges, 2012).

Segundo Keyes (2002, 2003 cit. por Westerhof & Keyes, 2005) a saúde mental refere-se a um estado completo em que os indivíduos encontram-se sem psicopatologia e em florescimento psicológico, com elevados níveis de bem-estar emocional, psicológico e social, não existindo formas padronizadas de diagnosticar, medir e estudar a saúde mental. Entende-se florescimento psicológico como sendo um estado em que os sujeitos se encontram num estado completo de emoções positivas e com um bom funcionamento psicológico e social (Keyes, 2002).

Este mesmo autor propõe um modelo completo estado de saúde, diferente das conceções anteriores que posicionam a saúde e a doença mental numa única dimensão bipolar, onde os indivíduos ou estão mentalmente saudáveis ou mentalmente doentes. No modelo de Keyes (2005) estes dois conceitos não se encontram em extremos opostos mas sim correlacionados, reforçando a ideia de que a saúde mental deve ser vista como um estado completo (Keyes, 2005). Não se encontrando em posições diametralmente opostas em que numa posição a presença ou a ausência de saúde mental e na outra, a presença ou ausência de doença mental (Westerhof & Keyes, 2010), variando de um elevado para um baixo nível de sintomas de doença mental e saúde mental respetivamente (Keyes, 2003).

Como tal, a ausência de doença mental não significa a presença de saúde mental. A saúde mental é entendida melhor como um estado completo, não necessariamente com a ausência de doença mental mas com a presença de saúde mental (Keyes, 2005).

A relação entre a espiritualidade/religiosidade e a saúde tem sido crescentemente estudada por diversas áreas como a psicologia, a medicina, a sociologia, enfermagem, entre outras, onde cerca de 80% das pesquisas englobam a saúde mental (Koenig, 2012b).

Na psicologia, o estudo tem-se focado no estudo da relação com o bem-estar psicológico, a saúde mental e a integração bio-pisco-socio-espiritual do ser humano (Oliveira & Junges, 2012).

Segundo Baetz e Toews (2009) a espiritualidade/religiosidade poderá ter impacto na saúde mental transparecendo em múltiplas dimensões, tais como psicológica, biológica e social.

Numa revisão de literatura realizada em estudos até ao ano 2000, Koenig encontrou que cerca de dois terços dos estudos indicavam que sujeitos mais religiosos tinham menos distúrbios de depressão ou menos sintomas depressivos. Entre 68 estudos, cerca de 57 indicavam que existia menos suicídios ou menos atitudes negativas em relação ao suicídio entre sujeitos mais religiosos. Já em relação a doentes psiquiátricos cerca de 25-39% de sujeitos com esquizofrenia e 15-22% de sujeitos com distúrbios bipolares tinham delírios religiosos (Koenig, 2009).

Os resultados de uma meta-análise sobre a religiosidade e a saúde mental, indicam que globalmente existe relação entre as variáveis religião e saúde mental ( $r = 0,10$ ), mostrando que independentemente das definições utilizadas, a religião tem impacto no ajustamento psicológico. Os autores Hacknet e Sanders (2003) encontraram ainda uma grande diversidade de conceitos destes dois conceitos, em que a saúde mental é vista de várias perspetivas. Alguns autores focam-se em medidas negativas de ajustamento psicológico, (como a depressão, a ansiedade, culpa, humor etc...) (e.g., Braam et al. 1997; Maltby and Day 2000 cit. por Hacknet & Sanders, 2003), outros baseiam-se em variáveis de felicidade ou satisfação com a vida (e.g., Bergan & McConatha 2000; Myers & Diener 1995 cit por Hacknet & Sanders, 2003) e ainda outros autores têm uma perspetiva mais humanística/existencial deste conceito como *self-actualization* ou propósito de vida (e.g., Ryan, Rigby, and King 1993; French & Joseph, 1999 cit por Hacknet & Sanders, 2003).

Numa outra revisão de literatura com uma população de adolescentes, 92% dos 115 estudos apresentavam relação significativa entre a espiritualidade/religiosidade e maiores

níveis de saúde mental, onde o menor uso de substâncias parece ter mais impacto (Dew, Daniel, Armstrong, Goldston, Triplett & Koenig, 2008). Ainda numa outra revisão de literatura igualmente com população adolescente e jovens, foram analisados 75 estudos independentes (entre 1990 e 2010), num total 66 273 sujeitos, várias variáveis de saúde mental em relação com a espiritualidade/religiosidade. Encontrou-se, num total de 24 estudos, que quanto maiores os níveis de espiritualidade/religiosidade menores os níveis de depressão. A ansiedade foi estudada em 16 estudos onde não houve associações significativas. O bem-estar e a autoestima foram ambas associadas fortemente com a espiritualidade/religiosidade (Yonker, Schnabelrauch & DeHaan, 2012).

Numa amostra de 223 estudantes de Allame Tabatabaei University of Tehran foi utilizado a escala *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS) (Ellison, 1983, cit. por Jafaria, Dehshiri, Eskandari, Najafi, Heshmati & Hoseinifar, 2010) para medir o bem-estar espiritual e o GHQ-28 (Goldberg, 1972, cit. por Jafaria, Dehshiri, Eskandari, Najafi, Heshmati & Hoseinifar, 2010) para medir a saúde mental. Encontrou-se associação negativa entre o bem-estar espiritual e os distúrbios mentais, existindo uma correlação significativa com a depressão, os sinais corporais, disfunção na performance social e ansiedade (Jafaria, Dehshiri, Eskandari, Najafi, Heshmati & Hoseinifar, 2010).

Outro estudo realizado com 464 estudantes do curso de direito e medicina no Brasil, utilizando, igualmente, a escala de bem-estar espiritual (SWBS), de Paloutzian e Ellison (1982 cit. por Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003) e a Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para avaliar os transtornos mentais, concluíram que os sujeitos que tinham valores baixos e moderados no bem-estar espiritual global tinham duas vezes mais frequência de ter transtornos psiquiátricos menores do que em relação com os que obtiveram um valor alto. No bem-estar existencial, sujeitos que apresentaram valores baixos e moderados nesta subescala tinham cinco vezes maior frequência de possuírem transtorno psiquiátrico menor. Já na subescala do bem-estar religioso não houve resultados significativos na sua relação com os transtornos psiquiátricos menores (Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003).

Tendo como amostra estudantes de psicologia brasileiros e utilizando novamente os mesmos instrumentos para avaliar o bem-estar espiritual e os transtornos psiquiátricos menores (o *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS), de Paloutzian e Ellison, e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) respetivamente), os autores Gastaud, Souza, Braga, Horta, Oliveira, Sousa e Silva (2006) obtiveram resultados idênticos aos encontrados no estudo anterior,

estudantes que apresentaram baixos níveis de bem-estar espiritual tinham maiores níveis de transtornos psiquiátricos menores.

Utilizando uma população de 406 sujeitos com doença mental concluiu-se que as crenças e práticas religiosas constituem uma estratégia de coping eficaz. Recorrendo ao instrumento realizado por Koenig (1994, cit. por Tepper, Rogers, Coleman & Malony, 2001) Religious Coping Index (RCI) para avaliar a prevalência de estratégias de coping religiosos e o instrumento Symptom Checklist 90-R (SCL-90) (1994, cit. por Tepper, Rogers, Coleman & Malony, 2001) para avaliar a severidade dos sintomas, 80% desta amostra utilizaram algumas práticas e crenças religiosas para fazer face aos seus sintomas, sendo que aproximadamente metade afirmava que a religião tornava-se mais importante quando os seus sintomas se agravavam (Tepper, Rogers, Coleman & Malony, 2001).

Num estudo realizado com 1824 sujeitos com doença mental severa foram medidos domínios de saúde como o bem-estar, sintomas psiquiátricos e medidas de religiosidade e espiritualidade. A religiosidade e espiritualidade estava associada ao bem-estar psicológico, diminuindo os sintomas psiquiátricos, estando significativamente relacionados com a recuperação, o empowerment pessoal, esperança e inclusão social (Corrigan, McCorkle, Schell & Kidder, 2003).

Muitos outros estudos têm relacionado a religião/espiritualidade com o bem-estar, verificando-se uma redução da depressão, angústia psicológica e a mortalidade com o bem estar espiritual (Idler & Kasl 1997; Williams, Larson, Buckler, Heckmann & Pyle, 1991; Jenkins & Pargament, 1988 cit. por Keefe et al., 2001)

Existem ainda diversos estudos que exploram a relação entre a espiritualidade/religião com doenças mentais, como a esquizofrenia (e.g. Mohr, Brandt, Gillieron & Huguelet, 2006; Mohr, Perroud, Gillieron, Brandt, Rieben, Borrás & Huguelet, 2011), a bipolaridade (e.g. Pesuta, Clarkb, Maxwellc & Michalakd, 2011; Stroppal & Moreira-Almeida, 2009), o distúrbio obsessivo-compulsivo (e.g. Himle, Chatters, Taylor & Nguyen, 2013) entre outras.

Existe ainda uma grande controvérsia no envolvimento da espiritualidade no tratamento em pessoas com doença mental. Existem, ainda, algumas dúvidas sobre os seus efeitos secundários começando a existir indícios dos benefícios das abordagens espirituais e religiosas nos distúrbios psiquiátricos. Os objetivos do tratamento incorporando a espiritualidade/religiosidade são quase idênticos aos da psicoterapia, tendo ambos como foco aumentar o sentido de identidade, a resposta a questões sobre o significado da vida e

fortalecer o suporte de rede social (Stander, Piercy, MacKinnon & Helmeke, 1994; Wiggins, Frame, 1996 cit. por Mamani, Tuchman & Duarte, 2010).

Os valores da espiritualidade/religiosidade podem reforçar o efeito da psicoterapia pois incorporam temas de gratidão, perdão e empatia essenciais para o processo terapêutico. Também neste âmbito foram analisados, em estudos qualitativos, a contribuição da espiritualidade/religiosidade no processo curativo examinando-se narrativas de recuperação. Verificaram assim que esta dimensão ajudou a gerar esperança e otimismo (Fallot, 1998 cit. por Mamani, Tuchman, Duarte, 2010)<sub>2</sub> usando estratégias de coping e de solução de problemas, trazendo uma abordagem de ajuda para os indivíduos darem sentido às suas vidas e experiências (Sullivan, 1993 cit. por Mamani, Tuchman, Duarte & 2010).

Contudo, muitos terapeutas têm compreendido os benefícios de uma abordagem holística, integrando a mente, o corpo e o espírito, onde a American Psychiatric Association (APA) tem considerado o papel da espiritualidade na psiquiatria (Torre, 2002).

Hefti (2011), numa revisão de literatura, sustenta a integração da espiritualidade/religiosidade dentro dos cuidados de psiquiatria e psicoterapia.

Os diversos autores têm ainda tentado encontrar explicações para justificar esta relação existente entre a espiritualidade e a saúde mental.

Tradicionalmente as práticas religiosas e espirituais proporcionam e desenvolvem valores pessoais e crenças sobre o sentido e significado do homem (Weaver, Flannelly, Garbarino, Figley & Flannelly, 2003). A literatura demonstra que a religião é dos primeiros recursos a serem utilizados quando se está perante uma doença grave (Pargament, 1997, cit. por Pargament & Lomax, 2013), que maiores sentimentos de empowerment e de auto-eficácia estão relacionados com maiores níveis de religiosidade entre pacientes com grave doença mental (Yangarber-Hicks, 2004 cit. por Pargament & Lomax, 2013).

Segundo Koenig (2009), a religião é utilizada como estratégia de coping entre os pacientes com doença psiquiátrica porque produz sentido de vida em circunstâncias difíceis pois ajuda na integração psicológica, permitindo uma visão mais otimista e esperançosa, fornecendo um sentimento indireto de controlo sobre as situações, reduzindo a necessidade de controlo pessoal, como também, proporciona uma rede de suporte social.

A religião parece funcionar como um recurso de força e de resiliência para muitas pessoas, das quais se incluem as que possuem sérios problemas psiquiátricos (Pargament, 1997, cit. por Pargament & Lomax, 2013).

Pargament et al. (1998) afirma que a eficácia das estratégias de coping dos indivíduos pode estar correlacionada com a integração de crenças, emoções, relacionamentos e valores na resposta a esses fatores de cariz stressante. Por outro lado, o resultado negativo dessas estratégias são explicadas pela falta de valores, sentimentos intensos de raiva com Deus, perda de valores religiosos ou confusão nas suas crenças e por conflitos no relacionamento com os outros e com Deus.

A espiritualidade/religiosidade quando bem integrada na vida do sujeito, tem um papel positivo na sua vida mental. A racionalização poderá trazer uma destruição da experiência afetiva da espiritualidade como um mecanismo que leva a justificar e a explicar de forma superficial a própria experiência (Oliveira & Junges, 2012).

Já para Geertz (1966, cit. por Pargament & Lomax, 2013) a função principal da religião é a construção de significado. Wachholtz, Pearce e Koenig (2007), num artigo publicado em 2007 sobre os efeitos da espiritualidade/religião na dor, afirmaram que as estratégias de coping religiosas/espirituais podem influenciar um conjunto de domínios emocionais, psicológicos, neurológicos e fisiológicos que por sua vez influenciam a percepção e tolerância à dor.

Para Maton (1989, cit. por Lindgren & Coursey, 1995) a espiritualidade fornece duas formas de apoio: mediação cognitiva, que estabelece o significado e a interpretação dos eventos com base nas crenças espirituais, e o suporte emocional, onde é dado o sentimento de valorização e de cuidado. Este último relacionado positivamente com o ajustamento pessoal e emocional em alunos de universidade com elevado grau de stress.

Mohr (2011) afirma que a espiritualidade/religiosidade produz maior autoestima e sentimento de self, trazendo também estratégias de coping para combater o stress, como também suporte social e sentimento de esperança, mas que, por outro lado, poderá também dificultar a recuperação, aumentando a psicopatologia (depressão, ansiedade, delírios) ou na rejeição de sujeitos com doença mental das comunidades religiosas.

O estudo desta relação, como foi mencionado anteriormente, parece ter tido nos últimos anos um crescente interesse, porém, parece ainda não estar totalmente explicada.

Moreira-Almeida, Neto & Koenig (2006) para explicar a influência que a religião tem na saúde humana mencionaram como fatores:

- Comportamentos saudáveis e o estilo de vida. A maioria das religiões prescrevem ou proíbem comportamentos que podem ter impacto na saúde.

- Suporte social. A pertença a um grupo proporciona um suporte psicológico que tem impacto na saúde.

- Sistemas de crenças e estrutura cognitiva. Estes processos influenciam a forma como as pessoas gerem o stress, os problemas de vida e o sofrimento.

- Práticas religiosas que ajudam a manter a saúde mental e a prevenir a doença mental.

- Direção espiritual. O desenvolvimento da relação com Deus proporciona um sentido de vida e um crescimento pessoal (Julian, 1992, cit. por Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006);

- Modo de expressão de stress. Em estados de stress e de desorganização social, a religião pode através de algumas técnicas provocar alterações de consciência de forma a expressar o stress e o sofrimento.

- Explicação multifatorial, sendo a religião um fenómeno multidimensional onde um fator não explica as ações e comportamentos (Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006).

Para além do impacto na saúde mental das pessoas a espiritualidade/religiosidade tem um papel importante na vida das mesmas, pois constituem um inerente fenómeno social e psicológico, estão relacionados com fenómenos cognitivos, com as emoções e afetos, estando presentes e desenvolvendo-se ao longo da vida (Hill, Pargament, Hood, McCullough, Swyers, Larson & Zinnbauer, 2000).

Koenig (2012a) mencionou cinco motivos para a importância da continuação da investigação sobre a religião e saúde:

1º- O conhecimento dos comportamentos e crenças espirituais/religiosas ajudam a conhecer o aumento ou diminuição do risco de doença.

2º- O conhecimento da relação saúde e espiritualidade/religiosidade ajuda na construção de serviços de saúde públicos; havendo relação entre a espiritualidade/religiosidade e melhor saúde mental.

3º- O envolvimento da espiritualidade/religiosidade no tratamento de pacientes que consideram esta componente importante nas suas vidas, só poderá trazer benefícios. Os doentes hospitalizados com doença médica severa têm necessidades espirituais, aquando da sua ausência, poderá dificultar a satisfação de cuidados e da qualidade de vida (Balboni et al., 2007, 2010; Williams et al. 2011, cit. por Koenig, 2012a),

4º- A exploração das necessidades espirituais é essencial no tratamento destes doentes.

5º- A população deve saber quais as crenças e comportamentos que proporcionam melhores níveis de saúde e de bem-estar.

O psicólogo é um facilitador da criação de autoconhecimento e autonomia na integração da espiritualidade na vida dos indivíduos, onde o reconhecimento e valorização da espiritualidade/religiosidade pelos profissionais é tida como um recurso que favorece a saúde mental. É importante distinguir no processo terapêutico, entre a espiritualidade vivida pelo sujeito como uma experiência positiva e de qualidade de vida, daquela prejudicial que não contribui para a sua saúde mental (Oliveira & Junges, 2012).

## **5- Objetivo do Estudo**

Como mencionado anteriormente, é possível verificar, que a espiritualidade/religiosidade é uma dimensão marcante na vida das pessoas, contribuindo de forma positiva para a sua saúde mental.

A conceptualização de espiritualidade é motivo de discórdia entre os investigadores, transportando consigo uma grande variabilidade de estudos com mensurações diferentes deste conceito. A religião é utilizada na maioria das vezes como definição deste constructo.

Não foram encontrados estudos realizados em Portugal que relacionem estas duas dimensões, bem-estar espiritual e saúde mental. Torna-se, como tal, relevante o estudo da relação entre estas duas variáveis pois mesmo existindo estudos sobre esta temática, as suas conceptualizações são pouco definidas, sendo interessante analisar a realidade existente na população geral adulta portuguesa.

Para avaliar a saúde mental recorreu-se ao modelo conceptual empiricamente confirmado de Bem-Estar Espiritual de Fisher (1999) e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos, instrumento esse caracterizado por ser um bom indicador de saúde mental, sensível a manifestação de mal-estar psíquico (Canavarro, 2007).

Este estudo pretende assim analisar a relação existente entre o Bem-Estar Espiritual com a saúde mental na população geral adulta portuguesa. Desta forma, vão ser relacionados os domínios do bem-estar espiritual e as dissonâncias entre o bem-estar espiritual ideal e o real desenvolvido pelos sujeitos, com nove grupos de sintomas psicopatológicos, assim como, com médias de saúde (qualidade de vida, saúde geral e índice de felicidade).

## Método

### 1- Delineamento

Este estudo é de natureza transversal, de caracter correlacional, pretendendo analisar a relação entre as variáveis Bem-Estar Espiritual e os Sintomas Psicopatológicos, num determinado momento. Para este efeito utilizou-se como método de recolha de dados um conjunto de questionários de autopreenchimento, online, numa amostra por conveniência.

### 2- Participantes

Neste estudo participaram 320 sujeitos adultos portugueses, de uma amostragem por conveniência, onde 37,8% (n=121) são do sexo masculino e os restantes 62,2% (n=199) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 16 e os 73 anos ( $M=42,36$ ,  $DP=14,32$ ).

O estado civil de 53,4% dos sujeitos é casado(a)/união de facto, 36,3% solteiro(a), 9,4% divorciado(a)/separado(a) e 0,9% viúvo(a). O estado profissional de 70,3% é no ativo, 17,5% são estudantes, 6,3% reformados, 3,1% desempregados e os restantes encontram-se em outras situações como em estágios, temporariamente inativos (de baixa) ou trabalhadores/estudantes. No grupo estudado 249 (77,81% amostra) sujeitos possuíam o ensino superior, enquanto apenas 44 (13,75%) tinham o décimo segundo ano de escolaridade e 17 (5,31%) tinham um nível escolar inferior ao anteriormente mencionado e 10 (3,12%) não responderam.

Em relação às doenças medicamente diagnosticadas, 4% dos participantes mencionaram ter doença mental, predominando a depressão e ansiedade, e cerca de 26,9% indicaram ter doença física, de entre as quais se destacam problemas de hipertensão, diabetes, doenças oncológicas e outras doenças crónicas.

A figura seguinte representa as crenças relativas a Deus. Das 315 respostas obtidas, a maioria (28,89%) refere não acreditar num Deus personificado, mas acreditar na existência de uma força suprema qualquer, enquanto que a minoria (5,4%) refere que existem alturas em que acreditam em Deus e outras alturas em que não.

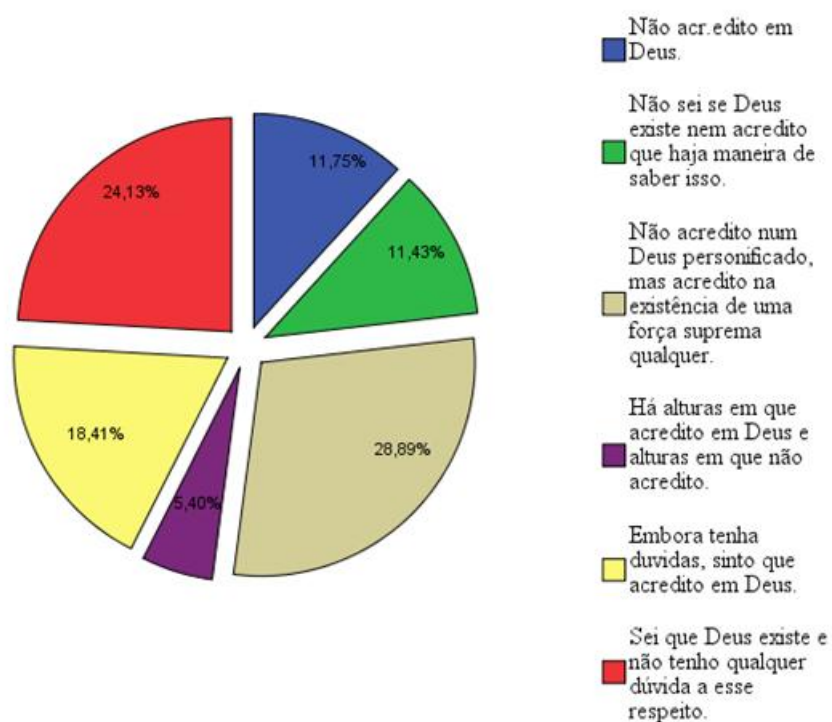


Figura 1- Constituição da amostra, por crenças em Deus

### 3- Instrumentos

O bem-estar psicológico e os sintomas psicopatológicos foram avaliados através dos seguintes instrumentos:

#### 3.1 - Bem-Estar Espiritual

Neste estudo foi utilizado a versão portuguesa (Gouveia et al. 2009) do SHALOM (Anexo E) (Spiritual Health And Life-Orientation Measure) que representa o essencial do SWB (Spiritual Well-Being), e como a própria sigla revela, é composto por duas componentes: a medida de “Spiritual Health” (SH) e Life-Orientation Measure (LOM) (Fisher, 2010).

O Life-Orientation Measure (LOM) mede o que o sujeito considera como “ideal” nos quatro domínios do SH (em relação a si próprio, aos outros, à natureza e ao transcendente). A componente do SHM (Spiritual Health Measure) reflete o que os sujeitos sentem e experienciam na sua vida pessoal nestas quatro dimensões na maior parte das vezes (Fisher 2010).

No domínio Pessoal encontram-se itens como “um sentimento de identidade pessoal” e “autoconsciência” (inclui os itens 5, 9, 14, 16 e 19), no domínio Comunitário são apresentados itens como “a confiança entre as pessoas” e “respeito pelas outras pessoas” (inclui os itens 1, 3, 8, 17 e 19), no domínio Ambiental: “uma ligação com a natureza” e “espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante” (inclui os itens 4, 7, 10, 12 e 20) e no domínio Transcendental, “uma relação pessoal com o Divino ou Deus” e “admiração e respeito pela Criação” (inclui os itens 2, 6, 11, 13 e 15).

Os itens são respondidos numa escala de likert de cinco pontos, onde 1 significa “muito pouco” e 5 “muitíssimo”, os itens são formulados na afirmativa e a média das respostas dos itens constituintes de cada domínio fornece o bem-estar desse domínio Gouveia, 2011). A média global do BEE resulta da média dos diferentes domínios (Gouveia, Pais-Ribeiro & Marques, 2012).

Cada pessoa torna-se o seu próprio padrão de comparação, sendo que os resultados do Spiritual Health Measure (experiência vivida) podem ser também utilizados na comparação em grupo (Fisher, 2013b). As diferenças entre o que os sujeitos têm como “ideais” e o que sentem ou experienciam, fornece a indicação da saúde espiritual em cada domínio

Segundo o autor, existe uma dissonância quando os valores entre o ideal e os sentimentos/experiência são muito diferentes, isto é, quando existe diferença maior que 1,0 numa escala de 1 a 5. Este valor é cerca de um a dois desvios-padrão em cada um dos valores médios para os quatro domínios do SH / WB (Fisher, 2010).

O SHALOM consegue avaliar eficazmente as dimensões do bem-estar espiritual, demonstrando ser um instrumento fiável e válido em diversas línguas, em diversos contextos e em grupos de idades diferentes (Fisher, 2010), tendo como vantagem a possibilidade de se conhecer a dissonância existente entre o ideal do sujeito e como este é vivido em cada domínio (Fisher, 2006). Na validação deste instrumento para a população portuguesa realizado por Gouveia, Marques e Pais-Ribeiro (2009), encontrou-se uma consistência interna da escala total de  $\alpha = .88$ , e nas dimensões: Pessoal  $\alpha = .75$ ; Comunitária  $\alpha = .74$ ; Ambiental  $\alpha = .84$  e Transcendental  $\alpha = .89$ . Numa apreciação comparativa entre as dimensões verificou-se que a dimensão transcendental é a mais consistente das escalas, enquanto as dimensões Pessoal e Comunitária são as que se apresentam como menos consistentes. Expressando globalmente características psicométricas bastante satisfatórias.

Na validação deste instrumento (SWBQ) na sua versão original constatou-se que os domínios do bem-estar espiritual são independentes das dimensões de personalidade de Eysenck o que reforça a sua validade. Existe ainda convergência e validade discriminante

entre os valores de cada domínio e globais deste instrumento em relação aos valores de cada domínio e globais do Spiritual Well-Being Scale de Ellison (1983, cit. por Gomez & Fisher, 2003).

No presente estudo encontram-se bons indicadores de fiabilidade que serão expostos no capítulo dos resultados (ver Tabela 1).

### *3.2- Inventário de Sintomas Psicopatológicos*

O instrumento original, Brief Symptom Inventory (BSI), foi desenvolvido por Derogatis em 1982, é a versão curta do SCL-R-90 (Derogatis, 1975, 1977, cit. por Derogatis, 1975), medindo as mesmas dimensões. Tem como objetivo identificar por autorresposta sintomas psicológicos relevantes em adolescentes e em adultos (Derogatis, 1975).

Este inventário pode ser administrado não só a sujeitos com doenças do foro psiquiátrico e psicológico como também à população geral que não se encontre com perturbações emocionais (Canavarro, 1999). Pode ser aplicado coletivamente ou individualmente, tendo uma duração média de 8 a 12 minutos (Derogatis, 1975).

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é constituído por 53 itens que avaliam nove dimensões de sintomas, são estas: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ideação paranoide e Psicotismo (Derogatis, 1975), como também três Índices Gerais, avaliações sumárias de perturbação emocional (Canavarro, 2007).

**Somatização** (itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37) “reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, foca queixas centradas nos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica.” (Canavarro, 1999, p. 96) (e.g., “Desmaios ou tonturas” e “Dores sobre o coração ou no peito”);

**Obsessões-Compulsões** (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36) refere-se a cognições, impulsos e comportamentos que mesmo ego-distónico e sentidos no sujeito como indesejáveis são impossíveis de evitar (e.g., “Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes” e “Dificuldade em fazer qualquer trabalho”);

**Sensibilidade Interpessoal** (inclui os itens 20, 21, 22 e 42) indica sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade em comparação com os outros que são demonstradas através da interação social através de hesitação e de auto depreciação e de timidez (e.g.,

“Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos” e “Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si”);

**Depressão** (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50) refere-se às diversas manifestações mencionadas na clínica, como a falta de motivação e interesse pela vida, fadiga, perda de energia vital (e.g., “Pensamentos de acabar com a vida” e “Pensamentos de acabar com a vida”);

**Ansiedade** (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49) nesta dimensão são encontrados indicadores de ansiedade como nervosismo, tensão, sintomas de ataques de pânico e de ansiedade generalizada, como também componentes cognitivas que se refletem em sintomas somáticos (e.g., “Nervosismo ou tensão interior” e “Ter um medo súbito sem razão para isso”);

**Hostilidade:** (itens 6, 13, 40, 41 e 46) inclui “pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera.” (Canavarro, 1999, p. 96) (e.g., “Aborrecer-se ou irritar-se facilmente” e “Ter impulsos que não se podem controlar”);

**Ansiedade Fóbica** (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47) é definida como “a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento” (Canavarro, 2007, p. 396) (e.g., “Medo na rua ou praças públicas” e “Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de Metro”);

**Ideação Paranoide** (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51) representa o comportamento paranoide como uma perturbação do funcionamento cognitivo, visíveis em pensamentos projetivo, egocentrismo, grandiosidade, hostilidade, suspeição entre outros (e.g., “Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas” e “Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas” e

**Psicotismo** (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53) representando este constructo como uma dimensão continua da experiência humana, incorporando indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento (Canavarro, 1999) (e.g., “Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos” e “Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas”.

Os itens 11, 25, 39 e 52, embora não estando inseridos em nenhuma das dimensões, devido à sua relevância clínica, são incluídas nos três Índices Gerais, são estes: o Índice Geral

de Sintomas (IGS), pondera a intensidade do mal-estar experienciado através do número de sintomas assinalado; o Índice de Sintomas Positivos (ISP) ponderado com a média de intensidade de todos os sintomas e o Total de Sintomas Positivos (TSP) que representa o número total de sintomas assinalados (Canavarro, 2007). Neste estudo apenas o Índice Geral de Sintomas irá ser calculado e relacionado com as restantes medidas.

Como instrução é pedido para o participante assinalar o grau que um determinado problema/sintoma o incomodou durante a última semana. a escala de resposta varia de 0 a 4, onde 4 significa “Muitíssimas vezes” e 0 significa “Nunca”. Os itens utilizados neste inventário são considerados pelos principais Manuais de Classificação, DSM-IV e CID-10 (Canavarro, 1999).

Para a obtenção dos resultados de cada dimensão é necessário somar os valores (de 0 a 4) obtidos em cada item dessa dimensão e dividir pelo número de itens que a constitui. No IGS é necessário somar os valores de todos os itens e dividir-se pelo total destes (53) (Canavarro, 2007).

Para a interpretação dos resultados, do ponto de vista clínico, as pontuações obtidas nas nove dimensões expressam o tipo de sintomatologia que mais perturba o indivíduo. A análise dos Índices Gerais avaliam de forma geral o nível de sintomas psicopatológicos apresentados. Para fins de investigação o processo é o mesmo, sendo que, se deve utilizar o ponto de corte como critério de probabilidade de pertença ao grupo para a formação de dois grupos (Canavarro, 2007).

O instrumento na sua versão original apresenta valores de consistência interna que variam desde .75 (Psicotismo) até .85 (Depressão). Na adaptação portuguesa (Anexo F) deste instrumento foram apresentados valores de consistência interna que variam desde os 0,63 (Ansiedade Fóbica e Psicatismos) e os .70 (Somatização). Existem também correlações entre este e outros instrumentos, como a Escala de Avaliação de Emoções (EAS; Carlson, Collins, Stewart, Porzelius, Nitz & Lind, 1989; versão portuguesa de Moura-Ramos, Canavarro & Pedrosa, 2004), onde as emoções de cariz negativa estavam correlacionadas positivamente com as pontuações totais do BSI. Também foram encontradas relações significativas entre o BSI e o *Perceived Stress Scale* (PSS; Cohen, 1983, 1997; Versão Portuguesa de Moura-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2001). Correlacionando este instrumento com o inventário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) nas duas versões longa (WHOQOL-100) (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes, 2006) e breve (WHOQOL-Brief) (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes, 2006; Canavarros, Simões, Vaz Serra,

Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes & Carona, 2007) encontrou-se relação inversa entre os domínios da qualidade de vida com os domínios do BSI (Canavarro, 2007).

É importante referir que a utilização exclusiva deste instrumento não permite a formulação de um diagnóstico (Canavarro, 1999).

Os valores de consistência interna encontrados neste estudo serão apresentados no capítulo resultados.

### *3.3- Medias de Bem-Estar Percebido*

#### *Índice de Felicidade:*

Foi medido através *do* Happiness Measures (Anexo D). É um instrumento que medem o bem-estar emocional, baseado no trabalho de Wessman e Ricks (1966, cit. por Fordyce, 1988) e validada por Fordyce (1972, 1973). É composto por duas partes, a primeira é uma escala de felicidade/infelicidade e a segunda consiste numa questão sobre a percentagem de tempo em que o sujeito se encontra feliz, infeliz e neutro. Neste estudo apenas foi utilizado este segundo ponto. Para o seu cálculo os autores Kammann, Farry e Herbison (1981 cit. por Fordyce, 1988) subtraíram a percentagem de infelicidade pela percentagem de felicidade.

#### *Medidas de Qualidade de Vida e Saúde Geral Percebidas*

Foi utilizado dois itens inspiradas na escala *SF-36 Health Survey*. Como instrução é solicitado a classificação da saúde em geral/qualidade de vida no global sentidas durante a última semana, a escala de resposta varia entre 1 a 10, onde 1 significa “péssima“, 5 “Neutra” e 10 “ótima”

#### **4- Procedimento**

O critério de seleção da amostra é não probabilística e realizada por conveniência com base na disponibilidade das pessoas para participarem.

O questionário foi criado no programa Qualtrics e disponibilizado em formato eletrónico/digital sendo os links (cada um com uma ordem diferente na apresentação dos instrumentos) e enviado via mail.

Este inquérito era constituído por um consentimento informado (Anexo A), onde eram fornecidas informações sobre o objetivo do estudo, a confidencialidade e anonimato dos participantes e os contactos dos investigadores. Eram então solicitados os dados sociodemográficos (Idade, Estado Civil, Número de anos frequentados com sucesso na escola, Situação Profissional, Doença medicamente diagnosticada e Medicação Atual). Seguidamente era colocada uma questão relativa à percepção de saúde geral e qualidade de vida global, o Questionário de Opinião sobre Crenças Religiosas (Oliveira, 2006) e o instrumento Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM; Fisher, 2010; Gouveia et al., 2009) e o inventário Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogat, 1975; Canavarro, 1999). Ficou disponível online durante o mês de Maio e Junho de 2014, neste período, foram iniciados cerca de 524 questionários, concluídos na totalidade 315 inquéritos e foram analisados 320.

Para a análise de dados foi utilizado o software informático de estatística -Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 21.

## Resultados

### 1- Análise Descritiva das medidas

Na tabela 1 encontram-se os valores da estatística descritiva, de normalidade e de consistência interna (Alpha de Cronbach), de todas as medidas.

Tabela 1  
*Análise descritiva, Normalidade e Consistência Interna das medidas*

Variáveis n=320	Min	Max	Média	DP	Coeficiente		Consistência Interna ( $\alpha$ )
					Achatamento	Assimetria	
<b>Domínios de BEE</b>							
Pessoal	1	5	3.60	.66	1.17	-2.19	.83
Comunitário	1	5	3.71	.58	3.82	.2.20	.82
Ambiental	1	5	3.41	.74	0.95	.88	.88
Transcendental	1	5	2.71	1.01	-3.11	.44	.91
BEE Global	1	5	3.36	.53	3.80	.42	.89
<b>Discrepância do BEE</b>							
Pessoal	-1.20	3	.66	.69	1.17	4.59	
Comunitário	-1.60	2.20	.50	.50	3.42	2.85	
Ambiental	-1	2.40	.36	.54	3.27	6.41	
Transcendental	-2.20	4	.45	.65	15.35	6.83	
<b>Domínios do BSI</b>							
Somatização	0	2.43	0.43	.53	5.45	10.7	.81
Obsessão-Compulsão	0	3.17	1.04	.73	-3.16	5.33	.84
Sensibilidade Interpessoal	0	3.25	0.73	.71	2.24	7.79	.79
Depressão	0	4	0.81	.77	5.99	9.66	.87
Ansiedade	0	3	0.71	.60	4.32	8.90	.80
Hostilidade	0	3.80	0.76	.72	10.82	12.05	.85
Ansiedade Fóbica	0	3.20	0.25	.41	34.83	18.61	.70
Ideação Paranoide	0	3.80	0.93	.76	2.50	7.25	.82
Psicotismo	0	3	0.54	.61	7.27	10.75	.76
IGS	0	2.64	1.69	.54	2.85	8.16	.96
Qualidade de Vida	0	10	6,90	1.92	.49	-4.75	
Saúde Geral	0	10	7,30	2.05	2.84	-6.84	
Índice de Felicidade (n=298)	-98.5	100	32.93	39.38	2.01	-5.81	

Como é possível observar na tabela 1, todos os valores de Alphas de Cronbach são iguais ou superiores a .70, expressando um indicador de consistência interno elevado.

Salienta-se a existência de pouca amplitude de respostas dadas nos domínios do BSI (demonstrados pelos valores de desvio-padrão inferiores a .78). Estes baixos níveis de sintomatologia psicopatológica (médias inferiores a 1.05), podem-se considerar normais, visto a população em estudo ser geral, i.e. desprovida de doença mental.

Antes de se realizar as análises estatísticas procedeu-se à análise da normalidade de todas as medidas. Com a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov verificou-se que em todas as variáveis, não existia distribuição normal ( $p < .05$ ). Desta forma recorreu-se à análise do ajustamento à distribuição normal através dos coeficientes de achatamento e de assimetria. Os domínios do BEE encontram-se desta forma dentro da distribuição normal, apenas o domínio Transcendental e Comunitário, encontram-se um pouco mais afastados da normalidade. Já nas dimensões do BSI, não existe nenhum com distribuição normal, pois os valores de assimetria são maiores que 3 e os valores de achatamento maiores que 8 (Maroco, 2014).

Tendo em conta que a amostra deste estudo é população normal não clínica, os valores nas medidas dos sintomas psicopatológicos encontram-se muito pouco dispersas, existem poucos sujeitos com valores elevados, ou intermédios. Este facto pode justificar esta não existência de distribuição normal nestas variáveis.

Uma vez que os preditores (domínios do bem-estar espiritual) encontram-se dentro da normalidade e visto a regressão linear ser realizada em separado para cada uma das variáveis critério (sintomas psicopatológicos), decidiu-se realizar uma análise multivariada para se proceder ao tratamento e cálculo dos dados.

## 2- Relação entre Bem-Estar Espiritual e os Sintomas Psicopatológicos

Para se compreender as relações existentes entre as variáveis e tentar prever o seu comportamento, recorreu-se a análises de regressão linear utilizando-se o método *Enter*.

Procedeu-se ao cálculo de outra regressão linear selecionando-se como variável dependente cada domínio do BSI (Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicotismo) e como variáveis independentes os quatro domínios do BEE (Pessoal, Comunitário, Ambiental e Transcendental). Nas tabelas 2 e 3 encontram-se os valores correspondentes:

Tabela 2

*Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (BEE) dos domínios do BSI (Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal e Depressão)*

	Somatização		Obsessão-Compulsão		Sensibilidade Interpessoal		Depressão	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t
<b>Pessoal</b>	-.37	-5.10**	-.46	-6.57**	-.42	-5.84**	-.55	-8.07**
<b>Comunitário</b>	.09	1.30	.11	1.64	.11	1.59	.16	2.54*
<b>Ambiental</b>	.02	.38	-.005	-.08	-.04	-.67	-.01	-.17
<b>Transcendental</b>	.20	3.53**	.17	3.17**	.15	2.80**	.10	1.96
<b>R<sup>2</sup> ajust</b>	.09		.14		.12		.19	

\*\* Nível de significância < 0,01

Tabela 3

*Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (BEE) dos domínios do BSI (Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicotismo)*

	Ansiedade		Hostilidade		Ansiedade Fóbica		Ideação Paranoide		Psicotismo	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	T	$\beta$	t
<b>Pessoal</b>	-.44	-6.24**	-.25	-3.52**	-.27	-3.72**	-.30	-4.18**	-.36	-4.98**
<b>Comunitário</b>	.09	1.37	-.03	-.43	-.04	-.67	.03	.50	.04	.65
<b>Ambiental</b>	-.03	-.65	-.09	-1.62	.03	.62	-.06	-1.03	-.03	-.53
<b>Transcendental</b>	.16	3.03**	.09	1.56	.16	2.80**	.16	2.84**	.17	2.98**
<b>R<sup>2</sup> ajust</b>	.14		.09		.07		.08		.10	

\*\* Nível de significância < 0,01

Analisando os resultados obtidos da regressão linear, verifica-se que os domínios do BSI que são mais significativamente preditos pelas dimensões do BEE são a Depressão ( $R^2_{aj}=.196$ ), Obsessão-Compulsão ( $R^2_{aj}=.145$ ) e Ansiedade ( $R^2_{aj}=.143$ ). Contudo a capacidade de predição destes modelos é muito reduzida, o que significa que os diferentes domínios do BEE explicam pouco a variabilidade dos domínios do BSI.

No que respeita à importância que cada dimensão em particular tem sobre a variável dependente, apenas o domínio Pessoal é estatisticamente significativo para todos os domínios do BSI, enquanto que o domínio Transcendental apenas não afeta significativamente a dimensão Depressão e Hostilidade. A relação destes dois domínios de BEE com as variáveis psicopatológicas é no entanto diferente. O domínio Pessoal encontra-se inversamente relacionada com todas as dimensões do BSI (valor de  $\beta$  é sempre negativo), i. e., quanto maiores foram os níveis de bem-estar espiritual no domínio Pessoal, menores serão os níveis de sintomas psicopatológicos em todos os domínios. Igual relação é observada no domínio Comunitário em relação a algumas dimensões do BSI (Hostilidade e Ansiedade Fóbica). Já o domínio Transcendental contribui positivamente para explicar todos os domínios dos sintomas psicopatológicos.

Globalmente, o domínio que mais contribui para explicar o comportamento dos sintomas psicopatológicos é o domínio Pessoal, explicando melhor a variação da dimensão Obsessão-Compulsão ( $\beta= .46$ ).

### 3- Relação entre a Dissonância Espiritual e os Sintomas Psicopatológicos

Tabela 4

*Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (discrepância dos BEE) dos domínios do BSI (Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal e Depressão)*

Discrepância	Somatização		Obsessão-Compulsão		Sensibilidade Interpessoal		Depressão	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t	B	t
Pessoal	.34	4.62**	.45	6.54**	.38	5.40**	.56	8.41**
Comunitário	.02	.35	.01	.20	.04	.64	.03	.48
Ambiental	-.18	-2.47*	-.13	-1.98**	-.06	-.97	-.19	-2.94**
Transcendental	-.007	-.11	.05	.81	-.02	-.37	-.002	-.02
<b>R<sup>2</sup> ajust</b>	.07		.16		.12		.23	

\* Nível de significância <0,05

\*\* Nível de significância < 0,01

Tabela 5

*Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (discrepância do BEE)s dos domínios do BSI(Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicostismo)*

Discrepância	Ansiedade		Hostilidade		Ansiedade Fóbica		Ideação Paranoide		Psicostismo	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	T	$\beta$	t
<b>Pessoal</b>	.48	7.04**	.33	4.57**	.15	2.05*	.32	4.46**	.36	5.03**
<b>Comunitário</b>	.04	.71	.11	1.66	.10	1.50	.07	1.08	.12	1.71
<b>Ambiental</b>	-.17	-2.56*	-.10	-1.43	-.04	-.62	-.08	-1.21	-.14	-2.05*
<b>Transcendental</b>	-.007	-.11	-.03	-.47	-.02	-.41	-.06	-1.01	-.04	-.64
<b>R<sup>2</sup> ajust</b>	.17		.10		.02		.08		.11	

\* Nível de significância <0,05

\*\* Nível de significância < 0,01

A dimensão Depressão é a mais afetada pelo conjunto das discrepâncias dos domínios do BEE ( $R^2_{ajust}=.23$ ), tanto a discrepância no domínio Pessoal como no Ambiental apresentam-se como preditores significativos. Existe um grande contributo da discrepância do domínio Pessoal que explica a variação do comportamento da dimensão Depressão ( $\beta=.56$ ).

Verifica-se que a discrepância do domínio Pessoal apresenta valores significativos com todas as dimensões de sintomatologia com uma relação direta, i.e., quanto maior a discrepância no domínio Pessoal maiores são os sintomas psicopatológicos. Ao contrário das análises realizadas anteriormente, a dissonância no domínio Ambiental tem um impacto significativo, sendo este uma relação inversa, i.e., quanto maior a discrepância no domínio Ambiental menores os sintomas psicopatológicos.

#### 4- Relação entre do Bem-Estar Espiritual e as medidas de bem-estar global

Para se testar esta relação foi utilizado, novamente o teste de regressão linear e analisados a relação existente entre as três medidas de bem-estar percebido (ver Tabela 6).

Tabela 6

*Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (domínios do BEE) de Qualidade de Vida Global, Saúde Geral e Índice de Felicidade*

	Qualidade de Vida		Saúde Geral		Índice de Felicidade	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t
<b>Pessoal</b>	.49	7.01**	.35	4.86**	.35	4.84**
<b>Comunitário</b>	-.16	-2.36*	-.03	-.43	.05	.79
<b>Ambiental</b>	.06	1.06	-.04	-.67	-.07	-1.20
<b>Transcendental</b>	-.10	-1.87	-.14	-2.44*	-.01	-.18
<b>R<sup>2</sup> ajust</b>	.16		.09		.12	

\* Nível de significância <0,05

\*\* Nível de significância < 0,01

Em comparação aos outros domínios do bem-estar espiritual, apenas o domínio Pessoal apresenta valores estatisticamente significativos com todas as medidas globais de bem-estar, sendo uma vez mais o que mais contribui para explicar a variação nas três medidas (Saúde Geral, Qualidade de Vida e Índice de Felicidade).

Destaca-se a relação positiva existente entre o domínio Pessoal com a Qualidade de Vida, ( $\beta=.49$ ), indicando que quanto maior o Bem-estar espiritual Pessoal maiores serão os níveis de Qualidade de Vida Global. O domínio Comunitário estabelece uma relação significativa com a qualidade de vida percebida, mas estabelecendo uma relação inversa, i. e., quanto maiores os níveis de bem-estar espiritual no domínio Comunitário menor irá ser a qualidade de vida do sujeitos. Da mesma forma o domínio Transcendental encontra uma relação significativa inversa com a saúde geral i. e., quanto maiores os níveis de bem-estar espiritual no domínio Transcendental menor será a Saúde Geral

## Discussão

Tanto a espiritualidade como a religiosidade têm sido tema de interesse ao longo da história da humanidade, transversal à cultura e época (Peres, Simão & Nasello, 2007). Muitos investigadores têm comprovado o impacto, na sua maioria positivo, da espiritualidade no bem-estar, tendo um papel marcante nos comportamentos, pensamentos e vida das pessoas (Hadzic, 2011).

O presente estudo tem como principal objetivo analisar a relação existente entre o bem-estar espiritual e a saúde mental. Como tal, foram relacionados os vários domínios do bem-estar espiritual (Pessoal, Comunitário, Ambiental e Transcendental) propostos por Fisher (1999), com nove dimensões de sintomas psicopatológicos (Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicotismo). Analisou-se ainda os domínios do bem-estar espiritual com medidas de bem-estar (qualidade de vida global e saúde geral percecionada e índice de felicidade). Por fim foram relacionadas as dissonâncias dos domínios do bem-estar espiritual com as dimensões dos sintomas psicopatológicos.

Foram testadas as qualidades métricas dos instrumentos, encontrando-se bons resultados de fiabilidade tanto nas medidas de Bem-Estar Espiritual como dos Sintomas Psicopatológicos. As medidas de bem-estar espiritual apresentaram uma distribuição normal, o que não aconteceu em quase todas as dimensões da escala dos sintomas psicopatológicos.

Nos resultados obtidos observa-se que o bem-estar espiritual apresenta pouca influência explicativa na sintomatologia psicopatológica, sendo os domínios Pessoal e Transcendental do bem-estar espiritual os mais significativos para predizer estes sintomas, relacionando-se de forma diferente.

O domínio Pessoal encontra-se como sendo o domínio mais significativo, estabelecendo uma relação inversa com os sintomas psicopatológicos, i.e. quanto maior o bem-estar no domínio Pessoal menor o desconforto emocional dos indivíduos. Este domínio reflete a qualidade das relações que o sujeito estabelece consigo próprio no que se refere ao significado, propósito e valores da vida. Outros autores reforçam este desenvolvimento de valores pessoais e das próprias crenças sobre o propósito e significado do Homem, criados pela espiritualidade e religiosidade (Weaver, Flannelly, Garbarino, Figley & Flannelly, 2003) e a sua relação com a saúde mental. Segundo Koeing (2009) estas crenças religiosas (produtoras de significado e de propósito em circunstâncias difíceis) ajudam na integração

psicológica. Da mesma forma Maton (1989, cit. por Lindgren & Coursey, 1995) refere que o suporte social que proporciona sentimento de valorização, fornecido pela espiritualidade, é associado positivamente com o ajustamento pessoal e emocional em alunos de universidade com elevado grau de stress.

Nos resultados obtidos num estudo com 223 estudantes universitários apontam para uma relação positiva entre o bem-estar espiritual e a saúde mental. Existe maior relação com a subescala Existential Well-Being (EWB) em relação à subescala Religious well-being (RWB). A primeira subescala refere-se a elementos psicossociais, indicando o propósito e satisfação com a vida (Jafaria, Dehshiri, Eskandari, Najafi, Heshmati & Hoseinifar, 2010), considerado por Gomez e Fihser (2003) uma fusão dos domínios Pessoal, Comunitário e Transcendental do modelo de Fisher. E a segunda subescala que é mais ligado a uma relação com um poder superior, com sintomas somáticos, ansiedade, disfunção social e depressão (Jafaria, Dehshiri, Eskandari, Najafi, Heshmati & Hoseinifar, 2010), comparável com o domínio Transcendental de Fisher (Gomez & Fisher, 2003).

Igualmente noutro estudo que utiliza a mesma escala para avaliar o bem-estar espiritual encontrou maior associação da subescala EWB na frequência de distúrbios psiquiátricos menores em relação à subescala RWB (Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003). Na validação do SWBQ na versão alemã, foi também encontrado que o domínio Pessoal previa subsequente felicidade, bem-estar psicológico e níveis mais baixos de stress, indicando que, ter o seu próprio sentido pela vida e ter contacto com os seus valores internos são importantes no bem-estar (Rowold, 2011).

Mesmo sendo muito reduzido, o bem-estar espiritual tem maior associação nas dimensões Depressão ( $R^2_{aj}=.196$ ), Obsessão-Compulsão ( $R^2_{aj}=.145$ ) e Ansiedade ( $R^2_{aj}=.143$ ). Tem sido encontrado, em diversos estudos, a associação entre a espiritualidade e a Depressão e Ansiedade. Na revisão de literatura realizada por Keing (2012b), foram analisados 178 artigos de grande rigor metodológico, sendo que 67% apresentaram uma relação inversa enquanto que 7% apresentou uma relação positiva com a depressão. Dos 299 estudos que estudaram a relação com a religiosidade/espiritualidade, 49% apresentaram uma relação inversa enquanto que 11% mantinham uma relação direta. Koenig (2010) constata que as crenças e praticas espirituais podem funcionar como estratégias de coping no stress, por outro lado podem trazer sentimento de culpa e de medo. Crenças que estejam relacionadas com “espíritos malignos” e com retaliações por parte do divino, podem provocar ansiedade e vulnerabilidade. Desta forma poder-se-á explicar a relação direta existente entre o domínio Transcendental com a Ansiedade existente neste estudo.

Esta relação é reforçada com a associação encontrada entre as discrepâncias dos domínios do bem-estar com a sintomatologia psicopatológica, onde quanto maior a dissonância entre o ideal e o real do bem-estar espiritual maior é o desconforto emocional, encontrando-se igualmente um maior impacto da discrepância no domínio Pessoal, indicando que quanto maior a harmonia encontrada entre o ideal e o real a ser desenvolvido pelos indivíduos menores a sintomatologia.

Muitos estudos encontraram relação positiva entre a espiritualidade e a felicidade (Hadzic, 2011). Ao comparar-se o estudo longitudinal de Rowold (2011), onde foi analisado a relação entre a felicidade, medida através de Oxford Happiness Inventory (OHI; Hills & Argyle 2002 cit. por Rowold, 2001) e o bem-estar espiritual, medido com o mesmo instrumento mas na versão alemã que o presente estudo, numa amostra de 207 participantes, verificou-se que os resultados diferem em alguns pontos. No estudo de Rowold (2011) foram encontrados apenas valores estatisticamente significativos no domínio Pessoal e Comunitário sendo que o domínio pessoal explicava .42 da variância da felicidade, enquanto que no presente estudo existe uma associação de apenas .34. O bem-estar espiritual, no trabalho de Rowold (2011), explica 31% da variabilidade da felicidade enquanto que no presente estudo existe uma associação de apenas 12%. Observa-se igualmente que o domínio transcendental teve um impacto pequeno (.08) com a felicidade, enquanto que neste estudo apresentou uma relação também ela pequena mas negativa (-.02). Esta divergência de resultados pode ser explicada pela natureza dos dois instrumentos de felicidade utilizados, visto neste estudo a felicidade ter sido medida com base em apenas num item, o que poderá constituir uma medida menos fiável.

No presente estudo encontrou-se uma associação positiva entre o bem-estar espiritual e a perceção de qualidade de vida ( $R_{ajust}^2=.16$ ). Estes resultados são convergentes com os valores encontrados na meta-análise realizada por Sawatzky, Ratner e Chiu (2005). Estes autores concluíram que a relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida, apesar dos diferentes fatores metodológicos, tem um efeito moderado, onde 44 dos 59 analisados apresentam uma correlação média superior a .10.

Conclui-se que neste estudo, mesmo existindo um valor preditivo reduzido, o bem-estar espiritual tem relação na sintomatologia psicopatológica e em medidas de qualidade de vida, felicidade e saúde geral percebida pelos sujeitos. O facto de não existir grande variabilidade nos níveis dos sintomas psicopatológicos, explicado pela amostra ser constituída

por pessoas de população não clínica, pode justificar esta pouca sensibilidade na relação com os níveis de Bem-Estar Espiritual.

São apontadas algumas limitações metodológicas, nomeadamente a natureza da recolha da amostra. Esta foi selecionada por conveniência, como tal, não é garantido a representatividade precisa da população em estudo (população geral adulta portuguesa), encontrando-se uma amostra pouco heterogénea, visível no elevado grau de escolaridade apresentado pelos participantes (77,81% das pessoas terminaram o ensino superior) e na impossibilidade de sujeitos sem acesso à internet poderem realizar este questionário.

A recolha de dados via email é também ela, um fator preponderante na fiabilidade dos dados recolhidos, visto não ser possível o controlo do ambiente em que os questionários foram preenchidos, como também, com este método, existe viés de seleção, pois apenas uma minoria dos questionários iniciados foram totalmente preenchidos.

Salienta-se também como um viés metodológico o carácter transversal deste trabalho, pois não permite compreender qual a causa-efeito das variáveis estudadas, será que maiores níveis de Bem-Estar Espiritual causam menos níveis de sintomas psicopatológicos? Ou menos níveis de sintomas psicopatológicos causam maiores níveis de Bem-Estar Espiritual?

Outro ponto a ter em consideração é a fiabilidade das três medidas Qualidade de Vida, Saúde Geral e Índice de Felicidade. Coloca-se esta interrogação pois estas variáveis foram medidas apenas utilizando um único item.

Tendo como referência este trabalho, podem-se colocar algumas questões e propostas para investigações futuras de forma a se poder observar com maior rigor o impacto da espiritualidade na saúde mental das pessoas. Sugere-se a realização do mesmo estudo mas com duas amostras distintas, uma clínica (sujeitos com doença mental) e outra não clínica (como foi realizada no presente trabalho). A comparação dos dados destas duas populações distintas forneceria um maior conhecimento da forma como este Bem-Estar Espiritual é vivido pelas diversas pessoas. Muitos autores têm tentado explicar quais os mecanismo que contribuem para o efeito benéfico da espiritualidade na saúde mental das pessoas, desta forma, seria pertinente analisar com maior consistência o que está subjacente na relação entre estas duas variáveis.

A obtenção de uma amostra com maior número de indivíduos e mais diversificada, seria também uma mais valia para um estudo no futuro, traria maior precisão na representatividade da população em estudo.

Com o presente estudo pretende-se contribuir para um maior conhecimento sobre a associação entre o Bem-Estar Espiritual na vida mental das pessoas.

Um problema que é colocado nos estudos abordando a espiritualidade é a conceptualização e por conseguinte a mensuração desta variável. Este estudo utiliza um instrumento que colmata esta lacuna visto ter como base um modelo conceptual. Desta forma, este é uma mais valia para a fiabilidade das conclusões tiradas. Os estudos sobre esta temática realizados com população portuguesa também são escassos, sendo importante explorar a realidade presente neste país.

A espiritualidade pode ajudar a adoção de comportamentos e de estilos de vida mais saudáveis, trazendo um suporte psicossocial que ajuda a lidar com o sofrimento e emoções negativas (Hadzic, 2011).

Considero que a consciencialização do papel fundamental da espiritualidade na doença/saúde mental das pessoas por parte dos profissionais é essencial. A sua integração no tratamento poderá ajudar na procura de estratégias de coping espirituais saudáveis (Koenig, 2010).

## Referências Bibliográficas

- Baetz, M., & Toews, J. (2009). Clinical Implications of Research on Religion, Spirituality, and Mental Health. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(5), 292- 301.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), Testes e Provas Psicológicas em Portugal (vol.II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados.
- Chaudhry, H., R. (2008). Psychiatric care in Asia: Spirituality and religious connotations. *International Review of Psychiatry*, 20(5), 477–483.
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and Spirituality in the Lives of People with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 487- 499.
- Derogatis, L. (1975). Brief Symptom Inventory (BSI).
- Dew, R. E., Daniel, S. S., Armstrong, T. D., Goldston, D. B., Triplett, M. F., & Koenig, H. G. (2008). Religion/Spirituality and Adolescent Psychiatric Symptoms: A Review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 39, 381–398.
- Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, 4(1), 29-49.
- Fisher, J. W. (2006). Using secondary students' views about influences on their spiritual wellbeing to inform pastoral care. *International Journal of Children's Spirituality*, 11(3), 347–356.
- Fisher, J.W. (2007). It's time to wake up and stem the decline in spiritual well-being in Victorian schools. *International Journal of Children's Spirituality*, 12(2), 165–77.
- Fisher, J. (2009). Investigating Australian education students' views about spiritual well-being, as compared with teachers in schools. *International Journal of Children's Spirituality*. 14(2), 151-167.

- Fisher, J. W. (2010). Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions, 1*, 105-121.
- Fisher, J. (2011). The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions, 2*, 17-28.
- Fisher, J. (2013). Assessing spiritual well-being: relating with God explains greatest variance in spiritual well-being among Australian Youth. *International Journal of Children's Spirituality, 18* (4), 306-317.
- Fisher, J. W., Francis, L. J. & Johnson, P. (2000). Assessing spiritual health via four domains of well-being: the SH4DI. *Pastoral Psychology, 49*(2), 133–145.
- Fordyce, M. W. (1988). Review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research, 20*, 355--381.
- Fukui, S., Starnino, V. R., & Nelson-Becker, H. B. (2012). Spiritual Well-Being of People with Psychiatric Disabilities: The Role of Religious Attendance, Social Network Size and Sense of Control. *Community Mental Health Journal, 48*, 202–211.
- Gastaud, M. B., Souza, L. D. M., Braga, L., Horta, C. L., Oliveira, F. M., Sousa, P. L. R., & Silva, R. A. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28*(1), 12-18.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences, 35*, 1975–1991.
- 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.
- Gouveia, M.J. (2011). *Flow disposicional e bem-estar espiritual em praticantes de actividades físicas de inspiração oriental*. Tese de Doutoramento apresentada ao ISPA-Instituto Universitário de Ciências, Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.
- Hacknet, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion, 42*, 43–55.

- Hadzic, M. (2011). Spirituality and Mental Health: Current Research and Future Directions. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13, 223–235.
- Hefti, R. (2011). Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. *Religions*, 2, 611-627.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R.W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- Himle, J. A., Chatters, L. M., Taylor, R. J., & Nguyen, A. (2013). The Relationship Between Obsessive-Compulsive Disorder and Religious Faith: Clinical Characteristics and Implications for Treatment. *Spirituality in Clinical Practice*. 1(S), 53–70.
- Hofmann, L., & Walach, H. (2009). Spirituality and religiosity in psychotherapy - A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*. 21(2), 179-192.
- Huang, C., Shang, C., Shieh, M., Lin, H., & Su, J. (2011). The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan. *Psychiatry Research*, 187, 347–353.
- Jafaria, E., Dehshiri, G. R., Eskandari, H., Najafi, M., Heshmati, R., & Hoseinifar, J. (2010). Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1477–1481.
- Keefe, F., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D., Drew, J., Egert, J., Gibson, J., & Pargament, K. (2001). Living With Rheumatoid Arthritis: The Role of Daily Spirituality and Daily Religious and Spiritual Coping. *The Journal of Pain*, 2(2), 101-110.
- Keyes, C. L M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222

- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21<sup>st</sup> century. In C. L. M. Keyes & Haidt, J. (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the life well-lived* (pp. 293–312). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (3), 539–548.
- Keyesa, C. L. M., & Ryff, C. D. (2003). Somatization and mental health: A comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Social Science & Medicine, 57*, 1833–1845.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283-291.
- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and Mental Health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 7*(2), 116–122.
- Koenig, H. (2012a). Commentary: Why Do Research on Spirituality and Health, and What Do the Results Mean?. *Journal of Religion and Health, 51*, 460–467.
- Koenig, H. (2012b). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, 1-33.
- Lindgren, K. N., & Coursey, R. D. (1995). Spirituality and serious mental illness: a two-part study. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 18*(3), 93–111.
- Mamani, A. G. W., Tuchman, N., & Duarte, E. A., (2010). Incorporating Religion/Spirituality Into Treatment for Serious Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 348–357.
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber.
- Meezenbroek, E., Garssen, B., Berg, G., Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W., (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion & Health, 51*, 336–354.
- Moberg, D. O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development, 9*(1), 47-60.
- Moberg, D. O., (2008) Spirituality and Aging: Research and Implications. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 20* (1-2), 95-134,

- Mohr, S. (2011). Integration of Spirituality and Religion in the Care of Patients with Severe Mental Disorders. *Religions*, 2, 549-565.
- Mohr, S., Brandt, P.-Y., Gilliéron, C., & Huguelet, P. (2006). Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1952-1959.
- Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., Brandt, P.-Y., Rieben, I., Borrás, L., & Huguelet, P. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 177-82.
- Moodley, T., Beukes, R., & Esterhuyse, K. (2012). The Relationship between Coping and Spiritual Well-Being in a Group of South African Adolescents. *Religion & Theology*, 19, 265–297.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F. N., & Koenig, H. G. (2006). Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Oliveira, C. (2006). Espiritualidade e Religiosidade: sua relação com o Bem-Estar Subjetivo em vários Grupos Religiosos. Monografia de Licenciatura. Lisboa: ISPA. —esta é a referencia das crenças de pois v onde queres por
- Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 469-476.
- Pesuta, B., Clarkb, N., Maxwellc, V., & Michalakd, E. E. (2011). Religion and spirituality in the context of bipolar disorder: a literature review. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(8), 785–796.
- Pargament K.I., & Lomax J. W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*, 12, 26-32.
- Rasic, D., Robinson, J., Bolton, J., Bienvenu, O., & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 848-854.
- Rowold, J. (2011). Effects of spiritual well-being on subsequent happiness, psychological well-being, and stress. *Journal of Religion and Health*, 50, 950–963.

- Shah, R., Kulhara, S., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Quality of Life Research, 20*, 1053–1060.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research, 72*, 153–188.
- Stroppa1, A., & Moreira-Almeida, A. (2009). Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Revista de Psiquiatria Clinica, 36*(5), 190-196.
- Tepper, K., Rogers, S. A., Coleman, E. E., & Malony, H. N. (2001). The Prevalence of Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness. *Psychiatric Services, 52*(5), 660-665.
- Torre, M. A., (2002). Spirituality and Psychotherapy: An Important Contribution. *Perspectives in Psychiatric Care, 38*(3), 108-110.
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública, 37*(4), 440-445.
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine, 30*, 311–318.
- Weaver, A. J., Flannelly, L. T., Garbarino, J., Figley, C. R., & Flannelly, K. J. (2003). A systematic review of research on religion and spirituality in the Journal of Traumatic Stress : 1990-1999: Mental Health. *Religion & Culture, 6* (3), 215-228.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development, 17*, 110–119
- Worthington, E., Hook, J., Davis, D., & McDaniel, M. (2011). Religion and Spirituality. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 204-214.
- Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., & DeHaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence, 35*, 299–314.

## **Anexos**

## Anexo A: Consentimento Informado



### **Consentimento Informado**

Este estudo integra-se numa tese de mestrado de psicologia clinica a decorrer no ISPA-Instituto Universitário e tem como principal objetivo estudar as variáveis psicológicas que contribuem para o bem-estar psicológico, social e espiritual na população portuguesa.

A participação neste estudo consiste no preenchimento de um conjunto de questionários, com a duração média de 20 minutos.

Nesta investigação é garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação fornecida. Os dados aqui recolhidos serão considerados exclusivamente para fins estatísticos, de acesso exclusivo aos investigadores e apenas analisados coletivamente, no âmbito deste estudo.

A sua participação é totalmente voluntária mas gostaríamos muito que participasse. Não existem respostas certas ou erradas – todas as respostas são válidas, o importante é conhecer a sua opinião. Seja espontâneo e não reflita demasiado nas respostas.

Caso deseje esclarecer alguma dúvida ou se necessitar de informações adicionais poderá contactar:

A Investigadora responsável:

Inês de Brito                      mail:

A Orientadora da Tese de Mestrado:

Professora Doutora Maria João Gouveia

**Obrigada pela sua participação!**

Anexo B: Dados Sociodemográficos

**Informações Gerais**

**Sexo:** Feminino  Masculino  **Idade** \_\_\_\_

**Estado Civil**

Casado(a)/União de Facto  Divorciado(a)/Separado(a)   
Solteiro(a)  Viúvo(a)

**Número de anos de escolaridade com sucesso** \_\_\_\_\_ (anos)

**Situação Profissional**

Ativo  Reformado   
Estudante  Desempregado   
Outro, qual? \_\_\_\_\_

Sofre de alguma doença com diagnóstico médico?

Física  Qual/Quais? \_\_\_\_  
Psicológica  Qual/Quais? \_\_\_\_\_

Atualmente está a ser medicado(a)?

Não  Sim  Qual/Quais medicamento(s)? \_\_\_\_\_