

Andrea Marin Marques

Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental- Que relação?

apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, sob a
orientação do Professor Doutor Anselmo Borges

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Porto, Setembro de 2016

Agradecimentos

Ao Coordenador do Mestrado, Professor Doutor Rui Coelho, agradeço a oportunidade e o privilégio que tive em frequentar este Mestrado que muito contribuiu para o enriquecimento da minha formação académica, científica e profissional.

Ao Professor Doutor Anselmo Borges, expesso o meu profundo agradecimento pela orientação, apoio e palavras de perseverança ao longo desta jornada.

À Professora Doutora Ana Telma Pereira, o meu agradecimento pela disponibilidade que revelou para comigo na elaboração e revisão do estudo empírico.

Expesso também a minha gratidão e solidariedade a Todos os utentes da USF Terras de Ferreira que, embora anonimamente, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

Aos colegas da USF Terras de Ferreira, em especial ao Dr.º Luis Moreira que autorizou a realização desta investigação na USF e à Dr.ª Maria Rêgo que apoiou o desenvolvimento do projeto desde a sua fase inicial.

Aos colegas de mestrado, um muito obrigada por todo o carinho e amizade ao longo deste percurso. Agradeço, de forma especial, a ajuda, o apoio e a preocupação, nos momentos de maior aflição.

Ao Professor Doutor Ramon Andrade de Mello, um agradecimento especial pelo incentivo para iniciar este mestrado.

Ao Dr.º Francisco Castro Bento Soares, à Dr.ª Ana Clara Moreira e ao Dr.º João Miguel Perestrelo pela ajuda inestimável na fase final de redação e revisão do manuscrito.

À Minha Família, em especial aos Meus Pais e a Minha irmã, um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem. A eles, dedico todo este trabalho.

Conteúdo

Agradecimentos	ii
Índice de tabelas.....	vi
Abreviaturas	viii
Resumo	1
Abstract	4
Introdução	7
I-Parte	8
Sentido da Vida segundo Viktor Frankl.....	9
Experiência do campo de concentração	10
Confronto com Freud e Adler.....	14
Análise existencial.....	16
Logoterapia: a terapia pelo sentido.....	17
Espiritualidade.....	21
Espiritualidade inconsciente.....	21
Espiritualidade e saúde mental.....	22
Saúde Mental	25
Adoecer psíquico: a falta de sentido.....	25
Sentido da vida no fim de vida.....	26
Contextualização da temática abordada.....	27
Entrevista ao padre António José.....	27

II-Parte	32
Introdução à segunda parte	33
Objetivos	34
Metodologia	35
Tipo de estudo	35
Amostra.....	35
Procedimento.....	35
Instrumentos	37
Análise estatística	39
Resultados	41
Análise descritiva	41
Análise comparativa	50
Verificar se existe correlação entre o grau de propósito/sentido da vida e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva).....	50
Verificar se existe correlação entre o grau de espiritualidade e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva)	52
Verificar se existe correlação entre o grau de propósito/sentido da vida e o grau de espiritualidade	53
Verificar se existem diferenças de grau de propósito/sentido da vida em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa.....	54
Verificar se existem diferenças nas pontuações do indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva) em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa	56

Verificar se existem diferenças de grau de espiritualidade dos participantes com doença em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa	57
Discussão.....	61
Conclusão	65
Notas para o futuro	67
Anexo A – Autorização USF	70
Anexo B- Parecer Comissão de ética ARS Norte	71
Anexo C – Autorização utilização instrumentos	74
Anexo D- Modelo de Consentimento Informado.....	79
Anexo E- Questionários utilizados no estudo	82
Questionário sociodemográfico:	84
Questionário- PIL-R <i>Purpose in Life Test</i>	87
Questionário- FACIT-Sp-12- <i>Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being</i>	93
Questionário-CES-D: <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>	94
Bibliografia	97

Índice de tabelas

Tabela 1-Characterização sociodemográfica dos participantes no estudo (n=40).	42
Tabela 2-Distribuição da idade dos participantes no estudo (n=40).....	43
Tabela 3-Characterização das questões presentes no CES-D dadas pelos participantes no estudo (n=40).....	44
Tabela 4-Distribuição da escala total do CES-D pelos participantes no estudo (n=40).	44
Tabela 5-Distribuição da escala total do CES-D pelos participantes no estudo (n=40).	44
Tabela 6-Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistências interna (Alfa de <i>Cronbach</i>) do índice total da Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D).	45
Tabela 7-Distribuição da escala total do PIL-R pelos participantes no estudo (n=40).	46
Tabela 8-Distribuição da escala total do PIL-R pelos participantes no estudo (n=40).	46
Tabela 9-Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistências interna (Alfa de <i>Cronbach</i>) do índice total de Purpose of Life Test (PIL-R).....	47
Tabela 10-Characterização das questões presentes no FACIT-Sp-12 dadas pelos participantes no estudo com doença (n=16).	48
Tabela 11-Distribuição das subescalas e escala total do FACIT-Sp-12 pelos participantes no estudo com doença crónica (n=16).	49
Tabela 12-Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistências interna (Alfa de <i>Cronbach</i>) do índice sentido/paz e fé de <i>Chronic ILLness Therapy- Spiritual Well-Being</i> (FACIT-Sp-12).....	49
Tabela 13-Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre a <i>Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression</i> (CES-D) e pontuação total PIL dos participantes no estudo (n=40).....	50

Tabela 14-Relação entre o grau de propósito/sentido da vida e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva) dos participantes no estudo (n=40).	51
Tabela 15-Coeficiente de correlação de Spearman entre o grau de espiritualidade e indicadores de saúde mental (sintomatologia depressiva) dos participantes no estudo com doença (n=16).	52
Tabela 16-Relação entre o grau de espiritualidade e indicadores de saúde mental (sintomatologia depressiva) dos participantes no estudo com doença (n=16).	53
Tabela 17-Relação entre o grau de espiritualidade e grau de propósito /sentido da vida dos participantes no estudo com doença (n=16).	54
Tabela 18-Coeficiente de correlação de Spearman entre o grau de espiritualidade e indicadores de propósito/sentido da vida dos participantes no estudo com doença crónica (n=16).	54
Tabela 19-Characterização das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo (n=40) pelo grau de propósito/sentido da Vida.	55
Tabela 20-Characterização das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo (n=40) pela sintomatologia ou não depressiva	57
Tabela 21-Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo com doença (n=16) pelo grau de espiritualidade: sentido/paz (FACIT-Sp-12).	58
Tabela 22-Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo com doença (n=16) pelo grau de espiritualidade: fé (FACIT-Sp-12).	59
Tabela 23-Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo com doença (n=16) pelo grau de espiritualidade: escala total (FACIT-Sp-12).	60

Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional da Saúde

CCS – Coeficiente de Correlação de *Spearman*

CES – Comissão de Ética para Saúde

CES-D - *Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression*

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DP – Desvio Padrão

DRC – Doença Renal Crónica

DSPT - Distúrbio do Stress Pós-Traumático

FACIT sp 12 - *Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being*

MDN – Mediana

PIL- Test - *Purpose in Life Test*

RMN - Ressonância Magnética Nuclear

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução

O conceito de Sentido da Vida, segundo a concepção existencial do psiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl (1905-1997), tem por base uma “necessidade” intrinsecamente humana de encontrar motivação para dar sentido à vida. Este sentido pode ser alcançado a partir de três formas, fontes ou categorias de valores. São estes valores: criadores (fazer algo), vivenciais (coerência e crescimento pessoal) e de atitude (estes desenvolvem-se pela transcendência de si, para algo ou alguém, quer seja pelo trabalho com espírito de missão, pela aceitação do inevitável ou ainda pelo amor incondicional a outra pessoa). A busca pelo sentido da vida faz parte da dimensão espiritual do Homem. A frustração desta necessidade pode levar, segundo Frankl, a um estado de vazio existencial, caracterizado pela apatia e indiferença.

Este trabalho pretende integrar a filosofia motivacional de Frankl num contexto clínico, nomeadamente, descrever e correlacionar o grau de propósito/sentido da vida, espiritualidade e sintomatologia depressiva em uma amostra de utentes.

Métodos

Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo-correlacional, tendo sido selecionada uma amostra aleatória de 40 utentes da Unidade de Saúde Familiar (USF) Terras de Ferreira, com idades compreendidas entre os 60 e os 75 anos. Cada participante preencheu quatro questionários: um sociodemográfico, um sobre o propósito/sentido da vida, o *Purpose in Life Test* (PIL-R) que mede o sentido da vida através da identificação da sua falta (vazio existencial), um questionário que avalia o bem-estar espiritual, centrando-se nos aspetos existenciais da espiritualidade e da fé dos participantes com doença, o *Chronic ILLness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-12), e um questionário que avalia um componente da saúde mental, os sintomas depressivos, a escala do *Center for Epidemiologic Studies of Depression* (CES-D).

Para realizar a análise descritiva e correlacional foi utilizado o programa de análise estatística SPSS® versão.21.0.

Resultados

Obteve-se uma amostra com 40 participantes (45% homens e 55% mulheres), com uma média de idade de 66 anos (± 5 anos). Noventa e oito por cento apresentavam escolaridade máxima de 4 anos, 83% era casada, 13% era viúva e 5% era solteira. Relativamente ao agregado familiar, 18% morava sozinho, 48% morava apenas com o cônjuge, 20% vivia ainda com os filhos e 8% vivia com filhos e netos. A totalidade da amostra declarou-se católica (45% praticantes, 28% não praticantes e 28% com prática religiosa irregular). Relativamente à existência de alguma doença grave, debilitante ou que altere muito a sua qualidade de vida, 40% respondeu afirmativamente e 60% negativamente.

Em relação à análise correlacional obteve-se uma correlação forte e inversa entre as variáveis propósito/sentido da vida e depressão, isto é, quanto maior a pontuação no PIL-R, nível de sentido da vida elevado, menor a pontuação no CES-D ou seja menos sintomas depressivos [coeficiente de correlação de *Spearman* (CCS) de $-0,570$, $p < 0,001$]; constatou-se que há uma forte correlação inversa (CCS= $-0,610$, $p=0,012$) entre o constructo sentido/paz e a sintomatologia depressiva e, por fim, que as variáveis propósito/sentido da vida e espiritualidade apresentam uma forte correlação direta, ou seja o aumento de uma implica o aumento da outra (CCS= $0,655$, $p=0,006$). A análise revelou ainda uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,004$) entre o nível de propósito/sentido de vida entre os géneros, sendo mais baixo no sexo feminino; relativamente à variável sintomatologia depressiva, constatou-se que os valores são mais baixos nos casados ($p=0,013$) e nos indivíduos que moram apenas com o cônjuge ($p=0,011$).

Discussão/ Conclusão

Apesar da escassa literatura científica sobre a inter-relação das variáveis analisadas neste estudo, obtiveram-se resultados compatíveis com a informação disponível e com o que seria expectável empiricamente. Ter um propósito/sentido da vida médio/elevado parece ser protetor face a sintomatologia depressiva, assim como ter

um nível elevado de espiritualidade (sentido/paz), nomeadamente quando a doença está presente. Possuir um nível superior de espiritualidade parece estar também associado a um grau superior de propósito/sentido da vida.

Outras diferenças significativas encontradas neste estudo dizem respeito ao facto dos participantes casados e que moram apenas com o cônjuge terem um menor índice de sintomatologia depressiva, sendo que o sexo feminino apresenta um grau de propósito/sentido da vida inferior ao do sexo masculino

A doença considerada incapacitante pelo participante é um grande influenciador da projeção positiva no futuro, seria de esperar que, se correlacionasse com resultados mais baixos de propósito/sentido da vida.

Os resultados encontrados devem ser interpretados tendo em conta as limitações metodológicas que o estudo apresenta. Contudo, não deve ser menosprezada a sua utilidade na prática clínica, nomeadamente no incentivo da discussão da espiritualidade e propósito/sentido da vida na consulta médica.

Palavras-chave: Viktor Frankl, propósito/sentido da vida, espiritualidade, depressão, saúde mental

Abstract

Introduction

The concept of meaning of life, according to the existentialist outlook proposed by the Austrian psychiatrist Viktor Emil Frankl (1905–1997), is based on an intrinsically human ‘need’ of finding the motivation that can give life its sense. This meaning can be achieved from three different value forms, sources or categories. They can be creator (to do something), experiential (coherence and personal development) or attitude (developed by the transcendence of the self towards something or someone else, either by working in a spirit of mission, by the acceptance of the inevitable or by the unconditional love to someone) values. The quest for the meaning of life is a part of the spiritual dimension of mankind. The frustration of this ‘need’ can lead, still according to Frankl, to a state of existential emptiness, featured by apathy and by indifference.

This work intends to integrate the motivational philosophy of Frankl in a clinical context, namely through the description and correlation of three variables, the level of purpose/meaning of life, the spirituality and the depressive symptomatology in a sample group of patients.

Methods

A quantitative, observational, cross-sectional and descriptive-correlational study was performed. A random sample of 40 patients from the Terras de Ferreira Family Health Unit, aged between 60 to 75 years, was selected. Each participant filled in four questionnaires. The first one was a sociodemographic questionnaire; the second, titled Purpose in Life Test (PIL-R), evaluated the purpose/meaning of life by measuring a lack of sense, *i. e.*, an existential emptiness; the third questionnaire, called Chronic Illness Therapy-Spiritual Wellbeing (FACIT-Sp-12), assessed the spiritual wellbeing by focusing on the existential aspects of the spirituality and the faith of participants who were affected by some disease; lastly the fourth questionnaire, a scale from the Centre for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D), evaluated a mental health element, specifically the depressive symptomatology.

In order to perform the descriptive and correlational analyses, the statistical analysis software package IBM® SPSS® Statistics version 21.0 was used.

Results

A sample composed of 40 participants (45% men, 55% women, mean age 66 ± 5 years) was obtained. Ninety eight percent had a maximum schooling of 4 years. Eighty three percent were married, 13% were widowed and 5% were single. Regarding the household, 18% lived alone, 48% lived with the spouse only, 20% still had their children living at home and 8% lived in their homes with both children and grandchildren. All participants declared themselves belonging to the Catholic faith, 45% as practising Catholics, 28% as non-practising Catholics and 28% with irregular religious practices. Regarding the existence of any severe, debilitating or deeply life quality-affecting condition, 40% confirmed it and 60% answered negatively.

Considering the correlational analysis, a strong inverse correlation between the variables purpose/meaning of life and depression was verified, that is, the higher the score in the PIL-R questionnaire (high meaning of life level), the lower the score in the CES-D scale (less depressive symptoms), having a Spearman's correlation coefficient (SCC) of $-0,570$, $p=0,001$. A strong inverse correlation (SCC= $-0,610$, $p=0,012$) between the construct meaning and peace and depressive symptomatology was also observed. Finally, the variables purpose/meaning of life and spirituality showed a strong direct correlation, *i. e.*, an increase in one of them implies an increase in the other (SCC= $0,655$, $p=0,006$). The study also revealed a statistically significant difference ($p=0,004$) in levels of purpose/meaning of life between genders, being this level lower in the female study population. Regarding the variable depressive symptomatology, it was found that its values were lower in married people ($p=0,013$) and in those individuals who live with the spouse only ($p=0,011$).

Discussion and conclusion

Despite the scarce scientific literature about the interrelationship of the variables analysed in this study, the obtained results were consistent not only with the available published information but also with what would be empirically expected. Having a

medium to high purpose/meaning of life seems to be protective against depressive states, as well as having a high level of spirituality (meaning and peace), especially in the context of disease. To feel a higher level of spirituality also seems to be associated with a higher degree of purpose/meaning of life.

Other significant differences found in this study relate to the fact that the participants who are both married and live in their homes with only the spouse have a lower depressive symptomatology index, with women presenting a lower degree of purpose/meaning of life compared with men.

A disease, when perceived as disabling by the participant, is also a major influence of positive projection for the future, correlating with lower scores of purpose/meaning of life.

Finally, although the results should be interpreted taking into account the methodological limitations of this study, their usefulness in the clinical practise should not be overlooked, particularly in fostering the discussion of spirituality and purpose/meaning of life in the medical appointment.

Keywords: Viktor Frankl, purpose / meaning of life, spirituality, depression, mental health

Introdução

O desenvolvimento desta tese faz parte da dissertação final do Mestrado de Psiquiatria e Saúde Mental, da Universidade do Porto, da mestranda Andrea Marques. Este trabalho está organizado em duas partes que mutuamente se complementam.

A primeira parte resume a temática abordada, especificando os conceitos fundamentais da filosofia existencial de Viktor Frankl, com uma contextualização histórica e associação desta temática com a espiritualidade/religião e a saúde mental. Este enquadramento teórico serve de linha orientadora para o desenvolvimento da segunda parte do estudo, onde é desenvolvido um trabalho de campo, segundo o método científico, com o objetivo de medir o conceito de sentido da vida de Frankl, conceito nuclear da sua teoria, e relacioná-lo a outros dois constructos: espiritualidade e indicadores de saúde mental, mais precisamente aos níveis de sintomatologia depressiva da população estudada. A metodologia escolhida para a realização da segunda parte deste estudo foi quantitativa apesar da temática abordada ter um forte componente subjetiva o que pode dificultar a interpretação e valorização dos resultados.

O desenvolvimento deste trabalho foi um desafio lançado pelo Professor Doutor Anselmo Borges e é, em si mesmo, um desafio conceptual pois a sua temática, intersecta diferentes áreas do saber, sobretudo, a medicina, a filosofia e a psicologia. Esta pluralidade faz todo o sentido pois o Homem é um ser complexo que não pode ser entendido e definido apenas por um domínio.

A medicina tem vindo a desenvolver uma forma nova e abrangente de compreender o fenómeno da saúde e da doença de maneira completa e integrada, dando-se a isto o nome de visão holística da saúde. Esta visão é contrária à lógica mecanicista que compartimenta o saber em vários domínios estanques e é também a linha orientadora desta tese.

Para além dos objetivos propostos na metodologia do estudo, pretende-se, sobretudo, que este trabalho seja um auxiliar para a reflexão sobre a pluralidade dimensional da existência humana.

I-Parte

Sentido da Vida segundo Viktor Frankl

O conceito de Sentido da Vida, segundo a concepção do psiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl, tem por base uma “necessidade” intrinsecamente humana de encontrar motivação para dar um sentido à vida. Esta motivação não figura nos atos momentâneos de prazer, riqueza ou poder, mas sim em algo superior e mais profundo, menos palpável, mas mais duradouro.^[1] O sentido da vida é singular em cada indivíduo e específico num dado momento da vida; a ausência deste “sentido”, desta força matriz, pode levar o indivíduo a um estado patológico de vazio existencial, que será abordado mais adiante.

O sentido da vida segundo Frankl não é algo estanque, cada indivíduo no seu tempo é diferente e responde por diferentes provações da vida. De forma genérica, um sentido para a vida pode ser atingido a partir de três formas, fontes ou categorias de valores. São estes valores: criadores (fazer algo), vivenciais (coerência e crescimento pessoal) e de atitude (estes desenvolvem-se pela transcendência de si, para algo ou alguém, quer seja pelo trabalho com espírito de missão, pela aceitação do inevitável ou ainda pelo amor incondicional a outra pessoa)^[1], ou seja, corresponde ao “para quê”, o motivo e a razão, o que motiva a luta por alguma coisa ou para ser de uma determinada maneira, o que nos orienta e nos guia em busca da realização.

Para Frankl, o Homem não procura apenas a felicidade mas sim uma razão que justifique essa felicidade. Neste sentido Frankl também faz alusão à dimensão espiritual, sendo a vivência religiosa uma das muitas manifestações desta dimensão. Para além disso, considera esta dimensão não-determinada mas determinante da existência porque apesar do homem ter poder de escolha da forma como vive, a sua vivência espiritual molda a maneira como vê e age no mundo.

A compreensão da relação entre sentido da vida e bem-estar pode ser distinguida entre: significado específico e sentido global, segundo Park e Folkman^[2]; sentido situacional e sentido último, segundo Frankl, e sentido situacional e sentido existencial, segundo Reker e Chamberlain^[3]; Reker e Wong.^[4] Ou seja, o sentido da vida em um

determinado indivíduo, engloba o bem-estar, contudo, nem sempre se pode atingir o sentido da vida sem que o indivíduo passe por situações que causem desconforto e sofrimento. De certa forma pode-se afirmar “ que os meios justificam os fins”, no sentido em que o sofrimento por uma causa é mais suportável.

Reker e Wong^[5], considerando os aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais do sentido da vida, definem o constructo como multidimensional com conhecimento da ordem, coerência e propósito da existência, a busca e obtenção de objetivos de valor e sentido de realização.

Nos últimos anos o conceito de “sentido da vida” tem sido debatido com maior interesse nas áreas da psico-oncologia e cuidados paliativos e também na problemática existencial do fim de vida e do idoso. Wong propôs que o sentido existencial é a dimensão menos visível do envelhecimento bem-sucedido, porque ter um significado positivo e objetivo na vida não irá só acrescentar anos à vida, mas também adicionar vida aos próprios anos.

Sem um claro senso de significado e propósito face ao declínio físico, a longevidade pode vir a ser um fardo insuportável. Desta forma é necessário desenvolver uma atitude positiva perante a vida a fim de manter a satisfação no meio das perdas e doenças, inerentes ao próprio processo de envelhecimento. Os recursos espirituais são uma maneira promissora de transcender as perdas pessoais e desespero na velhice.

Experiência do campo de concentração

A experiência de Frankl (1905-1997), após sobreviver ao holocausto, foi crucial para o amadurecimento da sua teoria sobre a motivação humana.

Frankl foi fundador da Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, denominada também Logoterapia, e professor de Neurologia e Psiquiatria na Universidade de Viena e doutorado em Medicina e Filosofia pela mesma universidade.

Segundo o autor, as pessoas que conseguem projetar-se no futuro e que portanto, tenham um “para que” viver, conseguem, na sua maioria, suportar as situações adversas da vida.^[1] A sua teoria foi consolidada na sua própria experiência de vida nos campos de concentração nazis da 2ª Guerra Mundial, onde Frankl “sobreviveu” durante três anos em condições desumanas.

Apesar de em 1940 Frankl ter obtido um visto para emigrar para a América e fugir à guerra, acaba por não o utilizar e casa com a sua primeira esposa, Tilly Grosser, em 1941. Em 1942, em pleno apogeu nazi, Frankl, a sua esposa, na altura grávida, e a sua restante família são feitos prisioneiros e enviados para os campos de concentração nazi de Theresienstadt, Auschwitz e Dachau. Após a sua libertação, em Abril de 1945, Frankl toma conhecimento que a sua esposa, pais e irmão morreram nos campos de concentração.

Durante esta experiência Frankl amadureceu a sua teoria sobre a busca de sentido como fim último para a existência humana. O relato deste episódio e elaboração do conceito de logoterapia foram descritos no seu livro mais conhecido “*O homem em busca de sentido*”.^[1] Neste livro Frankl faz uma descrição nua e crua da sua experiência e uma reflexão profunda dos acontecimentos, baseado na sua visão psicológica e existencial do Homem. Este livro, como o próprio autor refere, não teve por finalidade denunciar as atrocidades dos campos de concentração, já há muito conhecidos e denunciados, mas sim, tentar mostrar o dia-a-dia dos campos de concentração e de como os prisioneiros conseguiam aguentar todo o sofrimento físico e psíquico a que eram submetidos. Também é feita uma análise que Frankl denomina a “psicologia do prisioneiro” onde descreve a sua teoria do porquê de alguns sujeitos, sob as mesmas condições, conseguirem suportar e sobreviver enquanto outros se suicidavam ou acabavam por sucumbir.

De forma muito simplista e desprovida de emoção, poder-se-ia dizer que Frankl utilizou a sua experiência pessoal para validar a sua teoria.

Para além do instinto natural de auto-preservação da espécie que se torna fulcral em ambientes extremos como aquele vivenciado nos campos de concentração, há toda uma adaptação psicológica necessária para suportar o sofrimento.

No seu livro, Frankl relata as fases de ajustamento psicológico que identificou nos judeus feitos prisioneiros. Numa primeira fase, com a chegada ao campo de

concentração, o prisioneiro perde a sua identidade pessoal, bens, tudo o que o possa identificar, não restando nada para além da própria existência. É nesta fase que o suicídio passa a ser uma opção plausível, que se deixa de ter medo da morte e que se aprende que o ser humano consegue adaptar-se a praticamente tudo e sobreviver abaixo do que é considerado o mínimo indispensável. Na segunda fase de adaptação o prisioneiro entra num estado de apatia, insensibilidade emocional, desleixo interior e indiferença, há uma regressão da vida anímica. Até mesmo os sonhos, segundo a conceção freudiana de conteúdo onírico mostram uma regressão às necessidades mais básicas, ou seja adquirem uma função de preencher as necessidades de sobrevivência do ser humano, como as necessidades mais elementares: comida, descanso e higiene. Não há conteúdo sexual nestes sonhos, pois o instinto sexual está também inibido. Os temas de conversa entre os prisioneiros são, sobretudo, voltados para a temática da política e religião, apesar da escassa informação que chega do exterior estão sempre alerta aos indícios do fim da guerra. Apesar deste estado de ânimo parece haver uma tentativa de recriar as situações com humor, principalmente nos momentos mais ameaçadores. Neste contexto, Frankl relata um episódio aquando da sua chegada ao primeiro campo de concentração quando os prisioneiros, após o primeiro banho comum, “brincaram” com a situação pois foram para os chuveiros de água em vez das câmaras de gás. Frankl chama a isto “vontade de humor” uma tentativa de sarcasmo com humor, um truque de relativização para tornar a realidade mais tolerável.

Apesar de toda a regressão psíquica que se desenvolve nos campos de concentração, parece haver, o que Frankl denomina “uma fuga para de dentro de si”, uma vivência interna rica, um retiro espiritual, uma liberdade interior. É desta forma que afirma experimentar pela primeira vez aquilo que considera ser o bem último e supremo que pode ser alcançado pela existência humana: o amor. Frankl exemplifica esta passagem ao relatar a entrega interior à imagem da pessoa amada, neste caso da esposa, sem qualquer indício de que estivesse viva.

Outro ponto que Frankl questionou foi a liberdade de escolha do prisioneiro. Esta não parece uma questão que se levante, visto que, aparentemente, um prisioneiro tem como principal característica a ausência de liberdade, aliás até a liberdade interior parece passar por uma alienação e ser completamente condicionada pelo ambiente. Contudo, Frankl mostra o contrário, ou seja, que há exemplos de que a liberdade do

espírito pode superar as situações mais adversas e “escolher” a atitude a ter. Neste âmbito, o autor relata a história de uma jovem mulher prestes a morrer no campo de concentração e que diz “Sou grata ao meu destino por ser assim tão duro comigo, pois na minha vida burguesa anterior eu estive acomodada demais e as minhas ambições espirituais não eram lá muito sérias”.

Segundo a análise existencial de Frankl, aqueles que sucumbem às influências do meio nos campos Nazis só o fazem devido à entrega do campo espiritual e humano quando já nada mais existe para se agarrar e motivar internamente. Frankl dá um exemplo que acontecia com alguma frequência: um dia de manhã o companheiro que acabava por “entregar os pontos” ficava deitado no barracão e ninguém conseguia persuadi-lo a levantar-se e vestir-se para mais um dia de trabalho, nada mais o amedrontava. O sujeito apenas ficava deitado, imóvel e negava-se mesmo a ser transportado para o ambulatório ou tomar a medicação. Havia entre os prisioneiros um “pacto” de não fazer nada contra a vontade do indivíduo. Os outros prisioneiros aceitavam a “desistência” pois sabiam que os que escolhiam esta via não o faziam por desespero, mas simplesmente porque já não encontravam razão para permanecer.

Frankl desenvolveu o conceito de “otimismo trágico” que o ajudou a sobreviver aos campos de extermínio nazi e explicar o que levava alguns prisioneiros a conseguirem suportar as adversidades. Este conceito baseia-se nas seguintes componentes chave: aceitação, afirmação, fé em Deus, auto-transcendência e coragem, isto é, um tipo de esperança orientada para um sentido. A auto-transcendência, como Frankl explica, é uma dimensão exclusivamente humana que se concretiza na doação a uma causa nobre, amando outro ser para além de si mesmo.

Abraham Maslow, responsável pela teoria da hierarquia das necessidades humanas, estava de acordo com Frankl sobre o facto do homem só conseguir a autorrealização plena quando a sua busca se insere numa missão de vida mais ampla e coletiva. ^[6]

Por fim, e retomando as fases de reação anímica do prisioneiro no campo de concentração, Frankl descreveu uma terceira fase, a psicologia do recém-liberto. Após um período de extrema tensão o prisioneiro libertado vê-se numa situação há tanto tempo aguardada que porém, quando se vê livre a reação psíquica que acompanha este acontecimento não se coaduna com o esperado. O indivíduo passa por uma fase de despersonalização, onde tudo parece irreal e inacessível, como num sonho.

Passado algum tempo as primeiras necessidades que o antigo prisioneiro tenta recuperar são a de comida e a de falar, comunicar. Come tudo o que encontrar à disposição e fala compulsivamente. Depois desta “descompressão” inicial começa novamente a “sentir”, os sentimentos começam a desabrochar, por vezes, muito contraditórios e mal direcionados. Alguns prisioneiros muito pacíficos e obedientes tornam-se agressivos e violentos, enquanto outros, autênticos carrascos no campo de concentração, tornam-se pessoas bem vistas pela sociedade pelas suas obras de caridade. A principal motivação de grande parte dos prisioneiros é reencontrar a pessoa amada e retomar a vida que ficou fraturada pela guerra. Porém ao voltar para a sua terra vê-se numa situação nova, muito diferente da vivenciada na mente que o ajudava a suportar as atrocidades do campo. A desilusão experimentada por muitos prisioneiros é mais uma punhalada difícil de superar. Só com o tempo o indivíduo consegue repensar os acontecimentos, como um pesadelo e viver como se não houvesse mais nada a temer. É necessário ultrapassar o stress pós traumático da qual foram vítimas para prosseguirem com as suas vidas.

Confronto com Freud e Adler

Como já referido Frankl foi fundador da Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, sendo que a primeira foi fundada por Sigmund Freud também denominada de psicanálise freudiana e a segunda escola fundada por Adolf Adler chamada de psicologia individual.

Apesar de inicialmente ter contactado com Freud e principalmente com Adler com o qual participou e esteve ideologicamente mais próximo, Frankl acabou por se distanciar destes círculos e amadurecer as suas próprias teorias.

Segundo a teoria Freudiana as neuroses têm a sua origem em pulsões inconscientes, acentuando as frustrações da vida sexual, ou seja, Freud vê o Homem como um ser basicamente motivado na busca do prazer. Segundo o fisiologista Bradford Cannon o Princípio do Prazer está ao serviço de outro mais amplo - o princípio da homeostasia, cuja função é a redução da tensão com vista a uma manutenção e recuperação do

equilíbrio interno. Frankl contrapôs esta teoria ao lembrar que nos campos de concentração a vida sexual estava completamente inibida e nem fazia parte dos sonhos dos prisioneiros.

Adler, por outro lado, desenvolve a sua teoria na premissa de que o homem busca o poder que atribui uma certa condição interna de inferioridade e a busca competitiva de superioridade e poder. Segundo Adler o sentimento de inferioridade faz nascer um desejo compensatório de superioridade, de dominação e de poder que pode conduzir a uma forma de sucesso pessoal, ou traduzir-se em desejos irrealistas e na busca de objetivos irrealizáveis que caracterizam a neurose.

Frankl opõe-se a estas teorias afirmando que a psique humana não só procura prazer e poder mas também sentido. Aliás, é precisamente esta característica que o diferencia dos demais animais porque faz parte do seu ser a dimensão nooética.

Nooética é um termo que deriva etimologicamente dos termos gregos *nous*, a mente, a alma racional, a inteligência e *noema*, o objeto ou foco de *nous*, *enoesis*, que significa estritamente o ato de pensar em si, e também uma compreensão global, completa e instantânea de qualquer questão sem o intermédio da articulação pela linguagem, equivalente ao *insight* moderno ou ao conceito de intuição.

Frankl distingue várias formas de neurose e atribui algumas delas (as neuroses orgânicas) à incapacidade de encontrar um significado e um sentido de responsabilidade e existência. O autor acentua a frustração do desejo de sentido e significado que leva o Homem a um vazio existencial, que se manifesta por sentimento de aborrecimento e apatia, ou seja uma falta de interesse pelo mundo e uma ausência de iniciativa para fazer algo no mundo. A esta neurose, que advém de um vazio existencial, dá o nome de neurose noogénica.

Baseando-se na teoria de Frankl, Crumbaugh desenvolveu um instrumento de avaliação o *Purpose in Life Test* (PIL-Test)^[7, 8] para o diagnóstico da neurose noogénica. O teste mede a intensidade da vontade de sentido, sendo que esta intensidade parece ser mais marcada nos sujeitos que se dedicam com fervor e têm êxito no seu trabalho. Segundo dados estatísticos da Europa e América do Norte, 20% de todas as neuroses são noogénicas.^[6]

Frankl acreditava que as principais linhas psicológicas da sua época, bem como a visão médica e psiquiátrica estavam a negligenciar o aspeto genuinamente humano do homem, recorrendo a metodologias e teorias que o reduziam a uma única faceta da sua complexidade e da sua pluralidade, na intenção de determiná-lo e explicá-lo, caindo numa perspetiva limitadora das possibilidades exclusivamente humanas.^[9]

Análise existencial

A primeira vez que o termo *Análise existencial* foi empregue por Frankl terá sido em 1939 em um artigo da sua autoria intitulado *Philosophy and psychotherapy. On the Foundation of an existential analysis*. A análise existencial tem como objeto de estudo o propósito humano em encontrar um sentido/propósito para a existência, mas tendo como pressuposto os seguintes pontos: liberdade de sentido, o homem não é um ser completamente circunscrito às condições internas (psicológicas) e externas (meio, educação) esta liberdade deriva da dimensão espiritual: desejo/vontade de sentido, o homem busca a realização, a sua completa ausência leva a sentimentos de vazio, tédio, frustração existencial e este estado de vazio leva a estados patológicos, agressão adição, depressão, somatização e neuroses.^[10, 11]

Ou seja, de forma muito simplista, a conceção existencial pressupõe uma unidade tridimensional do Homem: corpo, psique e espírito. O corpo ou soma inclui os processos biológicos que são herdados, a dimensão psíquica engloba os aspetos cognitivos, afetivos e sociais que são fruto tanto da hereditariedade como da aprendizagem social e a dimensão espiritual, também chamada dimensão noética, já referida anteriormente, engloba os valores, a criatividade, a espiritualidade, a capacidade de transcendência. Esta dimensão está além dos condicionantes psicofisiológicos, não é herdada, nem ensinada porque se manifesta na realização da existência. Contudo, convém referir que a dimensão espiritual não se reduz à esfera religiosa.

Outro ponto de reflexão da análise existencial baseia-se no sentido de liberdade do Homem, pressupondo que este é um ser responsável, no sentido de cumprir e realizar o sentido e os valores. Isto é, o Homem tem capacidade para fazer as suas próprias

escolhas e tomar as suas próprias decisões a partir da dimensão espiritual, porque esta, para além de englobar a dimensão física e psíquica está ontologicamente acima destas.^[12] Frankl considera que o Homem é um ser condicionado, mas é livre para tomar posições diante das condições que lhe são impostas.

A análise existencial é a base filosófica e científica da logoterapia como será explicitado mais adiante.

Logoterapia: a terapia pelo sentido

O termo "*logos*" é uma palavra grega que significa "razão", "palavra", "sentido". Assim, de forma muito literária pode-se dizer que a "Logoterapia centra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por este sentido", ou seja é a forma de pôr em prática a análise existencial.

A logoterapia propõe uma visão do Homem distinta das concepções vigentes, pois procura compreender a existência do ser humano através de componentes intrinsecamente humanas. Integra a dimensão espiritual através de uma análise existencial, que procura trazer o ser humano à consciência de ser responsável, enquanto fundamento essencial à existência.

Este tipo de terapia permite que o doente se aperceba da existência de potenciais metas significativas para sua vida e ajuda a remover os fatores que o impedem de alcançá-las. Não é uma forma de encontrar uma ocupação lúdica, mas sim um objetivo real de vida, adaptada às particularidades do indivíduo e flexível ao ciclo da vida.

Comparativamente à psicanálise, por exemplo, a logoterapia tende a ser menos retrospectiva e introspectiva e mais voltada para o futuro. Contudo assemelha-se à psicanálise por ser também um método analítico.

A logoterapia fundamenta-se em três pilares: a *liberdade da vontade*, a *vontade de sentido*, e o *sentido da vida*. Baseado na concepção antropológica e filosófica da

psicoterapia de Frankl. A busca de sentido para vida constitui uma força primária e não uma racionalização secundária para o ser humano.

Frankl admite que a logoterapia é o resultado de uma aplicação dos conceitos do filósofo Max Scheler à psicoterapia. Scheler foi responsável, entre outras coisas, por desenvolver uma doutrina ética centrada na teoria do valor que estabelece os valores como independentes das coisas e das suas estruturas reais.

Frankl deixava claro o que deveria fazer o terapeuta: “O papel do logoterapeuta consiste em ampliar e alargar o campo visual do paciente de forma que todo o espectro do significado e dos valores se torne consciente e visível para ele”. Frankl criou diversas técnicas, mas é conhecido principalmente, mesmo entre psicoterapeutas que não conhecem a logoterapia, pelas seguintes técnicas:

- **Intenção Paradoxal:** esta é uma técnica que tem como característica fundamental fazer com que o paciente use o seu sintoma como forma de tratamento, ou seja, sugerir que ele se imagine numa situação que lhe cause grande ansiedade ou que seja proibido durante um determinado período de fazer algo que o angustie. Esta proibição em muitos casos acaba por ter o efeito contrário, pois o medo é estimulado pela ansiedade antecipatória.^[13] Por exemplo, nos sintomas fóbicos pode-se pedir ao paciente para imaginar o pior cenário possível do seu “fantasma” como forma de promover algum grau de distanciamento da situação. O exemplo mais conhecido para esta técnica é o caso do sujeito que, em situações de exposição pública, transpira excessivamente nas mãos. O que pode ser sugerido à este paciente e que ele tente, conscientemente, transpirar nas situações de estresse e que transmita esta vontade ou ouvinte. Esta é uma forma de substituir o temor pelo “desejo paradoxal”.
- **Desreflexão:** esta técnica logoterápica baseia-se na premissa de que a intenção excessiva impossibilita aquilo que desejamos. Isso acontece porque o nosso foco de atenção geralmente volta-se para a tarefa que vamos realizar e não para o objetivo em si.^[14] Ou seja, o percurso que irá permitir a concretização da ação torna-se muito mais penoso por que, aparentemente, é desprovida de sentido. Como exemplo, pode-se citar o caso de um indivíduo

com insónia. Habitualmente, nestes casos o desejo de dormir profundamente é tão grande que o “ir para cama” torna-se um momento de ansiedade e não de relaxamento e descanso. O adormecer deve permanecer efeito colateral, ou produto secundário; ele será anulado e comprometido na medida em que dele se fizer um objetivo em si.

A logoterapia, como o próprio autor explica, tenta interromper estes ciclos viciosos e mecanismos do tipo *feedback* que desempenham um papel tão importante na criação das neuroses. Estes comportamentos patológicos são designados, em termos logoterápicos, de hiper-reflexão e hiper-atenção – que teriam um papel determinante na génese de muitos distúrbios neuróticos, devido ao facto de que o medo torna realidade aquilo que se teme. A logoterapia tende a ser menos introspectiva, menos voltada para “dentro”. Assim é quebrado o egocentrismo (*self center edness*) típico do neurótico.

Elisabeth Lukas, uma das mais conhecidas seguidoras de Frankl, tentou sistematizar os preceitos logoterápicos de Frankl em quatro fases de tratamento: autodistanciamento, mudança de atitude, redução dos sintomas e orientação para o sentido. A logoterapia ensina que uma falsa compreensão e um simples reflexo dos problemas apresentados aprisionam cada vez mais o paciente.^[15]

Segundo alguns modelos, nomeadamente da fisiologia, o Homem anseia por um estado de homeostase com o meio interno e externo. Frankl discorda desta conceção considerando que o Homem é um ser em tensão, ou mais precisamente necessita de alguma tensão, como forma de dar sentido à existência. A baixa ou ausência desta força motivadora produz um estado de tédio e vazio existencial. A este conceito dá o nome de noodinâmica. Frankl faz uma analogia aos alicerces de uma construção: quando os engenheiros querem reforçar os alicerces de um edifício que ameaça desabar, aumentam a carga por eles sustentados. Isto é o mesmo que os terapeutas devem fazer com os seus pacientes aumentar a tensão a que estão sujeitos sem medo que isto possa ser prejudicial à sua saúde mental. Isto é o mesmo que os terapeutas devem fazer com os seus pacientes aumentar a tensão a que estão sujeitos sem medo que isto possa ser prejudicial à sua saúde mental.

A logoterapia é frequentemente associada ao apoio psicológico prestado no fim da vida, nomeadamente, integrada em cuidados paliativos. ^[16]

Espiritualidade

A espiritualidade pode ser considerada uma dimensão da pessoa humana que traduz, segundo diversas religiões e confissões religiosas, o modo de viver característico de um crente que busca alcançar a plenitude da sua relação com o transcendental.^[17]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem aprofundando as investigações sobre a espiritualidade enquanto constituinte do conceito multidimensional de saúde; atualmente, o bem-estar espiritual é considerado mais uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais.^[18]

Espiritualidade e religião não são sinónimas. A religião envolve regras sancionadas por uma instituição religiosa e atividades em grupo de uma fé em particular^[19], mas de certa forma, serve como uma forma de expressão da espiritualidade. Nos últimos anos tem-se assistido a um fenómeno denominado secularização, com manutenção de um sentido de espiritualidade mas declínio nas manifestações religiosas.^[20] Este “declínio” deve-se, sobretudo, ao prestígio intelectual que a ciência tem e em como explica a realidade de forma palpável e objetivável.

A busca transcendental do Homem por respostas existências pode passar pela dimensão espiritual.

Espiritualidade inconsciente

Frankl vê a religião como a vontade última de sentido, considerando que mesmo os ateus não são menos capazes de encontrar sentido nas suas vidas em comparação àqueles que se consideram crentes.^[14]

O autor teoriza que exista uma relação a nível inconsciente, ou no mínimo não reflexivo, com a instância do sagrado, de modo ontológico no ser humano. Inspirado pela dialógica de Martin Buber e pela antropologia filosófica de Scheler, para Frankl existe um nível de consciência pré-reflexiva, que apresenta uma “realidade de

execução”, usando as palavras do próprio autor, em que a vivência da relação com o Tu/Eu eterno é possível, porém sempre de maneira experienciada e nunca objetivada.^[9]

A espiritualidade caracterizaria a dimensão eminentemente humana e existencial, aberta e transcendente, que se constitui como consciência e responsabilidade. Esta dimensão relaciona-se com a totalidade, tomando-a no horizonte.^[21] Apontando para o absoluto, a relação espiritual originária com o sagrado, essa linguagem que expressa a relação do Eu com o Tu eterno, é o que Frankl entende por religiosidade.

Espiritualidade e saúde mental

Por vários aspetos já referidos, nomeadamente, por ser a espiritualidade uma característica intrinsecamente humana, é importante pensar na vertente espiritual inserida nos cuidados psicológicos.

Muitos estudos têm-se debruçado sobre a associação entre a espiritualidade e os índices de saúde mental. Associações positivas foram encontradas entre frequentadores habituais da igreja e menores taxas de depressão^[22-24], ansiedade e distúrbio do Stress pós-traumático (DSPT) e dor crónica.^[25]

Contudo, a religião também pode ter o efeito oposto quando orientada para fins negativos, enfatizando a vingança, a retaliação e um idealismo religioso extremo e sem lugar para o diálogo. nesta vertente a religião pode ser causadora de doença mental e desajuste social.

Outro benefício aparente da espiritualidade na saúde, nomeadamente dos idosos, é a proteção no declínio cognitivo e qualidade de vida.^[26] Isto deve-se tanto à melhor aceitação que estes indivíduos têm em relação às mudanças associadas à idade, quanto por terem uma maior rede de suporte e interação social do que os indivíduos que não expressam a sua espiritualidade. O envolvimento espiritual faz aumentar o senso de coerência, sentido e esperança que ajuda os indivíduos a adquirirem mecanismos de *coping* em relação ao *stress*, ansiedade e depressão associados ao

envelhecimento. ^[27] Katsuno agrupou seis categorias relatadas pelos participantes do seu estudo que lhes permitem ter melhor qualidade de vida: crenças (uma fé intensa continua a existir mesmo nos indivíduos com algum déficit cognitivo), apoio de Deus, sentido na vida, práticas públicas e privadas e mudanças devido à demência (aumento da conscientização, necessidade de assistência e dúvidas sobre a fé)^[28]

Os mecanismos psicológicos que se pensa estarem na base desta elaboração positiva da espiritualidade são:

- Estilos cognitivos de *coping*
- *Locus* de controlo
- Apoio social e redes sociais
- Mecanismos fisiológicos
- Arquitetura e arte (igrejas, templos)

Os mecanismos acima enumerados podem ser explicados da seguinte forma: as emoções positivas gerados pelo sentimento religioso levam ao desenvolvimento de mecanismos de *coping* face a situações adversas da vida, muitas das vezes, influenciadas por uma perceção de “controlo” externo por uma entidade superior que “as rege e protege” dando secundariamente uma sensação de segurança. Por outro lado, as manifestações religiosas são frequentemente realizadas em grupo, o que fortalece os laços sociais e conseqüentemente a rede de suporte. O sentimento de pertença, os cânticos e rezas promovem relaxamento e uma diminuição da pressão arterial, muito semelhante às alterações fisiológicas descritas nas técnicas de meditação.^[29]

Apesar de fazer parte da natureza humana e serem fator protetor da saúde mental, a esfera espiritual é pouco explorada na consulta médica. Alguns estudos afirmam que os doentes gostariam que os seus médicos assistentes os questionassem sobre as suas crenças espirituais e as tivessem em conta aquando de decisões sobre a sua saúde.^[30]

A atividade religiosa desempenha um papel social regulador, mais notório em alguns meios sociais. Apesar da aparente proteção psicossocial que a religião confere, é

difícil avaliar se os seus benefícios são derivados da fé espiritual ou do sentido de pertença a um grupo. Muito provavelmente o benefício é conjunto, sendo tão importante a crença individual quando a interação social com indivíduos com um interesse comum proporcionadas pelas atividades religiosas. Contudo, não se pode agrupar as crenças religiosas como um todo homogêneo. Ao longo da história da humanidade vislumbram-se as atrocidades cometidas pelo fundamentalismo religioso representadas por uma concepção divina vingativa e castigadora.

Estudos sobre a componente neurofisiológica e os processos espirituais têm sido levados a cabo, no intuito de desvendar o efeito da crença espiritual no cérebro. Andrew Newberg, neurocientista tem vindo a desenvolver o seu trabalho sobre a relação entre o funcionamento dos processos mentais e variados estados mentais, nomeadamente o estudo sobre os processos mentais da espiritualidade e religião. Segundo Andrew, a religião, nomeadamente a reza, a meditação, a participação em rituais religiosos provocam alterações na dinâmica cerebral, que podem ser identificadas por ressonância magnética funcional (RMF). Áreas específicas do cérebro são “ativadas” ou “desligadas” aquando das manifestações religiosas, nomeadamente são “ativadas” áreas relacionadas com a comunicação e atenção e “adormecidas” áreas responsáveis pela localização espacial e temporal. De forma muito redutora foi referido que com este tipo de estudo imagiológico se poderia identificar “Deus” no cérebro, e desmistificar a concepção de um Deus “real”. Andrew, por seu lado, justificou que as neurociências não podem solucionar a questão da existência de um Deus apenas na esfera mental e este também não é o objetivo primário destas investigações. Por outro lado, é possível fazer indagações importantes sobre o papel da espiritualidade em indicadores de saúde, mais precisamente, na diminuição da tensão arterial, diminuição dos níveis de ansiedade e depressão.^[31]

Muitos estudos têm demonstrado um impacto positivo dos fatores espirituais, fé e crenças religiosas na saúde, nomeadamente, como fator protetor da depressão.^[32-34] O mesmo se verifica nos doentes com cancro, em que o bem-estar espiritual e ter um sentido na vida mostraram-se protetores contra a depressão, desesperança e desejo de morte antecipada.^[35, 36]

Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde mental é definida como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”.^[37] Esta definição baseia-se na funcionalidade do indivíduo como ser social apesar das contrariedades do meio. Esta definição não abrange o bem-estar espiritual.

Adoecer psíquico: a falta de sentido

Frankl refere que a falta de sentido deve ser entendida para além de um sintoma neurótico como uma prova de humanidade que pode levar a um comportamento patológico. Nomeadamente, baixos níveis de sentido da vida estão relacionados com sintomas depressivos, desesperança, ideação suicida, abuso de substâncias e problemas emocionais.^[38]

Uma das temáticas abordadas num processo terapêutico onde aflora o vazio existencial é fazer com que o paciente tome consciência da sua liberdade quanto à sua atitude perante as escolhas que tem de fazer e da sua responsabilidade por estas mesmas escolhas. Ou seja, para se proceder a uma mudança o paciente deve assumir a sua responsabilidade perante as situações em que se encontra. Uma atitude passiva de vitimização só contribuirá para uma manutenção do comportamento.^[39] Esta é uma das abordagens utilizadas na prevenção e tratamento do abuso de substâncias, ou seja, mostrar que o indivíduo tem liberdade de escolha, tanto na experimentação da substância como na manutenção do seu consumo. O consumo de substâncias pode ser utilizado como um “mecanismo de *coping*” quando os indivíduos não possuem um propósito ou sentido na sua vida.^[40]

Sentido da vida no fim de vida

Atualmente está em voga a discussão sobre a eutanásia, cuidados paliativos e dignidade no fim da vida. No passado estas questões não eram muito debatidas, pois o processo do envelhecer, adoecer e falecer era vivido de forma mais natural e o processo do fim da vida era presenciado por todos os membros da família.

Com os avanços da ciência médica grande parte das doenças incuráveis tornaram-se crônicas e o percurso do fim de vida tornou-se um processo vivido, na grande maioria das vezes, em meio hospitalar, rodeado de pessoas desconhecidas e meios técnicos supérfluos. Neste contexto levantam-se questões éticas, ou seja, qual o sentido deste sofrimento? Como salvaguardar a dignidade nestas condições? Qual o papel dos cuidados paliativos? E o porquê da escolha da eutanásia? São questões difíceis de responder e que, por não poderem ser discutidas com leviandade, há que chegar ao cerne da questão.

Encontrar sentido na vida é por si um tópico complexo, encontrar sentido no fim da vida poderia ser apenas o fim lógico esperado para uma vida plenamente vivida, mas também uma fase de grande sofrimento e angústia pelo renegar da morte e do sofrimento, pelo tabu em torno desta fase e, por fim, pela dificuldade em encontrar um sentido para o fim da vida.

Alguns estudos têm vindo a mostrar uma correlação positiva entre menores índices de depressão e níveis mais altos de sentido para vida e auto-transcendência.^[41, 42]

Segundo Frankl o que destrói o homem não é o sofrimento, mas sim o sofrimento sem sentido. Encontrar um sentido para a vida, mesmo quando se vive uma doença terminal, passa por ter a convicção de que se está a cumprir um papel e um fim que são únicos, numa vida que traz consigo a responsabilidade de ser vivida plenamente de acordo com o potencial humano individual. Dessa forma, poder-se-á atingir uma sensação de realização, paz interior até mesmo de transcendência.^[43]

David Kissane refere a perda de sentido no fim da vida, como fazendo parte do que considera ser uma “síndrome de desmoralização” que pressupõe sofrimento espiritual, desesperança e perda de dignidade^[44], muitas vezes inerente a perda de autonomia e liberdade de fazer escolhas sobre a própria vida. Quanto a este ponto, Frankl refere

que o Homem tem sempre a liberdade de escolher a atitude perante a adversidade e a possibilidade de transformar a tragédia em triunfo pessoal.

A logoterapia aplicada à população idosa, pelos motivos já referidos deve ter um foco menos futurista e mais aplicada ao momento presente procurando as boas recordações do passado para se promover um “balanço positivo” da vida.^[45]

Contextualização da temática abordada

A temática do sentido da vida, a espiritualidade e os sintomas depressivos, não devem ser tratados de forma estanque, como que desligada da realidade da comunidade e dos serviços de saúde. A sua discussão deve ser aberta, transectorial e integrada na atualidade vigente.

No decorrer do trabalho de investigação realizado para elaborar a contextualização da temática focada nesta tese foi pedida a colaboração do padre José António Afonso Pais, coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) para que, com o seu conhecimento teórico sobre a temática e experiência de campo, pudesse enriquecer esta obra. Em breve conversa no seu ambiente de trabalho, a capela do CHUC, foram abordados os temas centrais deste estudo, assim como temas vinculados à mutação socio-religiosa dos tempos contemporâneos.

Entrevista ao padre António José

Chego ao CHUC num dia cinzento de primavera à hora combinada, com cuidado para não me atrasar, afinal fui avisada que a partir das 16h havia celebração. Como habitual num grande hospital o estacionamento e arredores estavam sobrelotados, alguns alunos, muitos utentes à espera de consulta, alguns acompanhantes, entravam e saíam indiferentes ao que se passava no interior das enfermarias. Encontro-me com

o Padre José António à entrada da capela do hospital, como combinado, e espero alguns minutos enquanto o Padre José António acaba de receber um familiar. No interior da capela algumas pessoas rezam, provavelmente por entes queridos. Reparo que há algumas pessoas em pijama, doentes internados que, decerto que vão até ali à procura de algo que não recebem nos seus leitos: paz? Consolo? Esperança?

Reparo nas paredes, há escalas de religiosos de vários credos, 24h por dia, à semelhança das escalas de profissionais de saúde. O sofrimento, morte e desespero não escolhe hora e às vezes não pode esperar.

Quando o Padre José António termina de atender o familiar entro na pequena sala paredes meias com a capela. Lá começamos a conversa. Apresento-me e esclareço as minhas intenções. Sei que o tempo é curto e os assuntos complexos. O Padre José António também se apresenta, refere que assumiu a função que atualmente exerce há quase 15 anos, mas que as suas ambições iniciais eram trabalhar diretamente na comunidade. Sucintamente explica que a assistência religiosa nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS) rege-se pelo Decreto-lei nº 253/2009, de 23 de Setembro de 2009, de realçar que o presente decreto-lei tem também em consideração as recomendações do Plano Nacional de Saúde 2004 -2010, no que respeita à especial importância do acesso à assistência espiritual e religiosa nos estabelecimentos de saúde. Especificamente no CHUC a equipa religiosa é constituída por 6 padres, uma freira e mais alguns representantes de outras igrejas, que devem assegurar o apoio espiritual a 2448 camas, distribuídas em 6 pólos, o que constitui um rácio aproximado de 400 camas por capelão, um número considerado excessivo pelo Padre José António.

Eu: Quais são as questões existenciais que se levantam no fim da vida? Acha que ao longo dos tempos estas questões se têm alterado?

PJA: As questões que se levantam no fim da vida são, sobretudo, vistas numa perspetiva negativa. No fim de vida há uma tendência para se fazer um balanço do que se construiu ou atingiu durante a vida. Neste sentido surge, frequentemente o receio de não se ter feito nada que valesse a pena, de se deixar assuntos “mal acabados”, desentendimentos, dívidas...Esta problemática surge mais frequentemente em pessoas que se encontram sozinhas. Há mais pessimismo e menos apoio.

Em relação à alteração das questões ao longo do tempo, penso que não mudaram assim tanto, elas mantêm-se ao longo dos anos, apesar das pessoas estarem hoje mais sozinhas o que, na minha opinião, dificulta mais a resolução dos conflitos. Por exemplo, há tempos estive à beira do leito de uma doente que dizia que não tinha feito nada de útil na vida, contudo reparei que ao lado da doente estava uma outra senhora mais nova, a certa altura questionei quem era, ao que ela me responde que era a sua filha adotiva!

Eu: No fim de vida, ou em casos de doença grave as pessoas tentam reconciliar-se com o seu lado espiritual?

PJA: Habitualmente quando já há uma vida religiosa prévia ou quando o indivíduo provém de um meio religioso, há mais facilmente o pedido de apoio espiritual. Tenho observado em Coimbra que indivíduos/famílias de certas localidades pedem mais ajuda espiritual do que outras. Contudo, não podemos ir à beira de um leito se esta não for a vontade do doente mesmo que a família faça questão da presença de um sacerdote.

Eu: Como tenta ajudar o doente a encontrar sentido no sofrimento?

PJA: Penso que, antes de mais, o sofrimento físico deve estar atenuado da melhor forma possível. Torna-se muito difícil estabelecer qualquer ajuda quando não está assegurado o mínimo bem-estar. Neste sentido é importante o trabalho conjunto da Equipa de Cuidados Paliativos até porque, por vezes, temos doentes profundamente deprimidos e não conseguimos chegar ao cerne da questão se não conseguirmos fazer com que pense de forma mais clara, sem a “nuvem” da depressão a pairar. Depois de conseguir a colaboração do doente, tentámos ajudá-lo a estabelecer metas adequadas ao seu estado de saúde e interesses e tentar fazer um balanço positivo dos feitos ao longo da vida. Estas metas, como já disse anteriormente, passam muitas vezes por tentar resolver questões pendentes. Penso que este tipo de resoluções fazem toda a diferença, o doente tem um fim de vida mais tranquilo, por vezes, acho que estas motivações são o que mantêm as pessoas vivas. Certa vez tive uma doente que tinha um grande desgosto por ter tido um desentendimento com a filha e desejava fazer as pazes com esta antes de morrer. Contactei com a filha e expliquei a situação terminal da mãe, na altura ela não aceitou o pedido, mas passado algum tempo acabou por se arrepender e foi visitá-la. Passada algumas horas a doente acabou por

falecer. Também conheci um doente, escritor, que esteve em tratamento intermitente no hospital durante um ano. Este homem no início do seu percurso pediu-me para ajudá-lo a morrer! Disse-lhe que não era a pessoa mais indicada para o fazer, mas se ele quisesse poderia ajudá-lo a viver melhor, nem que fosse durante mais alguns dias. Este acabou por falecer um ano após esta conversa, estive com ele todas as vezes que era internado, ao longo deste tempo ele escreveu a sua retrospectiva de vida em forma de livro, quando começou a sentir que já não conseguia mais escrever fez-me um último pedido, que eu lhe desse a extrema-unção e que procedesse ao seu funeral.

Eu: Acha que em Portugal há apoio espiritual suficiente nos cuidados de saúde? Os profissionais de saúde estão disponíveis para abordar este tema com os doentes e familiares?

PJA: Não, pelos números já explicitados anteriormente, torna-se muito difícil e desgastante o acompanhamento adequado dos utentes que solicitam ajuda, para não falar do apoio que também é dado aos familiares e profissionais de saúde. A segunda questão, imagino que será muito variável, de acordo com as próprias características individuais do profissional e da sua sensibilidade para abordar a questão, porém o que acho é que os profissionais não têm muito tempo para falar com os doentes, principalmente sobre um tema em que também não se sentem à vontade.

Eu: Em relação a atual discussão sobre a eutanásia, acha que pode ser o reflexo de uma sociedade que não tolera presenciar o fim da vida?

PJA: Penso que a eutanásia é uma questão residual, pautada mais por questões políticas do que do foro existencial. Na minha experiência foram raros os casos de doentes que “se foram abaixo e entregaram os pontos” por norma numa situação em que a vida está em jogo as pessoas são capazes das maiores superações, de aguentar a dor e tratamentos horríveis, mesmo quando se julgavam incapazes. Quando são postas à prova a grande maioria das pessoas luta até ao fim.

Eu: Lidar constantemente com a doença, sofrimento e morte é uma constante na vida de muitos profissionais de saúde principalmente os que prestam cuidados paliativos. Acha importante que esses profissionais procurem apoio espiritual?

PJA: Faço parte da equipa de cuidados paliativos do CHUC e acho que só nos conseguimos manter psicologicamente “bem” porque partilhamos o nosso dia-a-dia, não estamos fechados em nós mesmos, falamos das histórias dos doentes, das nossas próprias angústias, mas tenho um hábito de que não abduco, vou sempre almoçar com um dos colegas da equipa fora do hospital, durante 1 hora não se fala do que se passa lá dentro.

Há alguns profissionais que também nos procuram, normalmente enfermeiros que mantêm maior contato com os doentes e famílias. Ao longo do tempo tem havido mais procura da nossa ajuda por parte dos profissionais de saúde, principalmente por se sentirem sobrecarregados.

Eu: Por que motivo a morte é um assunto tabu na nossa sociedade?

PJA: É complicado morrer, deixamos de estar próximos das pessoas queridas. Há incerteza, não estamos preparados para lidar com o que acompanha a morte, o luto, a dor ou, o sofrimento. Pensar na morte, nossa ou na de quem amamos, faz nos pensar também no declínio físico e cognitivo que muitas vezes acompanha o fim de vida. Hoje em dia as pessoas morrem mais nos hospitais, muitas vezes por vontade da própria família que não se sente à vontade para lidar com a situação terminal. Esta situação tem vindo a mudar ao longo o tempo e tem mudado para pior.

As pessoas estão mais sozinhas, mesmo dentro de uma mesma casa as famílias não conversam, não discutem ideias ou falam sobre os seus medos. Só estão juntas para celebrar. Este isolamento traz consigo laços familiares menos coesos, menor entreaajuda, entramos assim num ciclo de maior medo, pois não temos com quem partilhar.

II-Parte

Introdução à segunda parte

Na primeira parte deste trabalho foi aprofundada a temática central deste estudo, nomeadamente, no que diz respeito à filosofia de Viktor Frankl sobre a motivação humana para encontrar um sentido para a existência e como a frustração desta necessidade pode levar a um estado patológico de vazio existencial.

Nesta segunda parte pretende-se relacionar empiricamente os conceitos de sentido da vida, espiritualidade e saúde mental numa população idosa, assim como, analisar o grau de sentido da vida em função de variáveis sociodemográficas.

Esta investigação justifica-se, em primeiro lugar, pelo interesse pessoal pelo tema do sentido da vida e espiritualidade do ser humano e as suas implicações na esfera da saúde mental. Mais especificamente foi escolhida uma população com idade avançada, pois nesta etapa de maturidade assiste-se a uma encruzilhada entre a integridade versus o desespero, tendo em consideração os estádios de desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson.^[46] A não resolução deste conflito pode gerar uma tendência para o sentimento de vazio existencial, pois várias metas da vida já foram cumpridas, e surgem sentimentos de menos valia, associado a problemas de saúde e reforma.

São escassos os trabalhos publicados que relacionam as variáveis medidas neste estudo, principalmente, no que diz respeito, à faixa etária da população escolhida.

Portanto, com este trabalho não se pretende chegar a conclusões absolutas, mas antes, aprofundar um pouco e questionar uma temática pouco vulgar da consulta médica.

Objetivos

De forma sumária os objetivos para esta parte do trabalho são:

- Verificar se existe correlação entre o grau de propósito/sentido da vida e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva);
- Verificar se existe correlação entre o grau de espiritualidade e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva);
- Verificar se existe correlação entre o grau de propósito/sentido da vida e o grau de espiritualidade;
- Verificar se existem diferenças de grau de propósito/sentido da vida em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa;
- Verificar se existem diferenças nas pontuações do indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva) em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa;
- Verificar se existem diferenças de grau de espiritualidade dos participantes com doença em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa.

Metodologia

Tipo de estudo

Como já referido, apesar da natureza subjetiva do tema em estudo, optou-se pela realização de um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo-correlacional.

Amostra

A amostra escolhida para o estudo consistiu em indivíduos entre os 60 e os 75 anos de idade, com escolaridade obrigatória mínima de 4 anos e sem défices cognitivos, utentes na Unidade de Saúde Familiar (USF) Terras de Ferreira pertencente ao ACeS Tâmega III, local de trabalho principal da investigadora.

Para assegurar que os participantes não tinham défice cognitivo foi realizado a todos aqueles com mais de 65 anos, um teste de rastreio de défices cognitivos. Para tal, foi utilizado o *Mini Mental State Examination* (MMSE), instrumento que será descrito na secção “instrumentos”.

Após a escolha dos participantes, procedeu-se a uma amostragem aleatória não probabilística entre os utentes com consultas programadas durante o período de tempo em que decorreu o estudo.

Procedimento

Após apresentação do projeto original na USF Terras de Ferreira, onde decorreu a investigação, e obtenção do parecer favorável da Comissão de ética da ARS Norte, a investigadora elaborou uma escala para a colheita de dados. Este foi feito tendo em conta a listagem dos doentes que teriam consulta programada durante as semanas

selecionadas e que estariam em condição de participar no estudo. De seguida, pediu a colaboração de outros membros da USF para convidar os utentes desta unidade que se enquadrassem nos critérios de inclusão para participação. Os secretários clínicos que se voluntariaram a participar informavam os utentes de que estava a decorrer uma investigação na USF aquando da efetivação da consulta, e entregavam um conjunto de documentos com os questionários e consentimento informado (documentos digitalizados em anexos- D e E). Os utentes podiam analisar os documentos enquanto aguardavam pela consulta. Antes de iniciar a consulta havia uma breve apresentação do estudo, com vista à obtenção do consentimento informado. Os utentes que quisessem participar e preenchessem os critérios de inclusão (definidos pelo médico) assinavam o consentimento informado que ficava na posse da equipa e que depois era entregue à investigadora principal. Após a consulta, em sala individual, o utente auto preenchia os questionários e, por fim, depositava-os numa urna fechada no local. Os consentimentos informados, única forma de identificação dos participantes do estudo, foram guardados em arquivo único separado dos restantes questionários e em armário fechado. Desta forma, foi assegurada a confidencialidade dos dados, o respeito pela autonomia dos doentes e não maleficência, ou seja, foi dada a liberdade de não participação e dada a garantia de que a mesma não influenciaria a sua assistência.

A recolha de dados decorreu no período compreendido entre 09 de Maio e 01 de Julho de 2016. Tendo sido abordados um total de 61 utentes que, após aplicados os critérios de exclusão, ficaram reduzidos a 40 participantes.

A autorização para uso dos instrumentos, autorização para realização da investigação na USF e parecer da comissão de ética da ARS Norte encontram-se digitalizados em anexo (A, B e C).

Instrumentos

Para a recolha dos dados necessários à investigação foram utilizados quatro questionários, para além do teste de rastreio de défices cognitivos: um questionário sociodemográfico elaborado pela autora, que visa obter informações relativas às seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, agregado familiar, estado de saúde (doenças crónicas e incapacitantes) e prática religiosa; um questionário sobre o sentido/propósito da vida, com o título original de *Purpose in Life Test (PIL-R)* que pretende medir o sentido da vida através da identificação da sua falta (vazio existencial); um questionário que avalia o bem-estar espiritual, centrando-se nos aspetos existenciais da espiritualidade e da fé, dos participantes com doença chamado *Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp-12)*; e, por fim, um questionário que avalia um componente da saúde mental, os sintomas depressivos, o *Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D)*.

Características dos instrumentos utilizados:

Mini Mental State Examination (MMSE) - Instrumento de rastreio desenvolvido por Folstein e colaboradores (1975)^[47] e adaptado à população portuguesa por Guerreira et. al. (1994)^[48]. O teste avalia os seguintes domínios: orientação no tempo e espaço, retenção, atenção, cálculo, evocação e compreensão. Segundo a pontuação obtida foram considerados os seguintes pontos de corte para classificação de défice cognitivo: <de 15 pontos para indivíduos analfabetos, <22 pontos para 1 a 11 anos de escolaridade e <27 pontos para escolaridade superior a 11 anos.

Purpose in Life Test (PIL-R) - Teste elaborado por Crumbaugh e Maholich (1964)^[8] e revisto por Harlow, Newcomb e Bentler (1987), constituindo a versão PIL-R. Esta última versão consiste numa escala de tipo *Likert*, composta por 20 itens, que propõe verificar fundamentalmente o grau de vazio existencial e de sentido de vida dispostos em uma escala de avaliação de sete pontos. Os itens desta escala contemplam os seguintes aspetos: propósito na vida, satisfação com a própria vida, liberdade, medo da morte, ideias suicidas e valorização da vida. Uma versão do PIL-R adaptado à população portuguesa de idade avançada foi elaborada por Peralta e Silva (2001, 2003).^[49] A pontuação final é calculada através da soma simples das pontuações obtidas. Na versão de 20 itens, as pontuações totais obtidas no PIL variam entre 20 e

140, representando respetivamente o mais baixo e o mais elevado grau de propósito/sentido de vida. Segundo as instruções do autor a cotação é feita de seguinte forma: os objetivos de vida são elevados quando se obtêm valores médios acima de 113, indicando que os indivíduos apresentam sentimentos de realização de si e plenitude pessoal. Quando o valor médio obtido varia entre 92 e 112, considera-se que o indivíduo tem um nível de objetivos médio, em que a principal característica consiste em ter alcançado um sentido de vida comum e adequado ao contexto da realidade. Quando os valores médios se situam abaixo de 91, a pessoa apresenta objetivos de vida reduzidos, sendo comum a perda de interesse pela vida, sentimento de tédio, apatia e vazio existencial. Tempo médio de preenchimento de 10-15 minutos.

Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp-12) - Escala de Peterman e colaboradores 2002^[50] que pretende avaliar o bem-estar espiritual dos doentes com doença crónica. A escala é composta por 12 itens que se agrupam em duas dimensões/subescalas: Sentido/Paz (itens 1-8) e Fé (itens 9-12). As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de concordância de *Likert* de cinco pontos em que o valor da soma final dos itens mais elevada corresponde a uma melhor qualidade de vida/melhor bem-estar espiritual, enquanto valores mais baixos tem significado oposto. O instrumento não utiliza um ponto de corte para o constructo avaliado. O questionário foi traduzido para o idioma português pela *Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy* (FACIT) e validada para população portuguesa por Filomena Pereira C. Santos 2011.^[51] Este questionário, como já referido, possui duas sub-escalas com cotações independentes. Este questionário só foi utilizado/cotado nos participantes que respondessem afirmativamente à questão 7 “ Apresenta alguma doença grave/debilitante/que altere muito a sua qualidade de vida?”. O tempo médio de preenchimento foi de 5 minutos.

Escala do Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D) - Instrumento de rastreio de sintomatologia depressiva, elaborado por Radloff (1977)^[52] e validado para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2003)^[53, 54] As suas componentes depressivas são as encontradas na literatura e na clínica e incluem: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono^[52]. É composta por um questionário de auto resposta com 20 itens e as respostas a cada item são dadas numa escala de 4 pontos (0-3), que correspondem à frequência com

que o sintoma foi vivido na última semana. Os 20 itens somam um score global entre 0 e 60, em que as pontuações mais altas se relacionam com mais sintomas depressivos em função da frequência de ocorrência durante a última semana. O ponto de corte utilizado no estudo original, que corresponde a existência de sintomatologia depressiva considerável, é uma pontuação igual ou superior a 16. O tempo total estimado para preenchimento é de 10 minutos.

Análise estatística

Para a caracterização da amostra escolhida e análise descritiva das variáveis procedeu-se da seguinte forma: as variáveis categoriais foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%) e as variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio-padrão ou mediana, percentil 25 e percentil 75 (AIQ- Amplitude Inter-quartil), consoante a distribuição destas (simétrica ou assimétrica, respetivamente).

Já para a análise comparativa foram utilizados os seguintes testes, de acordo com as variáveis em questão: teste de independência do Qui-Quadrado para analisar a associação entre variáveis categoriais. Quando mais de 20% das células da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas variáveis categoriais foi inferior a 5, utilizou-se o teste exato de *Fisher* (no caso das duas variáveis terem apenas duas categorias) ou o teste exato de Qui-quadrado (caso pelo menos uma das variáveis tenha mais de duas categorias); O teste de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis* foram utilizados para testar hipóteses em duas ou mais de duas amostras independentes relativas a variáveis contínuas com distribuição assimétrica, respetivamente.

Para comparar a força de associação entre as escalas (variáveis contínuas) foi determinado o coeficiente de correlação de *Spearman* (CCS)

De modo a determinar a fiabilidade dos três questionários aplicados, a destacar, *Purpose of Life Test* (PIL-R), *Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-

12) e *Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D)*, foi determinada como medida de consistência interna o respectivo Alfa de *Cronbach* para cada uma das subescalas e escala total/global.

Foi utilizado um nível de significância de 0,05 nos testes de hipóteses realizados. A análise foi efetuada utilizando o programa de análise estatística SPSS® v.21.0.

Resultados

Os resultados estão apresentados, inicialmente, de forma descritiva para caracterização da amostra estudada e, de seguida, segundo os objetivos previamente definidos. No decurso da apresentação dos mesmos serão explicitados os cálculos estatísticos utilizados e apresentados apenas os resultados que se revelarem significativos ou os que, embora não significativos, foram fundamentais para a análise interpretativa.

Análise descritiva

A amostra estudada é composta por 40 participantes, 18 (45%) do sexo masculino e 22 (55%) do sexo feminino, com idade média de 66 anos (± 5 anos) e, praticamente todos, 39 (98%), com escolaridade máxima de 4 anos. Trinta e três (83%) participantes são casados, 5 (13%) participantes são viúvos e 2 (5%) são solteiros. Relativamente à com quem vivem, 7 (18%) referem morar sozinhos, 19 (48%) vivem só com o cônjuge, 8 (20%) vivem em sua casa ainda com filhos, 3 (8%) vivem em suas casas com filhos e netos e 3 (8%) participantes declararam que vivem noutra situação que não as descritas nas alíneas do questionário. Quanto à religião todos se declararam católicos, sendo que, 18 (45%) se declararam praticantes, isto é, rezam, vão a missa ou pertencem a um grupo religioso com regularidade (semanalmente), 11 (28%) declararam que não são praticantes e 11 (28%) declararam ter prática religiosa irregular, ou seja, inferior a uma vez por semana. Relativamente ao padecer de alguma doença grave, debilitante ou que altere muito a sua qualidade de vida, 16 (40%) responderam que sim e 24 (60%) responderam que não. Da amostra estudada, 7 (18%) participantes estavam atualmente medicados com algum tipo de antidepressivo (tabela 1 e 2).

	n	(%)
Sexo		
masculino	18	(45)
feminino	22	(55)
Escolaridade		
4 anos	39	(98)
6 anos	1	(3)
9 anos	0	(0)
12 anos	0	(0)
licenciatura	0	(0)
mestrado	0	(0)
doutoramento	0	(0)
Estado civil		
casado/a	33	(83)
viúvo/a	5	(13)
solteiro/a	2	(5)
divorciado/a	0	(0)
união de facto	0	(0)
Agregado familiar		
vive só	7	(18)
vive com esposa/marido	19	(48)
vive com filho(as)	8	(20)
solteiro(as)	0	(0)
vive em casa de filhos	0	(0)
vive com filho (as) e neto (as)	3	(8)
outra situação	3	(8)
Religião		
católica	40	(100)
evangélica	0	(0)
testemunha jeová	0	(0)
espírita	0	(0)
budista	0	(0)
outra	0	(0)
não tenho religião	0	(0)
não quero responder	0	(0)
Prática religiosa		
sim	18	(45)
não	11	(28)
às vezes	11	(28)
Doença		
sim	16	(40)
não	24	(60)
não sei/não quero responder	0	(0)
Antidepressivo		
sim	7	(18)
não	33	(83)
não sei/não quero responder	0	(0)

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo (n=40).

	Média	(dp)	Min	P05	mdn	P95	Max
Idade (em anos)	66	(5)	60	60	65	75	75

dp-desvio padrão; P-Percentil; Min-Mínimo; Max-Máximo; mdn-mediana.

Tabela 2-Distribuição da idade dos participantes no estudo (n=40).

As variáveis categoriais (sexo, escolaridade, estado civil, agregado familiar, religião, prática religiosa, doença e uso de antidepressivo) foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). A variável contínua (idade) foi descrita utilizando a média e desvio-padrão ou mediana, percentil 25 e percentil 75 (AIQ- Amplitude Inter-quartil).

Relativamente a análise dos resultados obtidos com o questionário CES-D de rastreio de sintomatologia depressiva destacam-se os seguintes resultados: 22 participantes (55%) obtiveram uma pontuação menor que 16, isto é, de acordo com as instruções de cotação do teste, estes participantes são considerados como não tendo sintomatologia depressiva significativa na última semana e 18 (45%) obtiveram mais de 16 pontos, isto é, apresentavam sintomatologia depressiva na última semana. As alíneas que mais pontuaram de forma global foram a 8 - “ Senti-me confiante no futuro”, com uma percentagem cumulativa de 53% de respostas com muita frequência/com muita frequência ou sempre e a alínea 11-“Dormi mal” com uma percentagem cumulativa de 61% de respostas com muita frequência/com muita frequência ou sempre (ver tabelas 5, 6 e 7). Estas respostas podem justificar-se tendo em consideração ao grupo etário estudado, nomeadamente em relação à alínea 11, dado que, as perturbações do sono são extremamente frequentes, o que pode contribuir para uma apreciação negativa da qualidade do sono. Em relação à alínea 8 estas respostas podem justificar-se se considerar que a amostra estudada, apesar do grupo etário envolvido, apresenta projeções para o futuro a longo prazo.

	Nunca ou raramente		Ocasionalmente		Com muita frequência		Com muita frequência ou sempre	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1-Aborrecimento	14	(35)	23	(57)	3	(8)	0	(0)
2-Apetite	31	(78)	7	(18)	2	(5)	0	(0)
3-Tristeza	22	(55)	13	(33)	4	(10)	1	(3)
4-Menos-valia	14	(35)	18	(45)	5	(13)	3	(8)
5-Concentração	12	(30)	22	(55)	4	(10)	2	(5)
6-Deprimido	18	(45)	13	(33)	7	(18)	2	(5)
7-Esforço	14	(35)	18	(45)	5	(13)	3	(8)
8-Confiança no futuro	10	(25)	9	(23)	18	(45)	3	(8)
9-Fracasso na vida	33	(83)	6	(15)	1	(3)	0	(0)
10-Medo	15	(38)	15	(38)	10	(25)	0	(0)
11-Sono	9	(23)	7	(18)	19	(48)	5	(13)
12-Sentir feliz	8	(20)	13	(33)	18	(45)	1	(3)
13-Falar menos	21	(53)	15	(38)	4	(10)	0	(0)
14-Solidão	28	(70)	2	(5)	7	(18)	3	(8)
15-Desprezo	28	(70)	9	(23)	2	(5)	1	(3)
16-Prazer na vida	6	(15)	17	(43)	16	(40)	1	(3)
17-Ataques choro	23	(57)	10	(25)	7	(18)	0	(0)
18-Sentir triste	8	(20)	23	(57)	9	(23)	0	(0)
19-Não se sentir amado	33	(83)	7	(18)	0	(0)	0	(0)
20-Falta energia	13	(33)	18	(45)	7	(18)	2	(5)

Tabela 3- Caracterização das questões presentes no CES-D dadas pelos participantes no estudo (n=40).

	Média	(dp)	Min	P05	mdn	P95	Max
Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D)	16	(8)	4	6	15	31	37

dp-desvio padrão; P-Percentil; Min-Mínimo; Max-Máximo; mdn-mediana.

Tabela 4-Distribuição da escala total do CES-D pelos participantes no estudo (n=40).

	n	(%)
Sintomatologia depressiva (CES-D)		
Sem	22	(55)
Com	18	(45)

Tabela 5-Distribuição da escala total do CES-D pelos participantes no estudo (n=40).

Foi também calculada a variância das respostas dadas individualmente e em relação as outras alíneas do questionário; para tal, foi utilizado o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach. O coeficiente Alfa de Cronbach é uma medida de consistência interna e fiabilidade do teste que estima o quão uniformemente os itens de um teste contribuem para a soma não ponderada do instrumento. O valor do Alfa de Cronbach que foi obtido no questionário CES-D, nesta população, (tabela 6) foi de 0,850. Analisando o Alfa de Cronbach para cada uma das alíneas pode-se afirmar que estão bastante homogêneas no que diz respeito ao valor final, isto é, não apresentam Alfa superior ao valor final. Ou seja, o questionário parece ser confiável e fidedigno e medir aquilo que se pretende medir.

Itens	Nº de itens	Média	dp ⁽¹⁾	Correlação ⁽²⁾	α ⁽³⁾
Total (n=40)					
Aborrecimento	-	0,73	0,599	0,405	0,844
Apetite	-	0,28	0,554	0,313	0,847
Tristeza	-	0,60	0,778	0,368	0,846
Menos-valia	-	0,93	0,888	0,320	0,849
Concentração	-	0,90	0,778	0,548	0,838
Deprimido	-	0,83	0,903	0,600	0,835
Esforço	-	0,93	0,888	0,328	0,848
Confiança no futuro	-	1,35	0,949	0,270	0,852
Fracasso na vida	-	0,20	0,464	0,504	0,843
Medo	-	0,88	0,791	0,601	0,836
Sono	-	1,50	0,987	0,581	0,836
Sentir feliz	-	1,30	0,823	0,335	0,847
Falar menos	-	0,58	0,675	0,507	0,840
Solidão	-	0,63	1,030	0,494	0,841
Desprezo	-	0,40	0,709	0,406	0,844
Prazer na vida	-	1,30	0,758	0,569	0,837
Ataques choro	-	0,60	0,778	0,454	0,842
Sentir triste	-	1,03	0,660	0,555	0,839
Não se sentir amado	-	0,18	0,385	0,349	0,847
Falta energia	-	0,95	0,846	0,327	0,848
Índice Geral		20		-	0,850

(1) dp – desvio padrão; (2) Correlação entre cada questão e o índice global calculado sem esse item; (3) α - alfa de Cronbach (os coeficientes para cada item são calculados omitindo esse mesmo item).

Tabela 6-Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistências interna (Alfa de Cronbach) do índice total da Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D).

Em relação à análise do questionário PIL-R chegou-se aos seguintes resultados gerais: a pontuação média obtida foi de 96 pontos, com um mínimo de 67 e um máximo de 120 pontos (tabela 7). Relembrando que a classificação dos resultados obtidos faz-se da seguinte forma: menos de 91 pontos, considera-se que o participante tem um nível de propósito/sentido da vida reduzido, entre 92 e 112 pontos tem um nível de objetivos médio e acima de 113 pontos tem um nível elevado. Desta forma pode-se afirmar que 16 (40%) dos participantes apresentam um nível reduzido, 18 (45%) um nível médio e 6 (15%) um nível elevado (tabela 8). O Alfa de *Cronbach* para este teste foi de 0,814 (tabela 9), sendo que a alínea 13, que avalia o nível de responsabilidade do participante, teve uma correlação negativa, que pode ser justificada por ter um total de resposta muito diferendo daquilo que seria de esperar para responder ao objetivo da questão, por exemplo, o sentido da questão pode não ter sido corretamente compreendido pelos participantes ou estar mesmo mal formulada. Outras alíneas que também possuem um alfa de *Cronbach* superior ao global e uma baixa correlação foram as alíneas 14, 15 e 20 que avaliam, respetivamente, a percepção de liberdade do Homem em relação às escolhas que faz, atitude face a morte e descoberta de objetivos de vida.

	Média	(dp)	Min	P05	mdn	P95	Max
Pontuação Total PIL	96	(14)	67	69	95	119	120

dp-desvio padrão; P-Percentil; Min-mínimo; Max-Máximo; mdn-mediana.

Tabela 7- Distribuição da escala total do PIL-R pelos participantes no estudo (n=40).

	n	(%)
Grau de Propósito/Sentido da Vida		
Nível de objetivos reduzido	16	(40)
Nível de objetivos médio	18	(45)
Nível de objetivos elevado	6	(15)

Tabela 8- Distribuição da escala total do PIL-R pelos participantes no estudo (n=40).

Itens	Nº de itens	Média	dp ⁽¹⁾	Correlação ⁽²⁾	α ⁽³⁾
1-Aborrecimento	-	4,80	1,620	0,556	0,796
2-Entusiasmo	-	2,90	1,598	0,477	0,801
3-Objetivos/metás	-	4,13	1,636	0,681	0,788
4-Significado da vida	-	4,58	1,551	0,679	0,790
5-Rotina	-	3,00	1,895	0,478	0,800
6-Vida	-	5,53	1,783	0,608	0,792
7-Reforma	-	4,23	1,790	0,548	0,796
8-Progresso	-	5,30	1,181	0,436	0,804
9-Vazio existencial	-	4,73	1,176	0,482	0,803
10-Morrer	-	5,78	1,527	0,428	0,804
11-Existência	-	5,53	1,633	0,589	0,794
12-Relação	-	3,80	1,829	0,445	0,802
13-Responsabilidade	-	6,25	1,276	-0,242	0,832
14-Liberdade	-	4,43	1,880	0,037	0,828
15-Morte	-	3,48	1,679	0,079	0,823
16-Suicídio	-	6,68	1,185	0,338	0,808
17-Capacidade encontrar sentido	-	4,60	1,081	0,379	0,807
18-Controle	-	5,38	1,462	0,334	0,808
19-Satisfação com rotina	-	5,25	1,565	0,253	0,813
20-Encontrar objetivos de vida	-	5,33	0,917	0,033	0,819
Índice Geral	20			-	0,814

(1) dp – desvio padrão; (2) Correlação entre cada questão e o índice global calculado sem esse item; (3) α - alfa de Cronbach (os coeficientes para cada item são calculados omitindo esse mesmo item).

Tabela 9-Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistências interna (Alfa de Cronbach) do índice total de Purpose of Life Test (PIL-R).

Relativamente à análise das respostas do questionário FACIT-sp-12, como já referido na descrição dos instrumentos, a cotação deste pode ser feita tendo em conta o questionário integral ou valorizando independentemente as duas subescalas que o compõem. Outra diferença em relação aos outros questionários utilizados é que o FACIT-sp-12 não possui ponto de corte o que torna a sua análise menos categórica.

Com base na análise das respostas dadas pelos participantes que responderam “sim” à questão 7- “Apresenta alguma doença grave/debilitante/que altere muito a sua qualidade de vida?”, pode-se afirmar que nas questões que têm implícito os constructos sentido/paz as respostas foram mais favoráveis do que as respostas referentes a subescala que avalia o constructo fé. Ou seja, enquanto nas primeiras questões do questionário (subescala sentido/paz) praticamente todas as alíneas, com exceção da alínea 5- “sinto que a minha vida tem um propósito” possuem mais de 50% das respostas assinaladas como “ muito” e “muitíssimo”, as últimas 4 alíneas, referentes a subescala fé, possuem um padrão de resposta diferente (ver tabela 10),

isto é, aparentemente há uma distribuição mais semelhante a distribuição probabilística “normal”. Esta análise provavelmente também fará maior sentido quando se avaliar a prática religiosa dos participantes.

	Nem um pouco		Um pouco		Mais ou menos		Muito		Muitíssimo	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)
Paz	0	(0)	3	(19)	3	(19)	7	(44)	3	(19)
Razão para viver	0	(0)	0	(0)	6	(38)	5	(31)	5	(31)
Produtividade	0	(0)	3	(19)	5	(31)	5	(31)	3	(19)
Paz negativo	0	(0)	3	(19)	5	(31)	5	(31)	3	(19)
Propósito de vida	0	(0)	2	(13)	8	(50)	4	(25)	2	(13)
Conforto	0	(0)	2	(13)	4	(25)	8	(50)	2	(13)
Harmonia	0	(0)	2	(13)	4	(25)	8	(50)	2	(13)
Propósito de vida negativo	0	(0)	3	(19)	3	(19)	4	(25)	6	(38)
Conforto fé crenças	1	(6)	4	(25)	4	(25)	7	(44)	0	(0)
Força fé crenças	1	(6)	2	(13)	3	(19)	10	(63)	0	(0)
Força fé crenças na doença	2	(13)	4	(25)	5	(31)	4	(25)	1	(6)
Esperança doença	2	(13)	2	(13)	3	(19)	9	(56)	0	(0)

Tabela 10-Caracterização das questões presentes no FACIT-Sp-12 dadas pelos participantes no estudo com doença (n=16).

Quanto aos valores obtidos, segundo a cotação integral do questionário, observa-se que a média obtida foi de 29 pontos, com um mínimo de 7 e um máximo de 40 pontos. Relembrando que a cotação máxima possível para este questionário é de 48 pontos, ou seja, a média obtida nesta amostra foi ligeiramente superior ao valor médio de pontuação do teste. Relativamente à análise parcelar, tem-se que a média da 1ª subescala (sentido/paz) foi de 21 (mínimo 11 e máximo 30), sendo a pontuação máxima possível de 32 pontos, assim, temos também uma média obtida ligeiramente superior à média possível. A 2ª subescala (fé) atingiu um máximo de 9 e um mínimo de 0, sendo a pontuação máxima possível de 16 pontos. Ou seja, mais uma vez, temos uma média ligeiramente superior à média possível, contudo, nessa subescala houve pelo menos um participante que não pontuou (tabela 11).

	Média	(dp)	Min	P05	mdn	P95	Max
Sentido/Paz (FACIT-Sp-12)	21	(7)	11	11	22	30	30
Fé (FACIT-Sp-12)	9	(3)	0	0	9	13	13
Escala Total (FACIT-Sp-12)	29	(8)	17	17	29	40	40

dp-desvio padrão; P-Percentil; Min-mínimo; Max-Máximo; mdn-mediana.

Tabela 11-Distribuição das subescalas e escala total do FACIT-Sp-12 pelos participantes no estudo com doença crônica (n=16).

O Alfa de *Cronbach* para a subescala sentido/paz foi de 0,939, sendo que apenas a alínea 2-“Tenho uma razão para viver” obteve um alfa superior. Na subescala fé, o alfa de *Cronbach* foi de 0,809 e apenas a alínea 12-“ Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará bem” obteve um alfa superior (tabela 12). Ou seja, o instrumento apresenta um coeficiente de consistência interna elevado.

Itens	Nº	Média	dp ⁽¹⁾	Correlação ⁽²⁾	α ⁽³⁾
Sentido/Paz (n=16)					
paz	-	2,63	1,025	0,766	0,932
razão para viver	-	2,94	0,854	0,601	0,942
produtividade	-	2,50	1,033	0,901	0,921
paz negativo	-	2,50	1,033	0,782	0,931
propósito de vida	-	2,38	0,885	0,766	0,932
conforto	-	2,63	0,885	0,694	0,936
harmonia	-	2,63	0,885	0,868	0,925
propósito de vida negativo	-	2,81	1,167	0,894	0,922
Índice Geral	8			-	0,939
Fé (n=16)					
conforto fé crenças	-	2,06	0,998	0,713	0,720
força fé crenças	-	2,38	0,957	0,599	0,774
força fé crenças na doença	-	1,88	1,147	0,784	0,676
esperança doença	-	2,19	1,109	0,443	0,848
Índice Geral	4			-	0,809

(1) dp – desvio padrão; (2) Correlação entre cada questão e o índice global calculado sem esse item; (3) α - alfa de *Cronbach* (os coeficientes para cada item são calculados omitindo esse mesmo item).

Tabela 12-Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistências interna (Alfa de *Cronbach*) do índice sentido/paz e fé de *Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-12).

Análise comparativa

Verificar se existe correlação entre o grau de propósito/sentido da vida e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva)

Para responder a esta questão foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* (CCS) que mede a intensidade da associação entre duas variáveis ordinais. Foi estipulado que: uma forte correlação corresponde a um valor de $CCS > 0,50$, uma correlação moderada um valor entre 0,35 e 0,50, uma fraca correlação um valor entre 0,20 e 0,34, e uma correlação insignificante foi definida como um valor $< 0,20$. Foi utilizado este coeficiente pois supõe-se que a distribuição dos resultados na população estudada não seja normal.

O valor de correlação obtido para análise da variável propósito/sentido da vida e depressão foi de $-0,570$ ($p < 0,001$). Este valor sugere que há uma correlação forte e inversa entre as variáveis estudadas, isto é, quanto maior a pontuação no PIL-R, grau de sentido da vida elevado, menor a pontuação no CES-D, ou seja, menos sintomas depressivos (tabela 13).

	Pontuação Total PIL
Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D)	
CCS	-0,570
P	<0,001

CCS – Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Tabela 13- Coeficiente de correlação de *Spearman* entre a *Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression* (CES-D) e pontuação total PIL dos participantes no estudo (n=40).

Quando se analisa a relação entre a sintomatologia depressiva (com/sem sintomas depressivos) e a classificação por nível de propósito/sentido da vida pelo teste do Qui-quadrado verifica-se que, apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, 11 (50%) participantes sem sintomatologia depressiva possuem um nível

de objetivo médio, enquanto que, 10 (63%) dos participantes com sintomatologia depressiva possuem um nível de objetivo de vida reduzido (tabela 14).

Foi utilizado o Qui-quadrado porque é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. É um teste não paramétrico, ou seja, não depende dos parâmetros populacionais, como média e variância. O princípio básico deste método é comparar proporções, isto é, as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento.

Para tal trabalha-se com duas hipóteses:

- Hipótese nula: As frequências observadas não são diferentes das frequências esperadas. Não existe diferença entre as frequências (contagens) dos grupos. Portanto, não há associação entre os grupos
- Hipótese alternativa: As frequências observadas são diferentes das frequências esperadas, portanto existe diferença entre as frequências, há associação entre os grupos.

	Sintomatologia depressiva (CES-D)						p
	Sem			Com			
	n	(%C)	(%L)	n	(%C)	(%L)	
Grau de Propósito/Sentido da Vida							0,166***
nível de objetivos reduzido	6	(27)	(38)	10	(56)	(63)	
nível de objetivos médio	11	(50)	(61)	7	(39)	(39)	
nível de objetivos elevado	5	(23)	(83)	1	(6)	(17)	

***Teste Exato do Qui-quadrado.

Tabela 14-Relação entre o grau de propósito/sentido da vida e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva) dos participantes no estudo (n=40).

Verificar se existe correlação entre o grau de espiritualidade e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva)

Relativamente à análise correlacional do CCS entre os resultados do CES-D, que avalia a sintomatologia depressiva, e o questionário FACIT-sp-12, que avalia os componentes da espiritualidade, nomeadamente sentido/paz e fé, constatou-se que há uma forte correlação inversa (CCS=-0,610) entre o constructo sentido/paz e a sintomatologia depressiva e que esta correlação tem significância estatística (p=0,012) (tabela 15). Também se verifica uma correlação inversa entre o constructo fé e a sintomatologia depressiva, assim como, com a cotação total do FACIT-sp-12 que correlaciona o grau de espiritualidade e a sintomatologia depressiva. Contudo, esta correlação é praticamente insignificante em relação ao constructo fé e moderada em relação ao grau de espiritualidade, dado pela cotação total do FACIT-sp-12.

		Sentido/Paz (FACIT-Sp-12)	Fé (FACIT-Sp-12)	Escala Total (FACIT-Sp-12)
Escala Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D)				
CCS		-0,610*	-0,124	-0,415
p		0,012	0,648	0,110

CCS – Coeficiente de Correlação de Spearman;

*Coeficiente de Correlação é significativa para um nível de significância de 0,05.

Tabela 15-Coeficiente de correlação de Spearman entre o grau de espiritualidade e indicadores de saúde mental (sintomatologia depressiva) dos participantes no estudo com doença (n=16).

Quando se analisa separadamente os dois grupos de participantes, com sintomatologia e sem sintomatologia depressiva, e a pontuação obtida no FACIT-sp-12, verifica-se que os participantes sem sintomatologia depressiva possuem uma mediana de pontuação superior aos que apresentam sintomatologia depressiva, e é superior tanto na cotação de cada subescala quanto na cotação integral do FACIT-sp-12, contudo, esta diferença não possui significância estatística (p>0,05) logo não podemos rejeitar a hipótese nula (tabela 16). Foi utilizado, nesta análise estatística, o teste de hipóteses, não-paramétrico, de *Mann-Whitney* porque foram analisadas

amostras independentes e queremos comparar medidas de tendência central (medianas).

	Sintomatologia depressiva (CES-D)								p§
	Sem				Com				
	n	mdn	P05	P95	n	mdn	P05	P95	
Sentido/Paz (FACIT-Sp-12)	9	26	17	30	7	15	11	27	0,063§
Fé (FACIT-Sp-12)	9	10	0	13	7	8	5	12	0,238
Escala Total	9	37	17	40	7	23	20	39	0,150

Mdn-mediana; P-Percentil; § Teste de *Mann-Whitney*.

Tabela 16-Relação entre o grau de espiritualidade e indicadores de saúde mental (sintomatologia depressiva) dos participantes no estudo com doença (n=16).

Verificar se existe correlação entre o grau de propósito/sentido da vida e o grau de espiritualidade

Ao analisar a distribuição dos 16 participantes com doença crónica/incapacitante que responderam ao questionário FACIT-sp-12 e a pontuação obtida no PIL-R teste pode-se verificar que: 10 participantes foram classificados como tendo um nível de objetivos reduzidos, com mediana de 17 para a cotação da subescala sentido/paz da FACIT-sp, 2 foram classificados como tendo um nível de objetivos médio, com mediana de 27, e 4 foram classificados como tendo um nível de objetivos elevado, com mediana de 28, esta diferença apresentou significância estatística ($p=0,009$). O mesmo não pode-se verificar na análise parcelar da subescala fé da FACIT-sp-12, contudo a análise da cotação integral do teste também mostrou haver diferenças estatisticamente significativas entre a classificação do nível de objetivos de vida e a cotação da escala de espiritualidade FACIT-sp-12 ($p=0,024$) (tabela 17). Foi utilizado, novamente o teste estatístico *Mann-Whitney* porque foram analisadas amostras independentes e medianas.

Relativamente ao objetivo acima referido, pode verificar-se que as variáveis propósito /sentido da vida e espiritualidade apresentam uma forte correlação direta, ou seja o aumento de uma implica o aumento da outra. O CCS foi de 0,655 ($p=0,006$) para a análise da cotação da escala completa do FACIT-sp- 12, de 0,825 ($p<0,001$) para a

cotação da subescala sentido/paz e, apenas, na análise da cotação da subescala fé não foi encontrada uma correlação significativa ($p=0,573$) (tabela 18).

	Grau de Propósito/Sentido da Vida										p§		
	nível de objetivos reduzido				nível de objetivos médio				nível de objetivos elevado				
	n	mdn	(P05-	P95)	n	mdn	(P05-	P95)	n	mdn		(P05	P95)
Sentido/Paz (FACIT-Sp-12)	10	17	(11-	26)	2	27	(24-	29)	4	28	(26-	30)	0,009
Fé (FACIT-Sp-12)	10	9	(0-	13)	2	8	(5-	11)	4	10	(9-	12)	0,470
Escala Total	10	24	(17-	39)	2	35	(29-	40)	4	38	(37-	39)	0,024

mdn-mediana; P-Percentil; § Teste de Mann-Whitney.

Tabela 17-Relação entre o grau de espiritualidade e grau de propósito /sentido da vida dos participantes no estudo com doença (n=16).

	Sentido/Paz (FACIT-Sp-12)	Fé (FACIT-Sp-12)	Escala Total (FACIT-Sp-12)
Grau Propósito/sentido da Vida (Pontuação Total PIL)			
CCS	0,825**	0,152	0,655**
p	<0,001	0,573	0,006

CCS – Coeficiente de Correlação de Spearman;

**Coeficiente de Correlação é significativa para um nível de significância de 0,01.

*Coeficiente de Correlação é significativa para um nível de significância de 0,05.

Tabela 18-Coeficiente de correlação de Spearman entre o grau de espiritualidade e indicadores de propósito/sentido da vida dos participantes no estudo com doença crónica (n=16).

Verificar se existem diferenças de grau de propósito/sentido da vida em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa

Quando analisamos o resultado obtido para o constructo propósito/sentido da vida especificamente para cada variável sociodemográfica verifica-se que há uma diferença estatisticamente significativa entre o grau de propósito/sentido da vida e o sexo. Dos participantes que foram classificados como tendo um nível de objetivos reduzidos, 13 (81%) eram do sexo feminino, enquanto, dos participantes que foram classificados como tendo um nível médio de objetivo de vida, 13 (72%) eram do sexo masculino, sendo que, o contrario se passa quando se analisam apenas os participantes que tiveram um nível de objetivo elevado, ou seja, 4 (67%) eram do sexo feminino, contudo

este grupo também é constituído por um menor número de participantes (6 no total) (tabela 19).

	Grau de Propósito/Sentido da Vida						p***
	nível de objetivos reduzido (n=16; 40%)		nível de objetivos médio (n=18; 45%)		nível de objetivos elevado (n=6; 15%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sexo							0,004
masculino	3	(19)	13	(72)	2	(33)	
feminino	13	(81)	5	(28)	4	(67)	
Idade , mdn (P05-P95)	67	(60-75)	65	(60-75)	60	(60-74)	0,239£
Escolaridade							1,000
4 anos	16	(100)	17	(94)	6	(100)	
6 anos	0	(0)	1	(6)	0	(0)	
Estado civil							0,252
casado/a	14	(88)	14	(78)	5	(83)	
viúvo/a	1	(6)	4	(22)	0	(0)	
solteiro/a	1	(6)	0	(0)	1	(17)	
Agregado familiar							0,809
vive só	2	(13)	3	(17)	2	(33)	
vive com esposa/marido	7	(44)	8	(44)	4	(67)	
vive com filho(as) solteiro(as)	4	(25)	4	(22)	0	(0)	
vive com filho (as) e neto (as)	2	(13)	1	(6)	0	(0)	
outra situação	1	(6)	2	(11)	0	(0)	
Religião							-
católica	16	(100)	18	(100)	6	(100)	
Prática religiosa							0,059
sim	8	(50)	5	(28)	5	(83)	
não	2	(13)	8	(44)	1	(17)	
às vezes	6	(38)	5	(28)	0	(0)	
Doença							0,002
sim	10	(63)	2	(11)	4	(67)	
não	6	(38)	16	(89)	2	(33)	
Antidepressivo							0,043
sim	3	(19)	1	(6)	3	(50)	
não	13	(81)	17	(94)	3	(50)	

mdn-mediana; P-Percentil; ***Teste Exacto do Qui-quadrado; £ Teste de Kruska-Wallis.

Tabela 19-Caracterização das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo (n=40) pelo grau de propósito/sentido da Vida.

Ao analisar as variáveis: estado civil, agregado familiar e prática religiosa não se verificam diferenças significativas em relação ao grau de propósito/sentido da vida. Contudo, quando se analisa a variável doença constata-se que 10 (63%) dos participantes com nível de objetivos reduzido têm algum tipo de doença incapacitante,

enquanto que, 16 (89%) dos participantes com nível de objetivos médio responderam que não tem qualquer tipo de doença incapacitante ($p=0,002$) (tabela19).

De referir que na variável idade foi utilizado o teste estatístico de *Kruska-Wallis* pelo facto de se estar a relacionar mais de dois grupos que não possuem uma distribuição característica.

Verificar se existem diferenças nas pontuações do indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva) em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa

Analisando a relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva, com base na pontuação do CES-D, verifica-se que, em relação ao sexo, 12 (55%) participantes sem sintomatologia depressiva são do sexo masculino, enquanto que 12 (67%) dos participantes com sintomatologia depressiva são do sexo feminino, apesar do ligeiro predomínio de mulheres com sintomatologia depressiva esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,180$). Quando se analisa o estado civil verifica-se que, praticamente todos, 21 (95%) participantes, que não têm sintomatologia depressiva são casados enquanto que todos os viúvos, 5 (28%) no total, têm sintomatologia depressiva ($p=0,013$). Em relação ao agregado familiar observa-se que, dos participantes sem sintomatologia depressiva, 14 (64%) vivem acompanhados pela cónjuge, enquanto que, no grupo com sintomatologia depressiva apenas 5 (28%) mora com o cónjuge ($p=0,011$) (tabela 20).

	Sintomatologia depressiva (CES-D)				p
	Sem (n=22, 55%)		Com (n=18; 45%)		
	n	(%)	n	(%)	
Sexo					0,180*
masculino	12	(55)	6	(33)	
feminino	10	(45)	12	(67)	
Idade, mdn (P05-P95)	65	(60-73)	67	(60-75)	0,324§
Escolaridade					1,000**
4 anos	21	(95)	18	(100)	
6 anos	1	(5)	0	(0)	
Estado civil					0,013***
casado/a	21	(95)	12	(67)	
viúvo/a	0	(0)	5	(28)	
solteiro/a	1	(5)	1	(6)	
Agregado familiar					0,011***
vive só	2	(9)	5	(28)	
vive com esposa/marido	14	(64)	5	(28)	
vive com filho(as)	3	(14)	5	(28)	
vive com filho (as) e neto (as)	0	(0)	3	(17)	
outra situação	3	(14)	0	(0)	
Religião					-
católica	22	(100)	18	(100)	
Prática religiosa					0,287***
Sim	12	(55)	6	(33)	
Não	6	(27)	5	(28)	
às vezes	4	(18)	7	(39)	
Doença					0,897*
Sim	9	(41)	7	(39)	
Não	13	(59)	11	(61)	
Antidepressivo					0,680**
Sim	3	(14)	4	(22)	
Não	19	(86)	14	(78)	

mdn-mediana; P-Percentil; § Teste de *Mann-Whitney*;

*Teste do Qui-quadrado; **Teste Exacto de Fisher;***Teste Exacto do Qui-quadrado.

Tabela 20-Caracterização das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo (n=40) pela sintomatologia ou não depressiva

Verificar se existem diferenças de grau de espiritualidade dos participantes com doença em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença e prática religiosa

Ao analisar a distribuição das variáveis sociodemográficas com a mediana do valor obtido na 1ª parte do questionário sentido/paz do FACIT-sp-12 pode-se verificar o seguinte: há uma diferença significativa ($p=0,044$) entre os valores obtidos e o sexo,

ou seja, o sexo masculino apresenta uma mediana bastante superior à mediana atingida pelo sexo feminino (mediana 26 e mediana 17, respetivamente). Não parecem existir diferenças significativas na análise das outras variáveis, mesmo no que diz respeito à prática religiosa (mediana 26 nos participantes que referem ter práticas religiosas regulares, 24 para os participantes que não têm praticas religiosas e 14 para os participantes que referem pratica religiosa irregular ($p=0,147$) (tabela 21).

	Sentido/Paz (FACIT-Sp-12)			<i>p</i>
	n	mdn	(P05- P95)	
Sexo				0,044§
masculino	6	26	(18- 30)	
feminino	10	17	(11- 27)	
Escolaridade				-
4º ano	16	22	(11- 30)	
6º ano	-	-	-	
Estado civil				0,828§
casado/a	15	20	(11- 30)	
viúvo/a	-	-	-	
solteiro/a	1	24	(24- 24)	
Agregado familiar				0,061£
vive só	3	24	(13- 28)	
vive com esposa/marido	7	26	(18- 30)	
vive com filho(as)	5	15	(11- 24)	
solteiro(as)	-	-	-	
vive com filho (as) e neto (as)	-	-	-	
outra situação	1	17	(17- 17)	
Agregado familiar				0,807£
Vive só	3	24	(13- 28)	
Vive acompanhado	12	22	(11- 30)	
Outra Situação	1	17	(17- 17)	
Religião				-
católica	16	22	(11- 30)	
Prática religiosa				0,147£
sim	7	26	(13- 30)	
não	5	24	(17- 29)	
às vezes	4	14	(11- 24)	
Doença				-
sim	16	22	(11- 30)	
não	-	-	-	
Antidepressivo				0,251§
sim	3	26	(24- 27)	
não	13	18	(11- 30)	

mdn-mediana; P.Percentil; § Teste de Mann-Whitney; £ Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 21-Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo com doença (n=16) pelo grau de espiritualidade: sentido/paz (FACIT-Sp-12).

Quando se analisa a 2ª subescala (fé) verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas em relação a nenhuma variável sociodemográfica em particular. Mesmo em relação à variável prática religiosa onde era plausível haver uma diferença entre os praticantes e não praticantes não foi encontrada nenhuma diferença significativa, apesar da mediana obtida entre os participantes praticantes regulares e irregulares ser ligeiramente superior aos não praticantes (9 pontos para praticantes regulares e irregulares e 5 pontos para não praticantes) (tabela 22).

	Fé (FACIT-Sp-12)			p
	n	mdn	(P05- P95)	
Sexo				0,621§
masculino	6	9	(5- 11)	
feminino	10	9	(0- 13)	
Escolaridade				-
4º ano	16	9	(0- 13)	
6º ano	0	-	-	
Estado civil				0,227§
casado/a	15	9	(0- 13)	
viúvo/a	-	-	-	
solteiro/a	1	5	(5- 5)	
Agregado familiar				0,064£
vive só	3	8	(5- 9)	
vive com esposa/marido	7	11	(5- 13)	
vive com filho(as)	5	8	(0- 9)	
solteiro(as)	-	-	-	
vive com filho (as) e neto (as)	-	-	-	
outra situação	1	12	(12- 12)	
Agregado familiar				0,254£
vive só	3	8	(5- 9)	
vive acompanhado	12	9	(0- 13)	
outra Situação	1	12	(12- 12)	
Religião				-
católica	40	9	(0- 13)	
Prática religiosa				0,586£
sim	7	9	(8- 13)	
não	5	5	(0- 12)	
às vezes	4	9	(5- 12)	
Doença				-
sim	16	9	(0- 13)	
não	-	-	-	
Antidepressivo				0,540§
sim	3	11	(5- 12)	
não	13	9	(0- 13)	

mdn-mediana; P.Percentil; § Teste de Mann-Whitney; £ Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 22-Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo com doença (n=16) pelo grau de espiritualidade: fé (FACIT-Sp-12).

Finalmente, quando se analisa a cotação do questionário integralmente, constata-se que a diferença observada em relação ao sexo se dissipa, enquanto, parece surgir

uma diferença entre a variável sociodemográfica agregado familiar e o grau de espiritualidade, ou seja, os participantes que vivem com o cônjuge possuem uma mediana superior (39 pontos) em relação aos que vivem sozinhos (29 pontos) e também em relação aos participantes que vivem com os filhos solteiros (20 pontos). Quando se agrupam estas situações em: “vive só”, “vive acompanhado” ou “outra situação” verifica-se que esta diferença deixa de ter significância estatística, ou seja, a situação de viver apenas em situação marital, independentemente de viver com outros indivíduos/familiares parece ser um fator protetor que aumenta o nível de qualidade de vida espiritual referida pelos participantes ou, por outro lado, viver maritalmente e com filhos solteiros ou que regressaram a casa dos pais pode ser considerado um fator negativo (tabela 23)

	Escala Total (FACIT-Sp-12)				p
	n	mdn	(P05-	P95)	
Sexo					0,172§
masculino	6	33	25	40	
feminino	10	26	17	39	
Escolaridade					-
4º ano	16	29	17	40	
6º ano	0	-	-	-	
Estado civil					0,913§
casado/a	15	29	17	40	
viúvo/a	0	-	-	-	
solteiro/a	1	29	29	29	
Agregado familiar					0,047£
vive só	3	29	21	37	
vive com esposa/marido	7	39	25	40	
vive com filho(as)	5	20	17	29	
solteiro(as)					
vive com filho (as) e neto (as)	0	-	-	-	
outra situação	1	29	29	29	
Agregado familiar					0,987£
vive só	3	29	21	37	
vive acompanhado	12	29	17	40	
outra situação	1	29	29	29	
Religião					-
católica	16	29	17	40	
Prática religiosa					0,402£
sim	7	37	21	39	
não	5	29	17	40	
às vezes	4	25	20	29	
Doença					-
sim	16	29	17	40	
não	0	-	-	-	
Antidepressivo					0,223§
sim	3	37	29	39	
não	13	28	17	40	

mdn-mediana; P.Percentil; § Teste de Mann-Whitney; £ Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 23-Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes no estudo com doença (n=16) pelo grau de espiritualidade: escala total (FACIT-Sp-12).

Discussão

Recentemente tem havido um interesse crescente pela influência da religião/espiritualidade em diversos indicadores de saúde física e mental. Os estudos que têm vindo a ser publicados mostram que parece existir uma correlação positiva entre espiritualidade e bem-estar físico e psicológico, com efeito protetor na mortalidade e na morbidade de diversas doenças.^[55-57] Isto é, a espiritualidade/religiosidade tem-se revelado como um recurso interno individual que favorece uma melhor aceitação da doença e a busca de um sentido de vida.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo verificou-se que existe uma correlação entre menor grau de propósito/sentido da vida e existência de sintomas depressivos significativos. Esta conclusão era esperada tendo em conta os achados do estudo de Shiah et. al ^[58] que mostra haver uma correlação negativa significativa entre o constructo sentido de vida e a ansiedade e uma correlação positiva significativa entre o mesmo constructo e a saúde mental e religiosidade.

Também a WHO passou a incluir a espiritualidade no conceito multidimensional de saúde definindo-a como um conjunto de emoções e convicções de natureza não material, orientadas para questões como o significado e sentido da vida, independentemente do tipo específico de crença ou de prática religiosa.^[18] Neste âmbito Hamilton e Jackson^[59] acrescentam que a espiritualidade é um componente vital do modelo holístico de saúde e consideram que existe uma inter-relação entre o bem-estar físico, emocional, mental, social, vocacional e espiritual.

Em relação ao objetivo: “verificar se existe uma correlação entre o grau de espiritualidade e o indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva)” constatou-se, neste estudo, que existe uma forte correlação inversa entre a sintomatologia depressiva e um dos constituintes do constructo espiritualidade: o sentido/paz. Este achado também está de acordo com os diversos estudos nesta área. Apesar de haver alguma discrepância entre as diversas fontes sobre a distinção entre espiritualidade e religiosidade, o que pode dificultar a descrição precisa do que se está a tentar medir, grande parte dos estudos mostra haver maiores níveis de envolvimento religioso associado positivamente a indicadores de bem-estar psicológico e menores índices de

depressão e que este impacto positivo parece ser mais notório nos indivíduos sob algum tipo de pressão/alteração social, como por exemplo, os idosos e os doentes. ^[60]

Os constructos propósito/sentido da vida e espiritualidade são dois conceitos chaves da filosofia motivacional de Frankl e estão intimamente ligados sob o ponto de vista ontológico. Logo, o resultado encontrado neste estudo, nomeadamente sobre a correlação entre ambos, não poderia ser mais previsível, ou seja, um grau maior de espiritualidade implica um propósito/sentido da vida mais robusto ou, lido de outra forma, implica um menor vazio existencial.

Quando se analisa os resultados obtidos da correlação entre os graus de propósito/sentido da vida e as variáveis sociodemográficas, constaram-se os seguintes factos: quando comparado participantes com nível reduzido de sentido de vida e nível médio verifica-se que as mulheres predominam no nível reduzido ao contrário do que se passa no grupo de nível médio, sendo que, também há mais mulheres com sintomatologia depressiva do que homens.

Este achado está de acordo com o descrito na literatura sobre o sexo e perturbação depressiva. Desde a puberdade parece haver uma incidência superior de depressão no sexo feminino que pode ser explicada devido a múltiplos fatores: ambiente familiar na infância e risco de abuso sexual; papel social e normas culturais mais rígidas para o sexo feminino; *life-events* negativos; efeito hormonal, efeito menos acentuado do que os produzidos pelas variáveis ambientais; entre outros fatores ainda pouco estudados. ^[61]

Outro dado que se pôde verificar, neste estudo, é que ter uma doença incapacitante influencia negativamente o nível de sentido de vida. Este fato também era esperado dado que a doença, principalmente quando grave e prejudicial à qualidade de vida do indivíduo, provoca uma alteração na forma como o indivíduo se vê e se projeta no futuro. Estudos com doentes com doença renal crónica (DRC) mostram que estes apresentam uma maior necessidade de apoio espiritual para a adaptação psicológica à doença. ^[62] Eslani et. al. afirmam que as crenças religiosas e espirituais durante a trajetória da DRC são dos fatores mais importantes pois, durante período de crise ou quando outros mecanismos de *coping* não são suficientes, as pessoas voltam-se mais para a esfera religiosa. ^[63] Este dado faz pensar na importância que pode ter a exploração das crenças religiosas no contexto clínico, visto que, o bem-estar espiritual

parece estar negativamente correlacionado com a gravidade dos sintomas físicos, nomeadamente nos doentes com cancro terminal. Para além do que, segundo estudos de Wang e Lin, a subescala sentido/paz parece ser um preditor mais significativo do desejo de antecipação da morte do que a subescala fé. ^[64]

No que diz respeito ao objetivo “Verificar se existe diferenças nas pontuações do indicador de saúde mental (sintomatologia depressiva) e as variáveis sociodemográficas” verificou-se, neste estudo que, estar casado e ter como agregado familiar apenas o cônjuge são fatores protetores. Isto é, os participantes casados e que moram apenas com o seu cônjuge têm uma cotação no CES-D inferior aos participantes noutras situações. Este achado é controverso. Outros estudos têm mostrado associações diferentes, nomeadamente, quando se analisa separadamente os homens e as mulheres. Num estudo canadiano de St John e Montgomery com uma amostra robusta (n=1751) de indivíduos com mais de 65 anos, chegou-se à conclusão de que os homens casados apresentavam níveis de sintomas depressivos mais baixos comparativamente aos homens solteiros, mas as taxas são similares em mulheres casadas, em comparação com mulheres solteiras. ^[65]

A amostra utilizada neste estudo é bastante mais reduzida (n=40) e constituída, predominantemente, por participantes casados, ou seja, as diferenças obtidas na análise dos resultados, apesar de apresentarem significância estatística, devem ser interpretadas com cautela.

Relativamente ao fato de os indivíduos que moram apenas com o cônjuge terem menor índice de sintomas depressivos, mesmo quando se comparam os grupos dos que vivem só ou acompanhados, podemos supor que o morar acompanhado, por si só, não é um fator protetor da saúde mental, principalmente, quando existem problemas económicos envolvidos para o regresso dos filhos a casa dos pais ou mesmo quando estes não chegam a se emancipar.

De notar que 18 participantes foram classificados como tendo sintomatologia, mas apenas 7 participantes responderam que faziam algum tipo de medicação antidepressiva. É difícil avaliar o grau de exatidão deste achado, isto é, se estes participantes não estão diagnosticados e tratados, pois não foi feita a distinção de que participantes estavam medicados, com qual medicação, há quanto tempo e porquê.

Além do mais, pode haver participantes que desconhecem o significado do termo “antidepressivo” ou o motivo pelo qual tomam determinado medicamento.

Quando se analisa o grau de espiritualidade e as variáveis sociodemográficas obtém-se um resultado semelhante, isto é, os participantes que vivem maritalmente têm uma pontuação, estatisticamente significativa, superior aos outros grupos. Também aqui não foi feita a diferenciação por sexo. Contudo, quando se analisa apenas a subescala sentido/paz observa-se que a pontuação mediana do sexo masculino é superior ao do feminino.

Conclusão

A sociedade contemporânea vive, paradoxalmente, “submersa” na multidão e convulsão comunicativa e a solidão e vazio de valores. O estar só, principalmente no idoso, traz consigo uma série de conflitos internos, sentimento de menos valia e vazio existencial. A experiência de vida é subvalorizada, e a utilidade social negligenciada. Não é raro a estagnação completa após a reforma e consequente perda de um papel social. Neste contexto levantam-se questões existenciais e espirituais próprias de uma vida vazia e sem objetivos adequados.

Este trabalho não pretendeu fazer uma revisão exaustiva sobre os fatores que podem levar a este estado, mas antes, tentar perceber se há alguma associação entre ter um propósito/sentido da vida e diversas variáveis, nomeadamente, o sexo, idade, estado civil, agregado familiar, prática religiosa, doença, assim como, ter ou não sintomas depressivos significativos e a espiritualidade, nomeadamente, quando se padece de alguma doença incapacitante.

Os resultados obtidos, apesar das limitações metodológicas que interferem com a qualidade da investigação, vão de encontro aquilo que era esperado, ou seja, podemos supor que ter um propósito/sentido da vida médio/elevado parece ser protetor de estados depressivos, assim como, ter um nível elevado de espiritualidade (sentido/paz), nomeadamente quando a doença está presente, é um fator protetor dos sintomas depressivos.

Ter um nível superior de espiritualidade também está associado a um grau superior de propósito/sentido da vida.

Outro resultado, não diretamente ligado ao objetivo primordial do trabalho de investigação, mas que é importante referir, é o do papel aparentemente protetor que o morar apenas com o cônjuge tem no que diz respeito aos menores índices de sintomatologia depressiva. E que o sexo feminino apresenta um grau de propósito/sentido da vida inferior ao do sexo masculino

A doença que o participante considere incapacitante também é um grande influenciador da projeção positiva no futuro e, conseqüentemente, correlaciona-se com resultados mais baixos de propósito/sentido da vida.

Relativamente às limitações metodológicas que se podem apontar neste estudo, há que referir: o tamanho amostral, muito reduzido para ser representativo da população a ser estudada; a seleção dos participantes que, apesar de aleatória, não foi realizada uma pré-seleção dos participantes, os que aceitaram participar são os frequentadores da USF e não sabemos se são diferentes dos que se recusaram a participar ou dos utentes que frequentam outras USFs da localidade. Apesar de se ter limitado a amostra, excluindo-se os indivíduos com menos de 4 anos de escolaridade e os que tivessem algum grau de défice cognitivo, tem-se que ter em conta que o tema abordado é bastante subjetivo e requer algum grau de abstração o que pode ser difícil para o nível sociocultural da amostra estudada.

Como já referido anteriormente, este trabalho pretendeu, acima de tudo, tentar aplicar os conceitos da teoria motivacional de Viktor Frankl, numa perspetiva clínica, em uma amostra de idade avançada do concelho de Paços de Ferreira. Ou seja, quantificar um constructo abstrato como o propósito/sentido da vida e relacioná-lo à sintomatologia depressiva e aos níveis de espiritualidade num subgrupo de participantes com doença incapacitante. Pretende-se que os resultados obtidos também possam ter uma utilidade na prática médica, visto que, o médico está numa posição privilegiada para abordar o tema, nomeadamente, a esfera espiritual que é muito negligenciada e pode ter um peso significativo para alguns indivíduos e, em particular, nos idosos.

Notas para o futuro

O fim de um trabalho traz consigo a sensação de que ficou algo por fazer ou que algo poderia ter sido feito de outra forma. É fácil olhar para trás e ver os pontos fortes e fracos, o que correu bem ou mal porque não é possível prever o rumo que uma investigação pode levar para se escolher o melhor caminho de antemão. Mas, esta indefinição é o que mais fascina numa investigação. Levantar questões, tentar perceber se se confirmam ou não, tentar encontrar justificação para os achados ou, por outro lado, ter surpresas e encontrar algo mesmo inesperado. Depois deste trabalho teórico de hipóteses e respostas, temos que dar “uso” aos resultados obtidos, só assim faz sentido a investigação clínica.

Após analisar o resultado final deste trabalho, o que poderia ter sido feito de forma diferente? Em primeiro lugar, poderia ter sido alargado o período de recolha de dados ou, solicitado a participação de outras unidades de saúde. Outro ponto que poderia ser feito de forma diferente era comparar duas amostras, uma de participantes sem doença crónica/incapacitante com outra, de iguais dimensões e com as restantes características semelhantes mas com doença crónica/incapacitante. Esta comparação possivelmente daria a real dimensão do “peso” da doença na esfera espiritual, vazio existencial e sintomatologia depressiva. Esta comparação foi realizada nalguns parâmetros deste estudo, mas como só existiam 16 participantes que declararam ter doença crónica/incapacitante é muito difícil tirar qualquer ilação. O uso de antidepressivos, apesar de questionado inicialmente, também não foi levado em consideração nas análises posteriores, pois considerou-se que este dado poderia falsear as análises correlacionais dado que a variável não estava bem caracterizada.

Tendo em conta que foi utilizado um instrumento, o PIL-R, que foi construído com base na teoria motivacional de Viktor Frankl, com base nos seus resultados poder-se-ia sugerir uma abordagem existencialista aos participantes com resultados insatisfatórios ou, pelo menos, levantar a problemática da busca de um sentido de vida como tópico de consulta.

Outra intervenção possível, e que parece ser benéfica para o utente, é a existência de uma maior integração entre o apoio espiritual e médico. Este trabalho paralelo já existe, a nível dos cuidados secundários de saúde, como foi referida na entrevista com

o padre José António para apoio dos doentes internados, mas porque também não a nível dos cuidados primários de saúde? Se os sintomas de vazio existencial se correlacionam com os sintomas depressivos, esta abordagem poderia ser um contributo importante a nível psicológico e de qualidade de vida. Claro está que esta abordagem não pode ser imposta aos doentes e à família. Deve ser equacionada individualmente, respeitando as crenças e direito de escolha do utente. Este tipo de abordagem também implicaria o esforço conjunto das entidades religiosas locais, mas é uma hipótese que pode e deve ser considerada.

Anexos

Anexo A – Autorização USF



Autorização

Eu, Dr.º Luís Moreira, coordenador da Unidade de Saúde Familiar Terras de Ferreira autorizo que a interna de Medicina Geral e Familiar, Andrea Marques, aluna do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade do Porto, desenvolva o seu estudo, subordinado ao tema " Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental- Que relação?", na Unidade de Saúde Familiar Terras de Ferreira.



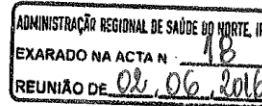
Luís Moreira
Médico da Medicina Geral e Familiar
Coordenador

Paços de Ferreira, 15 de Dezembro de 2015

Anexo B- Parecer Comissão de ética ARS Norte



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 30.maiol.2016

INFORMAÇÃO Nº 048/2016

Nº <Processo> <Registo>

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 22/2016

DELIBERADO CONCORDAR
2016 100 102

Rita Morelra
Vice-Presidente do CD

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 22/2016 sobre o Estudo "Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental - que relação?", aprovado na reunião de 3 de maio de 2016, por unanimidade.

José Carlos Pedro
Vogal C. D.

Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

À consideração superior

Ana Paula Capela
Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)



Rua Santa Catarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt



MINISTÉRIO DA SAÚDE



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 22/2016

Parecer sobre o Estudo T – 514-“SENTIDO DA VIDA, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL – QUE RELAÇÃO?”.

A – Relatório

1. O projeto de estudo é apresentado por ANDREA MARIN MARQUES, interna de Medicina Geral e Familiar, mestrando da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, inscrito no Mestrado de Psiquiatria e Saúde Mental da FMUP. O Orientador é Anselmo da Silva Borges e a Co-Orientadora é Ana Telma Fernandes Pereira. Nenhum dos dois apresenta currículo.
2. O estudo tem como objetivo principal verificar se existe correlação entre o grau de sentido/propósito de vida e indicação de saúde mental (depressão) e como objetivos secundários (1) verificar se existe correlação entre grau de espiritualidade e indicadores de saúde mental (depressão) e (2) verificar se existe diferença entre o grau de sentido/propósito de vida e idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença crónica e prática religiosa.
3. Quanto à metodologia, é um estudo descritivo, analítico e transversal, baseado na colheita de dados de quatro questionários: sócio-demográfico (da responsabilidade da investigadora); sobre sentido/propósito de vida (PIL-R, Purpose in Life Test); sobre espiritualidade (FACIT – Sp.); sobre sintomas depressivos (CES – D). Pretende igualmente fazer um rastreio breve de défices cognitivos nos indivíduos com mais de 65 anos, na base do “Mini Mental State Examination” (MMSE).
4. A Investigadora propõe-se fazer selecionar e abordar participantes, ajudada por colegas e enfermeiros da sua unidade de saúde, procedendo a um levantamento semanal dos utentes com consulta programada, que tenham entre 60-75 anos de idade, com escolaridade de 4 anos e sem deficiências cognitivas, inscritos na USF Terras de Ferreira, Paços de Ferreira.
5. Apresenta licença para usar os questionários que não são da sua autoria.

B – Elementos com eventuais implicações éticas

1. Apresenta uma fórmula válida de consentimento informado.



Rua Santa Catarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt



**GOVERNO DE
PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

2. Não são visíveis implicações do princípio de justiça, sendo que os custos correm por conta da investigadora.
3. Estão previstos benefícios do estudo.
4. O questionário inclui matéria de índole religiosa.
5. Existe anuência da USF em causa para a realização do estudo.
6. A distribuição dos questionários supõe uma forma de anonimização eficaz.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

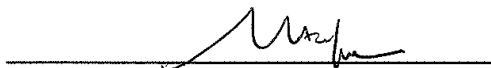
Aprovado em reunião do dia 3/5/2016, por unanimidade

O relator,



Prof. Doutor Jorge Teixeira da Cunha

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



Anexo C – Autorização utilização instrumentos

- Autorização para utilização da escala validada para população portuguesa CES-D



ANDREA MARQUES <andrea.m.marques@gmail.com>

Autorização uso CES-D versão portuguesa

2 mensagens

ANDREA MARQUES <andrea.m.marques@gmail.com>
Para: bapg@fpce.ul.pt, tfagulha@fpce.ul.pt

6 de janeiro de 2016 15:28

Exmos Professores Doutores Bruno Gonçalves e Teresa Fagulha

O meu nome é Andrea Marques, sou Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Terras de Ferreira, pertencente ACeS Tâmega III-Vale do Sousa Norte e encontro-me inscrita no Mestrado de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O tema da minha dissertação é "Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental" e venho por este meio solicitar a vossa permissão, para utilizar a versão portuguesa da CES-D na minha investigação

Agradecendo desde já toda a tenção, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento que considerar conveniente.

Andrea Marques

Bruno Ademar Paisana Gonçalves <bgoncalves@psicologia.ulisboa.pt> 6 de janeiro de 2016 16:28
Para: ANDREA MARQUES <andrea.m.marques@gmail.com>
Cc: "Maria Teresa Pereira da F. Pestana Gonçalves" <mtpfpgff@psicologia.ulisboa.pt>

Cara Andreia Marques

Não temos nenhuma objeção a que utilize a nossa tradução da CES-D.

Com os meus cumprimentos

Bruno Gonçalves

— Mensagem original —

De: ANDREA MARQUES [mailto:andrea.m.marques@gmail.com]

Enviada: quarta-feira, 6 de Janeiro de 2016 15:29

Para: Bruno Ademar Paisana Gonçalves <bgoncalves@psicologia.ulisboa.pt>; Maria Teresa Pereira da F. Pestana Gonçalves Fagulha <mtpfpgff@psicologia.ulisboa.pt>

Assunto: Autorização uso CES-D versão portuguesa

[Texto das mensagens anteriores oculto]

3 anexos

- Autorização para utilização da escala validada para população portuguesa PIL-R



ANDREA MARQUES <andrea.m.marques@gmail.com>

Pedido de autorização de questionário

Maria Eugénia Duarte Silva <meduartesilva@psicologia.ulisboa.pt> 11 de novembro de 2015 06:59
Para: ANDREA MARQUES <andrea.m.marques@gmail.com>

Cara Dra. Andrea Marques

Pode utilizar o instrumento PIL-R. Mande-me a sua morada para que eu lhe possa enviar o material associado.

Cumprimentos

Maria Eugénia Duarte Silva

De: ANDREA MARQUES <andrea.m.marques@gmail.com>

Enviado: terça-feira, 10 de Novembro de 2015 22:40

Para: Maria Eugénia Duarte Silva

Assunto: Pedido de autorização de questionário

[Texto das mensagens anteriores oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0/h/yn4jheb7ynb6/?q=autORIZA%C3%A7%C3%A3o...> 18-11-2015

- Autorização para utilização da escala validada para população portuguesa FACIT-Sp-12



ANDREA MARQUES <andrea.m.marques@gmail.com>

Pedido de autorização

Filomena Pinto <fpinto@esenf.pt>

10 de novembro de 2015 11:39

Para: ANDREA MARQUES <andrea.m.marques@gmail.com>

Exma. Dr.ª Andrea Marques

A escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -Sp -12)*, pertence à organização FACIT, a quem solicitei permissão para a sua utilização na minha investigação, tendo procedido a um estudo prévio de adaptação cultural e validação em doentes oncológicos na fase final de vida, acompanhados em cuidados paliativos. Por mim poderá utilizá-la, no entanto julgo que deverá solicitá-lo também à FACIT.

Desejando o melhor êxito no seu estudo, ao dispor

Filomena Pereira

De: ANDREA MARQUES [mailto:andrea.m.marques@gmail.com]

Enviada: segunda-feira, 9 de Novembro de 2015 19:12

Para: fpinto@esenf.pt

Assunto: Pedido de autorização

[Texto das mensagens anteriores oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0/h/yn4jheb7ynb6/?q=autORIZA%C3%A7%C3%A3o...> 18-11-2015



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

**FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY
(FACIT) LICENSING AGREEMENT**

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to **Dr Andrea Marques ("Investigator")** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **DR ANDREA MARQUES** is granted license to use the **Portuguese** version of the **FACIT-Sp-12** in one not for profit study entitled:

This current license is only extended to DR ANDREA MARQUES's research project subject to the following terms:

- 1) (DR ANDREA MARQUES) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, DR ANDREA MARQUES will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (DR ANDREA MARQUES) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org

www.FACIT.org 381 South Cottage Hill, Elmhurst, IL, USA 60126 FAX: + 1.630.279.9465 information@FACIT.org



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if DR ANDREA MARQUES engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of DR ANDREA MARQUES's project.
- 10) DR ANDREA MARQUES agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: November 10, 2015

Shannon C Romo
Assistant Business Manager
FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126 USA
www.FACIT.org

Anexo D- Modelo de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Este trabalho cujo título é “ Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental- Que relação?” que está a ser desenvolvido da Unidade de Saúde Familiar Terras de Ferreira, é parte integrante da tese de mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e tem como objetivos:

Verificar se existe correlação entre o grau de sentido/propósito de vida e indicadores de saúde mental (depressão)

Verificar se existe correlação entre o grau de espiritualidade e indicadores de saúde mental (depressão)

Verificar se existe diferenças entre o grau de sentido/propósito de vida e as variáveis: idade, sexo, estado civil, agregado familiar, doença crónica e prática religiosa

O estudo baseia-se no auto-preenchimento de questionários pelos participantes, em sala individual e, se necessário, com o apoio do profissional de saúde que fez o convite para participação no estudo.

O preenchimento dos questionários tem uma duração média de 15 minutos.

Cont.

Esta investigação não se encontra financiada e a sua participação tem carácter voluntário.

O projeto desta investigação foi submetido ao parecer da comissão de ética da ARS Norte, com parecer favorável.

Os questionários são anónimos e confidenciais e destinam-se a serem utilizados unicamente para fins académicos. Não assine, nem identifique os questionários que preencher.

Abaixo encontra-se o contato da investigadora principal que se disponibiliza a facultar mais informações caso considere necessário.

Desde já agradeço a sua participação.

Andrea Marques

Tlm:917088973

E-mail:andrea.m.marques@gmail.com

Assinatura
investigadora: _____

Cont.

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:
..... /..... /.....

Data:

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA CÓPIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo E- Questionários utilizados no estudo



Estudo de Investigação- Questionários

Caro (a) utente

O meu nome é Andrea Marques, sou Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Terras de Ferreira e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Estou a realizar um estudo de investigação que pretende estudar a relação existente entre o grau de sentido da vida, a espiritualidade e a saúde mental.

Neste sentido, agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento destes questionários.

As suas respostas serão completamente confidenciais. Durante o preenchimento do questionário lembre-se que não há respostas certas nem erradas. Importa que responda espontaneamente, que exprima as suas opiniões com sinceridade e que verifique se respondeu a todas as questões.

Instruções de preenchimento:

- 1- Após explicação, por parte do investigador, sobre os objetivos do estudo, confidencialidade e anonimato das respostas assina o consentimento informado.

- 2- Preencha os quatro questionários que fazem parte do estudo
 - a. Questionário sociodemográfico
 - b. Questionário ***Purpose in Life Test (PIL-R)***
 - c. Questionário ***Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp-12)***
 - d. Questionário do ***Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D)***

- 3- Verifique se não falta nenhuma alínea por preencher

Qualquer questão não hesite em contatar-me:

Tlm: 917088973

E-mail: andrea.m.marques@gmail.com

Obrigada

Questionário sociodemográfico:

1-Sexo:

1 Masculino ()

2 Feminino ()

2-Idade:

3-Grau de escolaridade (concluído):

1 4º ano ()

4 12º ano()

7 Doutoramento ()

2 6º ano ()

5 Licenciatura ()

3 9º ano ()

6 Mestrado ()

4-Estado civil:

1 Casado/a ()

2 Viúvo/a ()

3 Solteiro/a ()

4 Divorciado/a ()

5 União de facto ()

5-Agregado familiar:

1 Vive só ()

2 Vive com a esposa/marido ()

3 Vive com filho (as) solteiro (as) ()

4 Vive em casa de filho ()

5 Vive com filho (as) e neto (as) ()

6 Outra situação () Qual? _____

6 – Tem religião?

1 Católica ()

2 Evangélica ()

3 Testemunha de Jeová ()

4 Espírita ()

5 Budista ()

6 Outra ()

7 Não tenho religião ()

8 Não quero responder ()

7 – Pratica (reza, vai a missa, pertence a um grupo religioso) com regularidade (semanalmente) a sua religião?

1 Sim ()

2 Não ()

3 Às vezes ()

7- Apresenta alguma doença grave/ debilitante/que altere muito a sua qualidade de vida?

1 Sim ()

2 Não ()

3 Não sei/ não quero responder ()

8-Consumo algum tipo de antidepressivo?

1 Sim ()

2 Não ()

3 Não sei/ não quero responder ()

Questionário- PIL-R *Purpose in Life Test*

Assinale com um “x” o número que melhor corresponde à sua posição face a cada uma das seguintes afirmações. Note que os números se distribuem de um extremo ao extremo oposto que corresponde ao sentimento oposto. A posição central (4) significa que tem uma posição de neutralidade face à afirmação. Evite, sempre que possível, assinalar o 4.

1. Sinto-me usualmente / Estou usualmente:

Completamente aborrecido	1	2	3	4	5	6	7	Cheio de energia e entusiasmo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

2. A vida parece-me:

Sempre excitante	1	2	3	4	5	6	7	Completamente rotineira
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

3. Na vida:

Não tenho quaisquer objetivos ou metas	1	2	3	4	5	6	7	Tenho objetivos e metas muito claros
--	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------------

4. A minha existência pessoal é:

Profundamente desprovida de significado	1	2	3	4	5	6	7	Plena de significado e de objetivos
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

5. Todos os dias são/Cada dia é:

Constantemente novos e diferentes	1	2	3	4	5	6	7	Sempre iguais e rotineiros/Igual a todos os outros
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

6. Se pudesse escolher, eu preferia:

Nunca ter nascido	1	2	3	4	5	6	7	Ter mais 9 vidas iguais a esta
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

7. Depois de me reformar, vou:

Fazer algumas das coisas excitantes que sempre quis fazer	1	2	3	4	5	6	7	Ficar parado o resto da minha vida/acomodar-me completamente o resto da minha vida
---	---	---	---	---	---	---	---	--

8. No que respeita aos objetivos de vida, eu sinto que:

Não fiz qualquer progresso	1	2	3	4	5	6	7	Progridi até a completa realização
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------------

9. A minha vida:

É vazia e plena de desespero	1	2	3	4	5	6	7	É uma sucessão excitante de coisas boas
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

10. Se morresse hoje, sentiria que a minha vida:

Valeu muito a	1	2	3	4	5	6	7	Não teve
---------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental- Que relação?

pena									qualquer valor
------	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------

11. Quando penso na minha vida, eu:

Pergunto-me frequentemente porque existo	1	2	3	4	5	6	7	Encontre sempre uma razão para existir
--	---	---	---	---	---	---	---	--

12. Quando penso na minha vida em relação com o Mundo, este:

Confunde-me completamente	1	2	3	4	5	6	7	Encaixa com sentido na minha vida
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------------

13. Sou uma pessoa:

Muito irresponsável	1	2	3	4	5	6	7	Muito responsável
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

14. Acredito que o Homem é:

Completamente Livre para fazer as suas escolhas de vida	1	2	3	4	5	6	7	Completamente constrangido pela hereditariedade e pelo meio
---	---	---	---	---	---	---	---	---

15. Em relação à morte, eu:

Sinto-me preparado e não tenho medo	1	2	3	4	5	6	7	Não me sinto preparado e tenho medo
---	---	---	---	---	---	---	---	---

16. Em relação ao suicídio, eu:

Já pensei seriamente nisso como uma saída	1	2	3	4	5	6	7	Nunca pensei nisso a sério
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

17. Penso que a minha capacidade para encontrar um sentido, propósito ou missão na vida é:

Muito elevada	1	2	3	4	5	6	7	Praticamente inexistente
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

18. A minha vida está:

Nas minhas mãos e sob o meu controle	1	2	3	4	5	6	7	Fora das minhas mãos e controlado por fatores externos
---	---	---	---	---	---	---	---	--

19. Lidar com as minhas tarefas diárias é:

Uma fonte de prazer e satisfação	1	2	3	4	5	6	7	Uma experiência angustiante e aborrecida
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

20. Eu, até este momento:

Não descobri qualquer missão ou objetivo na minha vida	1	2	3	4	5	6	7	Descobri objetivos de vida claros e um sentido de vida que me satisfaz
--	---	---	---	---	---	---	---	--

Questionário- FACIT-Sp-12-Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

	PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp1	Sinto -me em paz	0	1	2	3	4
Sp2	Tenho uma razão para viver	0	1	2	3	4
Sp3	A minha vida tem sido produtiva	0	1	2	3	4
Sp4	Custa -me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp5	Sinto que a minha vida tem um propósito	0	1	2	3	4
Sp6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp7	Sinto -me em harmonia comigo mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp10	A minha fé ou crenças espirituais dão -me força	0	1	2	3	4
Sp11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem	0	1	2	3	4

Questionário-CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

(Radlof, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2003)

Nesta página encontra uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido durante a última semana. Faça uma cruz no quadrado que se identifica com os seus sentimentos tendo em conta que as opções significam:

Nunca ou raramente - menos de 1 dia da semana passada;

Ocasionalmente – 1 ou 2 dias da semana passada;

Com muita frequência – 3 ou 4 dias da semana passada;

Com muita frequência ou sempre – 5 ou 7 dias da semana passada.

Durante a semana passada

	NUNCA OU RARAMENTE	OCASIONALMENTE	COM MUITA FREQUENCIA	COM MUITA FREQUENCIA OU SEMPRE
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite				
3. Senti que não consegui livrar-me da neura ou da				

Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental- Que relação?

tristeza, mesmo com a ajuda dos amigos ou da família				
4. Senti que valia tanto como os outros				
5. Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer				
6. Senti-me deprimido				
7. Senti que tudo do que fazia era um esforço.				
8. Senti-me confiante no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me com medo.				
11. Dormi mal.				
12. Senti-me				

Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental- Que relação?

feliz.				
13. Falei menos do que o costume.				
14. Senti-me sozinho.				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo				
16. Senti prazer ou gosto na vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Senti falta de energia.				

Bibliografia

1. Frankl VE. O Homem em Busca de um Sentido. Lua de Papel, 2012.
2. Park CL, Folkman, S. Meaning in the context of stress and coping. *General Review of Psychology* 1997;**1**:115-144,
3. Reker GT, & Chamberlain, K. Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span. Sage Publications, 2000.
4. Reker GT, Wong, P. T. P. Towards a theory of personal meaning. Springer Publishing Co, 1988.
5. Reker GTW, P.T.P. In. Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. Emergent theories of aging: New York: Springer Publishing Co, 1988: 214–46.
6. Frankl VE. La Voluntad de Sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia. Editorial Helder, 1988.
7. Crumbaugh JC. Cross-validation of Purpose-in-Life test based on Frankl's concepts. *J Individ Psychol* 1968 **24(1)**:74-81, doi: PMID 4385494
8. Crumbaugh JCM, L.T. An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *J Clin Psychol* 1964;**20**:200-7, doi: PMID 14138376
9. Neto VBL. A Espiritualidade em Logoterapia e Análise Existencial: o Espírito em uma Perspectiva Fenomenológica e Existencial. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies* 2013; **XIX(2)**:220-229,
10. Thorne FC. Diagnostic classification and nomenclature for existential state reactions. *J Clin Psychol* 1970;**26(4)**:403-20, doi: PMID 5512597
11. Gerwood JB. The existential vacuum in treating substance-related disorders. *Psychol Rep* 1998;**83(3 Pt 2)**:1394, doi: 10.2466/pr0.1998.83.3f.1394, PMID 10079731
12. Aquino TAAea. Fundamentos antropológicos da Logoterapia e Análise Existencial. Paulus, 2010.
13. Kroef P. Logoterapia: uma Visão da Psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica* jan-jun, 2011;**XVII(1)**:68-74
14. Frankl VE. Logoterapia y Análisis Existencial. Editorial Herder, 1990.
15. Lukas E. Logotherapy and Existential Analysis: Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna Springer, 2016.
16. Breitbart WG, C.; Poppito, S.R.; Berg, A. Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiatry* 2004;**49**:366-72, doi: PMID 15283531
17. Dyson J, Cobb M, Forman D. The meaning of spirituality: A literature review. *J Adv Nurs* 1997;**26**, doi: 10.1111/j.1365-2648.1997.tb00811.x
18. World Health Organization W. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB), 1998.
19. Koenig HGM, M.E.; Larson, D.E. Handbook of Religion and Health. Oxford University Press, 2001.
20. Andel-Mandersloot AV. Religion in a Secularizing Society: The Europeans' Religion at the End of the 20th Century. Brill, 2002.
21. Clarke J. A discussion paper about "meaning" in the nursing literature on spirituality: An interpretation of meaning as "ultimate concern" using the work of Paul Tillich. *International Journal of Nursing Studies*; **43**:915-921, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.05.005

22. Koenig HGP, M.J.; Nelson, B. Effects of religious versus standard cognitive-behavioral therapy on optimism in persons with major depression and chronic medical illness. *Depress Anxiety* 2015;**32**:835-842
23. Miller L. Spiritual awakening and depression in adolescents: a unified pathway or “two sides of the same coin.”. *Bull Menninger Clin* 2013;**77**:332-348
24. Balbuena LB, M.; Bowen, R. Religious attendance, spirituality, and major depression in Canada: a 14-year follow-up study. *Can J Psychiatry* 2013;**58**:225-232
25. Rippentrop EAA, E.M.; Chen, J.J.; Found, E.M.; Keffala, V.J. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 2005 **116(3)**:311-21, doi: 10.1016/j.pain.2005.05.008
26. Agli OB, N.; Ferrand, C. Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2015 **27**:715-25, doi: 10.1017/S1041610214001665
27. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist* Jan 2003;**58(1)**:64-74, doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>
28. Katsuno T. Personal spirituality of persons with early-stage of dementia: Is it related to perceived quality of life? *Dementia* 2003;**2(3)**:315-35
29. Unterrainer HF, Lewis AJ, Fink A. Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health: A Review of Results and Conceptual Issues. *Journal of Religion and Health* 2014;**53**:382-392, doi: 10.1007/s10943-012-9642-5
30. Raffay J, Wood E, Todd A. Service user views of spiritual and pastoral care (chaplancy) in NHS mental health services: a co-produced constructivist grounded theory investigation. *BMC Psychiatry* 2016;**16**:1-11, doi: 10.1186/s12888-016-0903-9
31. Andrew NM, R. W. How God Changes Your Brain: Breakthrough Findings from a Leading Neuroscientist. Ballantine Books, 2010.
32. Sloan RPB, E.; Powell, T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet* 1999;**353**:664-7
33. Koenig HGG, L.K.; Peterson, B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998;**155**:536-42
34. McCullough MEL, D.B. Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research* 1999;**2**:126-36
35. Nelson CJR, B.; Breitbart, W.; Galietta, M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002;**43**:213-20
36. McClain CSR, B.; Breitbart, W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet* 2003;**361**:1603-7
37. World Health Organization W. In. Mental health action plan 2013-2020. . Geneva, 2013.
38. Marco JH, Pérez S, García-Alandete J, Moliner R. Meaning in Life in People with Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2015:n/a-n/a, doi: 10.1002/cpp.1991, PMID
39. Rodrigues FRM. Terapia existencial e toxicodependência. *Toxicodependências* 2006;**12**:53-60
40. Debnam K, Milam AJ, Furr-Holden CD, Bradshaw C. The Role of Stress and Spirituality in Adolescent Substance Use. *Substance Use & Misuse* 2016:1-9, doi: 10.3109/10826084.2016.1155224
41. Klaas D. Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *Int J Psychiatr Nurs Res* 1998;**4 (2)**:452-62, PMID 10451302
42. Ellermann CRR, P.G. Self-transcendence and depression in middle-age adults. *West J Nurs Res* 2001;**23(7)**:698-713, PMID 11675796
43. Neto GIA, H.H.; Paldron, T. A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência. Pergaminho, 2004.

44. Kissane D. Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Aust Fam Physician* 2000;**29(11)**:1022-5, PMID 11127057
45. Morgan JH. Geriatric Logotherapy: Exploring the Psychotherapeutics of Memory in Treating the Elderly. *Psychological Thought* 2012;**5 (2)**, doi: 10.5964/psyc.v5i2.39,
46. Erikson EHEJM. *The Life Cycle Completed*. Norton, 1998.
47. Folstein MF, S. E.; Mchugh, P. R. , . "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;**12 (3)**:189-198
48. Guerreiro M, Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia* 1994;**1**:9-10
49. Peralta E, Silva M. Teste dos Objetivos de Vida (PIL-R). In: Gonçalves MM, Simões, M. R., Almeida, L. S. , ed. Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa: Quarteto, 2006.
50. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez I, Cella D. Measuring spiritual Well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-sp). *Annals of Behavioral Medicine* 2002;**24(1)**:49-58
51. Pereira F, Santos, C. Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Cadernos de Saúde* 2011;**4**:37-45
52. Radloff L. The CES-D Scale: A self-Report Depression Scale for Research in The General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1977;**1(3)**:385-401
53. Gonçalves M, Fagulha T, Simões L, Almeida CM. In. Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). Volume 1. Coimbra: Quarteto, 2003:33-43.
54. Gonçalves B, Fagulha T. The portuguese version of the center of epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment* 2004;**20(4)**:339-3348
55. Hummer R, Rogers, RG., Nam, CB., Ellison, CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography* 1999;**36(2)**:273-85, PMID 10332617
56. Williams D, Sternthal, MJ. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Med J Aust* 2007;**186(10 Suppl)**:47-50, PMID 17516883
57. Moreira-Almeida A, Neto, FL., Koenig, HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;**28(3)**:242-50, PMID 16924349
58. Shiah Y, Chang, F., Chiang, SK., Lin, IM., Tam, WC. Religion and health: anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. *J Relig Health* 2015;**54(1)**:35-45, doi: 10.1007/s10943-013-9781-3
59. Hamilton DM, Jackson, M. H. Spiritual Development: Paths and Processes. *Journal Instructional Psychology* 1998;**25**:262-270
60. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;**28**, doi: 10.1590/s1516-44462006005000006, PMID
61. Piccinelli M, Wilkinson, G. Gender differences in depression: critical review. *British Journal of Psychiatry* 2000;**177**:486-492
62. Fradelos EC, Tzavella F, Koukia E, Papathanasiou IV, Alikari V, Stathoulis J, Panoutsopoulos G, Zyga S. Integrating Chronic Kidney Disease Patient's Spirituality in their Care: Health Benefits and Research Perspectives. *Materia Socio-Medica* 2015;**27**:354-358, doi: 10.5455/msm.2015.27.354-358
63. Eslami A, Rabiei, L., Khayri, F., Nooshabadi, MRR., Masoudi, R. Sleep Quality and Spiritual Well-Being in Hemodialysis Patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014;**16(7)**, doi: 10.5812/ircmj.17155
64. Wang YC, Lin, C.C. Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill

- cancer patients. *Cancer Nurs.* 2016;**39(4)**:43-50, doi: 10.1097/NCC.0000000000000298, PMID 26378401
65. St John P, Montgomery, PR. Marital status, partner satisfaction, and depressive symptoms in older men and women *Can J Psychiatry* 2009;**54(7)**:487-92, doi: 10.1177/070674370905400710, PMID 19660171