



**Ispá**

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

**PAPÉL DA ESPIRITUALIDADE E DA  
REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA NO BEM-  
ESTAR MENTAL DE PESSOAS COM  
DOENÇA CRÓNICA**

MARIA JOÃO SALAVESSA MACHADO

Orientador de Dissertação:

DOUTORA PROFESSORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Professor de Seminário de Dissertação

DOUTORA PROFESSORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM Psicologia

Especialidade em Psicologia da Saúde

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de  
Profª Doutora Maria João Gouveia, apresentada no Ispa  
– Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre  
na especialidade de Psicologia da Saúde

## Agradecimentos

Terminada uma das jornadas mais desafiantes da minha vida começo com um sentimento que me é tão familiar e valioso, a gratidão.

Primeiramente gostaria de agradecer ao ISPA por depressa me ter envolvido com o sentimento de casa ao longo destes anos. Neste processo não poderia deixar de agradecer ao grupo de teatro que pertenço dISPAr Teatro e às amigas que a faculdade me deu, em conjunto contribuíram para a evolução do meu ser.

Gostaria de agradecer especialmente à professora Maria João Gouveia, por nunca ter desistido do meu trabalho, por me ajudar a ser autónoma, a perceber que sou capaz de tudo e que o erro faz parte do processo de aprendizagem.

Sandra, Dora, Miguel, Moisés, Paulo a vocês agradeço por terem sido um ninho neste processo, o ninho que acolheu a dor, a frustração, a tristeza, mas também a alegria e o orgulho por ter conseguido ultrapassar este desafio com tanta aprendizagem.

Um agradecimento especial à biblioteca de Azeitão, Vera e Sandra. Gratidão por me receberem todos os dias no vosso espaço, pelo acolhimento quando tudo parecia estar de pernas para o ar. O vosso afeto permitiu-me concluir esta etapa.

Quero ainda agradecer às minhas terapeutas Dra. Ana Gaspar e Dra. Nádía Vissram e ao grupo de psicodrama por me proporcionarem um espaço seguro, por serem a rede confortável para os trambolhões da vida.

Por último, mas não menos importante gostaria de agradecer à minha família, ao meu pai por lá em cima me ajudar a ter fé e a acreditar que seria capaz, à minha mãe por me dar estrutura e confiança para que seja eu mesma, ao meu irmão por nunca ter duvidado das minhas capacidades e à minha avó por me fazer sentir que sou um orgulho.

Dedico esta tese à minha criança interior, com esta etapa concluída digo-lhe: “És capaz disto e muito mais!”

## Resumo

A espiritualidade e a representação da doença apresentam contributos para o bem-estar de pessoas com doença crónica. Tem vindo a ser estudado a possível relação entre a espiritualidade e representação da doença. Este estudo pretende analisar se existe relação entre a espiritualidade e o bem-estar mental, mediada pela representação da doença. Participaram neste estudo de inquérito transversal 131 indivíduos entre os 22 e os 79 anos ( $M = 47.69$ ;  $DP = 15.41$ ) portadores de uma doença crónica. A espiritualidade foi medida com a versão portuguesa do questionário *Spiritual Health And Life-Orientation Measure* (SHALOM), a representação da doença com a adaptação portuguesa do *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) e o bem-estar mental com a versão portuguesa do *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS). A representação da doença correlacionou-se positivamente com o bem-estar, principalmente na dimensão representação emocional com um efeito moderado. A espiritualidade transcendental correlacionou-se de forma negativa e fraca com a duração aguda/crónica e com a coerência da doença de forma positiva e fraca. O domínio pessoal da espiritualidade relacionou-se negativamente com a coerência sendo esta relação fraca e de forma negativa e moderada com a representação emocional. A espiritualidade pessoal relacionou-se de forma positiva e forte com o bem-estar mental. A dissonância espiritual pessoal relacionou-se de forma negativa e forte com o bem-estar mental. Encontraram-se efeitos de mediação parcial da representação emocional na relação entre espiritualidade pessoal e o bem-estar mental e da representação emocional na relação entre dissonância espiritual e o bem-estar mental. São discutidas as limitações e implicações dos resultados obtidos.

**Palavras-chave:** Espiritualidade, Representação da Doença, Bem-Estar, Ajustamento à Doença Crónica, Dissonância Espiritual

## Abstract

Spirituality and illness perception contribute to the well-being of individuals with chronic illness. The possible relationship between spirituality and illness perception has been increasingly studied. This study aims to analyze whether there is a relationship between spirituality and mental well-being, mediated by illness perception. A cross-sectional survey was conducted with 131 participants aged between 22 and 79 years ( $M = 47.69$ ;  $SD = 15.41$ ) living with a chronic disease. Spirituality was assessed using the Portuguese version of the *Spiritual Health and Life-Orientation Measure* (SHALOM), illness perception with the Portuguese adaptation of the *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R), and mental well-being with the Portuguese version of the *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS). Illness perception was positively correlated with well-being, particularly in the emotional representation dimension, showing a moderate relationship. Transcendental spirituality was weakly and negatively correlated with acute/chronic duration and weakly and positively correlated with illness coherence. The personal domain of spirituality was weakly and negatively related to coherence and moderately and negatively related to emotional representation. Personal spirituality was positively and strongly associated with mental well-being. Personal spiritual dissonance was negatively and strongly associated with mental well-being. Partial mediation effects of emotional representation were found in the relationship between personal spirituality and mental well-being, as well as between spiritual dissonance and mental well-being. Limitations and implications of the findings are discussed.

**Keywords:** Spirituality, Illness Perception, Well-Being, Illness Adjustment, Spiritual Dissonance

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Enquadramento Teórico .....</b>	<b>3</b>
<b>O Ajustamento à Doença Crónica .....</b>	<b>3</b>
<b>Modelos Teóricos de Ajustamento à Doença Crónica .....</b>	<b>4</b>
<b>Bem-Estar Como Um Indicador de Ajustamento Positivo à Doença Crónica.....</b>	<b>10</b>
<b>Relação Entre a Representação da Doença e o Bem-Estar .....</b>	<b>11</b>
<b>Espiritualidade e Bem-Estar Espiritual: Conceptualizações .....</b>	<b>12</b>
<b>Espiritualidade e Saúde: Modelo de Autorregulação.....</b>	<b>14</b>
<b>Relação entre Espiritualidade e Representação da Doença.....</b>	<b>16</b>
<b>Relação Entre Espiritualidade, Representação da Doença e Bem-Estar.....</b>	<b>17</b>
<b>Objetivos do Estudo.....</b>	<b>18</b>
<b>Método .....</b>	<b>20</b>
<b>Desenho de investigação .....</b>	<b>20</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>20</b>
<b>Instrumento .....</b>	<b>23</b>
<b>Questionário dados pessoais e sobre doença.....</b>	<b>23</b>
<b>Avaliação do bem-estar mental.....</b>	<b>24</b>
<b>Avaliação da Representação da doença .....</b>	<b>25</b>
<b>Avaliação do Bem-Estar Espiritual .....</b>	<b>26</b>
<b>Procedimento.....</b>	<b>27</b>
<b>Análise de dados.....</b>	<b>28</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>30</b>
<b>Análise da Qualidade Psicométrica das Escalas .....</b>	<b>30</b>
<b>Relações Univariadas das Variáveis em Estudo.....</b>	<b>31</b>

<b>Relação Entre Dimensões de Representação da Doença e Bem-Estar Mental .....</b>	<b>31</b>
<b>Relação Entre as Dimensões de Experiência Vivida de Espiritualidade Com os Domínios de Representação da Doença e Com o Bem-Estar Mental .....</b>	<b>32</b>
<b>Relação entre Dissonância Espiritual com o Bem-Estar Mental e com os domínios de Representação da Doença .....</b>	<b>35</b>
<b>Representação da Doença como mediador da relação entre Espiritualidade e Bem-Estar Mental.....</b>	<b>36</b>
<b>Representação Emocional da doença como mediador da relação entre a dimensão Pessoal da Experiência vivida de Espiritualidade e o Bem-Estar Mental .....</b>	<b>36</b>
<b>Representação Emocional da doença como mediador da relação entre Dissonância Espiritual Pessoal e o Bem-Estar Mental.....</b>	<b>38</b>
<b>Duração Aguda/Crónica da doença como mediador da relação entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e o Bem-Estar Mental .....</b>	<b>39</b>
<b>Coerência da doença como mediador da relação entre a Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e o Bem-Estar Mental.....</b>	<b>40</b>
<b>Coerência da doença como mediador da relação entre a Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e o Bem-Estar Mental.....</b>	<b>41</b>
<b>Representação da Doença Como Mediadora da Relação Entre Espiritualidade Ideal e Bem-Estar Mental .....</b>	<b>42</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>43</b>
<b>Limitações e Estudos Futuros .....</b>	<b>48</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>51</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>52</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>62</b>
<b>Anexo A – Questionário Qualtrics.....</b>	<b>62</b>

<b>Anexo B – Análise da Normalidade das Escalas – Teste Kolmogorov-Smirnov..</b>	<b>69</b>
<b>Anexo C – Tabela das Relações Entre Dissonância Espiritual e Representação da Doença (Regressão Linear Múltipla) .....</b>	<b>70</b>
<b>Anexo D – Tabela das Relações Entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental, Duração Aguda/Crónica da Doença e Bem-Estar Mental.....</b>	<b>72</b>
<b>Anexo E – Tabela das relações entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal, Coerência da Doença e Bem-Estar Mental .....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo F – Tabela das relações entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental, Coerência da Doença e Bem-Estar Mental .....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo G – Tabela da Duração Aguda/Crónica da Doença como mediadora da relação da Espiritualidade Ideal Transcendental e o Bem-Estar Mental.....</b>	<b>75</b>
<b>Anexo H – Tabela das relações entre Espiritualidade Ideal Pessoal, Controlo Pessoal da Doença e Bem-Estar Mental.....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo I – Tabela das relações entre Espiritualidade Ideal Pessoal, Coerência da Doença e Bem-Estar Mental .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo J – Tabela das relações entre Espiritualidade Ideal Transcendental, Coerência da Doença e Bem-Estar Mental.....</b>	<b>78</b>

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.....</b>	<b>19</b>
<b>Tabela 2.....</b>	<b>20</b>
<b>Tabela 3.....</b>	<b>21</b>
<b>Tabela 4.....</b>	<b>21</b>
<b>Tabela 5.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 6.....</b>	<b>30</b>
<b>Tabela 7.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 8.....</b>	<b>33</b>

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.....</b>	<b>5</b>
<b>Figura 2.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 3.....</b>	<b>36</b>
<b>Figura 4.....</b>	<b>37</b>
<b>Figura 5.....</b>	<b>38</b>
<b>Figura 6.....</b>	<b>39</b>

## **Abreviaturas**

DC – Doença Crónica

WEMWBS – *Warwick-Edinburgh Mental Welfare Scale*

IPQ-R – *The Revised Illness Perception Questionnaire*

SHALOM – *Spiritual Health And Life-Orientation Measure*

BEE – Bem-Estar Espiritual

*“A vida não é essencialmente uma busca de prazer, como pensava Freud, ou uma busca de poder, como ensinou Alfred Adler, mas sim uma busca de sentido.”*

Viktor E. Frankl

## Introdução

Em 2019, 41% da população portuguesa com idade igual ou superior a 16 anos comunicou sofrer de pelo menos uma doença crónica segundo o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021) da OCDE. A doença crónica (DC) traz à pessoa portadora elevados desafios, entre eles, a alteração do estilo de vida permanente (Pais-Ribeiro et al., 2010). As alterações anteriormente referidas denominam-se por ajustamento ou adaptação. Torna-se neste sentido relevante aumentar o conhecimento nesta área explorando possíveis variáveis que proporcionem à pessoa com DC uma maior sensação de bem-estar.

Segundo Hoyt e Stanton (2018), existem três tipos de ajustamento à DC, nomeadamente, ajustamento físico, social e psicológico. Na construção do modelo de ajustamento à DC consideram a representação da doença como variável mediadora do ajustamento psicológico, social e físico. A definição de representação sobre a doença tem a sua raiz na Teoria de Autorregulação do Senso Comum desenvolvida por Leventhal e Colaboradores (1997). A representação da doença corresponde às interpretações, significados e compreensão que as pessoas têm sobre a sua doença (Pais-Ribeiro et al., 2010).

Nos últimos anos, tem-se dado maior ênfase ao ajustamento psicológico positivo, considerando que mesmo perante adversidades, é possível experienciar emoções positivas (Bower et al., 2005). Estudos apontam que indicadores como a satisfação com a vida, otimismo e propósito contribuem para um melhor ajustamento à doença (Aparício et al., 2020), sendo o bem-estar mental um reflexo deste ajustamento positivo (Boot et al., 2010). Este bem-estar pode ser entendido numa perspetiva hedónica (foco em sentir-se bem) e eudaimónica (funcionar bem) (Diener & Lucas, 1999; Ryff & Keyes, 1995).

As representações da doença revelam-se essenciais para o bem-estar de pessoas com DC. Num estudo feito a pessoas com artrite reumatoide, demonstrou-se que as representações da doença tiveram um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos com DC (Wang et al., 2021).

Considera-se ainda fulcral para um processo de ajustamento positivo à doença considerar a saúde na sua vertente holística, isto é, ter em conta as suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Kütmeç Yılmaz & Kara, 2021). Estudos indicam que, um dos fatores relevantes para um melhor ajustamento à doença passa por ter em conta o bem-estar espiritual (BEE) das pessoas com DC (Kütmeç Yılmaz & Kara, 2021).

A espiritualidade pode ser definida como uma busca individual pelo sentido de vida, conexão pessoal, com o transcendente, como a humanidade ou criação (Iannello et al., 2022). O conceito de bem-estar espiritual (BEE) desenvolvido por Fisher (1999) pode ser definido como um estado de harmonia nas relações que os indivíduos estabelecem consigo mesmos, com o ambiente, com o outro e com o transcendente.

Estudos sugerem que a espiritualidade pode impactar a saúde através da autorregulação emocional e cognitiva (Aldwin et al., 2014). Neste sentido, Kahraman e Pehlivan (2023) no seu estudo demonstraram que, quanto maior a percepção de desenvolvimento de uma melhor relação consigo mesmas, com o outro, com o ambiente e com algo para além de humano, mais positivas são as crenças sobre a DC o que pode contribuir para um ajustamento mais eficaz. Assim, a espiritualidade poderá considerar-se uma variável que explica indiretamente um maior bem-estar mental, possivelmente através da forma como a doença é percecionada. Estes autores reforçam a importância de existir um número maior de estudos que investiguem a relação entre espiritualidade, representação da doença e bem-estar em pessoas com DC.

Com o intuito de reforçar a evidência sobre estas relações, o objetivo deste estudo foi então investigar a relação da espiritualidade e da representação sobre a doença no bem-estar mental de pessoas com DC.

## **Enquadramento Teórico**

### **O Ajustamento à Doença Crónica**

Em Portugal, em cada dez pessoas mais de quatro relatam sofrer de uma doença crónica (DC), sendo esta uma proporção superior à da União Europeia segundo o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021) da OCDE. As DC, como por exemplo, as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes, cancro, são responsáveis por 85% das mortes em Portugal. É sabido que ter uma DC acarreta diversos desafios, neste sentido a literatura reforça a importância de existirem estudos que investiguem as variáveis que permitam à pessoa com DC ter uma maior qualidade de vida.

As DC são definidas pela literatura segundo um conjunto de características, nomeadamente, (1) serem condições de longa duração, (2) terem a sua origem em causas irreversíveis, (3) exigirem um novo estilo de vida, (4) provocarem incapacidade em várias áreas da vida, e por último, (5) necessitarem de controlo, observação e tratamento regular (Giovannini et al., 1986 citado por Pais-Ribeiro et al., 2010). As DC segundo Blanchard (1982) citado por Pais-Ribeiro e Colaboradores (2010) são condições que ao invés de serem curadas devem ser geridas.

A necessidade de gestão da DC deve-se ao facto da mesma provocar alterações no estilo de vida do indivíduo na maioria dos casos durante todo o curso da vida (Pais-Ribeiro et al., 2010). A forma como a pessoa irá lidar com a necessidade de mudança designa-se por ajustamento ou adaptação. Estes conceitos são considerados sinónimos segundo o dicionário português e na Psicologia da Saúde são utilizados dessa mesma forma (Park & Folkman, 1997; Stanton et al., 2007; Taylor, 1983). Para a presente investigação foi utilizado o termo ajustamento, uma vez que, tal como evidenciado na literatura este é o conceito mais adequado em contextos de saúde, dado que, é o que melhor descreve as interações dinâmicas entre a pessoa e o ambiente (Pais-Ribeiro et al., 2010).

Um melhor ou pior ajustamento dependerá de características pessoais, sociais e físicas da pessoa com DC (Pais-Ribeiro et al., 2010). É sabido que um ajustamento negativo à DC dará origem a diversos sintomas do foro físico (e.g. dor) e/ou mental (e.g. ansiedade) (Schmidt, 2016). Num estudo realizado por Polsky e Colaboradores (2005), os autores tiveram como objetivo explorar os índices de ajustamento negativo (e.g. depressão) nas diversas doenças crónicas. Os resultados obtidos relataram que o cancro tinha um maior risco de sintomas

depressivos (dois anos após o diagnóstico) seguido de condições crônicas no pulmão e do foro cardíaco. Neste sentido, é crucial compreender de forma mais aprofundada a multiplicidade do conceito de ajustamento à luz de modelos teóricos (Schulman-Green et al., 2016).

### **Modelos Teóricos de Ajustamento à Doença Crónica**

Os autores Hoyt e Stanton (2018) debruçaram-se sobre o estudo do ajustamento à DC e construíram um modelo teórico que engloba as diferentes variáveis para os diversos tipos de ajustamento. Este modelo tem uma primeira secção relativa aos moderadores que, por sua vez, se relacionam com as variáveis (mediadoras) que explicam os indicadores de ajustamento. Os autores, referem a existência de três tipos de ajustamento à DC, nomeadamente, ajustamento físico, social e psicológico.

O ajustamento físico diz respeito à capacidade da pessoa se adaptar às mudanças resultantes das alterações físicas que a DC possa ter provocado no quotidiano Hoyt e Stanton (2018).

O ajustamento social segundo os autores pode ser denominado pela capacidade de manutenção de relacionamentos e regras sociais. O funcionamento vocacional poderá também ser um indicador de ajustamento, mais especificamente na capacidade de desempenhar as rotinas do quotidiano. O regresso ao trabalho é também um indicador de ajustamento social de elevada importância, dado que, as pessoas com cancro têm uma maior probabilidade de ficarem sem emprego quando comparadas com a população geral (Bhattacharyya et al., 2007).

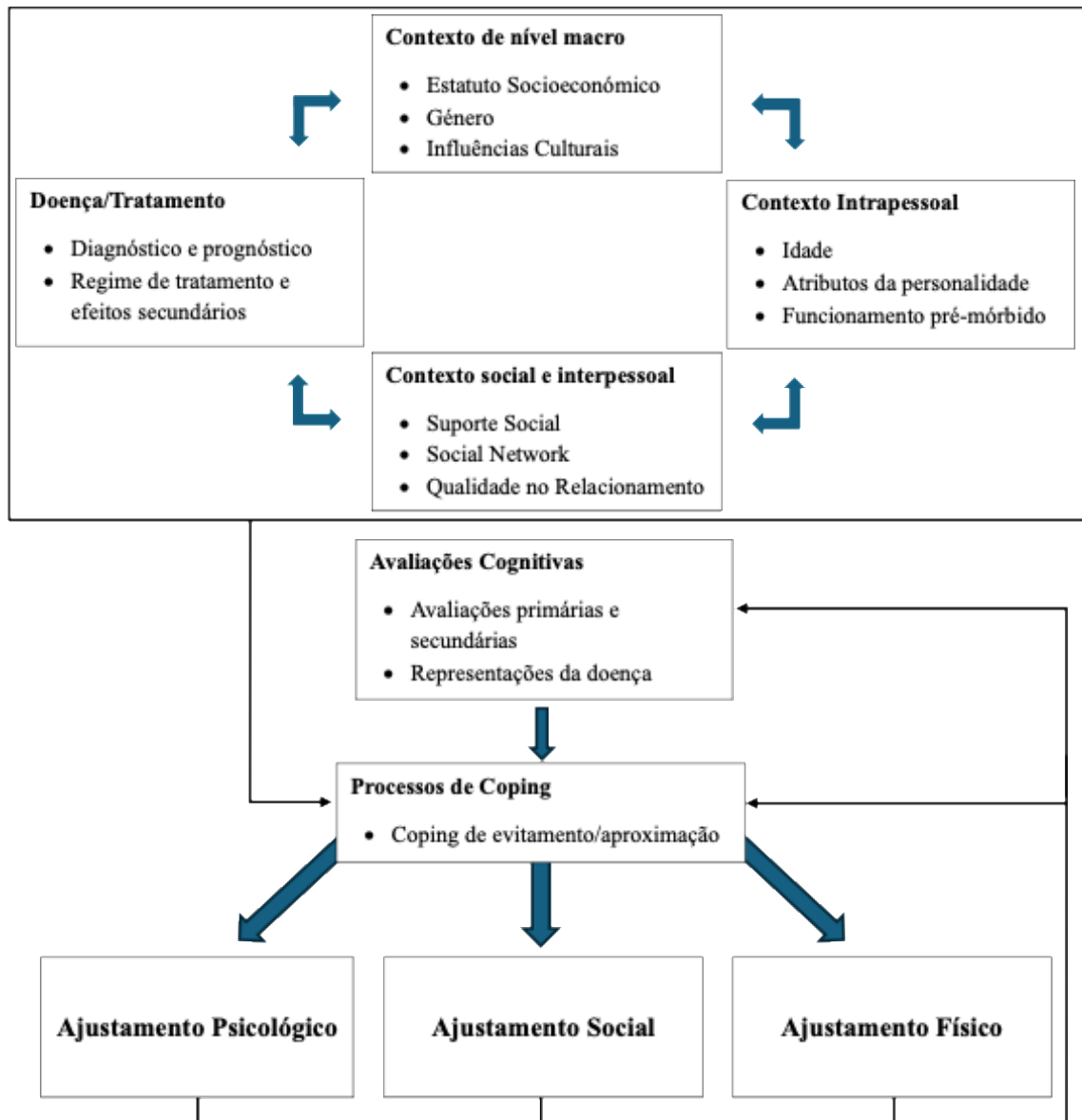
Relativamente ao ajustamento psicológico, este pode ser definido como um conceito multidimensional que integra a adaptação cognitiva, emocional e comportamental que a pessoa tem perante situações desafiantes. Engloba a capacidade de regulação emocional e funcional de forma a conservar o bem-estar (Taylor, 2012). Tem sido cada vez mais estudado as dimensões positivas associadas ao ajustamento, uma vez que, as dimensões positivas e negativas têm diferentes conclusões (Ong et al., 2017).

Na Figura 1 está presente um esquema explicativo do Modelo Teórico de ajustamento à DC proposto pelos autores Hoyt e Stanton (2018). Na primeira secção deste modelo, estão presentes moderadores tais como: (1) o contexto de nível macro que inclui o estatuto socioeconómico, género e cultura (Gallo & Matthews, 2003; Whitfield et al., 2002). De seguida, (2) contexto social e interpessoal (suporte social, social network e qualidade dos

relacionamentos). Neste âmbito, é sabido que existe um impacto relativo do suporte social no ajustamento à DC (Martire & Helgeson, 2017). No que diz respeito às relações interpessoais, estas têm um impacto direto na expressão emocional da pessoa com DC, podendo reforçar um melhor ajustamento e evidenciar um maior sentido de significado e conexão (Martire & Helgeson, 2017). Estão também presentes os (3) contextos intrapessoais como a idade, atributos da personalidade e funcionamento pré-mórbido. Por último (4) questões relacionadas com a doença e com o tratamento (diagnóstico, prognóstico, regimes de tratamento e possíveis efeitos secundários).

**Figura 1**

*Esquema Explicativo do Modelo Teórico de Ajustamento à Doença Crónica*



*Nota.* Adaptação do Modelo Teórico de Ajustamento à Doença Crónica de Hoyt e Stanton (2018).

Os moderadores anteriormente mencionados irão, por sua vez, influenciar a segunda secção deste modelo relativa aos processos de ajustamento, isto é, as avaliações cognitivas (avaliações primárias, secundárias e representações da doença) e os processos de coping (Moos & Schaefer, 1993).

O Modelo Transacional de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984) compreende em si as avaliações cognitivas (primárias e secundárias) e os processos de coping. Os autores referem que, o coping deverá ser compreendido como um processo dinâmico que varia de acordo com as características pessoais (e.g personalidade) e as avaliações cognitivas que a pessoa adota face à situação que está a viver.

No que diz respeito às avaliações primárias, estas correspondem à primeira avaliação que as pessoas fazem após experienciarem um evento stressante que influencie o bem-estar. Estas primeiras avaliações são de ameaça/prejuízo ou benefício/desafio (Lazarus & Folkman, 1984). Neste âmbito, as avaliações de ameaça e desafio ao surgirem muitas das vezes em simultâneo em pessoas com DC comprometem um possível ajustamento positivo à doença (Hart & Charles, 2013). As avaliações secundárias, dizem respeito às perceções que o sujeito tem sobre os recursos que utilizou para lidar com as exigências da situação que vivencia (Lazarus & Folkman, 1984).

Após as avaliações cognitivas primárias e secundárias, o indivíduo poderá adotar dois processos de coping que derivam desta avaliação. Nomeadamente, (1) estratégias de coping focadas no problema (e.g reestruturação de objetivos, atribuição de significado) onde o indivíduo enfrenta a situação de stress, por exemplo, o diagnóstico de uma DC e realiza um plano de ação para lidar com a situação (e.g procurar ajuda). O segundo processo compreende (2) as estratégias de coping focadas nas emoções, onde poderá ou não existir uma regulação emocional associada à situação stressante. Um exemplo de uma regulação adaptativa poderia ser a utilização de estratégias para reduzir a ansiedade, em contrapartida o evitamento está inserido numa estratégia desadaptativa para lidar com a fonte de stress (Lazarus & Folkman, 1984). No coping focado nas emoções, a pessoa pode utilizar o processamento emocional (e.g identificar a origem e a influência das emoções negativas) e/ou a expressão emocional (e.g capacidade de comunicar o que sente a um amigo).

Como apresentado no modelo de ajustamento, faz também parte das avaliações cognitivas a variável representação da doença. Esta é uma das variáveis com maior influência

no processo de ajustamento à DC (Touma et al., 2021). As representações da doença correspondem às interpretações, significados e compreensão que as pessoas têm sobre a sua doença (Pais-Ribeiro et al., 2010). A relevância desta variável para a alteração de comportamentos e na experiência de viver o quotidiano com uma DC tem sido amplamente estudada (Cameron et al., 2015). Esta variável surge da orientação de três quadros teóricos: o modelo explicativo da doença (Kleinman, 1980) as teorias de stress e avaliação cognitiva (Lazarus & Folkman, 1984) e, por último, o modelo de autorregulação do senso comum (Leventhal et al., 1997).

No modelo proposto por Hoyt e Stanton (2018) estes consideraram para a definição do conceito de representação da doença o Modelo de Autorregulação do Senso Comum desenvolvido por Leventhal e colaboradores (1997). Este modelo é considerado o “líder” para a compreensão do ajustamento físico e psicológico na DC (Leventhal et al., 1980)

O Modelo de Autorregulação do Senso Comum, apoia-se no Modelo Transacional de Stress e Coping e formula a ideia principal de que quando um indivíduo está doente este, numa primeira instância, procura a forma como poderá alcançar o seu estado saudável. Para alcançar este estado a pessoa utiliza como recurso modelos mentais, de forma a atribuir significado aos sintomas, doenças ou perceções de ameaça. Após a atribuição de significado adota estratégias para se conseguir ajustar baseadas em crenças cognitivas e emocionais, que constrói sobre a sua doença (Leventhal et al., 1997).

O Modelo de Autorregulação do Senso Comum, é um modelo dinâmico que descreve os recursos utilizados para a autorregulação de saúde e doença. Este modelo tem início, por exemplo, após o diagnóstico de uma DC que suscita uma alteração à normalidade. A pessoa quando experiencia uma situação que considera ameaçadora, processa-a de forma cognitiva (e.g. causa) e de forma emocional (e.g. tristeza) formando representações da doença. Com base nestas representações irá adotar estratégias de coping para lidar com a situação. Numa fase posterior, o indivíduo avalia se as estratégias adotadas favoreceram ou não o ajustamento à situação ameaçadora. Caso exista uma persistência de sensação de ameaça, a pessoa poderá reformular e adotar novas estratégias de enfrentamento até sentir que a fonte de stress esteja controlada (Leventhal et al., 1997).

A primeira fase deste modelo que diz respeito à representação tanto cognitiva como emocional que a pessoa faz sobre a doença, tem sido amplamente estudada na literatura como

uma variável que explica um melhor ou pior ajustamento à doença (Stanton & Hoch, 2025). A representação da doença é uma das principais variáveis desta dissertação. Leventhal e colaboradores (1980) desenvolvem as sete dimensões que fazem parte da representação da doença, sendo estas (1) a percepção do grau de controlo (pessoal e de tratamento) sobre a doença, (2) a percepção da duração da doença (aguda, crónica ou cíclica) da doença, (3) a identidade (sintomas associados à doença), (4) a coerência da doença (grau de compreensão), (5) as causas da doença, (6) as consequências da doença (para a vida da pessoa) e, por último, (7) a representação emocional da doença (respostas emocionais ao estímulo).

A literatura refere que, as dimensões relativas às percepções de consequências da doença, representações emocionais, avaliações causais e identidade são dimensões que tendem a sobrepor a sua explicação teórica com os resultados de ajustamento que desejam prever (Stanton & Hoch, 2025). Por exemplo, a evidência indica que as consequências da doença e, em específico, a representação emocional negativa da doença refletem resultados negativos para o ajustamento físico, psicológico e para a qualidade de vida em pessoas portadoras de DC (Dempster et al., 2015). No entanto, estas ligações podem ser redundantes porque podem refletir o ajustamento à doença em si sendo difícil distanciar a representação que a pessoa faz sobre a DC dos seus impactos emocionais e funcionais. No que toca às percepções causais, dado à heterogeneidade de operacionalizações, também demonstra ser uma variável com menor impacto no que toca ao ajustamento à DC (Broadbent et al., 2006).

Com base no parágrafo anterior a literatura aponta que dentro das dimensões da representação da doença, as dimensões psicológicas que possuem um maior impacto no ajustamento à DC são a dimensão de percepção controlo da doença, a percepção de duração e de coerência da doença (Stanton & Hoch, 2025).

Relativamente à dimensão controlo, esta divide-se em duas dimensões: percepção de controlo pessoal e percepção de controlo de tratamento da doença. A primeira indica o grau de controlo percebido sobre a doença e o seu possível desenvolvimento. Já a segunda, refere-se às crenças que a pessoa tem sobre a eficácia do tratamento para a sua doença (Horne, 1997; Moss-Morris et al., 2002). A evidência explica que, quanto maiores são os níveis de controlo nestas dimensões, menores são as experiências de stress/ameça sentidas pelas pessoas com DC, apresentando assim benefícios para um ajustamento positivo em diversas DC (Dempster et al., 2015; Hagger & Orbell, 2022). A título de exemplo prático Toscano et al. (2020) concluíram num estudo que realizaram a pessoas com melanoma, que quanto maiores foram os níveis de

controle pessoal mais vastos eram os indicadores de ajustamento positivo à doença no decorrer do tempo.

No que toca à dimensão relativa à percepção de duração da doença, a mesma diz respeito à percepção que o indivíduo tem sobre o tempo que a sua doença irá durar podendo categorizar-se em duração aguda, cíclica ou crónica. Existem duas ideias presentes na literatura, uma primeira defende que quanto maior for a percepção aguda sobre a doença piores serão os resultados de ajustamento em diversas DC, uma vez que, este resultado poderá demonstrar uma negação ao diagnóstico (Stanton & Hoch, 2025). E uma segunda ideia que contrasta com a anterior, onde é apontado que quanto maior a percepção de cronicidade da doença pior o ajustamento à mesma (Dempster et al., 2015). Os autores defendem que quando as pessoas antecipam a cronicidade da doença aumentam a percepção que têm sobre a dificuldade no ajustamento à mesma. Ou seja, percecionam maiores níveis de perda relativos à doença originando maiores sintomas de depressão e stress.

Por último, a dimensão relativa à percepção de coerência da doença pode ser definida como o grau de compreensão que as pessoas têm sobre a sua doença. A literatura neste sentido relata que um menor grau de compreensão da doença constitui um fator de risco ao ajustamento à mesma (Stanton & Hoch, 2025). Este fator encontra-se diretamente relacionado com sentimentos de incerteza e de compreensão em relação ao diagnóstico, prognóstico da doença e de estratégias que possam auxiliar a gestão e/ou cura da doença, bem como formas de lidar com as possíveis consequências que a mesma acarrete. Num estudo realizado por Pokrajac-Bulian e Ambrosi-Randić (2020) foi demonstrado que, quanto menor o nível de coerência/compreensão da doença maiores foram os índices de sintomas relacionados com ansiedade e depressão.

Após uma explicação detalhada do modelo teórico de ajustamento à doença DC (Figura 1) importa reforçar que todos estes processos estão diretamente relacionados com os resultados de ajustamento físico, social e psicológico. Neste sentido, existe um crescente interesse pelas dimensões positivas de ajustamento, devido ao facto de as pessoas poderem experienciar emoções positivas mesmo que estejam a passar por situações de elevada dificuldade, chegando muitas vezes a atribuir significado a esta experiência (Bower et al., 2005). Os estudos demonstram que o ajustamento positivo contribui para o processo de ajustamento à doença de longo curso e está igualmente relacionado com melhores índices de bem-estar (Helgeson et al., 2006).

## **Bem-Estar como um Indicador de Ajustamento Positivo à Doença Crónica**

A organização mundial de saúde define bem-estar mental como um estado de saúde mental positiva constituído por dois domínios: um relativo aos afetos (visão hedónica) e outro ao funcionamento psicológico (visão eudaimónica) (Barnard, 2018).

A visão hedónica está relacionada com a pessoa sentir-se bem, ou seja, associa o bem-estar à felicidade subjetiva, isto é, à sensação de prazer e desprazer (Kahneman, 1999). Esta visão é avaliada através do bem-estar subjetivo que inclui dimensões como a satisfação com a vida, afeto positivo e negativo, estando também fortemente relacionado com a felicidade (Diener & Lucas 1999).

A visão eudaimónica vai para além da felicidade, focando-se na perspetiva de o indivíduo viver de acordo com os seus valores de forma a expressar o seu verdadeiro eu (Waterman, 1993). Ryff e Keyes (1995) propuseram o bem-estar psicológico como um construto multidimensional visto através de uma lógica de funcionamento contrastando com o bem-estar subjetivo (visão hedónica) proposta por Ed. Diener (Diener, 1984). Ryff e Keyes (1995) explicam que o bem-estar psicológico deverá ser medido com recurso a seis dimensões: autonomia, crescimento pessoal, autoaceitação, domínio do meio, propósito de vida e relações positivas. Estes aspetos favorecem a saúde física e emocional.

Após uma breve conceptualização de bem-estar mental consideramos relevante para a realização desta dissertação a demonstração de como esta variável pode ser vista como um indicador de ajustamento positivo à doença. Hoyt e Stanton (2018) no seu modelo de ajustamento à DC referem como indicadores de um ajustamento positivo à doença, o humor positivo, a perceção de satisfação com a vida e qualidade de vida. Tendo em conta estas variáveis e as conceptualizações de bem-estar conseguimos compreender que este construto pode ser visto como um indicador de ajustamento positivo à doença (Boot et al., 2010).

Neste âmbito, Aparício e colaboradores (2020) realizaram um estudo cujo objetivo se debruçou em compreender o impacto que uma lesão medular no doente, em específico no processo de ajustamento à doença. Focaram-se em dois momentos, na fase de reabilitação e logo após a lesão. Examinaram ainda os fatores que indicavam um melhor ajustamento à doença. Os autores tiveram como foco o ajustamento psicológico, uma vez que, a literatura indica que este tipo de ajustamento pode afetar diversas dimensões do bem-estar (Luhmann, 2012 citado por Aparício et al., 2020). Os resultados demonstraram que os doentes com um bom

ajustamento indicaram ter um maior grau de satisfação com a vida, maior otimismo, propósito de vida e autoeficácia.

Os estudos anteriores que se focaram em compreender os indicadores de ajustamento positivo na fase da reabilitação da lesão medular, identificaram de forma semelhante que estão compreendidos entre estes indicadores a autoeficácia e o propósito de vida em pessoas portadoras de DC (Peter, 2014 citado por Aparício et al., 2020). Logo após a lesão medular, os estudos referem como indicadores de ajustamento à DC a satisfação nas relações e o suporte social (Tramonti, 2014 citado por Aparício et al., 2020).

Dentro desta temática, Christensen (2023) realizou um estudo com pessoas com esclerose múltipla, onde foi verificado que a resiliência pertencia também ao conjunto de variáveis indicadoras de um ajustamento positivo à DC. Esta investigação compreendeu que estes indicadores impactam de forma direta a perceção que a pessoa com DC tem sobre si, sobre a doença, sobre a perceção dos outros, na satisfação com a vida e na confiança em alcançar objetivos definidos.

Numa revisão sistemática da literatura realizada por Touma et al. (2021), sobre os fatores da qualidade de vida e o ajustamento psicossocial na doença de Crohn foi demonstrado que a variável representação da doença apresentava ser um determinante para o ajustamento positivo à DC. Verificou-se que, as perceções negativas afetam diretamente o bem-estar e criam barreiras para o ajustamento à DC.

### **Relação Entre a Representação da Doença e o Bem-Estar**

As representações da doença constituem um caminho relevante para o alcance de bem-estar (Ma et al., 2018). Neste sentido Lee e colaboradores (2019) realizaram um estudo com o objetivo de acrescentar conhecimento sobre a representação que pessoas com cancro da mama têm sobre a sua doença e a sua possível relação com a perceção de bem-estar. Os resultados do estudo indicaram que os indivíduos com uma representação negativa da doença (e.g. perceção de consequências negativas) tiveram uma perceção de bem-estar menor.

Dentro desta temática, Wang e colaboradores (2021) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a relação das representações da doença e da qualidade de vida em pessoas com artrite reumatoide na China. Os resultados do estudo demonstraram que, quanto maior for o impacto negativo da identidade da doença e da representação emocional, menor será a

qualidade de vida. Ou seja, este resultado poderá demonstrar que se a pessoa considera que a sua identidade se restringe à doença os níveis de bem-estar serão menores e segundo este estudo irão afetar a qualidade de vida associada à dor (Wang et al., 2021). No que toca à representação emocional da doença, os indivíduos que sentem maiores níveis de ansiedade e tristeza apresentam prejuízos na qualidade de vida em áreas relacionadas com a saúde mental, percepção geral de saúde, no funcionamento social, entre outros.

Por outro lado, foi demonstrado que quanto maior for a sensação de controlo pessoal sobre a doença, isto é, a pessoa sentir que tem um papel ativo na saúde e quanto maior for a confiança no tratamento melhores serão os índices de qualidade de vida (Wang et al., 2021). Por fim, a dimensão consequências percebidas pelos indivíduos com artrite reumatoide estiveram relacionadas com a dimensão vitalidade na qualidade de vida e a dimensão coerência da doença com a saúde mental. Estes autores concluíram que, as representações sobre a doença demonstraram ter um impacto significativo na qualidade de vida de pessoas com artrite reumatoide.

Considera-se ainda fulcral para um processo de ajustamento positivo à doença considerar a saúde na sua vertente holística, isto é, ter em conta as suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Kütmeç Yılmaz & Kara, 2021). Estudos indicam que, um dos fatores relevantes para um melhor ajustamento à doença passa por ter em conta o bem-estar espiritual das pessoas com DC (Kütmeç Yılmaz & Kara, 2021).

### **Espiritualidade e Bem-Estar Espiritual: Conceptualizações**

A definição de espiritualidade tem originado algum debate na evidência científica, uma vez que, ainda não existe consenso relativamente a este construto (Fisher, 2011; Gouveia, 2011). A espiritualidade pode ser entendida como uma busca individual pelo sentido de vida, conexão pessoal, com a humanidade ou criação (Iannello et al., 2022). Neste sentido, é então vista como um fenómeno universal independente de afiliações religiosas. Este conceito é também reconhecido na literatura como uma estratégia de coping para lidar com as doenças indo para além das dimensões religiosas, centrando-se no significado e propósito de vida (Fisher, 2011; Zinnbauer & Pargament, 2005).

Numa investigação realizada por Cunha et al. (2021) foi defendida a ideia de que a problemática relativa à compreensão do construto espiritualidade assenta na dificuldade em distingui-la do conceito religião. Neste sentido, desde o século XIX até ao século XXI, a relação

entre religião e espiritualidade apresenta duas abordagens: primeiramente a religião e a espiritualidade compreendiam um único conceito e a partir do século XXI começou a surgir a ideia de separação e a associação da religião a práticas religiosas e a espiritualidade estaria ligada à busca pelo sentido de vida partilhando a referência à ligação transcendental existente na religião (Koenig, 2009 citado em Cunha et al., 2021).

Dada a dificuldade em definir o conceito espiritualidade surgiu a necessidade de criar um modelo teórico que definisse espiritualidade e integrasse a dimensão transcendental associada à religião, de forma a valorizar a diversidade das experiências pessoais sem polarizar os conceitos (Fisher, 2011). Neste campo, Fisher (2011) foi um dos pioneiros neste processo introduzindo o conceito de bem-estar espiritual (BEE) através da criação do modelo dos quatro domínios utilizado nesta investigação.

Fisher (2011) constrói a sua visão sobre espiritualidade com recurso à elaboração de estudos apoiados em revisões de literatura e na avaliação quantitativa e qualitativa de variáveis relacionadas com a espiritualidade. Este autor defende a ideia dinâmica da espiritualidade, como sendo inata refletindo o lado mais profundo do ser humano. Fisher (1999) preocupou-se em testar empiricamente a variável espiritualidade, mais concretamente, interligar a espiritualidade com o bem-estar sob a forma de bem-estar espiritual/saúde espiritual. Esta necessidade surge devido ao facto da literatura sobre saúde espiritual se basear em revisões de literatura, não tendo sido o conceito operacionalizado tal como evidenciado por Gouveia (2011).

A crescente exploração dos construtos que contribuem para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, deu lugar ao aparecimento do conceito de BEE dada à relevância demonstrada da espiritualidade para a saúde (Fisher, 1999). O BEE torna-se uma das dimensões de bem-estar que mais é explorada na literatura (Miller & Foster, 2010). Fisher (1999) passa a definir BEE como uma forma de estar que se expressa pelo nível de harmonia e de qualidade das relações que os indivíduos estabelecem consigo mesmos, com o ambiente, com o outro e com o transcendente.

Os quatro domínios que fazem parte do modelo de BEE de Fisher (1999) são o domínio pessoal que faz alusão à forma como o indivíduo se relaciona consigo mesmo em termos de significado, propósito e valores na vida. O domínio comunitário, que diz respeito ao grau de profundidade e qualidade das relações intra e interpessoais. O domínio ambiental, neste

domínio fazem parte valores como o sentido de admiração, respeito e unidade com a natureza. E, para finalizar, o domínio transcendental, que diz respeito à relação do eu com algo ou alguém para além do nível humano, isto é, força cósmica, Deus, realidade transcendente envolvendo a fé, adoração, culto ou veneração direcionadas à fonte de mistério do universo. O nível global de BEE é integrado através da relação estabelecida em cada dimensão (Fisher, 2011).

O BEE resulta da diferença entre aquilo que as pessoas idealizam para a sua saúde espiritual e aquilo que de facto se sentem a desenvolver em cada um dos quatro domínios. Por exemplo, no domínio pessoal o indivíduo pode considerar que na sua idealização é importante desenvolver afeto pelas outras pessoas, mas na experiência vivida percebe que não se sente a desenvolver afeto. Fisher designa este fenómeno como dissonância espiritual. Quando existe um conflito entre o que se idealiza e o que se está a experienciar surge um desconforto psicológico (e.g ansiedade, culpa) que pode afetar de forma negativa o bem-estar.

O autor conclui que as pessoas desenvolvem BEE quando experienciam um desafio na sua vida e reúnem esforços para manter a harmonia na relação inter e intrapessoal, bem como com o ambiente que as envolve. Este esforço leva ao desenvolvimento do carácter pessoal de forma a aprofundar a relação que têm com as quatro dimensões do BEE. É ainda importante realçar que apesar de se utilizarem os termos “bem-estar” e “saúde espiritual” estes não indicam, um maior bem-estar ou saúde espiritual na pessoa. Estes termos demonstram apenas a percepção que a pessoa tem sobre em que medida se sente a desenvolver cada um dos quatro domínios relativos à sua espiritualidade (Gouveia, 2011).

### **Espiritualidade e Saúde: Modelo de Autorregulação**

A saúde é conceptualizada como sendo um conceito multidimensional que inclui a dimensão espiritual (Chandler et al., 1992). O bem-estar é então sentido quando existe uma percepção de integração total das várias dimensões da saúde (e.g física, social, mental) que inclui, nesta experiência, as dimensões espirituais (Coward & Reed, 1996).

Aldwin e colaboradores (2014) realizaram uma investigação cujo propósito assentava sobre a identificação dos modelos teóricos que descrevessem a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde, debruçando-se ainda sobre a análise de estudos empíricos que vinculassem dimensões específicas da espiritualidade/religiosidade e saúde física. Os autores propuseram ainda, na sua investigação a elaboração de um modelo teórico de ligação

entre as teorias anteriores sobre a espiritualidade, religiosidade e saúde e os modelos de autorregulação.

Koenig (2008) é um dos autores que explorou a vinculação entre espiritualidade e saúde. O mesmo, sugere no seu modelo teórico que a espiritualidade apresenta resultados positivos para a saúde tais como, um aprofundamento da conexão com os outros, bem-estar e um maior sentido de propósito e significado. Permitem ainda a redução de estados emocionais adversos (e.g. ansiedade e depressão). A espiritualidade influencia ainda de forma direta os fatores psiconeuroimunológicos o que origina níveis menores de probabilidade de doenças cardiovasculares, cancro e mortalidade (Aldwin et al., 2014).

Nelson (2009), foi outro autor de referência no caminho da investigação entre a espiritualidade e saúde acrescentando novas luzes ao tema. O mesmo defendeu que, alguns dos processos através dos quais a espiritualidade pode impactar as pessoas com DC a lidarem melhor com o stress da sua doença, será através de um maior suporte social, aumento de comportamentos saudáveis, existência de crenças construtivas, maior gestão emocional e uma maior vivência transcendental.

Park (2012), criou um modelo teórico assente nos aspetos globais da espiritualidade/religiosidade que influenciam a saúde sendo estes: influências gerais, crenças e interpretações específicas e influências em situações de crise. As influências gerais estão relacionadas com a implementação de hábitos saudáveis, apoio social e na prática de atividades religiosas (e.g. oração). Estas auxiliam no relaxamento e desvio de atenção. As crenças e interpretações específicas exercem auxílio na reestruturação do pensamento em avaliações positivas e num maior afeto positivo. Por fim, Park (2012) refere que a espiritualidade exerce influência em momentos de crise demonstrando ainda impacto na adesão ao tratamento.

Com recurso aos modelos anteriormente mencionados o modelo de Aldwin e colaboradores (2014) testa dois caminhos. O primeiro, considera que existe uma relação entre espiritualidade e religiosidade, no entanto estas influenciam de forma diferente os resultados de saúde. Em segundo, alegam que estes resultados podem ser explicados através de processos diferentes de autorregulação.

Neste sentido, os autores defendem que, a religiosidade no sentido institucional/práticas formais religiosas, influencia a saúde principalmente através da autorregulação comportamental. Através de hábitos de saúde como a redução do consumo de álcool e tabaco,

limitação de comportamentos sexuais de risco, entre outros. Já a espiritualidade exerce impacto positivo na saúde através da autorregulação emocional (Watts, 2007 citado por Aldwin et al., 2014). A mesma auxilia as pessoas na redução de estados de excitação negativa, como a reatividade cardíaca, uma vez que, os indivíduos na maioria das vezes experienciam sensações de relaxamento. A espiritualidade contribui ainda para a diminuição de processos inflamatórios podendo reduzir a morbidade (Aldwin et al., 2014).

A autorregulação comportamental e a autorregulação emocional não caminham em vias separadas, na verdade os autores referem que a autorregulação emocional pode melhorar a autorregulação comportamental (Aldwin et al., 2014). Uma regulação emocional eficaz tende a incentivar à adoção de comportamentos de saúde mais positivos, exercendo uma influência benéfica na morbidade e na mortalidade.

Em suma, tal como apresentado no subcapítulo relativo aos modelos de ajustamento à doença faz parte deste processo os modelos de autorregulação que têm em si a variável representação da doença que pode ser tanto cognitiva como emocional, criando assim uma ponte com o modelo de autorregulação apresentado por Aldwin e colaboradores (2014). Este modelo demonstrou que a espiritualidade exerce um impacto positivo na saúde através da regulação emocional. Neste sentido, considerou-se relevante explorar com recurso à evidência científica a relação entre espiritualidade e representação da doença.

### **Relação entre Espiritualidade e Representação da Doença**

Kahraman e Pehlivan (2023), realizaram uma investigação com o objetivo de estudar a relação entre BEE e a representação sobre a doença em indivíduos turcos com cancro do pulmão.

Os resultados deste estudo demonstraram que existe uma correlação significativa entre o BEE e as dimensões da variável representação da doença. No que diz respeito à perceção de duração da doença, este estudo demonstrou que quanto maiores os valores de BEE maiores os níveis de perceção de duração da doença como crónica. As dimensões da representação sobre a doença com maior correlação positiva com o BEE foram as dimensões de perceção de controlo pessoal e de tratamento, indo de encontro ao que é descrito na literatura, uma vez que, estas são as dimensões centrais do modelo de Leventhal (1997). Estas correlações positivas demonstram que à medida que o BEE aumenta, as pessoas com DC sentem-se mais capazes de lidar com a sua doença influenciando também a perceção do tratamento como eficaz. Por

último, existe uma correlação positiva embora fraca entre o BEE e a dimensão representações emocionais. Este resultado, segundo os autores Kahraman e Pehlivan (2023), poderá demonstrar que à medida que os scores de BEE aumentam, as emoções vivenciadas no curso da doença também aumentam. Posto isto, os autores concluem que apostar no desenvolvimento do BEE em pessoas com DC irá impactar positivamente as representações que as pessoas têm sobre a sua doença.

No mesmo ano Vasilaki et al. (2023) debruçaram-se igualmente sobre a relação entre espiritualidade e representação da doença com a valência da relação destas mesmas com a sensação de fadiga em pessoas com diabetes tipo II. Os autores defendem a inovação do seu estudo, uma vez que, estas variáveis são na sua maioria estudadas de forma isolada. Os resultados do estudo demonstraram que, a espiritualidade e as representações da doença especificamente na dimensão de percepção de controlo pessoal da doença e de tratamento têm efeitos protetores auxiliando nos efeitos psicológicos relacionados com a experiência de viver com diabetes tipo II.

No que toca à ligação entre espiritualidade e representação da doença foram encontradas correlações significativas e foi verificado que, quando os indivíduos tinham níveis altos de espiritualidade tinham uma maior resiliência para lidar com a sua doença mesmo que a percepção sobre ela seja negativa (Vasilaki et al., 2023).

Vasilaki e colaboradores (2023) realçam que apesar de existir literatura suficiente que comprova o benefício da integração da espiritualidade nos cuidados de saúde, ainda é necessário a existência de um número maior de estudos que explorem o impacto da espiritualidade e da representação sobre a doença no bem-estar dos pacientes com doença crónica. Alertam também para a importância de uma abordagem holística na prestação de cuidados nesta população.

### **Relação Entre Espiritualidade, Representação da Doença e Bem-Estar**

A literatura sobre a importância da espiritualidade e das representações da doença para o bem-estar, tanto quanto foi pesquisado, é escassa principalmente nos possíveis efeitos que as representações da doença podem ter no bem-estar de pessoas com DC. Sharifi et al. (2024) realizaram um estudo experimental a 85 mulheres com o objetivo de testar a eficácia da terapia cognitiva centrada na espiritualidade para a melhoria das representações sobre a doença, imagem corporal, função sexual e pensamentos intrusivos em mulheres que tivessem DC. A

terapia cognitiva espiritual demonstrou auxiliar na identificação e avaliação de padrões de pensamentos disruptivos com recurso a ensinamentos espirituais que possam substituir estes pensamentos por uns mais realistas (Memaryan et al., 2017). Pessoas com melhores níveis de percepção de controlo pessoal da doença e de percepção de controlo do tratamento tendem a aceitar a sua condição e a aderir com maior eficácia ao tratamento. Park et al. (2020) realçam a importância de fortalecer estas crenças de controlo para que a doença não seja percecionada como uma ameaça, permitindo um melhor ajustamento à mesma.

Os resultados deste estudo demonstraram que em relação às representações da doença, a espiritualidade ajudou as mulheres a percecionarem a sua doença de forma mais positiva, existindo um menor impacto dos pensamentos intrusivos e angustiantes sobre a DC. Em suma, este estudo surge como uma demonstração da importância da espiritualidade e das representações da doença no bem-estar. No entanto, os autores referem que esta é uma área que necessita de ser mais estudada, para que se entenda melhor a relação entre espiritualidade, o bem-estar e os processos que explicam esta relação (Sharifi et al., 2024).

### **Objetivos do Estudo**

Kahraman e Pehlivan (2023) no seu estudo concluem também que o BEE impacta positivamente as representações que as pessoas com DC fazem sobre a sua doença. Isto é, quanto mais as pessoas se sentem a desenvolver uma melhor relação consigo mesmas, com o outro, com o ambiente e com algo para além de humano, mais positivas são as crenças sobre a DC. As representações que as pessoas fazem sobre a doença constituem um caminho relevante para o alcance de bem-estar em pessoas com DC (Ma et al., 2018). Neste sentido, a espiritualidade pode estar ligada com o bem-estar não de forma direta, mas através das representações que as pessoas fazem sobre a doença, podendo esta ser uma variável que explica a relação entre espiritualidade e bem-estar.

Este estudo apresenta como objetivo principal explorar o papel da espiritualidade e das representações de doença no bem-estar mental de pessoas portadoras de DC, bem-estar que se entende aqui como um indicador de ajustamento à doença.

Testar-se-á a seguinte questão de investigação:

Em que medida a relação entre espiritualidade e bem-estar é mediada pelas representações da doença?

A resposta a esta questão implica explorar:

- a) A relação entre espiritualidade e bem-estar mental;
- b) A relação entre espiritualidade e representações da doença;
- c) A relação entre representações da doença e bem-estar mental;
- d) A relação entre dissonância espiritual e ajustamento à doença avaliado pelo bem-estar mental.

## Método

### Desenho de investigação

Este estudo apresenta uma metodologia quantitativa, de natureza não-experimental e de delineamento correlacional. O estudo é de carácter transversal, pois os dados foram recolhidos num único momento.

### Participantes

A amostragem utilizada para este estudo foi não probabilística, intencional por efeito bola de neve. Responderam a este inquérito um total de 131 portugueses com maioridade e portadores de uma ou mais doença(s) crónica(s).

Os únicos critérios de exclusão foram relativos à idade (impossibilidade de menores de 18 anos), à incompletude do questionário e a pessoas sem doença crónica.

A Tabela 1 contem as informações sociodemográficas da amostra em estudo. A larga maioria dos participantes é do sexo feminino (74%), casada ou em união de facto (51.9%) e apresenta escolaridade ao nível do ensino secundário (38.9%) ou da licenciatura (37.4%). Em termos de situação profissional, predominam os trabalhadores (54.2%), seguindo-se os reformados (22.1%) e os desempregados (9.9%).

A idade média dos participantes foi de 47.69 anos ( $DP = 15.41$ ), indicando uma amostra composta por indivíduos de diferentes faixas etárias variando dos 22 aos 79 anos.

### Tabela 1

#### *Caracterização sociodemográfica dos participantes*

	Frequências Absolutas (n)	Frequências Relativas (%)
<b>Género</b>		
Feminino	97	74%
Masculino	34	26%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/a	44	33.6%
Casado/a ou União de Facto	68	51.9%

Divorciado/a	16	12.2%
Viúvo/a	3	2.3%
<b>Escolaridade</b>		
1º Ciclo	2	1.5%
2º Ciclo	0	0%
3ª Ciclo	8	6.1%
Ensino Secundário	51	38.9%
Licenciatura	49	37.4%
Mestrado	21	16%
Doutoramento	0	0%
<b>Situação Profissional</b>		
Estudante	8	6.1%
Trabalhador-Estudante	6	4.6%
Trabalhador	71	54.2%
Reformado	29	22.1%
Desempregado	13	9.9%
Outro	4	3.1%

A Tabela 2 e a Tabela 3 contêm os dados relativos ao tipo de doenças dos participantes. Mais especificamente relativos às categorias de doença(s) crónica(s), isto é, física, psicológica ou ambas; a existência ou não de acompanhamento médico regular para a DC; o tempo de diagnóstico da DC e o grau de 0-10 em que os participantes consideravam que a DC com maior impacto na sua vida afetava a sua saúde e a qualidade de vida.

## **Tabela 2**

### *Categorias e Acompanhamento Médico Regular*

	Frequências Absolutas (n)	Frequências Relativas (%)
<b>Categorias de Doença Crónica</b>		
Física	121	96.4%
Psicológica	6	4.6%

Ambas	4	3.1%
Acompanhamento Médico Regular		
Sim	117	89.3%
Não	14	10.7%

**Tabela 3**

*Tempo de Diagnóstico e Grau Em Que a Doença Crónica Afeta a Saúde e Qualidade de Vida*

	Média (M)	Desvio-Padrão (DP)
Tempo de Diagnóstico	14.81	12.14
Grau em que Doença Crónica afeta		
Saúde	6.20	2.35
Qualidade de Vida	6.03	2.65

A maioria dos participantes referiu ter doença(s) crónica(s) físicas (92.4%), seguindo-se psicológicas (4.6%) e ambas (3.1%). No que toca ao acompanhamento médico regular para a DC, a maioria dos participantes apresentou ter este acompanhamento (89.3%) (ver Tabela 2). O tempo de diagnóstico foi de 14.80 anos ( $DP = 12.14$ ). Quando perguntado aos participantes sobre o grau em que consideravam que a DC com maior impacto na sua vida afetava a sua saúde, a média dos participantes consideraram o grau 6 ( $DP = 2.35$ ), assim como na qualidade de vida ( $M = 6.03$ ;  $DP = 2.65$ ) (ver Tabela 3).

Na Tabela 4 estão presentes os dados que indicam em que medida os participantes se consideram pessoas espirituais e/ou religiosas (nada, pouco, moderado, bastante e muito).

**Tabela 4**

*Grau de Consideração: Pessoas Espirituais e Pessoas Religiosas*

	Frequências Absolutas (n)	Frequências Relativas (%)
Pessoas Espirituais		
Nada	10	7.6%

Pouco	24	18.3%
Moderado	50	38.2%
Bastante	22	16.8%
Muito	25	19.1%
Pessoas Religiosas		
Nada	36	27.5%
Pouco	16	12.2%
Moderado	51	38.9%
Bastante	21	16%
Muito	7	5.3%

---

A maioria dos participantes considerou moderadamente ser uma pessoa espiritual (38.2%), seguindo-se a consideração “muito” (19.1%), pouco (18.3%), bastante (16.8%) e por último, as pessoas que se consideraram “nada” espirituais (7.6%).

No que toca à consideração de serem pessoas religiosas a maioria dos participantes considerou o grau moderado (38.9%), seguindo-se o nada religiosas (27.5%), o bastante (16%), o pouco (12.2%) e muito religiosas (5.3%).

### **Instrumentos**

Neste estudo foram utilizados quatro instrumentos: um questionário sociodemográfico, a Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Mental adaptada por Figueiredo e Colaboradores (2022); a Versão Portuguesa do Questionário de Representação da Doença adaptado por Santos e colaboradores (2003) e, por último, a Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual.

#### ***Questionário dados pessoais e sobre a doença***

No questionário sociodemográfico deste estudo (ver Anexo A) foram recolhidas a idade dos participantes, o seu género, o distrito de residência, estado civil, se se encontravam num relacionamento amoroso, habilitações literárias, situação profissional, número de pessoas que habitam com o respondente e a existência ou não de filhos. De seguida, foi pedido aos sujeitos que pensassem na DC que tinha um maior impacto nas suas vidas. Os sujeitos indicavam qual era a doença, há quanto tempo tinha sido diagnosticada, se tomavam medicação e se tinham acompanhamento médico regular para essa doença. Ainda nesta secção os participantes

responderam numa escala de 0-10 o grau que consideravam que essa mesma doença afetava a saúde geral e a qualidade de vida. Para finalizar esta secção, foi perguntado se os participantes tinham mais alguma doença e se sim qual. No final do questionário foram feitas perguntas sobre a religião e a espiritualidade, nomeadamente se tinham ou não alguma religião se sim qual e práticas associadas à mesma. Os participantes indicaram ainda o grau em que consideravam ser uma pessoa religiosa ou espiritual (nada, pouco, moderado, bastante, muito). Caso se considerassem uma pessoa espiritual existiu também uma última pergunta sobre práticas associadas à espiritualidade.

### ***Avaliação do bem-estar mental***

Ao conceptualizar o bem-estar mental surgem duas perspetivas distintas uma hedónica referente ao bem-estar subjetivo, ie - à pessoa sentir-se bem, associadas às experiências de prazer e desprazer (Ryan & Deci, 2001) e uma perspetiva eudaimónica que aborda uma lógica de funcionamento associada ao bem-estar psicológico incluindo características de autonomia, crescimento pessoal, autoaceitação, domínio do meio, propósito de vida e estabelecimento de relações positivas Ryff e Keyes (1995).

Apoiada numa perspetiva de integração destas duas abordagens ao bem-estar surge a medida unidimensional utilizada nesta investigação denominada por *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS) desenvolvida por Tennant e Colaboradores (2007). Figueiredo e Colaboradores (2022) fizeram a adaptação portuguesa desta escala, uma vez que, só existia uma medida de bem-estar validada para a população portuguesa que media apenas uma componente de bem-estar, nomeadamente o bem-estar subjetivo de seu nome Escala de Satisfação com a Vida (Neto et al., 2008).

Esta escala unidimensional é composta por 14 itens relativos a afetos positivos (e.g. tenho-me sentido otimista em relação ao futuro), relações interpessoais satisfatórias (e.g. tenho-me sentido próximo de outras pessoas), desenvolvimento pessoal (e.g. tenho-me interessado por coisas novas), autonomia (e.g. tenho sido capaz de tomar as minhas próprias decisões) e autoaceitação (e.g. tenho-me sentido bem comigo mesmo) (Figueiredo et al., 2022). Os 14 itens são medidos numa escala de 5 pontos variando 1 “Nunca” a 5 “Sempre”. A cotação resulta do somatório dos itens. Valores mais elevados ditam níveis melhores de bem-estar mental. A consistência interna tanto na escala original como na adaptação portuguesa foi de 0.91. Os valores da consistência interna ( $\alpha$ ) desta escala referentes à amostra desta investigação, assim como outros resultados de validade serão apresentados nos resultados.

### ***Avaliação da Representação da doença***

A variável representação da doença tem origem no modelo de Autorregulação do Senso Comum de Leventhal e colaboradores (1997). Estas representações caracterizam-se por serem avaliações cognitivas que correspondem às interpretações, significados e compreensão que as pessoas têm sobre a sua doença (Pais-Ribeiro et al., 2010).

No que toca à medição desta variável, a escala original *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) de Weinman et al. (1996) foi reduzida de 50 para 38 itens (IPQ-R) por Moss-Morris e colaboradores, em 2002. Foi neste sentido utilizada a versão adaptada da escala IPQ-R para a população portuguesa com uma condição oncológica realizada por Santos e Colaboradores (2003). A escala é composta por 38 itens agrupados por sete dimensões.

As sete dimensões compreendem a duração aguda/crónica (itens 1\* ,2, 3, 4\*, 5 e 18\* e.g. a minha doença dura pouco tempo) e a duração cíclica (itens 29, 30, 31 e 32 e.g. os sintomas da minha doença vêm e vão em ciclos), estas dimensões dizem respeito às perceções de temporalidade. Ou seja, quanto maior for o valor atribuído nestas dimensões mais crónica é a perceção da doença e maior a sua periodicidade. De seguida, a dimensão de controlo pessoal (itens 12, 13, 14, 15\*, 16 e 17 e.g. há coisas que posso fazer para controlar os meus sintomas) diz respeito às perceções de controlo por parte do paciente sobre a sua doença e controlo de tratamento (itens 19\*, 20, 21, 22 e 23\* e.g. o tratamento é eficaz na cura da minha doença), esta dimensão pode ser definida como as crenças sobre a eficácia das intervenções médicas para o tratamento da doença. Nestas dimensões, quanto maior for o valor na dimensão controlo pessoal maior a motivação para a adesão a comportamentos saudáveis, já no controlo de tratamento quanto maior forem os valores nesta dimensão maior a probabilidade de sucesso na adesão ao tratamento. Na dimensão consequências da doença (itens 6, 7, 8\*, 9, 10 e 11 e.g. a minha doença tem grandes consequências para a minha vida) a mesma diz respeito às perceções sobre os possíveis impactos da doença na vida do paciente. Quanto maior for o valor nesta dimensão, piores serão as consequências percecionadas. A representação emocional (itens 33, 34, 35, 36\*, 37 e 38 e.g. fico deprimido quando penso sobre a minha doença) diz respeito ao impacto emocional que a doença causa na vida dos pacientes. Quanto maior o valor, mais negativa é a representação emocional da doença. Por último, na subescala coerência da doença (itens 24, 25, 26, 27 e 28\* e.g. não compreendo a minha doença) diz respeito à compreensão da doença por parte do paciente, por isso, quanto maior o valor obtido, menor é a compreensão

da doença por parte do doente. As escalas duração aguda/crónica, consequências, coerência e representação emocional apresentam itens invertidos.

Os itens são medidos numa escala de 5 pontos “discorda plenamente” até 5 “concorda plenamente”. A cotação desta escala é feita através da média dos itens correspondentes a cada subescala.

Relativamente à consistência interna ( $\alpha$ ) da escala IPQ-R (Moss-Morris, 2002) esta tem um valor de .75. Relativamente aos níveis de consistência interna da adaptação portuguesa da escala IPQ-R o valor correspondente à dimensão duração aguda/crónica é de  $\alpha=0.83$ , duração clínica  $\alpha=.76$ , controlo de tratamento  $\alpha=.69$ , controlo pessoal  $\alpha=.65$ , coerência da doença  $\alpha=.75$ , representação emocional  $\alpha=.84$  e consequências da doença  $\alpha=.75$ . Os valores da consistência interna desta escala na amostra desta investigação, assim como outros resultados de validade serão apresentados nos resultados.

### ***Avaliação do Bem-Estar Espiritual***

O bem-estar espiritual é definido pela experiência de qualidade das relações das pessoas em quatro dimensões, na dimensão pessoal, comunitária, ambiental e transcendental. O bem-estar espiritual foi medido através da versão portuguesa da escala de saúde espiritual e orientação para a vida adaptada e validada por Gouveia e Marques (2012) do original *Spiritual Health And Life-Orientation Measure* (SHALOM) de Fisher (2010). Esta escala é composta por 20 itens agrupados nas quatro dimensões (cinco itens por dimensão). Este instrumento permite avaliar não só a experiência atual do indivíduo, mas também a importância dada a cada domínio para um bem-estar espiritual ideal. Neste processo avaliativo duplo de cada item, o SHALOM permite uma comparação do indivíduo consigo mesmo e com o conceito de espiritualidade, isto é, o bem-estar espiritual que considera ideal (*Life Orientation Measure*) e em que medida se sente a desenvolver (experiência vivida) o mesmo em cada domínio (*Spiritual Health Measure*).

Relativamente às dimensões da escala, a dimensão pessoal (itens 5, 9, 14, 16 e 18, e.g. um sentido para a vida) está ligada à relação que a pessoa tem consigo mesma, em termos de propósito, significado e valores de vida. Implica o autoconhecimento com associação à identidade, autoconsciência, alegria, paz interior e sentido de vida. A dimensão comunitária (itens 1,3, 8, 17 e 19, e.g. confiança entre as pessoas), diz respeito às relações interpessoais estabelecidas referentes à cultura englobando sentimentos como o amor, a confiança e justiça.

A dimensão ambiental (itens 4, 7, 10, 12 e 20, e.g. espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante) refere-se a um sentimento de admiração e união com a natureza, consiste na relação entre o mundo físico e biológico. A última dimensão diz respeito ao transcendental (itens 2, 6, 11, 13 e 15, e.g. admiração e respeito pela criação ou origem do cosmos) que se refere à relação do indivíduo com algo para além de humano, sendo esta relação expressa com o lado místico do universo.

Foi pedido às pessoas que indicassem em que medida cada afirmação seria ideal para um estado de BEE e em que medida se sentiam a desenvolver cada afirmação, o cálculo desta diferença dará origem à variável dissonância espiritual que se calcula através da diferença destas duas escalas de bem-estar espiritual. Os itens são medidos através de uma escala de 5 pontos 1 “muito pouco” a 5 “muitíssimo”. São formulados de forma positiva e o resultado é obtido pela média das respostas atribuídas aos itens de cada subescala. É ainda possível obter uma medida global de BEE resultante do somatório dos resultados das diferentes dimensões. Valores mais altos significam melhores níveis de bem-estar espiritual.

A consistência interna global da adaptação portuguesa da escala (Gouveia & Marques, 2012) foi de .89 para a experiência vivida de espiritualidade e .88 para o ideal de espiritualidade. Relativamente à consistência interna ( $\alpha$ ) das dimensões da escala, na dimensão pessoal a consistência interna para a medida ideal foi de .77 e para a experiência vivida .75. Para o domínio comunitário  $\alpha$  da medida ideal foi de .79 e para a experiência vivida foi de .74. Para o domínio ambiental  $\alpha$  da medida ideal foi de .83 e para a medida experiência vivida foi de .84. Por último, na dimensão transcendental para a medida ideal  $\alpha$  tem o valor de .89 e para a experiência vivida tem o valor de .88. Os valores de consistência interna desta escala na amostra desta tese, assim como outros resultados de validade serão apresentados mais à frente na secção dos resultados.

## **Procedimento**

A recolha de dados foi feita através da plataforma online *Qualtrics*, onde os participantes responderam ao questionário relativo à investigação proposta. O link relativo ao questionário foi divulgado em associações de pessoas com doenças crónicas, em consultórios médicos, em redes sociais mais especificamente em grupos de pessoas com doença crónica. Os participantes, após acederem ao link, encontraram uma primeira página relativa ao consentimento informado. A mesma incluiu, o contexto onde a investigação foi realizada, o objetivo do estudo, a informação de que o questionário era destinado a pessoas com doença

crónica, de nacionalidade portuguesa e maiores de 18 anos. Incluiu ainda informações sobre o tempo de realização do questionário, o anonimato e a natureza voluntária do estudo, a inexistência de respostas certas ou erradas e, por fim, que os participantes poderiam desistir a qualquer momento.

O participante respondeu ao questionário sociodemográfico, seguido das três escalas, *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* WEMWBS (Figueiredo et al., 2022), *Revised Illness Perception Questionnaire* IPQ-R (Santos et al., 2003) e *Spiritual Health And Life-Orientation Measure* SHALOM (Gouveia & Marques, 2012). No final foram disponibilizados contactos de associações que auxiliam pessoas com doença crónica, bem como a linha de apoio psicológico do SNS.

Relativamente à probabilidade de risco desta investigação, foram minimizados através da voluntariedade na participação do estudo, do consentimento informado e da opção de desistência a qualquer momento.

### **Análise de dados**

A exportação dos dados foi feita para o IBM SPSS Statistics v.29. De seguida, realizou-se a análise descritiva das variáveis com recurso à média, desvio padrão, mínimos e máximos. De seguida, com recurso ao teste KolmogorovSmirnov e considerando o valor de  $p$  superior a .05 como indicador da presença de normalidade analisou-se a sensibilidade das escalas (SHALOM, IPQ-R e WEMWBS). Verificou-se igualmente a sensibilidade dos itens com recurso aos indicadores de assimetria e curtose, os valores absolutos aceitáveis para a assimetria estarão abaixo de 3 e os da curtose abaixo de 7 (Kline, 2023). Foi ainda analisada a consistência interna das escalas em estudo e as suas respetivas dimensões com a consideração do valor adequado de .7 (Maroco, 2014).

Foram analisadas as relações das variáveis em estudo (Espiritualidade, Dissonância Espiritual, Representação da Doença e Bem-Estar Mental) com recurso a regressões lineares múltiplas. Em primeiro lugar averiguou-se a relação entre as dimensões de Representação da Doença (M) com o Bem-Estar Mental (VD); Em segundo lugar as dimensões da Experiência Vivida de Espiritualidade (VI) com as dimensões da variável Representação da Doença (M) e com o Bem-Estar Mental (VD); Em terceiro lugar a Dissonância Espiritual (VI) com Bem-Estar Mental (VD) e com a Representação da Doença (M). A escala Ideal de Espiritualidade foi utilizada somente para o cálculo da Dissonância Espiritual. Para a relação ser considerada

significativa, a estatística teste da ANOVA ( $t$ ) e o valor de beta ( $\beta$ ) o valor de  $p$  teria de ser inferior ou igual a .05 (Maroco, 2014).

Com as relações significativas evidenciadas nas regressões lineares procedeu-se à análise de mediação com recurso ao software macro PROCESS de Hayes para o SPSS. O modelo final deste teste de mediação deve ser significativo ( $p \leq .05$ ) e com relações significativas entre todas as variáveis em estudo ( $p \leq .05$ ). O efeito direto da VI na VD deve igualmente ser significativo ( $p \leq .05$ ). O efeito indireto com recurso a análise *bootstrap* deve demonstrar-se significativo através da ausência do valor de 0 no intervalo de confiança demonstrando desta forma que o mediador explica parcial ou totalmente a relação entre a variável independente e dependente. A mediação considera-se total quando se inclui a variável mediadora e a variável independente deixa de ter relação direta com a variável dependente. A mediação parcial ocorre quando se inclui a variável mediadora na relação entre a VI e a VD e a VI continua a ter relação direta com a VD (Hayes, 2017).

## Resultados

### Análise da Qualidade Psicométrica das Escalas

Na Tabela 5 estão discriminados os resultados relativos à média, desvio padrão, mínimo, máximo, curtose, assimetria e consistência interna das variáveis em estudo, nomeadamente, Bem-estar Mental, Espiritualidade Ideal e Experiência vivida de Espiritualidade, Dissonância Espiritual e Representação da Doença.

**Tabela 5**

*Análise Descritiva, Sensibilidade e Fiabilidade das Medidas em Estudo*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín. -Máx.	<i>ku</i>	<i>sk</i>	$\alpha$
Bem-Estar Mental	47.06	9.96	23-70	-.25	-.07	.93
Espiritualidade Ideal Total	3.92	.72	1-5	2.65	-.97	.93
Pessoal	4.10	.76	1-5	2.19	-1.09	.85
Ambiental	3.93	.86	1-5	.85	-.83	.88
Comunitária	4.17	.74	1-5	4.70	-1.65	.92
Transcendental	3.48	1.25	1-5	-.75	-.59	.94
Experiência Vivida Total	3.44	.81	1-5	.97	-.59	.95
Pessoal	3.53	.92	1-5	.12	-.52	.88
Ambiental	3.52	.94	1-5	.20	-.45	.90
Comunitária	3.71	.84	1-5	1.90	-1.10	.92
Transcendental	2.99	1.25	1-5	-1.13	-.14	.95
Dissonância Espiritual Total	.48	.71	-1.15-4	4.53	1.46	
Pessoal	.57	0.91	-1.60-4	1.24	1	
Ambiental	.41	.75	-1.60-4	4.28	1.44	
Comunitária	.46	.79	-2.80-4	5.85	1.03	
Transcendental	.49	.80	-1.20-4	4.31	1.65	
Representação da Doença						
Duração aguda/crónica	4.30	.65	2-5	.33	-.93	.80
Duração cíclica	3.10	.98	1-5	-.59	-.32	.82
Consequências	3.36	.92	1-5	-.69	-.30	.86

Controlo Pessoal	3.58	.84	1-5	.27	-.75	.84
Controlo do Tratamento	3.37	.77	1.6-5	-.52	-.15	.71
Coerência	2.19	.80	1-4.2	-.26	.46	.81
Representação emocional	3.24	.97	1-5	-.71	-.01	.88

*Nota.* M = Média; DP = Desvio Padrão; Min. = Mínimo; Máx.= Máximo; ku = Curtose; sk = Assimetria;  
 $\alpha$  = Alfa de Cronbach

Para se averiguar a normalidade das escalas realizou-se o teste Kolgomorov-Smirnov, dado que as variáveis são contínuas e a amostra é superior a 50 indivíduos. Apesar do teste Kolgomorov-Smirnov indicar ausência de normalidade estatística das variáveis ( $p \leq .05$ ) (ver Anexo B), os valores da curtose (ku) e da assimetria (sk) descritos na Tabela 5 revelaram que não existe um desvio significativo à normalidade, tendo valores abaixo dos 7 para a curtose e para a assimetria valores abaixo de 3 (Kline, 2023).

Todas as variáveis em estudo apresentam bons níveis de consistência interna ( $p \geq .70$ ) e valores próximos dos valores médios das respetivas escalas. As dimensões pessoal e comunitária do ideal de espiritualidade sobressaem apresentando os valores descritivos mais elevados da espiritualidade.

### **Relações Univariadas das Variáveis em Estudo**

Com o objetivo de testar o papel mediador da representação da doença na relação entre a espiritualidade e o bem-estar mental foram exploradas primeiro as relações univariadas entre as variáveis em estudo.

#### ***Relação Entre Dimensões de Representação da Doença e Bem-Estar Mental***

O modelo de regressão linear múltipla apresentado na Tabela 6 revelou-se estatisticamente significativo [ $F(7,123) = 8.45; p \leq .001; R^2_{ajust} = .29$ ] explicando 29% da variância do bem-estar mental.

### **Tabela 6**

*Relação Entre Representação da Doença e o Bem-Estar Mental (Regressão Linear Múltipla*

	$\beta$	$t$	$P$	Bem-Estar Mental
--	---------	-----	-----	------------------

Representação da doença			
Duração Aguda/crónica	-.09	-1.09	.28
Duração Cíclica	-.05	-.63	.53
Consequências	.09	.84	.40
Controlo Pessoal	.03	.03	.76
Controlo Tratamento	.08	-.92	.36
Coerência	-.08	-.90	.37
<b>Representação emocional</b>	<b>-.51</b>	<b>5.16</b>	<b>&lt;.001***</b>

**$R^2_{ajust} = .29$**

Nota.  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value;  $R^2_{ajust}$  = R quadrado ajustado; N=131 \*Correlação significativa para  $p \leq .05$ ; \*\*Correlação significativa para  $p \leq .01$ ; \*\*\*Correlação significativa para  $p \leq .001$

Dos fatores analisados, apenas a representação emocional da doença mostrou estar relacionada significativamente com o bem-estar mental ( $p \leq .001$ ). O facto da associação ser negativa, sugere que quanto maior a carga emocional negativa atribuída à doença menores serão os níveis de bem-estar mental nas pessoas com DC. O coeficiente de regressão ( $\beta = -.51$ ) sugere um efeito moderado o que reforça o impacto das representações emocionais sobre a doença no bem-estar mental de pessoas com DC.

### ***Relação Entre as Dimensões de Experiência Vivida de Espiritualidade Com os Domínios de Representação da Doença e Com o Bem-Estar Mental***

#### **Tabela 7**

*Relação entre os domínios da Experiência Vivida de Espiritualidade com domínios da Representação da Doença e com o Bem-Estar Mental (Regressão Linear Múltipla)*

RD - Duração Aguda/Crónica	$\beta$	t	p
Espiritualidade Exp <sup>a</sup> Vivida			
Pessoal	.15	1.47	.14
Ambiental	-.03	-.32	.75

Comunitária	-0.08	.78	.44
<b>Transcendental</b>	<b>-0.20</b>	<b>-3.57</b>	<b>&lt; .001***</b>
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>.10</b>		
<hr/>			
RD – Duração Cíclica	<b><i>β</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<hr/>			
Espiritualidade Exp <sup>a</sup> Vivida			
Pessoal	-0.07	-.44	.66
Ambiental	.14	.99	.33
Comunitária	-.09	-.63	.53
Transcendental	-.07	.86	.39
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>.01</b>		
<hr/>			
RD - Consequências	<b><i>β</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<hr/>			
Espiritualidade Exp <sup>a</sup> Vivida			
Pessoal	-1.60	-1.06	.29
Ambiental	.13	.93	.35
Comunitária	.12	-.84	.40
Transcendental	-.03	-.34	.74
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>.01</b>		
<hr/>			
RD – Controlo Pessoal	<b><i>β</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<hr/>			
Espiritualidade Exp <sup>a</sup> Vivida			
Pessoal	.22	1.62	.11
Ambiental	-.04	-.36	.72
Comunitária	.08	.62	.54
Transcendental	-.62	-.81	.42
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>.06</b>		
<hr/>			
RD – Controlo de Tratamento	<b><i>β</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<hr/>			
Espiritualidade Exp <sup>a</sup> Vivida			
Pessoal	.15	1.19	.24
Ambiental	-.18	-1.60	.11
Comunitária	.03	.22	.83
Transcendental	-.03	-.37	.71
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>.001</b>		
<hr/>			

RD – Coerência	$\beta$	$t$	$p$
Espiritualidade Exp <sup>a</sup> Vivida			
<b>Pessoal</b>	<b>-.30</b>	-2.22	<b>.03*</b>
Ambiental	<.001	<.001	1
Comunitária	.07	.59	.56
Transcendental	<b>.17</b>	2.31	<b>.02*</b>
<b><math>R^2_{ajust}</math></b>	<b>.04</b>		
RD – Representação emocional	$\beta$	$t$	$p$
Espiritualidade Exp <sup>a</sup> Vivida			
<b>Pessoal</b>	<b>-.54</b>	-3.55	<b>&lt;.001***</b>
Ambiental	<.001	.03	.98
Comunitária	.16	1.08	.28
Transcendental	.11	.11	.19
$R^2_{ajust}$	.11		
Bem-estar Mental	$\beta$	$t$	$p$
Espiritualidade Exp <sup>a</sup> Vivida			
<b>Pessoal</b>	<b>.69</b>	5.13	<b>&lt;.001***</b>
Ambiental	-.13	-1.08	.28
Comunitária	-.16	-1.39	.17
Transcendental	-.01	-.09	.93
$R^2_{ajust}$	.22		

Nota.  $\beta$  = Beta;  $t$  = Estatística de teste;  $p$  = p-value;  $R^2_{ajust}$  = R quadrado ajustado; N=131 \*Correlação significativa para  $p \leq .05$ ; \*\*Correlação significativa para  $p \leq .01$ ; \*\*\*Correlação significativa para  $p \leq .001$

Dos modelos analisados, apenas três demonstraram ser estatisticamente significativos, tal como apresentado na Tabela 7 ( $p \leq .05$ ). O (1) domínio transcendental da experiência vivida de espiritualidade relacionou-se significativamente com a percepção de duração aguda/crônica da doença [ $F(4,126) = 4.63$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2_{ajust} = .10$ ], explicando 10% da variância neste domínio. A relação foi negativa e fraca entre estas dimensões ( $\beta = -.20$ ), sugerindo que níveis mais elevados na dimensão transcendental se associam a uma menor percepção de cronicidade da doença. Os (2) domínios pessoal e transcendental revelaram associações significativas com a percepção de coerência da doença [ $F(4,128) = 2.42$ ;  $p = .05$ ;  $R^2_{ajust} = .04$ ] mas explicando

apenas 4% da variabilidade na dimensão coerência da doença. No domínio pessoal, a relação é negativa e fraca ( $\beta = -.30$ ). Tendo em conta que a escala da percepção de coerência da doença é invertida, este resultado indica que níveis mais elevados de espiritualidade pessoal estão associados a uma maior percepção de coerência/compreensão da doença. Já na dimensão transcendental a relação foi positiva, embora fraca ( $\beta = .17$ ). Dado que a escala da percepção de coerência é invertida, este resultado sugere que níveis mais elevados de espiritualidade transcendental estão associados a uma menor compreensão da doença. Por último, (3) o modelo da relação entre a dimensão pessoal de espiritualidade e a representação emocional foi significativo [ $F(4,126) = 2.36; p = .05; R^2_{ajust} = .04$ ] explicando apenas 4% da variância nesta dimensão. Dado que a escala da representação emocional é invertida, esta correlação negativa e moderada ( $\beta = -.54$ ) sugere que níveis mais elevados na dimensão pessoal originam menor carga emocional negativa em relação à doença.

O modelo de regressão entre a experiência vivida de espiritualidade e o bem-estar mental apresenta ser estatisticamente significativo [ $F(4,126) = 10.35; p < .001; R^2_{ajust} = -.22$ ] explicando aproximadamente 22% da variância do bem-estar mental. Apenas a dimensão pessoal ( $\beta = .69$ ) demonstrou relacionar-se positivamente e com uma magnitude forte com o bem-estar mental ( $p \leq .001$ ). Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de experiência vivida de espiritualidade no domínio pessoal, relacionam-se com maiores níveis de bem-estar mental nos sujeitos.

***Relação entre Dissonância Espiritual com o Bem-Estar Mental e com os domínios de Representação da Doença***

Os resultados do modelo de regressão para a relação entre dissonância espiritual e bem-estar mental presentes na Tabela 8 apresentam ser estatisticamente significativos [ $F(4,126) = 6.199; p \leq .001; R^2_{ajust} = .14$ ], isto é, a dissonância espiritual explica aproximadamente 14% da variância do bem-estar mental.

**Tabela 8**

*Relação Entre a Dissonância Espiritual e o Bem-Estar Mental (Regressão Linear Múltipla)*

	$\beta$	$t$	$p$	Bem-Estar Mental
Dissonância Espiritual				

<b>Pessoal</b>	<b>-.50</b>	-2.91	<b>.004**</b>	<b><i>R</i><sup>2</sup><i>ajust</i> = .14</b>
Ambiental	.18	1.20	.23	
Comunitária	.06	.43	.67	
Transcendental	-.12	-1.13	.26	

*Nota.*  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value;  $R^2_{ajust}$  = R quadrado ajustado; N=131 \*Correlação significativa para  $p \leq .05$ ; \*\*Correlação significativa para  $p \leq .01$ ; \*\*\*Correlação significativa para  $p \leq .001$

Das dimensões analisadas apenas a dimensão pessoal da dissonância espiritual demonstrou relacionar-se de forma negativa e forte ( $\beta = -.50$ ) com o bem-estar mental. Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de dissonância espiritual pessoal estão relacionados com menores níveis de bem-estar mental nos sujeitos.

Apenas o modelo de regressão da relação entre a dissonância espiritual e representação emocional foi estatisticamente significativo [ $F(4,126) = 3.32$ ;  $p = .01$ ;  $R^2_{ajust} = .07$ ]. Quando analisadas as restantes dimensões de dissonância espiritual estas não se demonstraram significativas com nenhum dos domínios da representação da doença ( $p > .05$ ) (ver Anexo C).

### **Representação da Doença como mediador da relação entre Espiritualidade e Bem-Estar Mental**

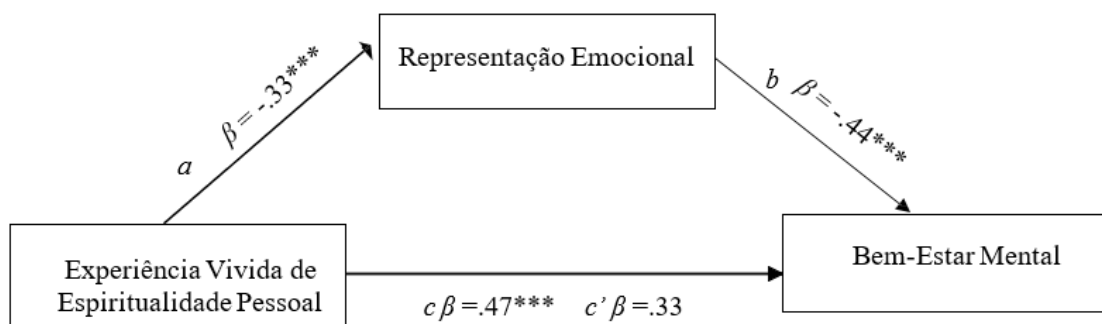
Após a demonstração das regressões lineares entre as variáveis em estudo, importa explorar um dos objetivos principais desta dissertação. Para testar esta possível mediação consideraram-se somente as relações significativas demonstradas pelas regressões lineares.

#### ***Representação Emocional da doença como mediador da relação entre a dimensão Pessoal da Experiência vivida de Espiritualidade e o Bem-Estar Mental***

O modelo apresentado na figura 2 demonstra os resultados para a hipótese da representação emocional como mediadora da relação entre espiritualidade – experiência vivida pessoal (VI) e o bem-estar mental (VD).

### **Figura 2**

*Modelo de Meditação da Representação Emocional na Relação Entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e o Bem-Estar Mental*



Nota. *a* = Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e Representação Emocional; *b* = Relação entre a Representação Emocional e o Bem-Estar Mental; *c* = Relação total entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e Bem-estar Mental; *c'* = Relação direta entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

O modelo com a VI e com a representação emocional (M) mostrou ser estatisticamente significativo, explicando 39% da variância no bem-estar mental ( $R^2 = .39$ ;  $p < .001$ ).

Verificou-se que a espiritualidade pessoal se relaciona negativamente e de forma moderada com a representação emocional ( $a: \beta = -.33$ ,  $p < .001$ ), indicando que níveis mais elevados na experiência vivida de espiritualidade pessoal se associam a uma menor percepção de carga emocional negativa atribuída à doença. Por sua vez, a representação emocional mostrou uma associação negativa e de magnitude moderada com o bem-estar mental ( $b: \beta = -.44$ ,  $p < .001$ ), reforçando o seu papel como variável mediadora.

A espiritualidade pessoal está positivamente e de forma moderada a forte associada ao bem-estar mental ( $c: \beta = .47$ ,  $p < .001$ ). No entanto, ao incluir a representação emocional no modelo, o efeito direto da espiritualidade pessoal sobre o bem-estar diminui demonstrando magnitude moderada, mas mantém-se significativo ( $c': \beta = .33$ ), sugerindo a existência de uma mediação parcial.

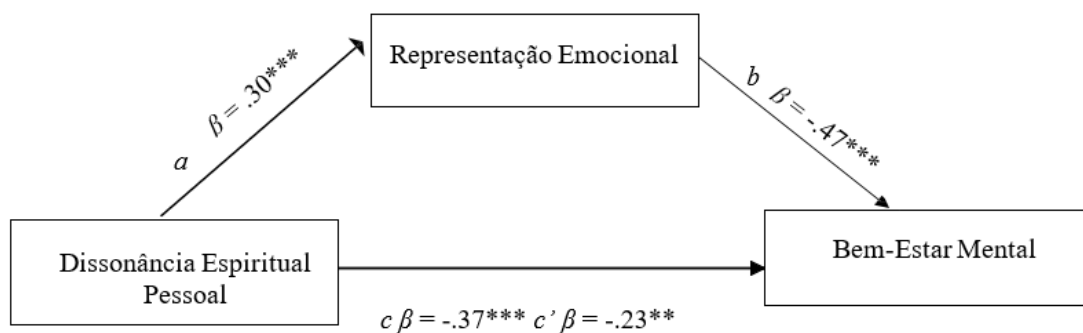
Na análise *bootstrap* do efeito indireto entre as variáveis mediadas pela representação emocional também apresentou ser estatisticamente significativo, dado que, o intervalo de confiança a 95% não incluiu o valor de zero (IC 95% = [.77; 2.71]). Estes resultados sustentam assim que a espiritualidade pessoal contribui para o bem-estar mental não só de forma direta, mas também através da redução da carga emocional negativa atribuída à doença.

### ***Representação Emocional da doença como mediador da relação entre Dissonância Espiritual Pessoal e o Bem-Estar Mental***

O modelo apresentado na Figura 3 evidencia os resultados da possibilidade da representação emocional servir como mediadora da relação entre a dissonância espiritual pessoal e o bem-estar mental.

#### **Figura 3**

#### *Modelo de Mediação da Representação Emocional na relação entre Dissonância Espiritual Pessoal e o Bem-Estar Mental*



*Nota.* *a* = Relação entre Dissonância Espiritual Pessoal e Representação Emocional; *b* = Relação entre a Representação Emocional e Bem-Estar Mental; *c* = Relação total Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e Bem-estar Mental; *c'* = Relação direta entre Dissonância Espiritual e Bem-estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

O modelo mostrou ser significativo, demonstrando que a dissonância espiritual pessoal e a representação emocional explicam aproximadamente 35% da variância no bem-estar mental ( $R^2 = .35$ ;  $p < .001$ ).

Observou-se que a dissonância espiritual pessoal se relaciona de forma moderada e positiva com a representação emocional ( $a$ :  $\beta = .30$ ,  $p < .001$ ), indicando que níveis mais elevados de dissonância estão relacionados com uma maior percepção emocional negativa sobre a doença. Por sua vez, a representação emocional apresentou um efeito moderado a forte com uma associação negativa com o bem-estar mental ( $b$ :  $\beta = -.47$ ,  $p < .001$ ), indicando que uma maior representação emocional negativa se associa a menor bem-estar mental, confirmando o seu contributo como possível mediador.

Os resultados mostram ainda que a dissonância espiritual pessoal está negativamente e de forma moderada associada ao bem-estar mental ( $c: \beta = -.37, p < .001$ ). Quando se introduz a representação emocional no modelo, o efeito direto da dissonância espiritual pessoal sobre o bem-estar diminui, mas mantém-se significativo ( $c': \beta = -.23, p = .002$ ), sugerindo uma mediação parcial.

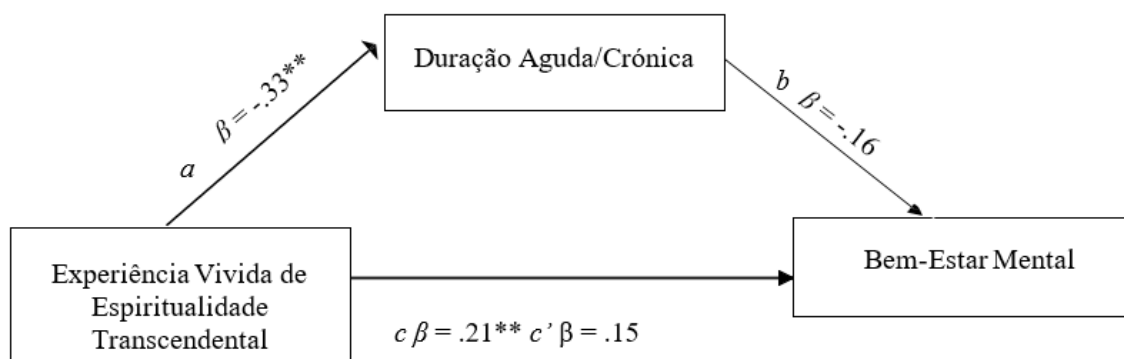
A análise do efeito indireto, mediado pela representação emocional, revelou-se significativa (IC 95% = [-.24; -.07]), uma vez que o intervalo de confiança não incluiu o valor zero. Estes resultados sustentam assim, a existência de uma mediação parcial indicando que a dissonância espiritual pessoal tem um efeito negativo no bem-estar mental de forma direta, mas também de forma indireta, através do aumento da percepção emocional negativa sobre a doença.

***Duração Aguda/Crónica como mediador da relação entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e o Bem-Estar Mental***

O modelo de mediação (Figura 4) da duração aguda/crónica na relação entre a experiência vivida de espiritualidade transcendental e o bem-estar mental revelou ser estatisticamente significativo ( $p = .01$ ) explicando aproximadamente 7% da variância no bem-estar mental ( $R^2 = .07$ ).

**Figura 4**

*Modelo de Mediação da Duração Aguda/Crónica na relação entre a Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e o Bem-Estar Mental*



*Nota.* a =Relação entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e Duração Aguda/Crónica; b = Relação entre Duração Aguda/Crónica e Bem-Estar Mental; c = relação total entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e Bem-Estar Mental; c' = Relação direta entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

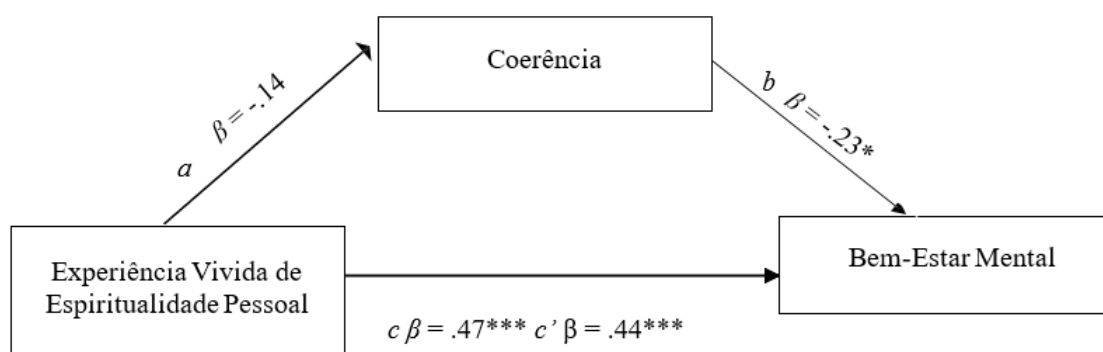
A espiritualidade transcendental encontra-se negativamente e de forma moderada associada à dimensão aguda/crônica da doença ( $a: \beta = -.33; p = .01$ ), sugerindo que níveis mais elevados de espiritualidade transcendental se associam a uma percepção de duração da doença mais aguda. O efeito da duração aguda/crônica da doença no bem-estar mental não atingiu significância estatística ( $b: \beta = -.16; p = .07$ ). O efeito total da espiritualidade transcendental sobre o bem-estar mental revelou-se positivo e significativo embora de magnitude fraca a moderada ( $c: \beta = .21, p \leq .01$ ). No entanto, com a introdução da percepção de duração aguda/crônica da doença no modelo, o efeito direto deixou de ser significativo ( $c': \beta = .15; p = .08$ ). A análise *bootstap* do efeito indireto do mediador também não foi significativa (IC 95% = [-.04; 0.16]) evidenciando assim a inexistência de mediação da percepção da duração aguda/crônica na relação entre espiritualidade transcendental e bem-estar mental. Os resultados completos das relações entre as variáveis encontram-se no Anexo D.

***Coerência como mediador da relação entre a Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e o Bem-Estar Mental***

O modelo apresentado na Figura 5, que verifica o papel da percepção de coerência da doença na relação entre a experiência vivida de espiritualidade pessoal e o bem-estar mental, explicou aproximadamente 27% da variância no bem-estar mental ( $R^2 = .27; p < .05$ ).

**Figura 5**

***Modelo de Mediação da Coerência na relação entre a Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e o Bem-Estar Mental***



Nota. a = Relação entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e Coerência; b = Relação entre Coerência e Bem-Estar Mental; c = relação total entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e Bem-Estar Mental; c' = Relação direta entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

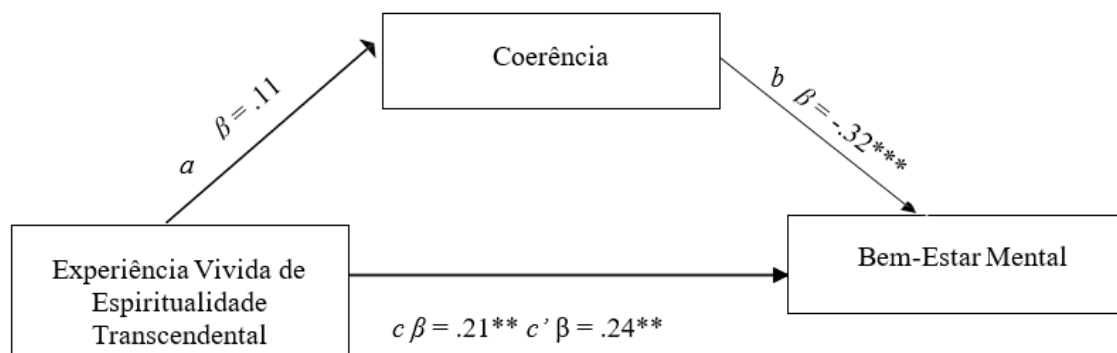
A relação negativa entre a espiritualidade pessoal e a coerência da doença não foi estatisticamente significativa ( $a: \beta = -.14; p = .10$ ), indicando que níveis mais elevados de espiritualidade pessoal não se associam a maiores níveis de percepção de coerência sobre a doença. A percepção de coerência da doença apresentou uma associação negativa e fraca com o bem-estar mental ( $b: \beta = -.23; p < .05$ ). O efeito total da espiritualidade pessoal sobre o bem-estar mental foi significativo ( $c: \beta = .47; p < .001$ ) e o efeito direto permaneceu significativo após a introdução do mediador ( $c': \beta = .44; p < .001$ ). No entanto, o efeito indireto mediado pela percepção de coerência da doença não foi significativo (IC 95% =  $[-.005; .08]$ ), evidenciando a ausência de mediação significativa. Os resultados completos encontram-se no Anexo E.

***Coerência como mediador da relação entre a Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e o Bem-Estar Mental***

O modelo de mediação da coerência na relação entre a dimensão transcendental da experiência vivida de espiritualidade e o bem-estar mental (Figura 6) foi estatisticamente significativo ( $p < .001$ ), explicando aproximadamente 14% da variância no bem-estar mental ( $R^2 = .14$ ).

**Figura 6**

*Modelo de Mediação da Coerência na relação entre a Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e o Bem-Estar Mental*



*Nota.*  $a$  =Relação entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e Coerência;  $b$  = Relação entre Coerência e Bem-Estar Mental;  $c$  = relação total entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e Bem-Estar Mental;  $c'$  = Relação direta entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = Coeficiente Padronizado; \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

A relação entre a espiritualidade transcendental e a coerência da doença não foi estatisticamente significativa (a:  $\beta = .11$ ;  $p = .20$ ), indicando que níveis mais elevados de espiritualidade transcendental não se associam a maiores níveis de percepção coerência/compreensão sobre a doença. Em contraste, a percepção de coerência da doença demonstrou uma associação negativa com efeito fraco a moderado com o bem-estar mental (b:  $\beta = -.32$ ;  $p < .001$ ). O efeito total da espiritualidade transcendental sobre o bem-estar mental foi positivo e significativo (c:  $\beta = .21$ ;  $p < .01$ ), assim como o efeito direto após a introdução do mediador (c':  $\beta = .24$ ;  $p = .02$ ). No entanto, o efeito indireto mediado pela coerência não foi significativo (IC 95% =  $[-.12;.02]$ ), evidenciando a ausência de mediação significativa. Os resultados completos encontram-se no Anexo F.

### **Representação da Doença Como Mediadora da Relação Entre Espiritualidade Ideal e Bem-Estar Mental**

A variável ideal da espiritualidade foi utilizada neste estudo especificamente apenas para o cálculo da dissonância espiritual enquanto variável do bem-estar espiritual. No entanto, exploraram-se as suas relações individuais com as restantes variáveis em estudo, que com o objetivo de síntese se apresentam exclusivamente em anexo.

A dimensão duração aguda/crónica da variável representação da doença demonstrou uma mediação total da relação existente entre a espiritualidade ideal transcendental com o bem-estar mental, pelo que o ideal de espiritualidade transcendental apenas se relaciona com o bem-estar mental através da percepção da duração aguda/crónica da doença, uma vez que a espiritualidade ideal transcendental não demonstrou relação significativa com o bem-estar mental (ver Anexo G).

As duas dimensões da representação da doença controlo pessoal e coerência não demonstraram relações significativas com a espiritualidade ideal pessoal nem com o bem-estar mental (ver Anexo H e Anexo I).

A variável coerência também não apresentou relações significativas com a espiritualidade ideal transcendental, nem com o bem-estar mental (ver Anexo J).

## Discussão

As doenças crónicas atingem cerca de quatro milhões de pessoas em Portugal originando, na maioria dos portugueses, um quotidiano marcado pela incapacidade. São de natureza incurável, o que acarreta diversos desafios tanto físicos, como psicológicos, sociais e espirituais (ENSP NOVA, 2024; Tirgari et al., 2022). Torna-se assim imprescindível o estudo de variáveis que possam auxiliar um ajustamento positivo à experiência de viver com uma DC. A literatura demonstra uma crescente valorização do papel da espiritualidade para a saúde, bem como da representação da doença para a promoção do bem-estar mental.

Neste sentido, este estudo procurou explorar as relações entre a espiritualidade e a representação da doença no bem-estar mental de pessoas com DC, mais especificamente o possível papel mediador da representação da doença nesta relação. Para testar este possível efeito mediador investigou-se primeiro as relações entre as variáveis predictoras (Espiritualidade, Representação da doença e Dissonância Espiritual) e a variável resultado (Bem-Estar Mental).

A representação da doença e o bem-estar mental apresentaram um modelo estatisticamente significativo, porém contrariamente ao que era esperado somente a representação emocional apresentou relação negativa moderada com o bem-estar mental. Este resultado específico parece não ir ao encontro do esperado, dado que a literatura tende a atribuir uma maior relevância à perceção de controlo (pessoal e de tratamento), coerência da doença e duração aguda/crónica como as principais dimensões da representação da doença que influenciam o ajustamento à doença tal como referenciado por Stanton e Hoch (2025). Estes resultados apesar de contraditórios exemplificam o Modelo de Autorregulação do Senso Comum (Leventhal et al., 1997) pois o doente processa a doença de forma cognitiva e emocional, demonstrando neste caso a importância da representação emocional. Karademas et al. (2025) demonstraram no seu estudo que a parte relativa à representação emocional do modelo de Leventhal tem ganho relevância na literatura. Este estudo foi ao encontro dos resultados obtidos nesta dissertação realçando o papel da representação emocional para o bem-estar de pessoas com DC. Os autores indicaram no seu estudo que a representação emocional se torna mais evidente ao longo do curso da doença. Este poderá ser um fator explicativo para a relevância desta variável nesta dissertação dado que a maioria desta amostra tem DC há 14 anos.

O estudo de Wang e Colaboradores (2021) sobre a representação da doença e o bem-estar em pessoas com artrite reumatoide parece ir ao encontro dos resultados desta dissertação, pois verificou-se a existência de uma relação negativa embora fraca entre a representação emocional e o bem-estar, isto é, quanto maiores os níveis de tristeza associados à doença menores os níveis de bem-estar. Quando testadas as relações entre as restantes dimensões da representação da doença com o bem-estar, o controlo pessoal e de tratamento e as consequências também revelaram relações positivas e fortes com o bem-estar, contrariamente ao verificado neste estudo.

Uma possível explicação para o facto de as dimensões cognitivas da representação da doença não apresentarem relações significativas com o bem-estar mental, pode estar relacionado com algumas características da amostra deste estudo. Para além do tempo de diagnóstico como já foi referenciado, a maioria da amostra (89.3%) tem acompanhamento médico regular. O que levantou uma questão, será que as pessoas com acompanhamento médico regular sentem que têm um maior controlo sobre a sua doença e aderem melhor ao tratamento? Neste sentido, Zhang et al. (2025) confirmam esta hipótese e revelaram no seu estudo que a quanto maior era frequência do acompanhamento médico em pessoas com DC mais positivas eram as percepções de controlo pessoal sobre a doença e de eficácia no tratamento.

Relativamente à relação entre espiritualidade e bem-estar mental, os resultados deste estudos são expectáveis, demonstrando uma relação significativa entre as variáveis. A experiência vivida de espiritualidade no domínio pessoal, isto é, a pessoa sentir que está a desenvolver uma vida com propósito, alegria e significado foi a única das quatro dimensões do modelo dos quatro domínios de Fisher (2011) que apresentou uma relação positiva e forte com o bem-estar mental. Fisher (2011) refere na sua investigação que o domínio pessoal é a principal componente do modelo de bem-estar espiritual e é o domínio que influencia todas as restantes dimensões.

Os resultados deste estudo têm sido validados pela literatura que investiga a relação entre espiritualidade e bem-estar. Silva et al. (2024) fizeram uma revisão de literatura sobre o impacto da espiritualidade na doença renal crónica e os resultados do estudo demonstraram que a espiritualidade contribuiu para a adoção de estratégias de coping mais eficazes, uma maior resiliência emocional e sentido de vida nos pacientes. Demonstraram ainda melhorar a adaptação ao tratamento e as percepções de qualidade de vida mais positivas. Este resultado corrobora os resultados desta dissertação e reforça o modelo

teórico desenvolvido por Aldwin e colaboradores (2014) no qual a espiritualidade apresenta estar relacionada com a saúde através da autorregulação emocional sobre a doença. Santos et al. (2024), evidenciaram que a dimensão pessoal da espiritualidade contribuiu para uma melhor qualidade de vida e bem-estar em pessoas com DC através da promoção de percepções mais positivas sobre a doença, suporte emocional e propósito.

A espiritualidade e a representação da doença têm vindo a ganhar relevância na literatura sobre o ajustamento à DC, no entanto Vasilaki e Colaboradores (2023) realçam a escassez de estudos que explorem esta relação. Tanto quanto foi revisto nesta tese a maioria dos estudos testa estas variáveis em separado. Esta escassez de evidência e a relevância demonstrada da representação da doença para o bem-estar mental levantou uma questão: Será que a representação da doença explica a relação entre espiritualidade e bem-estar mental? Para responder a esta questão, testaram-se as relações entre as diversas dimensões da espiritualidade e as dimensões da representação da doença que evidenciaram estar relacionadas.

Neste estudo, quanto maiores foram os níveis de espiritualidade transcendental mais agudas foram as percepções das pessoas com DC sobre a sua doença. As percepções de duração têm gerado debate na literatura. Dado que existem estudos que explicam que as percepções agudas são positivas para o bem-estar e, em contraste também existem estudos que demonstram a relação positiva entre a percepção de duração crónica e o bem-estar (Kahraman & Pehlivan, 2023; Stanton & Hoch, 2025; Dempster et al., 2015; Husson et al., 2020). O facto da espiritualidade transcendental estar associada a percepções mais agudas nos resultados desta investigação, originou o questionamento da possibilidade da relação com Deus ou com o Universo originar a percepção de que a doença poderá apresentar um desafio maior a ser ultrapassado.

A ligação negativa e moderada entre a espiritualidade pessoal e a percepção de coerência, bem como, a relação positiva e fraca entre a espiritualidade transcendental e a percepção de coerência da doença, isto é, o nível de compreensão sobre a doença parece não ir ao encontro dos resultados encontrados noutros estudos que testam a relação entre estas variáveis, nomeadamente o de Kahraman e Pehlivan (2023) e o de Vasilaki e colaboradores (2023). Estes estudos verificaram que as correlações mais fortes foram entre a espiritualidade e as dimensões controlo pessoal e de tratamento, dimensões estas que não se demonstraram significativas quando correlacionadas com a espiritualidade neste estudo. Os resultados desta dissertação são relevantes, na medida em que a existência de relação

moderada entre o domínio pessoal da espiritualidade e a percepção de coerência da doença sugere que o indivíduo ao sentir que está a desenvolver uma relação interpessoal harmoniosa (relacionada com a espiritualidade pessoal), tende a compreender melhor a sua doença. A coerência da doença poderá ser um fator protetor no ajustamento à doença, uma vez que diminui os sintomas de ansiedade e depressão e auxilia na criação de estratégias positivas para lidar com a doença tal como referido por Stanton e Hoch (2025).

A espiritualidade pessoal relacionou-se de forma negativa e forte com a representação emocional, ao contrário do que é evidenciado na maioria dos estudos que testa a relação entre espiritualidade e a representação da doença. Estes resultados poderão demonstrar que quanto mais harmoniosa for a relação que a pessoa tem em termos de propósito, significado e valores de vida, menores serão as percepções emocionais de medo, tristeza, preocupação, depressão e zanga sobre a doença. Tanto quanto foi pesquisado não existem estudos empíricos que testem a relação da espiritualidade pessoal e as representações emocionais. Esta pode ser uma informação valiosa para o estudo do ajustamento à doença.

Após a discussão das três variáveis em estudo, importa discutir o modelo de mediação significativo proveniente destas relações. Neste sentido, a representação emocional foi a única dimensão que explicou de forma parcial e significativa a relação entre espiritualidade pessoal e bem-estar mental. Este resultado demonstra que tanto a espiritualidade pessoal como a representação emocional relacionaram-se de forma direta com o bem-estar mental, porém quando introduzida a representação emocional na relação entre espiritualidade pessoal e bem-estar mental o efeito direto manteve-se significativo, mas com menor capacidade explicativa, o que caracteriza a existência da mediação parcial.

De forma resumida, quanto maiores forem os níveis de harmonia na relação intrapessoal em termos de identidade, autoconsciência, alegria, paz interior e propósito de vida, melhor será o processamento emocional sobre a doença crónica. Isto é, a pessoa poderá processar a sua doença de forma mais positiva aumentando consequentemente os níveis de bem-estar mental. No entanto, é necessário um maior número de estudos que explorem esta observação.

O facto da mediação ser parcial remete para a existência de outros mecanismos que também poderão explicar esta relação, demonstrando assim a complexidade dos processos pelos quais a espiritualidade pode impactar o bem-estar. Neste sentido, para Nelson (2009)

o suporte social atua na explicação da relação espiritualidade e saúde, bem como uma maior gestão emocional e a existência de comportamentos saudáveis.

Os restantes modelos de mediação não foram significativos. Estes resultados reforçam a ideia de que neste estudo o processamento emocional foi mais evidente, contrastando com as variáveis com maior recurso ao processamento cognitivo como a coerência/compreensão sobre a doença ou a percepção de duração.

O instrumento utilizado para medir espiritualidade (SHALOM) de Fisher (2011) permite a elaboração do cálculo da diferença entre aquilo que as pessoas consideram ideal para a sua saúde espiritual e aquilo que efetivamente estão a experienciar, conceito que Fisher denomina de dissonância espiritual.

Diversas são as teorias que abordam a temática dissonância e o impacto da mesma no bem-estar (Higgins, 1987 Rogers, 1957;) A teoria de autodiscrepância de Higgins (1987) corresponde a um destes exemplos, onde quanto maiores os níveis de dissonância entre o self real, o self ideal e como a pessoa acha que deveria ser, maiores serão as dificuldades emocionais e menores serão os níveis de bem-estar. Todas as teorias sobre dissonância sugerem que a mesma está relacionada com menores níveis de bem-estar mental.

Neste estudo a dissonância espiritual em específico no domínio pessoal mostrou estar relacionada de forma positiva e moderada com a representação emocional e de forma negativa e moderada com o bem-estar mental, a relação entre a VI e a VD continuou significativa quando introduzida a representação emocional o que indica uma mediação parcial. Este resultado parece ir ao encontro da literatura apresentada anteriormente, dado que, a evidencia desta investigação indicou que quanto maior a discrepância entre aquilo que a pessoa idealiza e aquilo que está a experienciar, menores serão os níveis de bem-estar mental. Daige (2019) realizou um estudo que vai ao encontro dos resultados evidenciados, onde explorou a relação entre saúde espiritual, dissonância espiritual e saúde mental positiva. Os resultados deste estudo evidenciaram que a saúde espiritual se correlacionou positivamente com a saúde mental positiva e negativamente com a dissonância espiritual.

Uma vez mais, a dissonância espiritual no domínio pessoal apresentou somente correlações positivas com a representação emocional, reforçando o forte impacto do processamento emocional sobre a doença no bem-estar mental das pessoas com DC.

Daige (2019) no seu estudo refere que Fisher (2008) defende que a dissonância espiritual também poderá ter um impacto positivo no bem-estar mental, na medida em que a compreensão desta incongruência poderá funcionar como impulsionador do desenvolvimento espiritual, da reflexão e do crescimento, o que pode originar uma melhoria no bem-estar. No entanto, Fisher realça a carência de estudos que explorem esta ideia, uma vez que, a maioria da investigação (incluindo a presente investigação) sugerem que a dissonância está correlacionada negativamente com o bem-estar mental.

### **Limitações e Estudos Futuros**

Apesar deste estudo responder às questões de investigação desta dissertação, é necessário abordar as suas limitações e investigações futuras que deem resposta às questões levantadas.

A utilização de regressões lineares como análise da relação entre as variáveis estudadas implica o pressuposto de predição, isto é, assume-se que existe um conjunto de variáveis independentes capazes de prever os valores da variável dependente. Contudo, o desenho de investigação deste estudo foi de carácter correlacional e os dados foram recolhidos num único momento (transversal). Neste sentido, as inferências causais não podem ser feitas, apenas se pode concluir sobre a existência de relações bidirecionais significativas (Kline, 2023). Em relação à amostra, o número reduzido de participantes (N=131) e o facto do método ter sido não aleatório impossibilita a representatividade, a generalização dos resultados e dificulta o processo de interpretação do impacto das variáveis.

Pensando na temática acima abordada, foram eliminadas cerca de 200 respostas do questionário por incompletude de preenchimento, o que levantou diversas questões. Será que colocar as pessoas em contacto com a DC que tem um maior impacto nas suas vidas e fazê-las pensar sobre a mesma afetou as suas respostas e o envolvimento no estudo? Será que o instrumento relativo às representações da doença era extenso demais? Ao analisar as repostas dadas ao questionário verificou-se que a maioria das pessoas desistia de completar o questionário na escala relativa à representação da doença.

A versão reduzida da escala *Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) (Moss-Morris, 2002) tem 38 itens sendo considerada uma escala extensa que pode facilmente tornar-se cansativa para os respondentes, principalmente em pessoas com doença, ou de idade avançada. Neste sentido, mesmo com a exclusão da dimensão identidade e causas, a

escala pode ter um número elevado de itens. Assim, em estudos futuros para controlar esta questão, sugere-se a utilização da versão portuguesa breve do Questionário de Perceção de Doença (*Brief IPQ*) validado em amostras de pessoas com doença crónica por Figueiras e Colaboradores (2012) e por Machado (2019). Esta versão é considerada útil por ser breve e incluir todas as dimensões da representação da doença, sendo composta somente por 9 itens. O nível de consistência interna é bom. Estudos futuros poderiam ainda realizar a validação portuguesa deste questionário com uma amostra mais alargada, uma vez que as validações foram apenas feitas na área metropolitana de Lisboa. Esta escala não foi utilizada neste estudo dado que cada dimensão é avaliada de forma reduzida somente com um item por dimensão, o que não permite a distinção entre as dimensões da representação da doença e a utilização de algumas análises estatísticas.

A evidência científica sobre a variável representação da doença, realça que as perceções sobre a mesma mudam ao longo do tempo com a sua progressão, ou outros acontecimentos na vida da pessoa com DC. Neste sentido, medir as representações da doença num único momento não permite predizer o ajustamento à doença ao longo do tempo sendo esta uma limitação (Timkova et al., 2021). Estudos futuros poderiam medir as perceções da doença de forma longitudinal. Timkova e Colaboradores (2021) também realçam a importância de estudos futuros que explorem o impacto das perceções dos cuidadores nas perceções da doença das pessoas com DC, dado que a evidência científica comprova a existência de correlação entre estas perceções.

A validação da versão portuguesa do questionário *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS) (Figueiredo et al., 2022) foi feita somente em Lisboa podendo ser relevante a realização desta validação com uma amostra mais abrangente e ainda em populações específicas como pessoas com DC, tal como realizado noutros países Vaingankar e Colaboradores (2017) citado por Figueiredo e Colaboradores (2022). Poderia ainda ser interessante, em estudos futuros considerar uma “variável resultado” mais específica como o bem-estar psicológico para a análise dos resultados e verificar se existem diferenças nos modelos de mediação, uma vez que, esta variável apresenta estar correlacionada com a espiritualidade e com a representação da doença (Timkova et al., 2021).

As representações da doença foram as únicas variáveis mediadoras testadas para explicar a relação entre espiritualidade e bem-estar mental, o que pode ser limitador. Tal como evidenciado no modelo de Aldwin e Colaboradores (2014) a autorregulação

emocional medeia a relação entre a espiritualidade e saúde. Apesar de não se ter medido especificamente a autorregulação, a representação emocional (que integra o modelo de autorregulação de Leventhal) explicou a relação entre a espiritualidade e a dissonância espiritual e o bem-estar mental. Estudos futuros poderiam utilizar instrumentos específicos que meçam autorregulação e outras variáveis mediadoras como o suporte social (Nelson, 2009; Adlwin et al., 2014) ou o coping espiritual. São ainda necessários estudos que explorem o papel de construtos como a dissonância espiritual para o bem-estar mental de pessoas com DC.

Poderá também considerar-se uma limitação o facto de não terem sido realizadas análises estatísticas que explorem a diferença entre grupos, com recurso a variáveis sociodemográficas e clínicas recolhidas, tendo sido estas utilizadas somente para fins descritivos. Neste sentido, estudos futuros poderiam explorar as diferenças entre pessoas com doença crónica física, psicológica e ambas, diferenças entre tempos de diagnóstico, entre idade e género e de que forma estas diferenças se podem refletir nos modelos de mediação testados.

## Conclusão

Esta investigação apresenta contributos importantes para a área da saúde. Apesar da literatura demonstrar a importância da representação da doença para o bem-estar e a importância da espiritualidade para a saúde, na revisão de literatura realizada não foi encontrado nenhum estudo que explorasse o possível papel mediador das representações da doença na relação entre espiritualidade e saúde. Assim sendo, neste estudo foi possível verificar que as representações emocionais explicaram parcialmente a relação entre espiritualidade e bem-estar mental e ainda a relação entre dissonância espiritual e bem-estar mental. Este resultado permite confirmar em parte a ideia presente no modelo proposto por Aldwin e Colaboradores (2014), na medida em que, a espiritualidade se relaciona com a saúde através da autorregulação emocional sendo a representação emocional uma variável integrante no processo de autorregulação.

A Direção Geral de Saúde tem vindo a considerar a espiritualidade como uma componente fundamental para os cuidados de saúde (Ministério da Saúde DGS, 2004). No entanto, esta é ainda uma área que precisa de ser desenvolvida apesar dos resultados encontrados demonstrarem parcialmente a forma como a espiritualidade pode originar bem-estar mental em pessoas com DC. Intervenções psicológicas futuras poderão ter em conta a espiritualidade, principalmente a espiritualidade pessoal e as variáveis que lhe estão associadas (sentido de identidade, autoconsciência, alegria, paz interior, sentido de vida e propósito) e as representações da doença, uma vez que estas variáveis estão associadas ao bem-estar mental.

Por último, este estudo poderá contribuir para aumentar o conhecimento sobre o ajustamento das pessoas com DC, trazendo benefícios para a prática clínica neste contexto.

## Referências Bibliográficas

- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. J., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6 (1), 9, 9-21. doi: 10.1037/a0034416
- Aparicio, M. G., Carrard, V., Morselli, D., Post, M. W., Peter, C., Jordan, X., ... & Fekete, C. (2020). Profiles of psychological adaptation outcomes at discharge from spinal cord injury inpatient rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 101(3), 401-411.
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., Ganz, P. A., & Desmond, K. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 236-245. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2903\\_10](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2903_10)
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Bhattacharyya, M. R., Perkins-Porras, L., Whitehead, D. L., & Steptoe, A. (2007). Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *European heart journal*, 28(2), 160-165.  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl440>
- Boot, J. S., Holcombe, C., & Salmon, P. (2010). Positive adjustment to breast cancer: development of a disease-specific measure and comparison of women diagnosed from 2 weeks to 5 years. *Psycho-Oncology*, 19(11), 1187-1194.
- Barnard, A. (2018). Well-being, more than a dream: women constructing metaphors of strength. *Frontiers in Psychology*, 9, 1186.
- Chandler, C. K., Holden, J. M., & Kolander, C. A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling and Development*, 71, 168–175.
- Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end of life. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 275–288.

- Cameron, L. D., Durazo, A., & Rus, H. M. (2015). Illness representations. In Y. Benyamini, M. Johnston, & E. C. Karademas (Eds.), *Assessment in health psychology*, 4, 45-59). Hogrefe Publishing. <https://doi.org/10.1027/00452-000>
- Cunha, V. D., Rossato, L., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: tensões e potencialidades no campo da saúde. *Relegens Thréskeia: Estudos e Pesquisa em Religião*, 10(1), 143-170.
- Christensen, N. (2023). Disability and Self: Critical Factors in Positive Adjustment After the Onset of Disability in Emerging Adulthood. *Columbia Social Work Review*, 21(1), 101-118.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542.  
Sage Foundation.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213–229). Russell Sage Foundation.
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 79(6), 506-513.
- Daigle, M. (2019). *The relationship between spiritual health, spiritual dissonance, and positive mental health* (Unpublished master's dissertation). Saint Paul University, Ottawa, Ontario.
- ENSP NOVA. (2024, 4 de outubro). *Public presentation of the Chronic Patient Statute*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa.  
<https://www.ensp.unl.pt/en/public-presentation-of-the-chronic-patient-statute/>
- Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health [1]. *International journal of children's spirituality*, 4(1), 29-49.
- Fisher, J. (2008). Impacting teachers' and students' spiritual well-being. *Journal of Beliefs & Values*, 29(3), 253–261. <https://doi.org/10.1080/13617670802465789>

- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.3390/rel2010017>
- Figueiras, M. J., Monteiro, R., & Caeiro, R. (2012). Crenças Erróneas e Perceção da Doença em Pacientes Cardíacos e Seus Cônjuges: Um Estudo Piloto: Misconceptions and Illness Perceptions in Cardiac Patients and Their Spouses: A Pilot Study. *Psychology, Community & Health*, 1(3), 232–245. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i3.24>
- Figueiredo, S., Trigueiro, M. J., Simões-Silva, V., Coelho, T., de Almeida, R. S., Portugal, P., ... & Marques, A. (2022). Tradução, adaptação e contributo para a validação da escala Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale para a população portuguesa. *RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 4(2).
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1), 10-51. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.10>
- Gouveia, M. J. P. M. (2011). *Flow disposicional e o bem-estar espiritual em praticantes de atividades físicas de inspiração oriental* [Tese de doutoramento em Psicologia, Ispa – Instituto Universitário]. Repositório do ISPA.
- Gouveia, M. J., & Marques, M. (2012, agosto). *Validation of the Portuguese version of the Spiritual Health and Life Orientation Measure (SHALOM)* [Apresentação de poster]. 26th Annual European Health Psychology Society Conference, Praga, República Checa.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions in health and illness: Current research and applications* (pp. 155–188). Harwood Academic Publishers.
- Hart, S. L., & Charles, S. T. (2013). Age-related patterns in negative affect and appraisals about colorectal cancer over time. *Health Psychology*, 32(3), 302-310. <https://doi.org/10.1037/a0028523>

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(5), 797.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). The Guilford Press
- Hoyt, M. A., & Stanton, A. L. (2018). Adjustment to chronic illness. In T. A. Revenson & R. A. R. Gurung (Eds.), *Handbook of health psychology, 13* pp. 179–189 Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781315167534>
- Husson, O., Poort, H., Sansom-Daly, U. M., Netea-Maier, R., Links, T., & Mols, F. (2020). Psychological distress and illness perceptions in thyroid cancer survivors: Does age matter? *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology, 9*(3), 375–383.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review, 16*(3), 347–377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
- Iannello, N. M., Inguglia, C., Silletti, F., Albiero, P., Cassibba, R., Lo Coco, A., & Musso, P. (2022). How do religiosity and spirituality associate with health-related outcomes of adolescents with chronic illnesses? A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(20), 13172  
<https://doi.org/10.3390/ijerph192013172>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Vol. 3). Univ of California Press.
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 3–25). Russell
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring “spirituality” in research. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(5), 349–355. doi:10.1097/NMD.0b013e31816ff796
- Kütmeç Yılmaz, C., & Kara, F. Ş. (2021). The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses.

- Kahraman, B. N., & Pehlivan, S. (2023). The effect of spiritual well-being on illness perception of lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *31*(2), 107.
- Kline, R. B. (2023). Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications
- Karademas, E. C., Roziner, I., Mazzocco, K., Pat-Horenczyk, R., Sousa, B., Oliveira-Maia, A. J., ... & Poikonen-Saksela, P. (2025). The illness representations–physical well-being interplay over time in breast cancer patients. *Health Psychology*.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol. II, pp. 7–30). Pergamon Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Perceptions of health and illness: Current research and applications. *Illness representations: theoretical foundations*. Harwood Academic Publishers, 19-45.
- Lee, Y., Baek, J.-M., Jeon, Y.-W., & Im, E.-O. (2019). Illness perception and sense of well-being in breast cancer patients. *Patient Preference and Adherence*, *13*, 1557–1567.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2<sup>a</sup> ed., pp. 234–257). The Free Press.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, *17*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações estratégicas, 2, Direcção Geral da Saúde, Lisboa, 2004. disponível em <http://www.dgsaude.pt/>
- Miller, G. & Foster, L.T. (2010). Critical syntesis of wellness literature. Retrieved from <http://www.geog.uvic.ca/wellness> .

- Maroco, J. (2014). Análise estatística com o SPSS. *Statistics*, 6, 370.
- Martire, L. M., & Helgeson, V. S. (2017). Close relationships and the management of chronic illness: Associations and interventions. *American Psychologist*, 72(6), 601-612.  
<https://doi.org/10.1037/amp0000066>
- Memaryan, N., Ghaempanah, Z., Saeedi, M. M., Aryankhesal, A., Ansarinejad, N., & Seddigh, R. (2017). Content of spiritual counseling for cancer patients undergoing chemotherapy in Iran: A qualitative content analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18, 1791.
- Ma, C., Yan, J., Wu, Y., & Huang, W. (2018). Illness perceptions of Chinese women with breast cancer and relationships with socio-demographic and clinical characteristics. *International Journal of Nursing Practice*, 24(5), e12677.
- Disorders*, 54, 103114
- Machado, V., Botelho, J., Ramos, C., Proença, L., Alves, R., Cavacas, M. A., & Mendes, J. J. (2019). Psychometric properties of the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) in periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, 46(12), 1183–1191
- Nelson, J. M. (2009). Psychology, religion, and spirituality. In J. M. Nelson (Ed.), *Psychology, religion, and spirituality* (pp. 311–345). Springer.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (2008). Escala de satisfação com a vida (*Satisfaction Life Scale [SWLS]*). In A. Mendonça, M. Guerreiro, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e testes na demência* (pp. 125–128). Lisboa: Novartis.
- Ong, A. D., Zautra, A. J., & Finan, P. H. (2017). Inter- and intra-individual variation in emotional complexity: Methodological considerations and theoretical implications. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 15, 22-26.  
<https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.05.018>
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos

Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf)

- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., & Martins-da-Silva, A. (2010). *O ajustamento à doença crónica: Aspetos conceptuais*. ISPA.
- Park, C. & Folkman, (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*(2), 115-144.
- Polsky, D., Doshi, J. A., Marcus, S., Oslin, D., Rothbard, A., Thomas, N., & Thompson, C. L. (2005). Longterm risk for depressive symptoms after medical diagnosis. *Archives of internal medicine, 165* (11) 1260-1266. doi:10.1001/archinte.165.11.1260
- Park, C. L. (2012). Meaning, spirituality, and growth: Protective and resilience factors in health and illness.
- Park, J. J., Hsu, G., Siden, E. G., Thorlund, K., & Mills, E. J. (2020). An overview of precision oncology basket and umbrella trials for clinicians. *CA: a cancer journal for clinicians, 70*(2), 125-137.
- Pokrajac-Bulian, A., & Ambrosi-Randic', N. (2020). Illness perception in overweight and obese patients with cardiovascular diseases. *Eating and Weight Disorders, 25*(1), 69–78. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0506-1>
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95–103. <http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology, 69*(4), 719.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>.

- Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Adaptação e validação do " Revised Illness Perception Questionnaire"(IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de medicina*, 17(4), 136-147.
- Stanton, A. Revenson, T., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592
- Schmidt, H. (2016). Chronic disease prevention and health promotion. In D. H. Barrett, W. Ortmann, L. Dawson, C. Saenz, A. Reis, & G. Bolan (Eds.), *Public health ethics: Cases spanning the globe* (pp. 137–153). Springer Nature.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-23847-0\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-23847-0_5)
- Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C., & Whittemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1469–1489.
- Sharifi, M., Koenig, H. G., Dadfar, M., Turan, Y., & Ghorbani, A. (2024). The Effectiveness of Spirituality-Centered Cognitive Therapy on Body Image, Sexual Function, Illness Perception and Intrusive Thoughts in Iranian Women after Mastectomy. *Religions*, 15(5), 578.
- Santos, J. M. V., Oliveira, A. F., & Amorim, R. F. B. (2024). Religiosidade e espiritualidade no cuidado da saúde e o impacto na vida de pessoas com doenças crônicas. *Revista Interdisciplinar de Saúde – REVISA*, 13(1), 68–77.  
<https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n1.p68a77>
- Silva Junior, F. L., de Almeida Matos, P. J., Visnes, K. N., Alcón, M. M., Tavares, P. G. B. C., & da Silva, E. D. N. R. (2024). A influência da espiritualidade e crenças religiosas no enfrentamento e na qualidade de vida das pessoas com doença renal crônica. *Research, Society and Development*, 13(9).
- Stanton, A. L., & Hoch, M. M. (2025). Cognition, coping, and adjustment in chronic disease.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 63.
- Toscano, A., Blanchin, M., Bourdon, M., Bonnaud Antignac, A., & Sébille, V. (2020). Longitudinal associations between coping strategies, locus of control and health-related quality of life in patients with breast cancer or melanoma. *Quality of Life Research*, 29(5), 1271–1279. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02401-8>
- Touma, N., Varay, C., & Baeza-Velasco, C. (2021). Determinants of quality of life and psychosocial adjustment to pediatric inflammatory bowel disease: A systematic review focused on Crohn's disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 142, 110354.
- Timkova, V., Mikula, P., Fedičová, M., Szilasiová, J., & Nagyová, I. (2021). Psychological well-being in people with multiple sclerosis and its association with illness perception and self-esteem. *Multiple Sclerosis and Related*
- Tirgari, B., Khaksari, M., Soltani, Z., Mirzaee, M., Saberi, S., & Bashiri, H. (2022). Spiritual well-being in patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Journal of religion and health*, 61(5), 3969-3987.
- Vasilaki, M., Vlachou, E., Kavga, A., Govina, O., Dokoutsidou, E., Evangelou, E., Ntikoudi, A., Mantoudi, A., & Alikari, V. (2023). Fatigue among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: The Impact of Spirituality and Illness Perceptions. *Healthcare*, 11(24), 3154. <https://doi.org/10.3390/healthcare11243154>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431-445.
- Whitfield, K. E., Weidner, G., Clark, R., & Anderson, N. B. (2002). Sociodemographic diversity and behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 463- 481.

Wang, J., Yang, Z., Zheng, Y., Peng, Y., Wang, Q., Xia, H., ... & Zheng, Z. (2021). Effects of illness perceptions on health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, *19*, 1-11.

<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01770-4>

Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, *54*, 1-6.

Zhang, Y., Xie, C., Yan, W., Li, Y., Liu, L., & Xu, J. (2025). Self-perceived health control status and influencing factors in young and middle-aged peritoneal dialysis patients: A cross-sectional survey. *Scientific Reports*, *15*, 20445. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-05124-8>

## Anexos

### Anexo A – Questionário Qualtrics

#### Espiritualidade, Representação da Doença e Bem-Estar

##### Start of Block: Apresentação do Estudo

Este estudo diz respeito a uma investigação de Mestrado a decorrer no ISPA – Instituto Universitário.

**O objetivo é estudar o papel da espiritualidade e representações sobre a doença no bem-estar de pessoas portadoras de doença/doenças crónica.**

O estudo dirige-se a pessoas com **mais de 18 anos, de nacionalidade portuguesa e com uma doença crónica diagnosticada.**

Queremos convidá-lo a participar nesta investigação através do preenchimento deste questionário que terá uma duração total aproximada de **8 a 10 minutos**. Os dados recolhidos serão usados **apenas no âmbito desta investigação e exclusivamente para fins estatísticos**.

As respostas são **anónimas** e os dados **confidenciais**. A sua **participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momentos, sem nenhum prejuízo ou dano. Não existem respostas certas ou erradas**. Não precisa refletir muito sobre as respostas. Pedimos que responda de forma espontânea, com o máximo de sinceridade e a todas as questões, pois só assim a sua participação será válida.

A sua participação é muito importante para aumentar o conhecimento nesta área. Caso surjam dúvidas no preenchimento do questionário contacte:

**Investigadora Responsável** Maria Machado [espirithealthispa@gmail.com](mailto:espirithealthispa@gmail.com)

**Orientação Científica** Prof. Doutora Maria João Gouveia ISPA – Instituto Universitário

**Agradecemos** desde já a sua disponibilidade para participar nesta investigação.

---

##### Start of Block: Critério de Participação

Confirma que tem mais de 18 anos e nacionalidade portuguesa?

- Sim
  - Não
- 

### Start of Block: Questões Sociodemográficas

De seguida, ser-lhe-ão pedidos alguns **dados sociodemográficos**. Não existem respostas certas ou erradas – **todas as respostas são válidas**. Pedimos-lhe que responda com o máximo de sinceridade.

---

### Start of Block: Questões Sociodemográficas

Idade

---

Género

- Feminino
- Masculino
- Outro
- Prefiro não dizer

Distrito de Residência

---

Estado Civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)/União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

Encontra-se num relacionamento amoroso?

- Sim
- Não

Escolaridade (indique o último nível que concluiu)

- 1º ciclo (1º-4º ano)
- 2º ciclo (5º-6º ano)
- 3º ciclo (7º-9º ano)
- Ensino secundário (10º-12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Situação Profissional Atual

- Estudante
- Trabalhador-Estudante
- Trabalhador(a)
- Reformado(a)
- Desempregado
- Outro

Quantas pessoas habitam consigo?

---

Tem filhos?

- Sim
- Não

Se sim, quantos?

---

---

**Start of Block: Variáveis estado de saúde**

Vamos agora pedir-lhe que pense na **doença crónica** que tem um **maior impacto na sua vida**.

Qual é a sua doença?

---

Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a doença crónica? (Anos e meses)

---

Toma medicação para essa doença?

- Sim
- Não

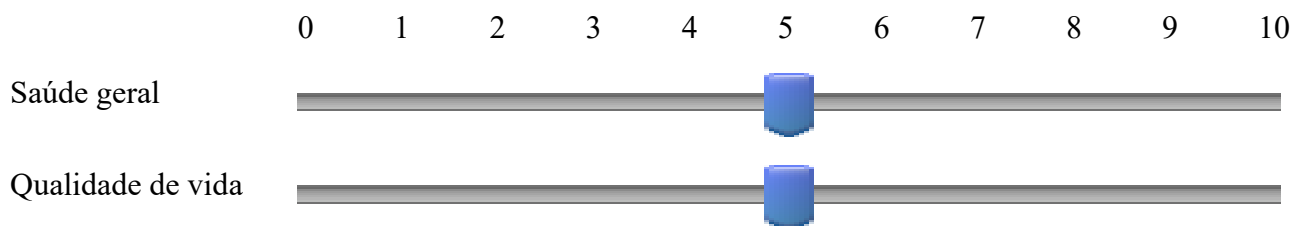
Tem acompanhamento médico regular para a sua doença?

- Sim
- Não

Se sim, qual?

---

Nas duas colunas por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o grau em que a sua doença afeta a sua **saúde e qualidade de vida**?



Tem mais alguma doença?

- Sim
- Não

Se sim, qual?

---

---

### Start of Block: Espiritualidade e Religião

Para finalizar, pedimos-lhe que responda a algumas questões sobre religião e espiritualidade.

Tem alguma religião?

- Sim
- Não

Se sim, qual?

- Católica
- Ortodoxa
- Protestante
- Outra Cristã
- Judaica
- Muçulmana
- Outra não cristã

Tem práticas associadas à sua religião?

- Sim
- Não

Se sim, quais?

---

Indique o grau em que se considera uma pessoa religiosa

- Nada

- Pouco
- Moderado
- Bastante
- Muito

Indique o grau em que se considera uma pessoa espiritual

- Nada
- Pouco
- Moderado
- Bastante
- Muito

Se considerar ser uma pessoa espiritual, tem práticas associadas à espiritualidade?

- Sim
- Não

Se sim, quais?

---

**Start of Block: Fim do Inquérito**

**Muito obrigada pela sua participação!**

Relembramos que a participação neste estudo é totalmente voluntária, podendo interromper ou desistir de participar até o momento em que submeter este questionário. Caso decida desistir, não sofrerá qualquer prejuízo. Para além disso, garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados.

Caso necessite de algum apoio psicossocial associado à área do ajustamento à doença crónica existem diversas instituições ligadas à promoção de bem-estar em crianças, jovens e adultos com doença crónica, como a Terra dos Sonhos. Recorda-se ainda a possibilidade de contactar a linha de apoio psicológico do SNS através do n.º 808 24 24 24.

Se desejar ter acesso aos resultados do estudo ou a outras informações, contacte

**Investigadora Responsável**

Maria Machado – [espirithealthispa@gmail.com](mailto:espirithealthispa@gmail.com)

**Orientação Científica**

Prof. Doutora Maria João Gouveia ISPA – Instituto Universitário

Agradecemos novamente o seu contributo para aumentar o conhecimento nesta área!

## Anexo B – Análise da Normalidade das Escalas – Teste Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		
	t	g.l	Sig.
<b>WEMWBS</b>			
Bem-Estar Mental Total	.05	131	.20
<b>SHALOM</b>			
Ideal Pessoal	.12	131	<.001
Ideal Ambiental	.13	131	<.001
Ideal Comunitária	.13	131	<.001
Ideal Transcendental	.14	131	<.001
Ideal Total	.08	131	.03
Experiência Vivida Pessoal	.97	131	.004
Experiência Vivida Ambiental	.12	131	<.001
Experiência Vivida Comunitária	.13	131	<.001
Experiência Vivida Transcendental	.11	131	<.001
Experiência Vivida Total	.09	131	<.001
Dissonância Espiritual Pessoal	.20	131	<.001
Dissonância Espiritual Ambiental	.23	131	<.001
Dissonância Espiritual Comunitária	.18	131	<.001
Dissonância Espiritual Transcendental	.21	131	<.001
Dissonância Espiritual Total	.16	131	<.001
<b>IPQ-R</b>			
Duração Aguda/Crónica	.17	131	<.001
Duração Cíclica	.10	131	.002
Consequências	.10	131	.003
Controlo Pessoal	.13	131	<.001
Controlo Tratamento	.07	131	.20
Coerência	.09	131	.003
Representação emocional	.80	131	.004

Nota. t = Estatística de Teste; g.l = graus de liberdade; WEMWBS = *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*; SHALOM = *Spiritual Health And Life-Orientation Measure*; IPQ-R = *Illness Perception Questionnaire Revised*

**Anexo C – Tabela das Relações Entre Dissonância Espiritual e Representação da Doença (Regressão Linear Múltipla)**

**Tabela C1**

*Relação Entre Dissonância Espiritual Com Domínios da Representação da Doença (Regressão Linear Múltipla)*

RD – Duração Aguda/Crónica	$\beta$	$t$	$p$
Dissonância Espiritual			
Pessoal	.04	.30	.76
Ambiental	-.09	-.68	.49
Comunitária	.01	.08	.93
Transcendental	.16	1.69	.09
<b><math>R^2_{ajust}</math></b>	<b>.004</b>		
RD – Duração Cíclica	$\beta$	$t$	$p$
Dissonância Espiritual			
Pessoal	.06	.33	.74
Ambiental	.16	.99	.32
Comunitária	-.15	-.99	.3
Transcendental	-.07	.67	2.5
<b><math>R^2_{ajust}</math></b>	<b>-.17</b>		
RD - Consequências	$\beta$	$t$	$p$
Dissonância Espiritual			
Pessoal	-.02	-.13	.89
Ambiental	.23	1.18	.23
Comunitária	-.06	-.34	.72
Transcendental	.13	.99	-.32
<b><math>R^2_{ajust}</math></b>	<b>.02</b>		
RD – Controlo Pessoal	$\beta$	$t$	$p$
Dissonância Espiritual			
Pessoal	.14	.83	.40
Ambiental	.09	.49	.62
Comunitária	-.16	-.98	.32

Transcendental	-.20	-1.6	.1
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>-.001</b>		
<hr/>			
RD - Controlo de Tratamento	<b><i>β</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<hr/>			
Dissonância Espiritual			
Pessoal	.11	.06	.94
Ambiental	.10	.63	.53
Comunitária	-.10	-.06	.95
Transcendental	-.41	-.36	.71
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>.02</b>		
<hr/>			
RD – Coerência	<b><i>β</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<hr/>			
Dissonância Espiritual			
Pessoal	-.09	-.55	.58
Ambiental	-.02	-.11	.9
Comunitária	.15	.93	.35
Transcendental	.35	.29	.76
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>-.23</b>		
<hr/>			
RD – Representação Emocional	<b><i>β</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<hr/>			
Dissonância Espiritual			
Pessoal	.36	3.25	<b>.001***</b>
Ambiental	.12	.61	.54
Comunitária	-.04	-.23	.81
Transcendental	-.07	-.55	.59
<b><i>R<sup>2</sup>ajust</i></b>	<b>.07</b>		

Nota.  $\beta$  = Beta;  $t$  = Estatística de teste;  $p$  = p-value;  $R^2_{ajust}$  = R quadrado ajustado; N=133 \*Correlação significativa para  $p \leq .05$ ; \*\*Correlação significativa para  $p \leq .01$ ; \*\*\*Correlação significativa para  $p \leq .001$

**Anexo D – Tabela das Relações Entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental, Duração Aguda/Crónica da doença e Bem-Estar Mental**

**Tabela D1**

*Relação Entre as Variáveis do Modelo: Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental, Duração Aguda/Crónica e Bem-Estar Mental*

	Consequente									
	Duração Aguda/Crónica (M)				Bem-Estar Mental (VD)					
Antecedente	$\beta$	DP	t	p	$\beta$	DP	t	p		
Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental (VI)	a	-.33	.04	-4.04	.001***	c	.21	0.68	2.47	.01**
Duração Aguda/Crónica (M)	-	-	-	-	b	-.16	1.38	-1.83	.07	
<b>R<sup>2</sup> = .07</b>										
F (128,2) = 4.80; <b>p = .01**</b>										

*Nota.* a = Relação entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e Duração Aguda/Crónica; b = Relação entre Duração Aguda/Crónica e Bem-Estar Mental; c = Relação total entre a Espiritualidade Ideal Transcendental e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

**Anexo E – Tabela das relações entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal, Coerência da doença e Bem-Estar Mental**

**Tabela E1**

*Relações entre as variáveis do modelo: Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal, Coerência e Bem-Estar Mental*

Antecedente	Consequente									
	Coerência (M)				Bem-Estar Mental (VD)					
	$\beta$	DP	t	p	$\beta$	DP	t	p		
Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal (VI)	a	-.14	.07	-4.04	.10	c	.47	0.84	6.09	$p < .001^{**}$ *
Coerência (M)	-	-	-	-	b	-.23	.94	-3.04	$.003^{**}$	
$R^2 = .27$										
$F(128,2) = 24.37; p < .001^{***}$										

*Nota.* a = Relação entre Experiência de Vivida de Espiritualidade Pessoal e Coerência; b = Relação entre Coerência e Bem-Estar Mental; c = Relação total entre Experiência Vivida de Espiritualidade Pessoal e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

**Anexo F – Tabela das relações entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental, Coerência da doença e Bem-Estar Mental**

**Tabela F1**

*Relações entre as variáveis do modelo: Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental, Coerência e Bem-Estar Mental*

Antecedente	Consequente									
	Coerência (M)					Bem-Estar Mental (VD)				
	$\beta$	DP	t	p	$\beta$	DP	t	p		
Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental (VI)	a	.11	.05	1.28	.20	c	.21	0.68	2.47	<b>.01**</b>
Coerência (M)	-	-	-	-	b	-.32	1.01	-3.91	<b>&lt;.001***</b>	
<b>R<sup>2</sup> = .14</b>										
F (128,2) = 11.06; <b>p &lt;.001***</b>										

*Nota.* a = Relação entre Experiência de Vivida de Espiritualidade Transcendental e Coerência; b = Relação entre Coerência e Bem-Estar Mental; c = Relação total entre Experiência Vivida de Espiritualidade Transcendental e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \* p <.05; \*\*p <.01; \*\*\* p <.001

**Anexo G – Tabela da Duração Aguda/Crónica da doença como mediadora da relação da Espiritualidade Ideal Transcendental e o Bem-Estar Mental**

**Tabela G1**

*Relações entre as variáveis do modelo: Espiritualidade Ideal Transcendental, Duração Aguda/Crónica e Bem-Estar Mental*

	Consequente									
	Duração Aguda/Crónica (M)					Bem-Estar Mental (VD)				
Antecedente	$\beta$	DP	t	p	$\beta$	DP	t	p		
Experiência Ideal Transcendental (VI)	a	-.22	.04	-2.58	.01**	c	.01	.70	.19	.85
Duração Aguda/Crónica (M)	-	-	-	-	b	-.22	1.35	2.56	.01**	
<b>R<sup>2</sup> = .05</b>										
F (128,2) = 3.29; <b>p = .01**</b>										

*Nota.* a = Relação entre Espiritualidade Ideal Transcendental e Duração Aguda/Crónica; b = Relação entre Duração Aguda/Crónica e Bem-Estar Mental; c = Relação total entre a Espiritualidade Ideal Transcendental e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001

**Anexo H – Tabela das relações entre Espiritualidade Ideal Pessoal, Controle Pessoal da doença e Bem-Estar Mental**

**Tabela H1**

*Relações entre as variáveis do modelo: Espiritualidade Ideal Pessoal, Controle Pessoal e Bem-Estar Mental*

Antecedente	Consequente									
	Controle Pessoal (M)				Bem-Estar Mental (VD)					
	$\beta$	DP	<i>t</i>	<i>p</i>	$\beta$	DP	<i>t</i>	<i>p</i>		
Experiência Ideal Pessoal (VI)	a	.22	.09	2.65	.001***	c	.12	1.14	1.38	.16
Controle Pessoal (M)	-	-	-	-		b	.07	1.05	.86	.39
<b>R<sup>2</sup> = .02</b>										
F (128,2) = 1.33; <i>p</i> = .27										

*Nota.* *a* = Relação entre Espiritualidade Ideal Pessoal e Controle Pessoal; *b* = Relação entre Controle Pessoal e Bem-Estar Mental; *c* = Relação total entre Espiritualidade Ideal Pessoal e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \* *p* < .05; \*\* *p* < .01; \*\*\* *p* < .001

**Anexo I – Tabela das relações entre Espiritualidade Ideal Pessoal, Coerência da doença e Bem-Estar Mental**

**Tabela I1**

*Relações entre as variáveis do modelo: Espiritualidade Ideal Pessoal, Coerência e Bem-Estar Mental*

	Consequente									
	Coerência (M)					Bem-Estar Mental (VD)				
Antecedente	$\beta$	DP	<i>t</i>	<i>p</i>	$\beta$	DP	<i>t</i>	<i>p</i>		
Experiência Ideal Pessoal (VI)	a	-.14	.09	-1.61	.11	c	.12	1.14	1.38	.16
Coerência (M)	-	-	-	-	b	-.28	1.05	-3.31	<b>.001***</b>	
<b>R<sup>2</sup> = .09</b>										
F (128,2) = 6.53; <b>p = .002**</b>										

*Nota.* a = Relação entre Espiritualidade Ideal Pessoal e Controle Pessoal; b = Relação entre Controle Pessoal e Bem-Estar Mental; c = Relação total entre Espiritualidade Ideal Pessoal e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

**Anexo J – Tabela das relações entre Espiritualidade Ideal Transcendental, Coerência da doença e Bem-Estar Mental**

**Tabela J1**

*Relações entre as variáveis do modelo: Espiritualidade Ideal Transcendental, Coerência e Bem-Estar Mental*

	Consequente									
	Coerência (M)				Bem-Estar Mental (VD)					
Antecedente	$\beta$	DP	<i>t</i>	<i>p</i>	$\beta$	DP	<i>t</i>	<i>p</i>		
Experiência Ideal Transcendental (VI)	a	.13	.06	1.57	.12	c	.01	.70	.19	.85
Coerência (M)	-	-	-	-	b	.30	1.05	3.54	<.001***	
<b>R<sup>2</sup> = .09</b>										
F (128,2) = 6.28; <i>p</i> = .002**										

*Nota.* a = Relação entre Espiritualidade Ideal Transcendental e Coerência; b = Relação entre Coerência e Bem-Estar Mental; c = Relação total entre a Espiritualidade Ideal Transcendental e Bem-Estar Mental;  $\beta$  = coeficiente padronizado; \**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001