



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Saúde Mental e Bem-Estar Espiritual da Pessoa com
Doença Oncológica

Tiago Filipe Raposo dos Santos

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Judite Corte-Real

Coordenador de Seminário de Dissertação

Professor Doutor António Pires

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Judite Corte Real, apresentada no Instituto Universitário de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673/200 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos:

Ao longo da minha caminhada académica, fui valorizando de forma crescente os conhecimentos adquiridos e acima de tudo acreditando de forma convicta que a Psicologia Clínica e o cuidar do “Outro” era certamente o meu caminho. Hoje, no culminar desta etapa, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Com o seu contributo, permitiram a aquisição de ferramentas essenciais à construção do projecto de vida que hoje termino, e que de certa forma hoje inicio também.

À Professora Doutora Judite Corte Real pelo profissionalismo e sentido de ajuda demonstrado, tantas vezes essenciais nesta fase difícil de trabalho. Com toda a certeza que a sua dedicação exemplar por este projecto simbolizou um pilar importante no seu desenvolvimento. Para sempre, o meu muito obrigado.

Ao Professor Doutor António Pires pela compreensão e apoio demonstrado ao longo destes últimos meses de trabalho. Fico muito grato pela ajuda prestada.

Aos meus pais, por terem sido pacientes nos momentos mais difíceis da execução deste projecto, pelo apoio incondicional e acima de tudo por terem acreditado em mim, até mesmo quando eu próprio duvidava se conseguiria alcançar o meu objectivo final. Esta vitória é sem dúvida também deles.

À Tânia, uma companheira de vida e desta viagem que não se avizinhou fácil. Pela dedicação, carinho e compreensão naqueles momentos em que estive mais ausente, obrigada.

A todos os utentes, que ao disponibilizarem um pouco do seu tempo, contribuíram de forma fundamental na realização deste projecto. Espero de forma muito sincera que o vosso contributo permita uma abordagem futura da pessoa com doença oncológica mais eficaz, onde a valorização do que é realmente importante para o indivíduo esteja sempre presente no pensamento dos profissionais de Saúde.

De forma geral, obrigada a todos os docentes que ao longo dos anos contribuíram para a minha formação no Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.

Um bem-haja a todos.

Resumo

Este estudo pretendeu compreender a relação entre o bem-estar espiritual e a saúde mental em pessoas com doença oncológica. Foram seleccionados 30 participantes com doença oncológica de um Hospital central, sendo 22 do sexo feminino (73.3%). Os instrumentos utilizados neste estudo foram o MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2) que mede o nível de saúde mental e o SWBQp (Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual) que avalia o nível de bem-estar espiritual dos participantes. Dos resultados obtidos, salienta-se as escalas da depressão e paranóia como as mais elevadas no Mini-Mult; correlações significativas negativas entre o MMPI-2 e o SWBQp (quanto melhor o resultado na SWBQp, mais baixos são os resultados nas dimensões da Mini-Mult), assim como verificaram-se também diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino nas escalas do Mini-Mult, tendo os homens apresentado resultados superiores às mulheres. Considera-se importante a realização de mais estudos que investiguem o papel protector do Bem-Estar Espiritual, principalmente, em situações em que a pessoa doente é confrontada com a sua própria morte.

Abstract

This study sought to understand the relationship between spiritual well-being and mental health in people with oncological disease; 30 participants (22 - 73.3% were women) with oncological disease were selected from a central hospital. The instruments used were the MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2) which measures the level of mental health and the SWBQp (Portuguese Version of the Questionnaire Wellness Spiritual) which assessed the participant's level of spiritual well-being. The results show more problems in the scales of depression and paranoia (highest values in the Mini-Mult), significant and negative correlations between the MMPI-2 and SWBQp (the better the result in SWBQp, the lower the results in the dimensions of the Mini-Mult), and there were also significant differences between male and female in the scales of mini-Mult (men had a higher income than women). It is considered important to conduct further studies to investigate the protective role of the Spiritual Well-Being, especially in situations where the sick person is faced with his own death.

Keywords: Oncology Disease, Mental Health, Spiritual Wellness

Índice

Introdução.....	1
I. Revisão da Literatura.....	3
1. Bem estar espiritual.....	3
1.1. Definições e Conceitos.....	3
1.1.1. Espiritualidade.....	3
1.1.2. Bem-Estar Espiritual.....	7
1.2. Bem- Estar e Modelos de Saúde.....	9
1.2.1. Modelos de Saúde Holística.....	9
1.2.2. Modelo de Bem-Estar Espiritual de Fisher.....	11
1.3. Espiritualidade e Doença.....	13
1.3.1. Abordagem da Espiritualidade na pessoa doente.....	13
1.3.2. A espiritualidade e Coping.....	16
1.3.2.1. Stress e Coping.....	16
1.3.2.2. Coping religioso/espiritual.....	18
1.3.2.2.1. Conceito.....	18
1.3.2.2.2. Estratégias de Coping.....	20
1.3.2.2.3. Estilos de Coping.....	21
1.3.2.2.4. Coping Espiritual, saúde e doença.....	22
2. Doença Mental.....	23
2.1. Conceito e Perspectivas.....	23
2.2. Tipos de doença Mental.....	28
3. A Doença Oncológica.....	29
3.1. Perspectiva Epidemiológica.....	29
3.2. Saúde Mental e Psico-Oncologia.....	32
3.2.1. Implicações psicológicas para a pessoa doente – importância da Psico-Oncologia.....	32
3.2.2. Sofrimento na Doença Oncológica.....	36
3.2.2.1. A incerteza sobre o futuro.....	36
3.2.2.2. Procura de significado.....	36
3.2.2.3. Perda de controlo.....	36
3.2.2.4. Necessidade de diálogo.....	37
3.2.2.5. O sexto sinal vital.....	38
3.2.3. Adaptação Mental à Doença Oncológica.....	38
3.2.4. Fases de adaptação à doença.....	41
3.2.5. Factores que influenciam a adaptação.....	44
3.2.6. Espiritualidade e Doença Oncológica.....	45
4. Problema, objectivo e questões de investigação.....	50

II.	Método.....	53
	1. Tipo de estudo.....	53
	2. Participantes.....	53
	3. Instrumento.....	56
	3.1 MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2.....	56
	3.2 SWBQ – Questionário de Bem – Estar Espiritual.....	58
	4. Questionário socio-demográfico.....	60
	5. Procedimento.....	60
III.	Resultados.....	61
	1. Considerações gerais.....	61
	2. Mini-Mult.....	66
	2.1.Escalas do Mini-Mult.....	66
	2.2. Relação entre variáveis Sócio Demográficas e as Dimensões do Mini Mult.....	75
	3. Questionário Bem Estar Espiritual – SWBQp.....	85
	3.1.Dimensões do SWBQp.....	85
	3.2.Relação entre variáveis Sócio Demográficas e as Dimensões Questionário Bem Estar Espiritual – SWBQp.....	90
	3.3.Relação entre o SWBQp e o Mini-Mult.....	96
IV.	Discussão dos Resultados.....	98
V.	Conclusão.....	105
VI.	Referências.....	107
VII.	Anexos:	119
	Anexo A – Questionário de Dados Sócio-Demográficos.....	120
	Anexo B – Mini-Mult.....	121
	Anexo C – SWBQp.....	125
	Anexo D - Pedido de autorização para recolha de dados.....	126
	Anexo E - Consistência interna do SWBQp.....	128
	Anexo F - Outputs das Variáveis Sóciodemográficas.....	130
	Anexo G - Outputs Escalas de Validade	133
	Anexo H - Outputs Escalas Clínicas	134
VIII.	Lista de tabelas:	

Tabela 1- Caracterização do Grupo de participantes : Variáveis Sócio Demográficas.....	53
Tabela 2- Caracterização do Grupo de participantes : Variáveis Sócio Demográficas.....	54
Tabela 3 – Resultados nas escalas de validade : F-K, AI, IR, e AV.....	66
Tabela 4 – Resultados nas escalas de validade : L, F e K.....	67
Tabela 5 – Resultados nas escalas Clínicas (Notas T).....	68
Tabela 6 - Itens do Mini Mult em que a maioria Respondeu Verdadeiro.....	72
Tabela 7 - Teste Normalidade Dimensões Mini Mult	75
Tabela 8 - Skweness e Kurtosis Dimensões Mini Mult.....	75
Tabela 9 - Teste de Normalidade Filhos (nº e média de idades) diagnóstico.....	76
Tabela 10- Skweness e Kurtosis Filhos (nº e média de idades) e tempo de diagnóstico.....	76
Tabela 11 - Correlação de Spearman : Correlação Idade e Habilitações Vs Mini Mult.....	76
Tabela 12 - Correlação Pearson e de Spearman : Correlação Nº de filhos, Média de idades dos filhos e tempo de diagnóstico Vs Mini Mult.....	77
Tabela 13 - Teste de Normalidade Situação face ao emprego Vs Mini Mult.....	79
Tabela 14- Skweness e Kurtosis Situação face ao emprego Vs Mini Mult.	79
Tabela 15 - Comparação entre activos Vs Desempregados e reformados nas dimensões do Mini-Mult.....	80
Tabela 16 - Teste de Normalidade Religião Vs Mini Mult.....	81
Tabela 17- Skweness e Kurtosis Religião Vs Mini Mult.....	81
Tabela 18 - t de student para grupo de participantess independentes : Comparação entre inquiridos da religião Católica Vs Inquiridos sem Religião nas dimensões do Mini-Mult.....	82
Tabela 19 - Teste de Normalidade Género Vs Mini Mult.....	83
Tabela 20- Skweness e Kurtosis Género Vs Mini Mult.....	83
Tabela 21 - Comparação entre sexo feminino e masculino nas dimensões do Mini-Mult.....	84

Tabela 22 - Teste de Normalidade dimensões SWBQp.....	85
Tabela 23 – Anova para Grupo de participantess dependentes: Comparação entre as Dimensões da SWBQp.....	86
Tabela 24 - Análise de Frequências Itens SWBQp.....	88
Tabela 25 - Correlação de Spearman : Correlação Idade e Habilitações Vs SWBQp.....	90
Tabela 26 - Correlação Pearson e de Spearman : Correlação N° de filhos e Média de idades dos filhos Vs SWBQp.....	91
Tabela 27 - Teste de Normalidade Situação face ao emprego Vs SWBQp.. .. .	92
Tabela 28- Skweness e Kurtosis Situação face ao emprego Vs SWBQp.....	92
Tabela 29 – t de Student para grupo de participantess independentes : comparação entre activos Vs Desempregados e reformados nas dimensões do SWBQp.....	92
Tabela 30 - Teste de Normalidade Religião Vs SWBQp.....	93
Tabela 31- Skweness e Kurtosis Religião Vs SWBQp.....	93
Tabela 32 - t de student para grupo de participantess independentes : Comparação entre inquiridos da religião Católica Vs Inquiridos sem Religião no SWBQp.....	94
Tabela 33 - Teste de Normalidade Género Vs SWBQp.....	95
Tabela 34- Skweness e Kurtosis Género Vs SWBQp.....	95
Tabela 35 - Comparação entre sexo feminino e masculino nas dimensões SWBQp.....	95
Tabela 36 - Correlação Pearson e de Spearman : Correlação Dimensões Mini Mult Vs SWBQp.....	96

IX.

Gráfico 1 – Resultados nas escalas de validade : L, F e K (Score Médio T).....	68
Gráfico 2 – Perfil Mini-Mult (Score médio Nota T, ordenação das dimensões por ordem crescente das médias)	71
Gráfico 3 – SWBQp.....	87

Introdução

A espiritualidade e a sua relação com a saúde tem-se tornado um claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária, dado que a doença permanece como uma entidade de amplo impacto em abordagens diversas, desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e económica (Guimarães, Avezum, 2007). É fundamental reconhecer que estes diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação, sendo importante entender os cuidados médicos, psicológicos e espirituais não só na sua especificidade mas também, e principalmente, como elementos que se complementam.

Embora o interesse pela espiritualidade e religiosidade no âmbito da saúde sempre tenha existido no curso da história humana, em diferentes épocas e culturas, contudo apenas recentemente a ciência tem demonstrado interesse em investigar o tema (Ribeiro & Pinto, 2007); assim, embora desde os primórdios da história se observe uma clara interligação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde, com o desenvolvimento da medicina assistiu-se a uma prática onde os cuidados de saúde dessacralizados eram cada vez mais frequentes, deixando a dimensão espiritual de ser contemplada no atendimento aos doentes (Muller, Plevak & Rummans, 2001). Actualmente, segundo o Ministério da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2004-2010), no plano das orientações estratégicas, esta dimensão integra de facto o conceito de saúde, revelando-se essencial a uma prática holística de cuidados, de forma a compreender o Homem na sua globalidade. A dimensão espiritual é descrita como sendo relevante na atribuição de significado ao sofrimento decorrente de uma doença crónica e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde (Greenstreed, 2006; cit. in Ribeiro & Pinto, 2007).

No começo dos anos de 1960, os estudos sobre espiritualidade e saúde eram dispersos e, nesse período, surgiram os primeiros jornais especializados, entre os quais o *Journal of Religion and Health* (Peres, Simão & Nasello, 2007). A partir dessa época, estudos realizados sobre espiritualidade e religiosidade em amostras específicas (por exemplo, doenças graves, depressão e transtornos ansiosos) mostraram a pertinência da investigação sobre o impacto dessas práticas na saúde mental e na qualidade de vida (Propst, 1992; Azhar et al., 1995; Pargament, 1997; Koenig, 2001; Berry, 2002; cit. in Peres, Simão & Nasello, 2007). Neste sentido, desde a década de 1980, verificou-se de forma mais clara a evolução numa direcção que busca uma visão mais abrangente do

modelo de atendimento na área da saúde, enfatizando a importância de fatores ambientais e psicossociais (Engel, 1980; cit. in Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007). A medicina moderna encontra-se em fase de transição e está à procura de novas fronteiras e caminhos para a evolução do conhecimento. O direcionamento científico nesta área aponta as áreas da biologia molecular, genética, farmacoterapia e acupuntura, mas também a reconhecida tendência para o estudo da espiritualidade (Koenig, 2004; cit. in Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007). Revistas de alto impacto científico abrem espaço para artigos relacionados com este tema.

Actualmente, existem diversas evidências empíricas citadas por Panzini (2007) conectando espiritualidade à saúde (George et al., 2000; Koenig, 2000; Koenig et al., 2001; Siegel et al., 2001), tanto física (Koenig, 2001; McIntosh & Spilka, 1990) quanto mental (Koenig, 2001; Tepper et al., 2001), à qualidade de vida (Koenig et al., 1998; Pargament et al., 1998, 2001) e a outros construtos relacionados, como o bem-estar (Pargament et al., 2001). De notar que Brady e seus colaboradores referenciavam já em 1999 a espiritualidade como dimensão constituinte do conceito da qualidade de vida, que segundo Bottomley (2002) não se trata de um conceito restritivo mas sim de um constructo subjectivo e multidimensional que incorpora dimensões como as percepções subjectivas dos aspectos positivos e negativos dos sintomas dos pacientes, incluindo o funcionamento físico, emocional, social, cognitivo, e ainda os sintomas da doença e os efeitos secundários do tratamento.

Face à importância e actualidade deste tema, este estudo pretendeu compreender a relação entre o bem-estar espiritual e a saúde mental em pessoas com doença oncológica. De seguida vamos proceder a uma revisão de literatura, prosseguindo-se com a apresentação do estudo empírico.

I. Revisão da Literatura

1. Bem Estar Espiritual

1.1. Definição de Conceitos

1.1.1. Espiritualidade e Religiosidade

Existe uma imensa plêiade de definições de espiritualidade na literatura que vão de uma concepção centrada na religião e num conjunto de crenças e práticas religiosas pré-definidas, até visões que a enfatizam enquanto expressão subjectiva da experiência humana, para alguns mesmo não definível ou mensurável (Miller & Thoresen, 2003).

Segundo Volcan (2003; cit. in Guimarães & Avezum, 2007), a espiritualidade pode ser definida como uma propensão humana para a compreensão do sentido da vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal.

Ao longo das décadas são inúmeras as definições encontradas na literatura que enfatizam a dimensão subjectiva e existencial de espiritualidade, sendo progressivamente considerada mais como um fenómeno dinâmico, abrangente e funcional, que passa pela procura de um sentido de vida, da transcendência e do desenvolvimento do potencial humano, das quais podemos destacar as seguintes:

- Uma experiência subjectiva do sagrado (Vaughan, 1991)
- A capacidade inata, ou a predisposição para procurar transcender o locus de centralidade de cada um e cuja transcendência implica um aumento de conhecimento e de amor (Chandler, Holden, & Kolander, 1992)
- Existência de uma relação com um poder superior que afecta a forma como cada um está no mundo (Armstrong, 1995 cit. in Zinnbauer, Pagarment & Scott, 1999).
- A procura do sagrado, o processo através do qual as pessoas procuram descobrir, manter e quando necessário transformar, o que quer que tenham de sagrado nas suas vidas (Pargament, 1997).
- Modo de ser e de experienciar, que emerge da tomada de consciência da existência de uma dimensão que transcende a realidade humana,

concretizada num conjunto de valores identificáveis face ao próprio, à vida, e ao que cada um considera como essencial (Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf & Saunders, 1998).

- Os sentimentos, pensamentos, experiências e comportamentos que emergem da procura do sagrado. O termo “procura” refere-se às tentativas de identificar, articular, manter ou transformar. O “sagrado” refere-se a um ser divino, Realidade ou Verdade Última, tal como é percebida pelo indivíduo (Larson et al, 1998).

- Uma relação transcendental com algo divino, superior ao próprio (Emmons, 1999).

- Uma relação transcendente com o que é sagrado na vida (Walsh, 2000).

- A experiência de uma dimensão transcendente que dá significado à existência e a capacidade de experienciar o sagrado (Giacalone & Jurkiewicz, 2003).

- A atitude interior de viver a vida de forma directamente relacionada com o sagrado (Van Dierendonck & Mohan, 2006).

A espiritualidade, a despeito da sua frequente integração no conceito de religião, tem sido historicamente considerada como ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e violentos confrontos. Tradicionalmente a espiritualidade estava integrada na religião: o estudo da religião passava não só pela análise das crenças, emoções, práticas e relações dos indivíduos que estavam associadas a um poder mais elevado ou divino, mas também pelo modo como estas eram utilizadas para lidar com os problemas fundamentais da existência, nomeadamente o sentido da vida, a morte, a solidão, o sofrimento e a injustiça (Pargament 1997). Até à década de 70 do século passado, a religião era vista como um constructo amplo que incorporava elementos individuais e institucionais como a espiritualidade, no entanto é importante definir neste cenário que a religiosidade e a espiritualidade, apesar de relacionadas, não são claramente descritas como sinónimos, sendo a espiritualidade um conceito independente do conceito de religiosidade e da prática dos comportamentos religiosos tradicionais mais restritos (Pestana, Estevens e Conboy, 2007).

Se por um lado a religiosidade se refere a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projectados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o

sagrado e/ou transcendente, a espiritualidade é vista como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso (Peres & Simão, 2007). Worthington, Kurusu e McCullough (1996; cit. in Faria & Seidl, 2005) definem uma pessoa religiosa como aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em alguma medida, a religião como instituição; já uma pessoa espiritualizada é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada. Ribeiro et al., (2004; cit. in Ribeiro et al. 2007) sugerem assim que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto que a espiritualidade é pessoal, subjectiva e enfatiza a vida.

Para Jung (1986; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007), a espiritualidade não está obrigatoriamente associada à fé religiosa, mas sim à relação transcendental da alma com a divindade e na mudança que daí advém. A espiritualidade estaria assim relacionada com uma atitude, uma acção interna, uma ampliação da consciência, um contacto do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento e amadurecimento que esse contacto poderá trazer para a sua personalidade (Pestana, Estevens, Conboy, 2007). Definições mais recentes do conceito de espiritualidade focam-se na multidimensionalidade da experiência humana (Bolander, 1998) e incluem dimensões, tais como: (a) busca pessoal pelo significado e propósito da vida; (b) ligação a uma dimensão transcendental da existência e (c) as experiências e sentimentos associados a essa busca e ligação (e.g. amor, esperança, paz interior). Para Ross (1995, cit. in Pestana et al., 2007), a espiritualidade pode ser conceptualizada em três áreas principais: (a) sentido e propósito; (b) vontade para viver; (c) crença e fé em si mesmo, nos outros e em Deus. O que se tem verificado por parte de muitos fiéis ao longo das últimas décadas das religiões mais tradicionais estará assim, aparentemente, ligada a uma abordagem mais pessoal e individual pela busca, satisfação e realização espiritual e, embora o termo *Deus* seja também aqui empregue, ele adquire um significado mais abrangente e multifactorial do que o Deus das religiões tradicionais (Fromm, 2003; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007).

Assim, é possível conceber que uma pessoa agnóstica, ou até mesmo ateuista, apesar de não ser religiosa, poder ser considerada como possuidora de uma grande espiritualidade (Anandarajah & Hight, 2001; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007). Deste modo, e visto como um constructo multidimensional, capaz de incorporar quer a

dimensão religiosa, quer a existencial, a espiritualidade tem sido associada a vários indicadores de bem-estar, tais como a auto-estima, a assertividade e o sentido para a vida (Cotton et al., 1999; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007). Vemos assim que, apesar de existirem algumas variações no que diz respeito à definição deste conceito, todas elas têm em comum o facto de salientarem a importância que a espiritualidade tem ao providenciar um contexto em que as pessoas possam dar sentido às suas vidas, terem fé, sentirem-se completas e em paz consigo mesmas e com os outros, mesmo perante as situações mais ameaçadoras (Miller & Thoresen, 2003), como as de doença.

A fé está muitas vezes vinculada à força espiritual e à busca de acreditar num sentido maior. Para Fowler (1992; cit. in Kóvacs, 2007), a fé tem relação com a vivência existencial, tendo por isto uma tonalidade mais subjectiva. Para o autor, a fé pode ser desenvolvida segundo vários estadios que se relacionam com os estadios de desenvolvimento do pensamento, da compreensão do mundo, da maturidade e da capacidade de reflectir sobre a própria existência, nomeadamente: a) Fé primitiva — envolvendo as primeiras relações de confiança da criança com o meio; b) Fé intuitiva — ligada à imaginação às histórias contadas, com a presença do simbolismo; c) Fé mística literal — que já envolve o pensamento lógico com as categorias de causalidade, tempo-espaco e a possibilidade de se colocar no lugar do outro; d) Fé sintética — convencional presente na fase da adolescência, na busca da identidade e por uma solidariedade dentro do grupo de pertença; e) Fé individualizadora e reflexiva na fase adulta, faz parte de um sistema social, apresentando um senso de responsabilidade e um estilo de vida; f) Fé conjuntiva — o tempo de existência permite múltiplas interpretações da realidade, incluindo o paradoxo, o símbolo, a história, o mito e a metáfora; g) Fé universalista — traz o sentido de ser um só com o poder da sua existência. É o mais alto estágio da fé. Daqui se entende que segundo o Fowler, a fé não se configura como algo pronto ou ensinado por alguém, mas sim como um processo de construção pessoal que deve ser tido em conta na abordagem das dúvidas em relação a questões espirituais.

Outro ponto importante é ter noção das possíveis atitudes básicas do ser humano que se relacionam com a expressão da religiosidade individual de forma a otimizar a abordagem terapêutica. Lopez (1999; cit. in Kóvacs, 2007) enumera-as em quatro possibilidades: 1) Negação literal, na qual se percebe uma dessacralização de todos os conteúdos religiosos, o racionalismo é absoluto. Pessoas nestas situações podem fechar-se às linguagens simbólicas. 2) Afirmação literal: as questões religiosas são tomadas de forma literal, situação muito presente nos fundamentalistas e ortodoxos. Nestes casos,

os psicoterapeutas têm poucas possibilidades de desenvolver o seu trabalho. 3) Interpretação redutiva: vê a religiosidade como fenómeno social, como ilusão e se busca perspectivas científicas. 4) Interpretação restauradora: busca a retomada de símbolos de significado e de fé - há uma busca de transcendência e de sentido. Corresponde ao estágio mais avançado da fé, como postula Fowler. As pessoas com esta atitude examinam as suas próprias crenças, permitindo que surjam novas perspectivas. Rituais e questões religiosas são vistos nas suas diversas dimensões, buscando-se a iluminação e profundidade dos símbolos (Kóvacs, 2007).

O estado de transcendência, ligado ao desenvolvimento da espiritualidade, busca compreender os movimentos para além da esfera pessoal e são muito importantes nas situações de crise da vida, como por exemplo ajudar a compreender porque houve o adoecimento, ou ajuda a compreender o significado para o sofrimento, para as perdas, separações ou aproximação da morte (Kóvacs, 2007). É neste sentido que alguns investigadores se têm batido pela introdução das questões de ordem espiritual na relação entre o prestador de cuidados de saúde e o paciente (Post, Puchalski, & Larson, 2000; Puchalski, 2003; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007), sublinhando-se o reconhecimento actual da espiritualidade como uma componente essencial de uma prática clínica holística com significativo impacto na saúde.

1.1.2. Bem - estar espiritual

O reconhecimento de que a componente espiritual faz parte da saúde impõe a necessidade de esclarecer os conceitos de *saúde espiritual* ou *bem-estar espiritual*, assim como de que forma o construímos e desenvolvemos.

O conceito de bem-estar espiritual surgiu na literatura relacionado com os factores que contribuem para o bem-estar e a qualidade de vida, sendo clara a importância atribuída à dimensão espiritual no contexto de saúde; Miller e Foster (2010) identificam o bem-estar espiritual como a componente provavelmente mais explorada das diferentes dimensões do bem-estar. O bem-estar espiritual encarna esta tendência para o cruzamento dos conceitos de espiritualidade e saúde, e esta ligação expressa-se por exemplo, em Ellison (1983; cit. in Gouveia, 2011) que sugeria que o bem-estar espiritual emergiria e seria a expressão de um estado subjacente de saúde espiritual tal como a pulsação é sinal de bom estado físico. Nesta perspectiva, o *bem-estar* reflecte uma percepção derivada do aumento de uma consciência de totalidade e integração das

várias dimensões da pessoa humana que inclui os elementos espirituais dessa mesma experiência (Coward & Reed, 1996).

Segundo Fehring, Miller e Shaw (1997; cit. in Gouveia, 2011), o bem-estar espiritual seria um indicador da dimensão espiritual da qualidade de vida do indivíduo ou simplesmente um indicador da sua saúde espiritual. Hawks (1994) definiu o conceito de “bem-estar espiritual” como um elevado nível de esperança, fé e empenho, num sistema de crenças ou visão do mundo bem definidos que proporcionam sentido e propósito para a existência e oferecem um percurso ético para uma realização pessoal que inclui a relação consigo próprio, os outros e uma entidade superior ou realidade mais ampla. Goodloe & Arreola (1992; cit. in Gouveia 2011) falam de bem-estar espiritual como um sentido e propósito de transcendência pessoal e social que envolve ações espirituais com os demais, um sentimento de unidade com a natureza e uma relação pessoal com Deus. Hood-Morris (1996) defende que a saúde espiritual tem em consideração uma dimensão existencial e transcendente, que envolve o indivíduo consigo mesmo, com os outros, o ambiente e com uma entidade superior. Young (1984; cit. in Gouveia, 2011) dá relevo à relação entre o corpo, mente e o espírito, num contexto de paz interior, assim com na relação com os outros e com a natureza.

Em 1996, Westgate resume as definições até então existentes de bem-estar espiritual e conclui que de uma forma geral é considerado como uma componente que é multidimensional, baseado nas dimensões:

1) *Sentido e propósito na vida*. Uma das dimensões do bem-estar espiritual inclui para a maioria dos autores um sentido de, ou procura por, sentido e propósito na vida.

2) *Crenças e experiências transcendentais*. A transcendência, ainda que de forma variável entre diferentes autores, é reconhecida como uma componentes do bem-estar espiritual. É apontada como a aceitação do mistério e de um elemento de fé (Banks 1980; Ingersoll, 1994); o reconhecimento de uma dimensão para além do natural e racional (Banks, 1980), e a consciência e apreciação pela vastidão do universo (Chandler et al., 1992). O conceito “transcendência” pode incluir uma consciência de, ou a crença numa força maior que o próprio, seja Deus, um ou vários seres, ou uma força cósmica (Banks, 1980, Fisher 1999; Ingersoll, 1994).

3) *Valores intrínsecos*. Refere-se a um sistema de valores basal ao comportamento individual. Enquanto Banks (1980) utiliza a expressão “princípios para viver de acordo com”, Hawks (1994), definiu-a como um sistema de crenças pessoais,

4) *Comunidade de suporte e partilha de valores*. O conceito “comunidade” integra o relacionamento com o próprio, os outros e com Deus (Ingersoll, 1994), altruísmo e vontade de ajudar o próximo (Banks, 1980), e amor inerente ao trabalho com fim a um bem comum (Chandler et al., 1992). Banks (1980) defende que uma perspectiva transcendente e de valores intrínsecos conduzem para uma partilha e vivência desses valores com os demais, inerente ao envolvimento na comunidade.

1.2. Bem - Estar e Modelos de Saúde

1.2.1. Modelos de saúde holística

As definições existentes de bem-estar dão relevo a uma visão holística do indivíduo, e considerando a existência de um consenso acerca do contributo das componentes física e mental para o bem-estar, onde se integra o conceito “corpo-mente-espírito”, é visível o reforço crescente que esta mesma perspectiva holística tem assumido no saúde, naquilo que se designou por movimento de saúde holística, nos EUA, nos anos setenta e oitenta do século XX (Fisher, 1999; Hawks, 1994; Hawks et al., 1995; Vella-Brodrick & Allen, 1995; cit. in Gouveia, 2011).

A definição clássica da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948; cit. in Gouveia, 2011) já definia a saúde, como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social, e não apenas a ausência de doença. Definições posteriores alargam este conceito a outras dimensões, como a espiritual (e.g., Eberst, 1984; Ellison, 1991; Perrin & McDermott, 1997; cit. in Gouveia, 2011). Em 1983, a OMS discutiu a integração do bem-estar espiritual na sua definição de saúde (Fleck & Skevington, 2007; O’Connell & Skevington, 2007; cit. in Gouveia, 2011). A perspectiva holística da saúde é reforçada pela crescente importância dada à relação entre espiritualidade e saúde, bem-estar e qualidade de vida (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Actualmente, o conceito de saúde holística integra pelo menos uma dimensão física, social, emocional, intelectual e espiritual (Fleck et al., 2003, cit. in Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007).

Hawks (1994), foi um dos primeiros autores a integrar a dimensão espiritual num modelo de saúde mais abrangente. Desta forma, sugeriu um modelo holístico de bem-estar, onde definiu cinco dimensões e as hierarquizou de forma paralela com a

pirâmide de necessidades que Maslow propôs em meados do século passado. Segundo Hawks, a saúde é multi-dimensional e holística e inclui componentes do bem-estar físico (baseado no correcto funcionamento dos sistemas corporais), social (baseada na capacidade do indivíduo em viver relações positivas consigo próprio e com os outros) e mental (baseada na capacidade de funcionar intelectualmente); todas elas cruciais no desenvolvimento da dimensão espiritual do bem-estar. Já a dimensão espiritual de saúde estaria relacionada com a capacidade de encontrar significado e sentido para a vida, e seria baseada na identificação do indivíduo com uma determinada perspectiva do Mundo, uma forma de estar que inclui um conjunto crenças, valores e comportamentos que deverá ter em consideração na construção do seu propósito de vida. Para o autor, esta componente iria corresponder à auto-estima da Teoria de Necessidades de Maslow (1970) uma vez que deriva de um *locus* de controlo interno e de uma sensação de harmonia consigo e com os seus valores. O bem-estar emocional seria a componente hierarquicamente superior do modelo de Hawks (consistente com o conceito de auto-realização de Maslow) e envolveria a capacidade de sentir e expressar as emoções, desenvolvendo resistência psicológica e possibilitando no seu conjunto, o atingir de uma sensação de preenchimento e de sentido para a vida.

Em 1984, Eberst (cit. in Gouveia, 2011) propõe o “Modelo cúbico da saúde”, um modelo holístico que propõe a integração das seis dimensões de saúde (física, emocional, mental, vocacional, social e espiritual) que se articulariam como as diferentes faces de um cubo, cada uma das quais dividida em sub-elementos. Entre estes sub-elementos da saúde espiritual incluem-se a inspiração ou força de vida, o entusiasmo, empenho e a procura de sentido, a aceitação das limitações pessoais como a morte, a capacidade de amar e ser amado ou sentimentos de altruísmo. Fazendo uma analogia com o cubo mágico, Fisher (1999) descreve que o modelo de Eberst pressupõe a interacção dinâmica não apenas das 6 facetas de saúde mas também entre os diferentes sub-elementos destas diferentes dimensões. Quando um destes elementos muda, essa alteração repercute-se directamente em quase todas as outras dimensões. A espiritualidade corresponderia aos eixos do cubo e forneceria o mecanismo que permite esta articulação e interacção entre as diferentes facetas e sub-elementos de cada dimensão de saúde.

Mais tarde, Chandler et al (1992, cit. in Gouveia, 2011) sugerem que a saúde espiritual deve ser considerada uma componente da saúde, em conjunto com uma

componente pessoal, que estaria presente ou permearia cada uma das dimensões da saúde e bem-estar (física, emocional, social, ocupacional e intelectual). De forma a potenciar o bem-estar, o indivíduo deveria investir no desenvolvimento da sua componente espiritual, em cada uma das dimensões de saúde; um bem-estar óptimo existiria quando cada uma das dessas dimensões tivesse um desenvolvimento equilibrado de ambos os componentes pessoais e espirituais. A componente espiritual funcionaria como um elemento integrador no *self* da mudança de comportamento relacionada com a saúde, contribuindo para a persistência desse novo comportamento. Nesta perspectiva, a saúde espiritual constituiria um percurso ao longo do qual o indivíduo poderia ir criando uma identidade nova, mais completa e integrada.

Desta forma, entende-se que os modelos propostos para a integração da espiritualidade na saúde apontam a saúde espiritual como uma dimensão diferenciada mas intimamente relacionada com todas as outras dimensões de saúde (Adams, Bezner, & Steinhardt, 1997; Hawks, 1994; Hawks et al., 1995; Seaward, 1991; cit. in Gouveia, 2011); esta dimensão permearia cada uma das outras dimensões interactivas de saúde, sendo vista como um eixo através do qual se articulam e ganham sentido as diferentes dimensões de saúde.

1.2.2. Modelo de bem-estar espiritual de Fisher

Em 1999, Fisher definiu saúde espiritual como um modo de estar dinâmico que se expressa pelo grau de harmonia e qualidade das relações que as pessoas estabelecem consigo próprias, com os demais, com o ambiente e com o Outro transcendente. Na sua definição, estão implícitos o domínio pessoal relacionado com a forma como a pessoa se relaciona consigo própria em termos do significado, propósito e valores de vida (o que pressupõem o desenvolvimento de auto-conhecimento e consciência sobre o próprio, relacionada com a identidade e auto-estima); o domínio comunitário associado à qualidade e profundidade das relações interpessoais, que tem em conta sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade; o domínio ambiental relacionado com a protecção e cuidado com o mundo físico e biológico, que inclui um sentido de respeito, admiração e unidade com a natureza; e domínio transcendente, associado às relações do indivíduo com algo para além do nível humano,

como uma força cósmica, uma realidade transcendente ou Deus, e que envolve sentimentos de fé, adoração e culto ou veneração, relativamente à fonte de mistério do Universo. Estas quatro dimensões, fundamentais ao bem-estar espiritual, poderão agregar-se, indicando um nível global do bem-estar espiritual do indivíduo.

O modelo de bem-estar espiritual de Fisher sugere dois aspectos inter-relacionados de *conhecimento* e *inspiração*, presentes em cada domínio relacional de bem-estar espiritual. O Conhecimento proporciona o quadro de referência racional, enquanto a dimensão de inspiração fornece a “essência” e a “motivação” para o desenvolvimento de bem-estar espiritual em cada domínio, fazendo alusão à noção de sagrado de cada domínio que a literatura aponta como sendo fundamental para um bem-estar espiritual completo. As formas de *manifestação* referem-se à forma como se expressa e ao modo como o próprio vivencia e percebe em si e nos outros um certo estado de bem-estar espiritual. O indicador do seu bem-estar espiritual num determinado domínio é estabelecido pela qualidade das relações que a pessoa estabelece nesse domínio.

O desenvolvimento de bem-estar espiritual expressa-se então pelo aprofundar das relações em cada domínio e pelo acrescentar de novas dimensões, resultando do efeito combinado do bem-estar em cada domínio adoptado pelo indivíduo (Fisher et al, 2000; cit. in Gouveia, 2011). Desta forma, o desenvolvimento do bem-estar espiritual resulta do processo dinâmico através do qual o indivíduo se confronta com os desafios da existência, luta para manter ou restabelecer a harmonia (quer interior, quer na relação com os outros), desenvolve o seu carácter e constrói e aprofunda estas quatro dimensões de relação, alargando e complexificando a sua saúde espiritual (Gouveia, 2011).

Neste modelo, o termo “bem-estar” associado aos diferentes domínios reflecte apenas a preocupação de coerência com a literatura, não significando necessariamente níveis positivos ou um maior bem-estar do indivíduo (Gomez & Fisher, 2003; cit. in Gouveia, 2011). De facto, reflecte antes uma percepção pessoal sobre o grau em que o indivíduo atribui importância ou se sente a desenvolver esse domínio de bem-estar espiritual. É portanto possível que alguns domínios estejam positivamente relacionados com medidas de bem-estar e outros assumam uma relação inversa (Gouveia, 2011). Estes domínios interagem entre si, permitindo um crescimento e complexificação recíprocas, onde o desenvolvimento da qualidade das relações num, se repercute e permite desenvolver os domínios seguintes que reciprocamente retroagem, ao que Fisher designou de *Sinergismo Progressivo*. Fisher apresenta exemplos conceptuais

deste processo, como os valores, propósito e sentido para a vida desenvolvidos através do autoconhecimento são pré-condições, e simultaneamente são aprofundados pelos valores morais, culturais ou espirituais construídos a partir do aprofundamento das relações interpessoais. Por outro lado, um sentimento de ligação à natureza e ao Universo é desenvolvido com base na autoconsciência e no aprofundamento das relações interpessoais e permite reforçá-las.

Segundo o mesmo autor, a fé ou a consciência de uma força cósmica superior, abrangeria os restantes domínios e seria simultaneamente reforçada por eles. Ainda que níveis superiores de saúde espiritual resultem do desenvolvimento de todos os quatro domínios de bem-estar espiritual, Fisher verificou que nem todo o indivíduo valoriza ou desenvolve todos os referidos domínios, sendo que muitos dão primazia a um deles, definindo bem-estar espiritual centrado nesse domínio relacional do modelo em detrimento dos restantes. Este facto permitiu-lhe isolar diferentes perfis de bem-estar espiritual, que descrevem as características específicas das pessoas que definem o seu bem-estar espiritual centrados maioritariamente em cada domínio (Fisher, 1999).

1.3. Espiritualidade e doença

1.3.1. Abordagem da espiritualidade na pessoa doente

Em estudos realizados nos Estados Unidos da América ao longo do século XXI (Larson & Koenig, 2000; Anaya, 2002; cit. in Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007), colocou-se a questão “em que sentido a abordagem da espiritualidade é relevante para o doente?”, tendo-se verificado que 95% das pessoas acreditam em Deus, 77% acreditam que os médicos devem considerar as suas crenças espirituais, 73% acreditam que devem partilhar as suas crenças religiosas com o profissional médico e 66% demonstram interesse de que o médico pergunte sobre sua espiritualidade. Breitbart (2003) aponta ainda que 80% dos pacientes na fase final de vida querem conversar com o seu médico sobre temas ligados à dimensão espiritual, sendo esta necessidade profundamente relacionada à dignidade no processo de morrer e à busca da existência plena, não se reduzindo à questão da sobrevivência. Alves (1984; cit. in Kóvacs, 2007) refere que há uma intensa busca religiosa quando ocorre um estado de anomia, em que as pessoas

sentem que perderam a sua identidade e os seus referenciais, tendo a busca religiosa relação com a situação existencial do homem, na qual as questões de vida e morte têm um lugar preponderante. Apesar de em Portugal não existir um estudo específico que faça referência a esta questão, segundo os dados do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012) dos 10 562 178 cidadãos portugueses recenseados, 8 989 849 (85,1%) responderam a uma questão acerca da sua orientação religiosa, sendo que destes 7 281 887 (81%) afirmaram ser católicos; 56 550 (0,63%) ortodoxos, 75 571 (0,84%) protestante; 20 640 (0,23%) muçulmano, 3 061 (0,034%) Judaica e 615 332 (6,8%) professaram não ter qualquer tipo de religião. Estes dados mostram, à semelhança do observado nos Estados Unidos da América, a importância que a população portuguesa atribui à religião e espiritualidade.

De sublinhar, no entanto, que nos mesmos estudos norte-americanos (Larson & Koenig, 2000; Anaya, 2002; cit. in Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007) somente 10% a 20% dos doentes relataram que os médicos discutiram a espiritualidade com elas. É referido ainda que até mesmo nas áreas mais religiosas dos Estados Unidos, menos do que um terço dos médicos pergunta sobre a religiosidade dos pacientes e menos de um entre dez médicos leva em conta a história espiritual de cada um. Muitos médicos dizem que se sentem desconfortáveis ao falar sobre assuntos religiosos ou que não têm tempo para lidar com essas questões. Outros não consideram os assuntos espirituais como parte de seus trabalhos, não entendem por que deveriam ser, não sabem como nem quando introduzi-los e não imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem (Marr *et al.*, 2007; cit. in Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007).

Considerando os dados demográficos sobre religião, mais de três quartos dos americanos acreditam na vida após a morte (Greeley & Hout, 1999; Klenow & Bolin, 1989-1990; cit. in Peres, Simão & Nasello, 2007). Apesar de tal crença ser difundida, pouca pesquisa sobre esse tópico tem aparecido na literatura psicológica e psiquiátrica, e a maioria das pesquisas existentes examinou os efeitos da crença na vida após a morte em relação ao medo da morte (Alvarado *et al.*, 1995; Templer, 1972; Templer & Dotson, 1970; cit. in Peres, Simão & Nasello, 2007). Na realidade, e não obstante não existirem estudos conclusivos sobre indícios da continuidade da vida após a morte e ainda que a pergunta permaneça não respondida pela ciência, a crença na vida após a morte de uma amostra nacional de 1.403 americanos esteve relacionada com menor severidade de seis conjuntos de sintomas (ansiedade, depressão, compulsão, paranóia,

fobia e somatização). O estudo mostrou que tal crença influencia também positivamente a qualidade de vida (Flannelly et al., 2006; cit. in Peres, Simão & Nosello, 2007).

Entende-se portanto que a vertente espiritual e religiosa é particularmente relevante e crescente quando a pessoa doente se encontra confrontada com a questão da morte (Chochinov, 2006). Segundo McClain, Rosenfeld e Breitbart (2003; cit. in Chochinov 2006), o bem-estar espiritual - existencial no sofrimento da pessoa com doença crónica apresenta vários benefícios como: 1) papel protector no desespero em final de vida; 2) leva a pessoa doente a estar menos deprimida (Nelson, Rosenfeld e Breitbart, 2002); 3) diminuiu a ansiedade face à morte e ideação suicida; 4) leva a uma redução do sofrimento dada a existência de crenças sobre a “vida pós-morte” (McClain-Jacobson, Rosenfeld & Kosinski, 2004).

Segundo Pinto e Ribeiro (2007) a participação religiosa e a espiritualidade parecem relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, menor ansiedade, depressão e suicídio, mesmo após o controlo de variáveis como comportamentos de saúde e apoio social. É assim perceptível que as pessoas doentes com um crescente sentido de bem-estar psico-espiritual estão mais aptos a lidar, de um modo mais eficaz, com o processo da doença, dado serem mais capazes de encontrar um significado na experiência vivida. Através da família e suporte social, um prognóstico consciente, autonomia, esperança e significado de vida são factores que contribuem para o bem estar psico-espiritual (Lin & Bauer-Wu, 2003; cit. in Mesquita, 2010).

O bem-estar espiritual é entendido então como uma dimensão do estado de saúde, conjuntamente com as dimensões corporais, psíquicas e sociais (Organização Mundial de Saúde, 2005). Por considerar as experiências místicas e meditativas como processos mensuráveis e quantificáveis, com base nas evidências acumuladas na literatura e na prática médica, a Organização Mundial da Saúde, por meio do grupo de qualidade de vida, incluiu em seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida o domínio Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais, com 100 itens (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003; cit. in Peres, Simão & Nasello, 2007). Esse instrumento colaborou com outros estudos que identificaram correlações importantes com o conhecimento dos profissionais da saúde.

Myers (2000) investigou a relação entre o estado de felicidade e a prática religiosa em 34 mil participantes e evidenciou uma correlação positiva entre essas variáveis. Mueller et al. (2001) revisou estudos publicados e metanálises que examinavam a associação entre envolvimento religioso/espiritualidade, saúde física, mental e qualidade de vida. A maioria dos estudos mostrou que envolvimento religioso e espiritualidade estão associados com melhores índices de saúde, incluindo maior longevidade, habilidades de manejo e qualidade de vida, assim como menor ansiedade, depressão e suicídio.

Uma metanálise de 49 estudos que envolveu o total de 13.512 sujeitos investigou a associação entre o manejo religioso e o ajuste psicológico (Ano & Vasconcelles, 2005; cit. in Peres, Simão & Nosello, 2007). O manejo religioso positivo teve uma relação positiva moderada ($r = 0,33$) com ajuste psicológico positivo e uma correlação inversa modesta ($r = - 0,12$) com ajuste psicológico negativo, enquanto o manejo religioso negativo mostrou correlação positiva ($r = 0,22$) com ajuste psicológico negativo. A maioria dos estudos que investigou a relação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde mental revelou que níveis mais elevados da participação religiosa estão associados com maior bem-estar e saúde mental (Moreira-Almeida et al., 2006).

Assim, iniciativas onde convergem a religiosidade e a espiritualidade com a psicoterapia têm avançado nos últimos 25 anos, tendo a psicoterapia religiosa um importante papel no reconhecimento da utilização das crenças religiosas dos clientes nos seus tratamentos para reduzir sintomas e dificuldades no âmbito da saúde mental (Berry, 2002; cit. in Peres, Simão & Nosello, 2007).

Okon (2005) salienta a importância de se tratarem os pacientes como pessoas e não como doenças, de serem observados como um todo (incluindo-se os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais), reforçando-se assim a relevância de uma perspectiva integral do sujeito, enquanto objecto de cuidados de saúde. Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem do paciente incompleta.

1.3.2. A Espiritualidade e Coping

1.3.2.1. Stress e Coping

O conceito de “stress” tem sido definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão resultante de uma situação. Lazarus e Folkman (1984) definem o stress psicológico como a relação entre a pessoa e o contexto ambiental que é percebido como indo além do que aquela pode suportar, excedendo os seus recursos pessoais e ameaçando o seu bem-estar. A mobilização dos recursos pessoais perante as exigências do meio é considerada normal/benéfica, no entanto, perante demandas exageradas, pode tornar-se fonte de distúrbios (Paiva, 1998; cit. in Panzini & Bandeira, 2007). A exposição frequente/intensa/crónica ao stress está associada a numerosos efeitos adversos na saúde física e mental, sendo que o mecanismo de acção inerente envolve os sistemas nervoso autónomo e endócrino, influenciando o sistema nervoso central e, então, o comportamento manifesto (McIntosh & Spilka, 1990; cit. in Panzini & Bandeira, 2007). É no entanto importante considerar que o factor stressante não é o único determinante do seu impacto sobre o indivíduo: o modo como a pessoa lida com o mesmo, processo conceituado como *coping*, também tem importância crucial no funcionamento humano (Lazarus & Folkman, 1984).

O modelo teórico de stress e coping denominado Modelo Interativo do Stress define coping como esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais (Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis, 1986; cit. in Faria & Seidl, 2005). De acordo com esse modelo, a seleção das respostas de coping perante situações stressantes sofre a mediação de avaliações cognitivas. Na avaliação primária, o indivíduo analisa se a situação é potencialmente desafiadora, prejudicial ou ameaçadora. Na secundária, o indivíduo examina os recursos disponíveis para enfrentar a situação stressante, procurando alternativas mediante as quais a ameaça ou o dano podem ser contornados ou que recompensas podem ser obtidas. As conclusões decorrentes dessas avaliações iniciais podem ser modificadas no transcorrer do processo.

Nesse mesmo modelo, classificam-se as respostas ou estratégias de coping de acordo com suas funções, destacando como modalidades principais o coping focalizado no problema e o coping focalizado na emoção. O enfrentamento focalizado no problema caracteriza-se pelo manejo ou modificação da situação causadora de stress, com o objectivo de controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Representa estratégias activas de aproximação em relação ao stressor, como, por exemplo, a solução de

problemas. Por sua vez, o enfrentamento focalizado na emoção tem como função primordial regular a resposta emocional causada pela situação-problema com a qual a pessoa se depara, podendo apresentar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de stress, como negação ou esquiva. Demais estudos mostram ainda a utilização de outras estratégias, como busca de suporte social, procura de práticas religiosas e distração, na tentativa de lidar com os problemas (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001; Vitalino, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985; cit. in Faria & Seidl, 2005).

Formas habituais de lidar com o stress desenvolvem-se em estilos de coping, podendo influenciar reacções em novas situações e a extensão de estratégias seleccionadas (Panzini & Bandeira, 2007). Estas são definidas em termos de tendência (não preferência) a usar uma estratégia em maior/menor grau diante de situações stressantes, sem implicar necessariamente a presença de traços subjacentes de personalidade predisponentes de determinada resposta (Carver & Scheier, 1994; cit. in Panzini & Bandeira, 2007); assim enquanto os estilos de coping se referem mais a resultados de coping ou características de personalidade e têm sido ligados a factores relacionados a características do indivíduo, as estratégias de coping referem-se a acções cognitivas/comportamentais e têm sido vinculadas a factores situacionais (Antoniazzi et al., 1998; cit. in Panzini & Bandeira, 2007). Por ser o coping um processo de interacção entre o indivíduo e o ambiente, a sua função é administrar (reduzir/minimizar/tolerar) a situação stressante, mais do que controlá-la ou dominá-la (Folkman & Lazarus, 1980; cit. in Antoniazzi, Dell'Áglio & Bandeira, 1998).

1.3.2.2. Coping religioso/ espiritual

1.3.2.2.1. Conceito

O conceito de coping religioso/espiritual está inserido nas áreas da psicologia cognitivo-comportamental, psicologia da religião, psicologia da saúde e nos estudos sobre religião e saúde, medicina e espiritualidade, tendo sido delineado a partir do estudo cognitivista do stress e do coping (Panzini & Bandeira, 2007).

Observa-se que muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem frequentemente a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (Pargament, 1990). Para Pargament, autor de referência no tema, quando as pessoas se apoiam na religião para

lidar com o stress, ocorre o coping religioso. Koenig et al. (1998; cit. in Faria & Seidl, 2005) definem este conceito como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações de vida stressantes.

Existem autores que definem este mesmo coping religioso utilizando não só o conceito “religião” como também o de “espiritualidade”. Nesse sentido, Tix e Frazier (1998) definiram coping religioso como as estratégias cognitivas ou comportamentais utilizadas para lidar com eventos stressores, advindas da religião ou da espiritualidade da pessoa; também Wong-McDonald e Gorsuch (2000) afirmaram que o coping religioso descreve o modo como os indivíduos utilizam a sua fé para lidar com o stress e os seus problemas de vida, considerando-se que a fé pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais.

Embora os dois conceitos sejam frequentemente usados como sinónimos, a utilização distinta dos termos religião e espiritualidade cresceu nos últimos anos com o desenvolvimento do campo de estudo, como previamente abordado nesta revisão bibliográfica. Desta forma é perceptível que, embora textos mais antigos, e ainda alguns atuais, se refiram somente a coping religioso, o conceito de coping espiritual se encontre igualmente abordado. Um exemplo disso mesmo é a RCOPE scale (Pargament et al., 2000), composta de itens de coping religioso e coping espiritual, que, embora tenha sido originalmente denominada apenas como escala de coping religioso, em publicação posterior Pargament (2003) utiliza o termo “religious/spiritual coping” tanto para denominar a escala quanto para referir-se ao constructo que ela mede.

Embora Roberto (2004; cit. in Panzini & Bandeira, 2007) ressalte que o termo espiritualidade se reserva ao lado mais elevado e sublime da vida, sendo potencial humano cultivado pelas pessoas independentemente de pertencerem ou não a dada religião, Hill e Pargament (2003), alertam para os perigos de separar demasiado os conceitos de religião e espiritualidade, constructos mais relacionados que independentes, gerando uma polarização ou bifurcação excessiva que pode levar à necessidade infundada de duplicação de medidas de avaliação.

Desta forma, voltando ao conceito de coping religioso/espiritual de Pargament (1999, cit. in Panzini & Bandeira, 2007), este é definido como o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o stress e as consequências negativas dos problemas de vida, por meio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas

para manejar o stress diário e/ou advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida.

Existem três meios pelos quais a religião pode ser parte integrante do coping: pode ser parte, contribuir ou ser resultado/produto do seu processo – os dois últimos exemplificando o seu papel bidireccional no coping (Pargament, 1997).

A religião oferece uma variedade de estratégias ou métodos de coping (Pargament, 1997) que, contrariando o estereótipo de que seriam meramente defensivos, passivos, focados na emoção ou em formas de negação (Pargament & Park, 1995; cit. in Panzini & Bandeira, 2007), se revelam capazes de abranger toda uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações, servindo a várias funções.

Os objetivos do coping religioso/espiritual baseiam-se na busca de significado, controlo, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação de vida (os cinco objetivos-chave da religião) (Pargament et al., 2000), e ainda na busca de bem-estar físico, psicológico e emocional (Tarakeshwar & Pargament, 2001; cit. in Panzini & Bandeira, 2007) e de crescimento e conhecimento espiritual (Panzini, 2004).

1.3.2.2.2. Estratégias de coping

Estudos demonstram que o coping religioso/ espiritual pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para a emoção, bem como à criação de sentimentos negativos relacionados com o stress, podendo desta forma apresentar também carácter não adaptativo (Clark et al., 1995; cit. in Panzini & Bandeira, 2007). Assim, em relação aos resultados, podem classificar-se as estratégias de coping religioso/ espiritual em positivas e negativas (Pargament 2001).

Define-se o o coping religioso/espiritual como positivo quando este abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, procurar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o efeito stressor como benéfico, entre outras. Considera-se o coping religioso/ espiritual como negativo quando este se baseia em estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar a existência, amor ou actos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou

frequentadores/membros da sua instituição religiosa ou estratégias que levam a redefinir o evento stressor como uma punição divina.

1.3.2.2.3. Estilos de coping

Pargament et al. (1988; cit. in Panzini & Bandeira, 2007) propuseram três estilos de coping religioso/espiritual baseados nas dimensões locus de controle e nível de actividade, subjacentes aos estilos de resolução de problemas. O estilo autodirecção (self-directing) considera o indivíduo activo e Deus mais passivo na resolução dos problemas. Não é uma posição anti-religiosa, baseia-se sim na premissa de que Deus dá às pessoas liberdade/recursos para dirigir a própria vida. No estilo delegação (deferring), o indivíduo passivamente espera que Deus solucione os seus problemas, atribuindo-lhe a responsabilidade. No estilo colaboração (collaborative), indivíduo e Deus são activos, existindo uma co-responsabilidade e parceria na resolução dos problemas.

Mais tarde, Pargament (1997) propôs a existência de outras abordagens religiosas quanto ao controle/responsabilidade na resolução dos problemas, identificando um quarto estilo de coping religioso/ espiritual: a súplica (pleading ou petitionary), no qual o indivíduo tenta ativamente influenciar a vontade de Deus mediante rogos/petições pela Sua divina intervenção. Um estilo adicional, renúncia (surrender), teoricamente baseado no conceito de auto-renúncia do Novo Testamento (Mateus 10:39, 26:39), foi proposto por Wong-McDonald e Gorsuch (2000). Nesse estilo, o indivíduo escolhe activamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus, relacionando-se ao estilo colaboração, pois o indivíduo e Deus são activos na resolução dos problemas, mas difere no aspecto sacrificial de submissão da vontade individual; difere também do estilo delegação no aspecto ativo da escolha e do estilo súplica pelo carácter de renúncia à vontade de Deus, em vez da tentativa de influenciá-la.

Usualmente, consideram-se os estilos autodireção, colaboração e renúncia como coping religioso/ espiritual positivo e delegação e súplica como coping religioso/ espiritual negativo (Pargament et al., 2000). Entretanto, Panzini (2004) propôs nova classificação positiva e negativa do estilo súplica, segundo análise factorial na qual alguns itens de súplica carregaram na dimensão positiva, outros na negativa. A diferença proposta reside no teor e forma do pedido: se a pessoa suplica pelo apoio de Deus tentando modificar a vontade divina segundo sua própria vontade, configurar-se-ia

em coping religioso/ espiritual negativo; se ora ou suplica pelo apoio de Deus, mas respeitando Sua vontade em detrimento da individual, configurar-se-ia em coping religioso/ espiritual positivo.

1.3.2.2.4. Coping espiritual, saúde e doença

Vários estudos têm verificado a utilização frequente do coping religioso principalmente em pessoas doentes. A prevalência de uso de coping religioso/ espiritual em amostras norte-americanas situou-se em 80% em pacientes com doença mental crónica (Tepper et al., 2001; cit. in Panzini & Bandeira, 2007); 73,4% em hospitalizados, 59,1% em pacientes de cuidado contínuo e 86% em hospitalizados e pacientes de cuidado contínuo (Harrison et al., 2001; cit. in Panzini & Bandeira, 2007) e em amostras do Reino Unido foi de 79% em pacientes hospitalizados e 61,2% em psicóticos internados (Panzini & Bandeira, 2007).

Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de coping religioso/ espiritual positivo do que negativo, para diferentes amostras em diferentes situações stressantes (Pargament et al., 1998), assim como um predomínio de coping focado no problema e em menor escala de coping focado na emoção e que as pessoas utilizam esta forma de coping especialmente em situações de crise (Carver et al., 1989; cit. in Panzini & Bandeira, 2007), principalmente em face de problemas relacionados com a saúde/doença, envelhecimento e morte (Siegel et al., 2001; cit. in Faria & Siedl, 2005). Verificou-se ainda que a utilização destas mesmas estratégias de coping leva a pontuações mais elevadas de afecto positivo, como alegria, exaltação, contentamento e felicidade, associando-se portanto ao crescimento psicológico e espiritual do indivíduo, à avaliação positiva da qualidade de vida e à redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais (Faria & Seidl, 2005).

De facto, um dos constructos religiosos/espirituais que tem demonstrado indícios de relação com saúde física e mental e um dos mais utilizados para pesquisar tal relação é efectivamente o coping religioso/espiritual (Fetzer Institute/National Institute of Aging (NIA) Working Group, 1999). Pesquisas apontam que estratégias de coping religioso/ espiritual não são apenas melhores predictoras dos resultados de experiências stressantes comparativamente a medidas religiosas globais, mas acrescentam variância única à predição desses resultados, inclusive de saúde e bem-estar, acima e além dos

efeitos de estratégias de coping não-religioso (Pargament, 1997). O coping religioso/ espiritual adiciona ainda um componente único à predição de ajustamento psicológico a eventos de vida stressantes que não podem ser explicados por outros preditores estabelecidos: reestruturação cognitiva, suporte social e controle percebido (Tix & Frazier, 1998). Assim, o coping religioso/ espiritual não pode ser “reduzido” a formas não-religiosas de coping.

2. Doença mental

2.1. Conceito e perspectivas

Os conceitos de perturbações mentais e comportamentais encontram-se definidos na Classificação Internacional das Doenças – CID -10, sendo ainda cada uma das perturbações consideradas no DSM – IV (Diagnostic and statistical Manual for Mental Disorders) como um padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo num indivíduo, e que está associado a um mal estar pessoal ou incapacidade de funcionar em uma ou mais áreas, evidenciando-se um aumento significativo do risco de morte, dor, debilitação ou perda importante de liberdade (American Psychiatric Association, 2002).

Segundo a OMS (2002), as perturbações mentais não são meras variações da escala do normal, traduzindo sim fenómenos patológicos entendidos como condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do pensamento e emoções ou por comportamentos associados à angústia pessoal ou deterioração do funcionamento. É assim perceptível que o conceito de doença mental se baseia numa alteração do modo de pensar e sentir ou, em que há uma desadequação ou deterioração do funcionamento social e psicológico, podendo surgir devido a factores biológicos, sociais ou psicológicos (OMS 2002).

Menechal (1999), refere que o conceito de “doença mental” é frequentemente utilizado pela sociedade para referir doenças do foro psiquiátrico, podendo estas ser psicóticas ou degenerativas e abrangerem um alargado conjunto de sintomas e graus de gravidade. Para o autor, é no entanto importante definir que as doenças mentais podem assumir uma forma aguda, crónica ou intermitente e desta forma manifestarem-se por

dificuldades a nível pessoal, social e educacional antes de outros sintomas se tornarem evidentes. Manechal refere ainda que perturbações do foro mais leve, como perturbações emocionais ou alterações do comportamento são mais frequentes em jovens (embora possam manifestar-se em qualquer idade), devendo ser as reacções psicopatológicas cuidadosamente distinguidas de reacções normais ao stress.

Na perspectiva de autores como Cobb e Mittler (2005), a doença mental é um conceito geral que visa abranger as diversas perturbações que afectam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual, podendo ser caracterizadas por reacções emocionais inapropriadas (em contextos de vários padrões e gravidade); distorções na compreensão e comunicação ou por um comportamento social inadequado. Segundo Teixeira (2000) a doença mental pode ser entendida como uma mudança que surge de forma súbita ou progressiva ao nível do pensamento, percepção, sentimentos, comportamentos e funcionamento da pessoa; os sintomas podem ser diversos levando a uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outros indivíduos, que poderão definir estados psicóticos (doenças maníaco-depressivas, esquizofrenia), perturbações de origem orgânica (perturbações degenerativas cerebrais, demências), perturbações psiconeuróticas (estados de ansiedade ou perturbações obsessivas) ou perturbações do comportamento e personalidade.

Teixeira (2000) salienta também na definição do que é patológico, algumas características relevantes associadas a experiências de sofrimento psicológico, comportamentos desadaptados, dificuldades afectivas marcadas nas relações com os outros, disrupções do funcionamento familiar e alterações de adaptação e no rendimento profissional, gerando conseqüentemente dificuldades de adaptação social. Segundo o mesmo autor, algumas das características inerentes à definição de doença mental baseiam-se em experiências de mal estar e sofrimento do indivíduo bem como dos que lhe são próximos, que remetem para perturbações da relação do indivíduo com o próprio (sofrimento intra-psíquico) e com os outros (sofrimento inter-pessoal), com conseqüências negativas no funcionamento social e profissional (e mesmo a nível da saúde física, podendo provocar diferentes graus de incapacidade, um maior envolvimento em comportamentos de risco e maior dificuldade no confronto com acontecimentos indutores de stress).

Ekdawi e Conning (1994), salientam que pode caracterizar-se a perturbação mental como grave ou persistente se através dela resultarem limitações prolongadas da capacidade funcional da pessoa, ao nível das actividades básicas da vida diária, tais como na esfera das relações interpessoais, da higiene pessoal e do lar e das actividades profissionais e de lazer. Segundo os mesmos autores, o funcionamento emocional e comportamental do indivíduo, na doença mental, pode encontrar-se de tal forma debilitado que interfere de forma drástica na capacidade deste se manter inserido na sociedade, de forma autónoma, sem qualquer tipo de apoio institucional, por um período de tempo prolongado ou definido. Teixeira (2000) deixa bem clara a dificuldade em definir o conceito de doença mental, por abranger um extenso leque de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência de capacidades anteriores à doença, manifestando-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existiam alterações ou perda de capacidades. Fazenda (2006; cit. in Rodrigues, 2013) afirma também que na doença mental aguda ou crónica, não existe uma insuficiência, mas uma alteração com diversos graus de gravidade, que pode ser tratada e em alguns casos até curada.

Segundo Goldman et al. (1981; cit. in Rodrigues, 2013), os doentes mentais crónicos sofrem de perturbações mentais ou cerebrais que lesam o desenvolvimento das suas capacidades funcionais nos aspectos primários da sua vida quotidiana, tais como o auto-cuidado, as relações interpessoais, as transações sociais, e a aprendizagem, conduzindo a dificuldades no desenvolvimento da própria auto-suficiência. A cronicidade é assim definida pelo diagnóstico, gravidade e duração da doença, sendo esta última o factor mais importante. Guterres (2001) caracteriza a doença mental crónica em três dimensões, baseada 1) no diagnóstico e gravidade de doença mental; 2) no funcionamento mental do indivíduo e na avaliação da sua incapacidade e 3) na duração da sintomatologia e número de hospitalizações, associado a incapacidades graves e prolongadas. Segundo o mesmo autor, esta população pode experimentar períodos de remissão e níveis normais de funcionamento psicológico que permitem ter uma vida normal e independente, caso sejam proporcionados suporte social, tratamento adequado e oportunidades. Neste sentido, e considerando um novo paradigma da doença mental, é importante considerar que estas pessoas devem passar por uma reabilitação

psiquiátrica onde possam estimular um desenvolvimento social e instrumental adequado ao seu nível de funcionamento nas situações reais.

Para Teixeira (2000), o campo da Psiquiatria é heterogêneo e varia consoante o modelo teórico, conduzindo a diversas interpretações dos sintomas das doenças mentais, tendo em consideração, nomeadamente os seguintes:

- a) Biológico – guiado pelo “Mito de Cérebro” baseado em alterações neurofisiológicas e neuropsicológicas, actualmente associado ao “Mito dos Genes”, com estreita relação com o genoma humano;
- b) Comportamental – sintomas desadaptados em consequência de aprendizagens e comportamentos mal conseguidos, levando a desajustes quando em confronto com determinada situação;
- c) Cognitivo – quando pensamentos irracionais ou distorcidos sobre a realidade podem provocar perturbações emocionais;
- d) Psicanalítico – Regido pelo “Mito do Inconsciente”, quando conflitos inconscientes relacionados com diversas etapas do desenvolvimento da personalidade na infância, não são adaptados à vida adulta, podendo desencadear sintomas de doença mental;
- e) Interactivo-Familiar – Baseado numa anomalia na comunicação de grupos, desencadeando na pessoa dificuldade em desenvolver uma resposta adequada às situações;
- f) Social – Tem por base a existência de condições sociais adversas que levam o indivíduo a ficar vulnerável e adoecer com mais dificuldade;
- g) Existencial – Focado na perturbação contextualizada da pessoa e na forma como esta gere a sua liberdade de escolha ou se compromete como autora do seu destino, sendo o momento em que se dá um afastamento da pessoa em relação a si própria aquele em que surge o aparecimento de sintomas.

Manechal (1999) afirma que a doença mental remete muitas vezes para a questão do normal e do patológico, o que segundo Teixeira (2000) leva a considerações sobre a complexidade do problema de saúde mental, a existência de diferentes concepções acerca do que é o homem e como este se pode perturbar, defendendo a existência de diferentes critérios para caracterizar a normalidade e distinguir o normal do patológico. Neste sentido, os autores referem que a normalidade pode ser entendida

sob múltiplas perspectivas, tendo em consideração critérios biomédicos (representados pela saúde e ausência de doença); psicanalíticos (baseado no equilíbrio harmonioso das forças psíquicas internas); estatístico (baseado no que é mais frequente); sociológico (assenta na adaptação às normas sociais); subjectivo (baseado na percepção de bem estar psicológico e ausência de consciência da perturbação) e psicológico; a normalidade poderá também ser relacionada com um conjunto de atributos psicológicos, como a percepção de equilíbrio e coerência interna, percepção adequada da realidade, o confronto activo com o stress, a resistência à frustração, as competências relacionais e de comunicação, a capacidade de auto-realização e autonomia, as competências sociais para realizações concretas e a promoção do seu próprio desenvolvimento existencial.

Segundo Goldman et al. (1981; cit. in Rodrigues, 2013) a doença mental abrange toda uma população com sintomas de desordens mentais, não tendo necessariamente que viver em hospitais psiquiátricos como era entendido há uns anos atrás, embora em casos de perturbação mental grave e persistente se verifiquem interferências nas capacidades funcionais do dia-a-dia, tais como o auto-cuidado, as relações interpessoais e profissionais, a educação e as actividades formativas.

Cobb e Mittler (2005) referem que o tratamento das doenças mentais agudas passa numa primeira fase pela equipa multidisciplinar de Psiquiatria e Enfermagem, tanto na comunidade, consulta externa ou em centros especializados; em casos graves a hospitalização em regime de internamento possibilita um tratamento psiquiátrico acompanhado, tendo as formas mais ligeiras de doença mental tratamento disponível em Clínicas de saúde mental ou no médico assistente particular. Em todo o caso é possível uma recuperação através de uma utilização adequada de medicação, associada a psicoterapia de carácter verbal ou não verbal, sendo o principal objectivo intervir de forma activa e sistemática na doença e ajudar o indivíduo a retomar a sua vida.

Os avanços e desenvolvimentos na área da psiquiatria salientam a necessidade de se melhorar a qualidade do ambiente em que os indivíduos vivem, uma vez que é vital que as pessoas com doença mental crónica possam ser inseridas na sociedade ao invés de ficarem retidas permanentemente em instituições psiquiátricas. O tratamento das perturbações psiquiátricas dá cada vez mais ênfase ao princípio da normalização, tal como acontece com o tratamento de pessoas com deficiência mental (Cobb & Mittler, 2005).

2.2. Tipos de Doença Mental

Oliveira (2006) defende a importância de se compreender a doença mental e valorizar o comportamento disfuncional do indivíduo que pode ser tão ou mais doloroso para o próprio do que para os outros que o rodeiam. Para o autor é ainda importante ressaltar que comportamentos disfuncionais sem motivo aparente e durante um longo período de tempo podem resultar de perturbações emocionais e não de falhas de carácter, sendo nestes casos frequentes a agressividade, a tristeza excessiva, preocupação exagerada, falta de confiança, egoísmo, avareza, abandono, dependência, fraco controlo emocional ou hipocondria. Ainda segundo Oliveira (2006), podemos considerar como tipos de doença mental mais relevantes:

a) Perturbações ansiosas

- 1) Perturbações de Pânico – surgem de forma repentina associada a um sentimento de terror sem causa aparente. Durante o ataque de pânico existe um aumento da frequência cardíaca com ciclos respiratórios rápidos e sudorese ou vertigens, criando no indivíduo um receio constante que a crise se repita;
- 2) Fobias – O indivíduo enfrenta episódios de terror quando confrontado com situações ou objectos específicos, afectando o seu dia-a-dia, obrigando-o a adaptar a sua actividade diária de forma a evitar essas mesmas situações ou objectos;
- 3) Perturbações Obsessivo-Compulsivas – caracterizadas por pensamentos repetitivos, persistentes, involuntários, de conteúdo estranho ao “eu – indivíduo” e propensão a comportamentos ritualizados que a pessoa não consegue controlar.

b) Depressão e Doença Maníaco-Depressiva

A depressão é uma doença mental que pode afectar o humor durante longos períodos de tempo. Os sintomas passam por perturbações do apetite e do sono, fadiga, perda de energia, sentimentos de inutilidade, culpa, incapacidade, falta de concentração, preocupação com a morte, desinteresse, apatia e tristeza. A depressão afecta pessoas de todas as faixas etárias e, se não tiver um tratamento adequado, pode conduzir ao suicídio. Por outro lado, na doença maníaco-depressiva ou doença bipolar caracterizada

por oscilações de humor, manifestam-se períodos de extrema exaltação e outros de depressão profunda. A fase maníaca manifesta-se por um comportamento hiperactivo, com euforia e irritabilidade, insónias, discurso e pensamento rápidos e, por vezes, ideias de grandeza.

c) Perturbações Alimentares

Entendem-se como anorexia nervosa e a bulimia e prendem-se com a imagem corporal e o controlo do impulso alimentar, existindo uma preocupação excessiva com a comida e o medo irracional de engordar. Se na anorexia o indivíduo não come devido a uma imagem corporal errada que lhe causa aversão aos alimentos, na bulimia existe um ciclo de consumo de grandes quantidades de comida que em seguida é expulsa através de vómitos provocados ou utilização repetida de laxantes.

d) Esquizofrenia

Inicia-se geralmente na juventude e prolonga-se para o resto da vida, sendo bastante provável que inclua diversas perturbações associadas que se apresentam como sintomas comportamentais idênticos. É considerada uma doença mental grave e crónica, que sem tratamento impossibilita a pessoa de se comportar normalmente tanto no seio familiar como social e profissional (Oliveira, 2006). Alguns sintomas incluem falar de forma incoerente, ausência de discurso, respostas emocionais desadequadas, humor neutro, ausência de respostas emocionais ou períodos longos de exaltação ou depressão, ideais de perseguição e grandeza ou outras de conteúdo fantástico. O tratamento mais eficaz abrange medicação adequada de forma a controlar os sintomas (Oliveira, 2006).

3. A Doença Oncológica

3.1. Perspectiva epidemiológica

As doenças oncológicas são uma preocupação da sociedade actual devido à elevada prevalência, morbidade e mortalidade associada, na população mundial. De facto, segundo a OMS (1995-2000), as doenças do foro oncológico têm sofrido um

aumento substancial na sua prevalência e incidência, representando actualmente a segunda causa de morte na maioria dos países Ocidentais, sendo apenas suplantada pelas doenças do foro Cardiovascular (American Cancer Society, 2014).

Anualmente registam-se mais de catorze milhões de novos casos de cancro em todo o Mundo, estimando-se que actualmente mais de trinta e dois milhões de pessoas vivam com cancro (OMS, 2012). A mortalidade por neoplasia já ultrapassou a barreira dos oito milhões de vítimas anuais (OMS, 2012), sendo que nos Estados Unidos da América, uma em cada quatro mortes se deve ao cancro, sendo expectável que 1,665,540 indivíduos venham a desenvolver uma neoplasia no ano de 2014, dos quais 585,720 venham a falecer da doença (American Cancer Society, 2014).

Em Portugal, estima-se que são diagnosticados anualmente entre 40 a 45 mil novos casos de cancro, com um ligeiro predomínio nos doentes do sexo masculino (Pestana, Estevens, Conboy, 2007). Esta incidência de 400 novos casos por 100 mil habitantes por ano é semelhante à registada nos demais países da U. E. e tem vindo lentamente a aumentar, o que pode ser explicado pelo progressivo aumento da esperança média de vida da população (Pain Associates International Network, 2004; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007).

À semelhança do registado à escala mundial, também em Portugal se verifica que os tumores malignos representam a segunda maior causa de morte, sendo responsáveis por mais de 20 000 mortes por ano, imediatamente precedidos pelas doenças do foro cardiovascular (Pestana, Estevens, Conboy, 2007). Os dados epidemiológicos sugerem que a mortalidade é mais elevada no homem do que na mulher, sendo os cancros mais mortais os do pulmão, cólon, recto e estômago. Se nos homens portugueses as neoplasias mais frequentes são as do cólon e recto, próstata, pulmão e estômago, na mulher o cancro da mama é aquele que apresenta maior incidência, seguindo-se o do cólon e recto, estômago e útero (Direcção-Geral da Saúde, 2013). Comparando estes resultados com os da U. E., observamos que a taxa de incidência do cancro do estômago em Portugal é mais elevada do que aquela registada em qualquer outro país membro da U. E.

Se avaliarmos a distribuição dos índices de mortalidade por cancro pelos distritos portugueses, podemos constatar diferenças regionais significativas, verificando-se que o risco de morrer de cancro é mais elevado em distritos como Beja,

Lisboa, Porto ou Setúbal e menos elevado em distritos como Castelo Branco, Aveiro, Bragança ou Portalegre (Pestana, Estevens & Conboy, 2007).

Apesar do constante confronto com a realidade dos números, pouco se publica sobre os custos económicos, sociais, familiares e até mesmo culturais que esta patologia acarreta para o nosso país. Este desconhecimento sobre as implicações reais que o cancro tem na morbilidade dos doentes vem dificultar muito o combate à doença, não só ao nível do tratamento mas também da prevenção, impedindo que sejam delineadas estratégias de intervenção mais eficazes (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Tendo em consideração os conhecimentos adquiridos, sabe-se existirem alguns factores ambientais que podem estar na origem do desenvolvimento do cancro, como é o caso do tabaco (American Cancer Society, 2014); estes conhecimentos têm permitido desencadear todo um movimento que tenta alertar a população para a importância da prevenção através da adopção de estilos de vida saudáveis (Trindade & Teixeira, 2000), porém sabemos que a relação entre o meio ambiente e o comportamento é também fortemente influenciada e modelada pela personalidade de cada indivíduo, o que por vezes dificulta a mudança de comportamentos (Silva, 2002; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007). O estudo da personalidade de cada indivíduo adquire, assim, no campo da Oncologia um papel cada vez mais fecundo e promissor, pois tal como constata Holland (2002), existe uma relação entre alguns factores de personalidade e o surgimento e desenvolvimento de doenças como o cancro. Estas descobertas vieram revolucionar por completo a forma como olhamos para a doença e a saúde, embora muitos ainda não tenham consciência deste facto.

Apesar dos avanços notáveis que se registaram nas últimas décadas sobre a compreensão dos mecanismos biomoleculares que estão na base do desenvolvimento das neoplasias, ainda muito se encontra por desvendar. A comunidade científica afirma que o aparecimento, manutenção e remissão do cancro podem ser influenciados por uma série de factores que ultrapassam condições de índole meramente biomédica, sendo importante encarar esta condição com um carácter multifactorial, através de abordagens multidisciplinares. É importante neste sentido compreender que se por um lado o desenvolvimento e melhoria dos tratamentos actualmente disponíveis no combate ao cancro permitiram um aumento considerável das taxas de sobrevivência, pouco se sabe sobre as consequências psicológicas e sociais que o cancro e esses mesmos tratamentos provocam na qualidade de vida dos doentes, já de si fortemente abalados pelos efeitos

psicossociofisiológicos da doença (Ribeiro, 2002; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007); de facto começa-se finalmente a compreender que não é possível tratar a doença isoladamente sem considerar o meio sociocultural que envolve o paciente, as suas emoções e cognições pessoais sobre a saúde e a doença (Goleman, 2003, cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007), existindo um esforço progressivamente maior por parte de alguns técnicos de saúde no sentido de fazerem com que o doente se sinta parte integrante do tratamento, contribuindo assim de forma activa para a sua cura.

Uma visão mais holística do Ser Humano sobre o que representa estar doente e a nova definição de saúde defendida pelo modelo Biopsicossocial vieram colocar novos desafios a todos aqueles que trabalham na área da Saúde (Haynal, Pasini, & Archinaro, 1998; cit. in Pestana, Estevens & Conboy, 2007), tornando-se a Psico-Oncologia um instrumento essencial no acompanhamento e tratamento do doente oncológico, sua família e prestadores de cuidados de saúde (Durá & Hernández, 2002). Embora represente uma área com cruciais contribuições para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida do doente oncológico e da sua família, verifica-se ainda uma fraca integração da Psico-Oncologia nas unidades de Oncologia, como parte integrante do tratamento médico, correndo-se o risco de privar os doentes oncológicos dos melhores cuidados médicos possíveis (Holland, 2002).

3.2. Saúde Mental e Psico-Oncologia

3.2.1. Implicações psicológicas da doença oncológica e importância da Psico-Oncologia

Nas sociedades ocidentais existe uma concepção socio-cultural do cancro muito negativa que se transmite de forma transgeracional. A palavra “cancro” tem muitas vezes uma conotação de doença incurável, associado à dor, sofrimento, desfiguração e morte inevitável, desencadeando uma forte reacção emocional ao nível do doente e da população em geral (Andolhe, Guido & Bianchi, 2009; cit. in Mesquita, 2010). De facto, a doença confronta a pessoa com a sua condição inultrapassável de fragilidade e finitude e a angústia existencial, sendo uma ferida difícil de sarar, agrava-se a cada intercorrência clínica e, de um modo mais incisivo e intenso, quando se está doente. Um estudo canadiano demonstrou a existência de sofrimento psicossocial significativo em 18% a 79% dos doentes oncológicos, dependendo da fase da doença, enquanto que na

população geral este era de 21% (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). No mesmo estudo, em doentes internados por outros motivos, a prevalência de sofrimento psicossocial era de cerca de 66% e nos doentes em regime de ambulatório, esta era de aproximadamente 30%. Valores semelhantes foram encontrados noutros estudos em que o aumento da prevalência de sofrimento psicológico esteve associado à fase terminal da doença.

Assim, à situação de doença associa-se uma experiência de sofrimento significativo, imperando a necessidade de o aliviar, de forma a promover uma melhor qualidade de vida à pessoa doente. Na realidade, não se revela uma tarefa fácil para os cuidadores avaliar e compreender o sofrimento da pessoa doente, pois tratando-se este de uma vivência pessoal única que abrange as várias dimensões da pessoa, torna-se complicado compreender a essência de algo tão marcado pela subjectividade. Consta-se no entanto a importância de um esforço contínuo, neste sentido, ao se verificar de forma frequente alguma insatisfação das pessoas com doença oncológica relativamente ao apoio das suas necessidades psicológicas (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009).

É neste ponto importante considerar que para se atingir esse objectivo será necessário compreender a pessoa num todo biopsicossocial e espiritual onde se conjuga de uma forma complexa as múltiplas dimensões física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpessoal e sócio-cultural, tal como salienta McIntyre (1994), McIntyre e Gameiro (1999) e Gameiro (2000); (cit. in Mesquita, 2010).

No plano existencial, o sofrimento resulta de qualquer redução ou interferência na participação nas diferentes dimensões da vida, sentidas pelo próprio como experiências de perda (McIntyre, 2004). Neste sentido, o sofrimento está associado ao grau de incapacidade da pessoa dar sentido à sua vida, construir a sua história, criar e dirigir os seus projectos futuros, sendo este, segundo McIntyre (2004), o preditor mais importante em relação à depressão. A doença faz assim surgir o medo da perda de autonomia e de auto-estima, da liberdade de decisão e do sentido de futuro (McIntyre, 2004), cultivando o sentimento de inutilidade, muitas vezes associado a quadros depressivos, perda de esperança e desejo de morrer (Breitbard, Rosenfeld & Pessin, 2002), embora alguns autores defendam uma relação mais estreita com a ideação suicida do que com a depressão (Chochinov, Wilson, Enns & Lander 1998; cit. in Chochinov, 2006); no entanto quadros depressivos representam uma dimensão do sofrimento existencial, podendo este revelar-se a nível do sofrimento físico (ex: insónia,

perda de apetite, cansaço, falta de energia e falta de força), psicológico (solidão, perda de alegria e tranquilidade) ou socio-relacional - medo da perda de emprego ou incapacidade de ajudar a família (McIntyre & Gameiro, 1999; Gameiro 2000, cit. in Mesquita, 2010).

O facto de alguém se encontrar em situação de doença desencadeia em si próprio processos emocionais que levam a uma problemática psíquica e social, no caso de doença oncológica, cruciais na abordagem da pessoa doente. São inúmeros os sentimentos e factos inerentes a estas três problemáticas, nomeadamente (1) a ansiedade, depressão, raiva, revolta, insegurança, sentimentos de perda, desespero, esperança e alterações de humor; (2) isolamento, estigma, inversão de papeis, perda de controle e de autonomia e (3) evolução da doença, mutilações, tratamentos, dor e efeitos colaterais (Mesquita, 2010). Como já referido, a depressão é algo a ter em consideração no doente oncológico, já que surge de forma frequente associada à doença crónica, nomeadamente ao cancro, como reacção às exigências da doença e seu tratamento. Sofrer de depressão conduz à perda de interesses, sentimentos esmagadores de inutilidade, de desamparo, de culpa excessiva, perda da dignidade, de sobrecarga para os outros, diminuição do desejo de viver e um crescente desejo de morrer desencadeando assim situações de um sofrimento extremo, que leva à deterioração da qualidade de vida do doente (Chochinov, 2006). O estudo realizado por Teles, Ribeiro e Cardoso (2003, cit. in Mesquita, 2010) suporta este facto, revelando que 86% dos doentes com cancro colo-rectal tinham depressão grave, verificando-se uma percentagem de apenas 16% em doentes não oncológicos. Do mesmo modo, no trabalho desenvolvido por Fernandes & McIntyre (2002, cit. in Mesquita, 2010) observou-se que 65% das mulheres com cancro de mama sofriam de depressão. Portanto, se por um lado se torna óbvia a necessidade de aliviar a sintomatologia física com a designada “intervenção médica tradicional”, por outro é cada vez mais real a necessidade de suporte emocional e de satisfazer as respostas do doente oncológico face às interrogações de vária ordem inerentes à vivência da doença, como os seus medos sobre a evolução da doença, tratamentos e morte (Chochinov, 2006). Destaca-se ainda a importância da ansiedade nestes doentes, que aumenta de forma frequente com a crescente degradação do seu estado físico e a aproximação da morte, com uma prevalência de 15% - 28% (Mesquita, 2010). Caso existam situações de ansiedade prévia, podem surgir situações de ansiedade generalizada, perturbações de pânico, ou mesmo, fobias que necessitam de intervenção (Chochinov, 2006). De acordo com o

mesmo autor, toda a pessoa em confronto com o fim de vida vivencia a tristeza, verificando-se que 25% têm sintomas depressivos major, os quais se podem agravar com a crescente incapacidade e dor, revelando-se de forma frequente como sintomas físicos inespecíficos.

A vulnerabilidade psicossocial à doença oncológica e capacidade de enfrentar a doença depende além das circunstâncias em que ela ocorre, da percepção individual do impacto da doença no próprio e no seu plano de vida, da estrutura psicológica da pessoa doente, nomeadamente os traços de personalidade (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskis & Harman, 2007; Ando, Iwamitsu, Kuranami, Okazaki, Wada, Yamamoto, Todoroki, Watanabe & Miyaoka, 2009; cit. in Mesquita, 2010), da disponibilidade de apoio emocional e social (Drageset & Lindstrom, 2005, cit. in Mesquita, 2010) e da percepção do indivíduo acerca da sua capacidade em atingir objectivos futuros e manter a viabilidade de acções interpessoais.

A pessoa com doença oncológica necessita de se sentir compreendida, aceite e não de se sentir uma sobrecarga para os seus familiares e amigos, devendo-se valorizar de forma especial a participação nas decisões sobre a sua saúde e autonomia à medida que vai perdendo, de certa forma, a sua independência. Alguns autores como Chochinov (2006) sublinham a importância da pessoa com doença oncológica e terminal se sentir ouvida, por quem a rodeia, sejam familiares, amigos ou técnicos de saúde.

Todos estes aspectos, em maior ou menor grau, evidenciam de forma clara a importância da Psico-Oncologia como um instrumento de trabalho na abordagem individualizada das pessoas com doença oncológica, na optimização do seu estado psicológico, gestão das suas emoções e promoção do ajustamento à doença.

Prevenir e aliviar o sofrimento é um acto clínico e ético, reforçando assim a necessidade de desenvolver aptidões para a sua compreensão no doente oncológico, de forma a poder existir uma intervenção contínua, eficaz, humanizada e individualizada e adaptada às necessidades físicas e emocionais de cada doente que de forma frequente se alteram ao longo da trajetória da doença, promovendo uma melhor compreensão da patologia e sua superação, a fim de se obter uma melhor qualidade de vida do doente.

O sofrimento inerente à doença oncológica é, em grande parte, adequado à situação e envolve mecanismos de adaptação (Kübler-Ross, 1969; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Deste processo pode depender um maior ou menor risco de desenvolver uma perturbação psiquiátrica, que venha tornar necessária uma intervenção terapêutica adequada.

3.2.2. Sofrimento na Doença Oncológica

3.2.2.1. A incerteza sobre o futuro

A pessoa com doença oncológica confronta-se com a incerteza acerca do curso da doença e a possibilidade de morte prematura. A ideia da sua própria morte torna-se mais tangível e quaisquer sintomas físicos podem ser interpretados como um possível agravamento clínico, com repercussões sobre os níveis de ansiedade (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Estes receios podem ainda ser desencadeados por qualquer descrição, nomeadamente através dos media, de situações análogas ou em consultas médicas de seguimento; perante uma remissão alguns doentes conseguem lidar melhor com o receio de recorrência de doença, enquanto outros vivem atormentados pelo medo. Numa fase mais avançada da doença, o fim da vida torna-se para muitas pessoas com doença oncológica, dolorosamente real, assim como as suas consequências, nomeadamente a perda de continuidade com o futuro e das relações com os que ficam. A tomada de consciência do afastamento que irá ocorrer em breve pode ser antecipado e, mesmo na presença de outros, a pessoa pode sentir-se sozinha e isolada.

3.2.2.2. Procura de significado

Quando a pessoa com doença oncológica é confrontada com alguma adversidade, enfrentá-la-á melhor se conseguir encontrar uma explicação aceitável para a mesma; contudo para a maioria das doenças oncológicas, existem poucos factores de risco claramente identificados (para além do tabagismo, por exemplo), deixando um vazio onde as pessoas projectam as suas fantasias (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009).

3.2.2.3. Perda de Controlo

A adaptação à situação de doença é mais fácil quando existe a possibilidade de fazer algo que tenha algum impacto benéfico na sua evolução, como por exemplo, cumprimento de determinada dieta alimentar ou realização de exercício físico na doença coronária. Na doença oncológica os indivíduos não dispõem deste tipo de estratégias, mas ainda assim, alguns procuram aderir a métodos psicológicos, como o relaxamento ou grupos de auto-ajuda. As pessoas que investem na doença de uma forma construtiva

com vista a melhorar a sua evolução, adaptam-se melhor do que os que acham que não há nada a fazer; estes têm um maior risco de desenvolver perturbação depressiva (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Na fase terminal as pessoas doentes debatem-se com perdas reais que são consequência da doença, mas também com algumas perdas antecipadas relacionadas com a morte iminente. A sensação de perda de controlo pode aumentar, devido ao agravamento da doença e à presença de sintomas que não são remissíveis apesar do tratamento, levando a uma possível redução da capacidade funcional e do status social, uma diminuição da auto-estima, sentimentos de auto-desvalorização e ainda alterações da imagem corporal (Wise e Rundell, 2002; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009).

3.2.2.4. Necessidade de Diálogo

Um dos temas mais importantes para as pessoas com doença oncológica é o da comunicação, com os elementos do seu meio social e familiar, acerca da doença e dos tratamentos. O sentimento de serem estigmatizados pela doença, ou o receio de provocar sofrimento nos outros, leva-os a falarem menos abertamente acerca da sua patologia. Esse “secretismo” pode dificultar a adaptação psicológica à doença e aumentar o isolamento. Pelo contrário, a possibilidade de diálogo permite à pessoa doente receber o apoio emocional necessário (Faulkner e Maguire, 1996; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Muitas pessoas com doença oncológica escolhem um número restrito de pessoas com quem falam abertamente acerca das suas dificuldades, mostrando-se reservados, não partilhando o seu sofrimento com terceiros. Os sentimentos de exclusão podem ser intensificados se a pessoa com doença oncológica se apercebe que os outros se afastam. Alguns familiares e amigos têm dificuldade em manter com a pessoa doente um nível de contacto equivalente ao que antecedia o período de doença, porque se sentem desconfortáveis em relação aos assuntos a abordar e receiam a sua reacção aos seus comentários ou receberem más notícias. Em regra, a pessoa com doença oncológica que não consegue ultrapassar alguma destas barreiras psicológicas tem maior probabilidade de desenvolver um estado de ansiedade ou depressão, ou uma combinação dos dois, no primeiro ano de diagnóstico, para além de outros distúrbios possíveis resultantes do próprio tratamento da doença oncológica (Faulkner & Maguire, 1996; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009).

3.2.2.5. O Sexto Sinal Vital

O sofrimento psicológico associado à doença oncológica pode tomar várias formas: desde o medo, preocupação e tristeza até problemas incapacitantes como a depressão, pânico, ansiedade ou isolamento. Este é um elemento da saúde do doente oncológico de tal forma relevante que, em Junho de 2004, a *Canadian Strategy for Cancer Control* apoiou a proposta de incluir o sofrimento emocional (*emotional distress*) como o sexto sinal vital a ser avaliado por rotina, juntamente com a frequência cardíaca, pressão arterial, respiração, temperatura e dor (Bultz & Holland, 2006; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009), sendo demonstrativo do sofrimento muitas vezes associado à doença; no entanto, verifica-se que na prática clínica, em geral, poucos esforços têm sido realizados no sentido de alterar e valorizar esta dimensão dos cuidados à pessoa com doença oncológica. O facto dos recursos económicos serem limitados não justifica esta falta de investimento, uma vez que o sofrimento psicológico tem associados custos elevados, nomeadamente, maior recurso a consultas médicas e serviços de urgência e tratamentos dispendiosos de quarta e quinta linha, entre outros, numa tentativa de aliviar a ansiedade das pessoas doentes; de facto, alguns estudos realizados (Bultz, 2005; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) vieram apoiar a redução de custos decorrentes do desenvolvimento de intervenções psicossociais.

A população com doença oncológica está em rápida expansão prevendo-se que nos países ditos desenvolvidos esta venha a duplicar nos próximos quinze anos. Este facto, associado aos elevados níveis de sofrimento emocional decorrentes, tem vindo a aumentar a sensibilização dos profissionais de saúde para que este seja avaliado, por rotina, em todas as pessoas com doença oncológica, tal como os restantes sinais vitais.

3.2.3 Adaptação mental à doença oncológica

Segundo Greer, Moorey e Watson (1989), a adaptação mental ao cancro pode ser definida como a resposta cognitiva e comportamental dada pelo indivíduo perante o diagnóstico de cancro, isto é, como as pessoas doentes percebem as implicações do cancro e as reacções que se seguem, nomeadamente o que o indivíduo pensa e faz para reduzir a ameaça transmitida pela doença. Nordin e Glimelius (1998, cit. in Sá, 2001)

salienta a importância da resposta emocional para além da comportamental e cognitiva que a pessoa demonstra perante o diagnóstico e tratamento.

Lazarus e Folkman (1984) defendem que o *adjustment* a uma situação stressante é influenciada pelas características da situação juntamente com atributos do indivíduo, nomeadamente a avaliação cognitiva pessoal da situação e as estratégias de *coping* que usa para lidar com a mesma.

Greer, Morris & Pettingale (1979; cit. in Sá, 2001) publicaram um trabalho onde relacionavam a resposta psicológica três meses depois da cirurgia de cancro da mama em 57 mulheres e a sua situação clínica aos 5 anos. As mulheres foram inquiridas sobre como sentiam a natureza e gravidade da doença, e como a sua vida foi por ela afectada; as respostas foram depois categorizadas de acordo com o que foi verbalizado, identificando-se deste modo quatro tipos de estilos de coping: 1) Negação, 2) Espírito de luta, 3) Aceitação estóica e 4) Sentimento de desespero.

A definição de adaptação/ajustamento mental ao cancro difere pelo menos num aspecto da definição de coping de Lazarus e Folkman (1984). O coping é o esforço intencional cognitivo e de comportamento em constante mudança, para manejar uma exigência externa ou interna, que é avaliada como excedendo os recursos do indivíduo, como defende Lazarus (1993; cit. in Sá, 2001); o ajustamento mental pode também incluir reacções emocionais involuntárias a eventos ameaçadores, isto é, a apreciação cognitiva de uma situação que se impõe não é distinta da reacção resultante, como refere McCaul, Sandgren, O'Donnell e Foreman (1999) e Nordin, Berglund, Terje e Glimelius (1999); cit. in Sá, 2001.

Greer e os seus colaboradores adaptaram a entrevista estruturada acima mencionada num questionário de auto-preenchimento chamado *Mental Adjustment of Cancer – MAC* – (Greer & Watson, 1987; cit. in Sá, 2001), tendo sido aplicado a 235 doentes em ambulatório com 25 tipos diferentes de cancro, com a condição de estarem informados do diagnóstico, em dois hospitais distintos em Londres. Watson et al. (1988) compilou o processo de avaliação da situação e as respostas de *coping* num único constructo chamado “*Mental Adjustment*” que pode ser usado para abordar o perfil das respostas de *coping* dos doentes com cancro, medindo as respostas cognitivas e comportamentais ao diagnóstico, tendo em conta não todas as respostas mas amplas categorias de estilo de *coping* previamente identificadas nos estudos de Greer et al.

(1979), Pettingale, Morris, Greer e Haybittle (1985), Watson, Pettingale e Greer (1984) e Greer et al. (1989, cit. in Sá, 2001). A escala tem em conta a complexidade das reacções dos doentes, permitindo a atribuição de um valor em cada resposta, bem como a identificação da resposta predominante da pessoa doente, distribuída por cinco categorias:

- a) Espírito de Luta – descrito como uma atitude optimista com resposta de coping de confronto, em que a doença pode ser encarada com um desafio e crença de algum controlo sobre o percurso da doença;
- b) Desespero – em que o pessimismo do doente é a nota dominante, encarando a doença como uma perda e aguardando um prognóstico inevitavelmente negativo, sem quaisquer possibilidades de controlo sobre a doença, baseando-se numa ausência de estratégias de combate activo da doença;
- c) Preocupação ansiosa – marcada por ansiedade persistente, por vezes acompanhada de depressão. O indivíduo nestes casos procura informação de forma compulsiva como resposta comportamental ao cancro, mas tende a interpretá-la de uma forma pessimista. Sendo o diagnóstico a maior ameaça, o prognóstico é incerto, bem como a capacidade de controlar a doença;
- d) Fatalismo – a pessoa doente vê o diagnóstico como uma ameaça menor com atitudes de confronto ausentes e serenidade sobre os resultados, verificando-se aceitação passiva;
- e) Evitamento – entendido como a recusa do diagnóstico, da palavra cancro, ou admissão do diagnóstico mas negando a gravidade, com visão positiva do prognóstico em que a questão do controlo é irrelevante.

A forte associação encontrada entre controlo emocional e uma atitude de Fatalismo perante a doença, e menor entre controlo da cólera, ansiedade e desamparo, levou Watson, Greer, Rowden, Robertson, Bliss e Tunmore (1991; cit. in Sá, 2001) a defender uma ligação entre controlo emocional, sob a forma de supressão da resposta emocional, particularmente emoções negativas, como uma componente importante do padrão de comportamento tipo C, Fatalismo e desespero e morbidade psicológica, determinando ainda que uma atitude de Espírito de Luta está associada com uma diminuição da ansiedade e depressão. Outros investigadores encontraram associação entre Espírito de Luta e bem estar emocional, em oposição a atitudes de Desespero e preocupação Ansiosa (Watson et al., 1991; Ferrero, Barreto & Toledo, 1994; Lampic et

al., 1994; Nordin & Glimelius, 1998; cit. in Sá, 2001). Nordin e Glimelius (1998) verificaram também que uma atitude de maior confrontação com o diagnóstico está associada a maior bem estar emocional, enquanto o evitamento dos aspectos que lembram a doença ou pensamentos intrusos estão associados a mais *distress*. Watson et al. (1999) num estudo em pessoas doentes com cancro da mama em estágio inicial, verificaram a existência de um risco aumentado de recaída ou morte nas mulheres com elevada pontuação na dimensão Desespero em comparação com as de baixa pontuação nesta categoria, contudo não encontraram resultados significativos na categoria de espírito de Luta.

Confirmando-se a facilidade de aplicação da escala, os oncologistas poderão identificar características de coping que estão associadas com vulnerabilidade psicológica e distúrbios psiquiátricos particularmente depressivos influenciando a história natural da doença e o tratamento, como sugerido por Ayres et al. (1994), Lampic et al. (1994), Nordin e Glimelius (1998) e Watson et al. (1991, cit. in Sá, 2001).

3.2.4. Fases de Adaptação à Doença

Kübler-Ross (1969; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) estudou de uma forma sistemática a adaptação psicológica de pessoas a quem é diagnosticada uma doença oncológica com prognóstico reservado. Entrevistando pessoas com doença oncológica apercebeu-se da existência de várias fases de adaptação possíveis que podem não suceder-se necessariamente pela mesma ordem. Chegou ainda à conclusão que nem todos os indivíduos vivenciam todas as fases identificadas, embora experimentem, em geral pelo menos duas delas. Ainda que descritas originalmente a partir da observação de pessoas com doença oncológica em fase terminal, estas tarefas de adaptação podem ser vivenciadas noutras situações de perda, sentidas como significativas, e sobre as quais o indivíduo não tem a capacidade ou possibilidade de induzir modificação (ou esta ocorreria à custa de um maior sofrimento). O conhecimento destas fases de adaptação é imprescindível para os técnicos de saúde compreenderem as reacções das pessoas doentes perante a angústia da doença e da morte e terem uma resposta terapêutica, podendo prestar-lhes uma ajuda adequada (Berkowitz, 2001).

a) Fase de Negação ou Denegação

Quando confrontado com a notícia de que tem uma doença potencialmente mortal, a pessoa doente recusa-se a aceitar a totalidade ou grande parte do que lhe é comunicado. Kübler-Ross (1969; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) constatou que muitos indivíduos entravam num estado de choque inicial e verbalizavam não acreditar no que lhes era comunicado. Na maioria dos casos, esta é uma fase transitória que tem como função permitir uma progressiva aceitação da realidade. É frequente existir uma negação parcial, isto é, os indivíduos recusarem a existência da doença e/ou a sua gravidade e, apesar de tudo, permanecerem internados nas instituições de saúde, continuando a efectuar os tratamentos médicos (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, Reis, 2009). A negação poderá, igualmente, ocorrer noutras situações quando a pessoa doente já se encontra num estado emocional diferente e em fases mais tardias da doença. Nalguns casos, as pessoas com doença oncológica podem manter-se em negação até ao momento da morte, ou procurar diferentes médicos na expectativa de um outro diagnóstico ou prognóstico clínico.

b) Fase de Revolta

A pessoa com doença oncológica reconhece a existência de uma doença grave e mortal mas não a aceita, reagindo tipicamente com sentimentos de raiva e exprimindo revolta. Esta fase é bastante complicada, tanto para a família como para os profissionais de saúde que a acompanham (Akechi, 2006). O indivíduo pode exprimir críticas ao seu médico por não ter realizado um diagnóstico mais precoce, aos enfermeiros por não aceder de forma mais rápida aos seus pedidos, e a Deus, por lhe ter imposto de uma certa forma, aquilo que a pessoa doente considera ser uma “sentença de morte” (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, Reis, 2009), e como consequência destes comportamentos, as pessoas que o rodeiam começam a afastar-se. É importante que esta revolta seja exteriorizada e aceite, uma vez que se trata de uma reacção frequente e praticamente inevitável (Houston, 1999; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Kübler-Ross (1969; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) recomendou uma atitude de tolerância perante estas manifestações de revolta, já que a sua expressão poderá resultar em alívio e dará lugar posteriormente a uma aceitação mais tranquila.

c) Fase de Negociação

Segundo Kübler-Ross (1969) esta fase é a menos conhecida das várias fases de adaptação, mas uma das mais importantes para a pessoa doente durante um curto período de tempo. O indivíduo já admite a existência da doença e tenta “negociar” a sua cura. Trata-se de uma tentativa de ter algum controlo sobre as más notícias, pactuando com Deus e com os médicos. “Se me curasse, dedicaria toda a minha vida a ajudar os outros”, “Doutor, ajude-me a viver mais alguns anos, até que os meus filhos não precisem tanto de mim”. É frequente que a pessoa doente siga escrupulosamente o seu tratamento, que comece uma dieta mais saudável, que prometa ser mais compreensivo e tolerante com os outros e dedicar mais tempo às práticas religiosas, como “moeda de troca” pelo prolongamento da sua vida (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, Reis, 2009).

d) Fase de Depressão

Quando os mecanismos anteriores fracassam, a pessoa doente pode cair num quadro depressivo grave, apresentando desânimo generalizado, inquietação, alterações do sono e perda de apetite, entre outros sintomas (Citero, 2003). Kübler-Ross (1969; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) descreveu dois tipos de depressão que merecem diferentes abordagens por parte dos profissionais de saúde e da própria família: a depressão reactiva e a depressão preparatória. A depressão *reactiva* aparece devido aos sentimentos de impotência, muitas vezes relacionados com problemas ou necessidades do doente, que precisam de ser equacionados e resolvidos, quando o estado de saúde se deteriora. Na depressão *preparatória*, a pessoa doente está a preparar-se para a morte e para a separação daqueles e daquilo a que está mais ligado na vida. Nesta etapa, o silêncio e a presença de familiares são fundamentais. De início, a depressão é reactiva e a pessoa doente exterioriza a sua tristeza; poderá seguir-se um período de silêncio, durante o qual a pessoa doente se prepara para morrer, tornando-se mais calmo e evitando as visitas. A comunicação é, sobretudo, não-verbal, a pessoa doente deseja apenas a presença física dos familiares e amigos mais próximos.

e) Fase de Aceitação

Nesta fase, o indivíduo compreende que a doença e sua evolução são inevitáveis, mas pode reagir fechando-se em si mesmo e evitando os familiares; esta atitude pode ser difícil de aceitar pelos familiares, que não compreendem o processo e se sentem frequentemente ofendidos ou irritados com os comportamentos da pessoa doente. Kübler-Ross (1969; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) constatou

que as pessoas doentes em fase terminal, que receberam apoio apresentavam um percurso mais fácil até à aceitação. Verificou também que as pessoas doentes mais idosas, que tinham uma vida construída (filhos adultos e uma situação profissional já percorrida), necessitavam de menos ajuda para alcançar a fase de aceitação mais rapidamente. Alguns indivíduos aceitam, desde o início, a ideia de que são portadores de uma doença que os pode levar à morte. Decidem, no entanto, viver como se estivessem bem e passam a comportar-se como se os seus projectos para o futuro não fossem afectados pela doença. Estas pessoas não mudam o seu estilo de vida e podem esconder a sua doença do resto das pessoas, mesmo das mais próximas. O nível de adaptação à doença no momento da morte varia de pessoa para pessoa: uns continuam a negar a evidência, outros afundam-se na depressão e só alguns atingem a fase de aceitação. Estes últimos são descritos como sendo os que podem manter conversas profundas, que conseguem aceitar os aspectos positivos e negativos da vida, demonstrando maior maturidade e uma vida interior e interpessoal mais fecunda. Outros autores (Stedeford, 1994; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) descreveram os seguintes movimentos de adaptação à doença: a) choque e embotamento, b) ansiedade e denegação, c) interrogações, d) zanga e culpabilidade, e) luto e, finalmente, f) resignação ou aceitação. Embora pretendam ser um contraponto às fases de Kübler-Ross (1969; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) e introduzam algumas matizes, na realidade têm muito em comum com as fases anteriormente descritas.

3.2.5. Factores que influenciam a Adaptação

A adaptação à doença oncológica é influenciada por factores pessoais, sócio-culturais e médicos. Entre os factores pessoais contam-se os aspectos da personalidade, a maturidade afectiva, os mecanismos de adaptação habitualmente usados (*coping*), experiências anteriores com doenças ou perdas, tanto do próprio como de familiares e amigos, a existência de antecedentes psiquiátricos e ainda perspectivas espirituais, religiosas ou filosóficas que possam facilitar a esperança ou a aceitação (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, Reis, 2009). A resiliência individual, isto é, a capacidade de resistir à adversidade é um factor que permite manter a dignidade e a qualidade de vida, mesmo em situações adversas; no entanto, indivíduos cujos familiares morreram de

doença oncológica em grande sofrimento podem ter níveis mais altos de ansiedade (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, Reis, 2009).

Os factores sócio-culturais incluem as atitudes sociais face à doença e à morte, os recursos sócio-económicos e o nível de apoio social; actualmente a doença oncológica é encarada com mais optimismo, nas sociedades desenvolvidas, dado os resultados da investigação permitirem criar tratamentos mais selectivos e menos tóxicos, associados ao aumento da sobrevivência e da taxa de cura (Levin, 2004; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, Reis, 2009). Os avanços científicos justificam por vezes o pouco interesse pela temática da morte e dos que estão a morrer; neste contexto, os objectivos da intervenção médica podem correr o risco de se tornarem eminentemente curativos, descurando os cuidados paliativos ou considerando-os como menos importantes.

Relativamente aos factores médicos salienta-se o tipo de doença e a natureza dos sintomas (estadio, prognóstico da doença e especialmente a presença de dor ou de incapacidade funcional) e as atitudes dos técnicos (Citero, 2003). A experiência e a sensibilidade do médico, assim como a preocupação manifestada e a disponibilidade na prestação de cuidados ao longo da evolução da doença são enormes factores de apoio para o doente e a família. Um dos aspectos importantes para uma pessoa em fase terminal é a possibilidade de falar sobre a sua morte; o médico deve abordar esta temática disponibilizando o seu tempo para ouvir e partilhar experiências sobre o tema (Houston, 1999; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). As características pessoais, as atitudes e os conhecimentos dos cuidadores, assim como o local onde os cuidados são ministrados podem ter um efeito mais ou menos tranquilizante (Levin, 2004; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009); transmitir que tudo será feito para evitar o sofrimento e que serão acompanhados até ao fim, contribuirá para diminuir grande parte da sua angústia (Akechi, 2006), pois outra fonte de ansiedade é o receio de serem abandonados pelas pessoas que os tratam. Em todas as fases descritas por Kübler-Ross (1969; cit. in Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009), há um traço comum presente em todos os doentes: a esperança. É ela que permite que se sujeitem a exames e tratamentos médicos, na expectativa de encontrarem uma derradeira cura.

3.3. Espiritualidade e doença Oncológica

Como já foi referido, a espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento da sensação de propósito e significado da vida, que são associados a maior resiliência e resistência ao stress relacionado à doença (Lawler & Younger, 2002).

Vários estudos enfatizam o desempenho da religião/espiritualidade como fator de proteção à saúde, acelerando a remissão (Koenig et al., 1998; cit. in Ribeiro & Pinto, 2007) e prevenindo a recaída da depressão, por exemplo (Miller et al., 1997; cit. in Ribeiro & Pinto, 2007). Estes conceitos de espiritualidade permitem olhar para esta variável como um domínio fora da prática de religiões específicas; embora mostrem variações entre eles, partilham a ideia da importância da espiritualidade através da qual as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais adversos - como acontece no processo de adaptação ao cancro - tais como manter a auto-estima, providenciar apoio emocional e esperança, influenciando em suma o bem-estar psicológico e interpessoal (Panzini & Bandeira, 2007).

Na linha da psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), na qual são privilegiados aspectos positivos da experiência humana e não a doença, inserem-se estudos que relacionam espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida (Panzini, 2004; Panzini & Bandeira 2005; Rocha et. al., 2002; cit. in Panzini & Bandeira, 2007), constituindo este um conceito subjectivo e genérico que, além de saúde física e psicológica, envolve também o ambiente, cultura, sistema de valores e formas de relação do indivíduo (WHOQOL Group, 1994; cit. in Panzini & Bandeira, 2007). Assim, medidas de qualidade de vida, tais como os Instrumentos de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, WHOQOL-100 (Fleck et al., 1999; cit. in Panzini & Bandeira, 2007) e WHOQOL-SRPB (Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais) (Fleck et al., 2003; cit. in Panzini & Bandeira, 2007), têm incluído e avaliado a dimensão espiritual/religiosa.

Diversos estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diversos aspectos da saúde física e mental, sendo que a maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao stress em pessoas que praticam actividades ditas religiosas (Moreira-Almeida, 2006). Aspectos como o perdão, experiências espirituais diárias, suporte religioso e auto-percepção de religiosidade predisseram significativamente o estado de saúde mental dos pacientes (Rippentrop *et al.*, 2005).

Outros estudos mostram que pessoas envolvidas em práticas religiosas ou espirituais são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais equilibrados e utilizam menos serviços de saúde (Koenig, 2004). O impacto do benefício da atividade religiosa na saúde chega a ser comparado com o abandono do tabagismo e até mesmo com o acréscimo de sete a catorze anos na expectativa de vida (Neumann & Peeples, 2001; cit. in Peres, Arantes, Lesse & Caous, 2007).

De 225 estudos que investigaram a relação com saúde física, a maioria verificou resultados benéficos do envolvimento religioso em relação à dor, debilidade física, doenças cardíacas, tensão arterial, enfarte, funções imunológicas e neuroendócrina, doenças infecciosas, cancro e mortalidade (Koenig, 2001; cit. in Panzini & Bandeira, 2007). De quase 850 pesquisas que estudaram a relação da religião/ espiritualidade com a saúde mental, a maioria verifica uma associação entre envolvimento religioso e maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, ideia de propósito e significado da vida, esperança, optimismo, e menores índices de ansiedade, depressão, suicídio e abuso de substâncias (Koenig et al., 2001), mesmo após o controlo de variáveis como comportamentos de saúde e apoio social.

Koenig (2001, cit. in Kóvacs, 2007) aponta que pacientes com cancro avançado que tinham crenças espirituais, mostraram-se mais satisfeitos com suas vidas, eram mais felizes e sentiam menos dor, comparados àqueles sem crenças espirituais. Quanto ao papel das crenças religiosas na gestão de doenças terminais, Koenig (2001; cit. in Kóvacs, 2007) aponta que estas podem ajudar os pacientes na busca do sentido ligado ao sofrimento inerente à doença, o que pode facilitar a aceitação da situação.

A dor é um dos sintomas físicos mais frequentemente relatados por pacientes, sendo o principal motivo de procura por assistência na saúde, constituindo um grave problema de saúde pública que causa uma importante redução na qualidade de vida do indivíduo (Nickel & Raspe, 2001; Phillips, 2003; cit. in Peres, Arantes, Lesse & Caous, 2007). A dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos, podendo ser aguda ou crónica, sendo esta última definida como de duração superior a seis meses, persistente ou intermitente (Breen, 2002; cit. in Peres, Arantes, Lesse & Caous, 2007). O bem-estar físico e o emocional, assim como as relações sociais, familiares e de trabalho, são extremamente afectados nos casos de dor crónica (Sorajjakool *et al.*, 2006; Smith *et al.*, 2001; cit. in Peres, Arantes & Caous, 2007). A experiência da dor é melhor entendida se uma construção multidimensional, incluindo aspectos físicos, biológicos, sociais, psicológicos e

espirituais, for considerada (Davis *et al.*, 2003). Além dos conceitos de nocicepção, sensibilidade central e do componente neuropático da dor, numerosos estudos apontam fatores não-biológicos, como o suporte social e as estratégias de *coping* como fundamentais na percepção de dor dos pacientes (Keefe & Bonk, 1999; Lester *et al.*, 1996; Kraaimaat *et al.*, 1995; cit. in Peres, Arantes, Lesse & Caous, 2007). Emoções negativas como depressão e ansiedade correlacionam-se também com pior percepção da dor de cada indivíduo (McWilliams *et al.*, 2004; Campbell *et al.*, 2003; cit. in Peres, Arantes, Lesse & Caous, 2007). Uma pesquisa feita pela *American Pain Society* mostrou que a oração era o segundo método mais usado no manejo da dor, depois de medicações orais (o método não ligado a fármacos mais comum no manejo deste sintoma), o que reforça a importância da espiritualidade na prática de assistência à saúde.

Quando abordamos os cuidados paliativos, torna-se ainda mais clara esta associação: neste contexto, busca-se conferir ao paciente todas as condições necessárias para as suas realizações pessoais, tendo a dimensão da espiritualidade um lugar de destaque. O cuidado paliativo é a modalidade de assistência que abrange outras dimensões do ser humano além das física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, reconhecendo-se a espiritualidade como fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida à medida que a morte se aproxima (Wachholtz & Keefe, 2006). Acolher esse movimento de transcendência neste momento da existência humana é um dos alicerces dos cuidados paliativos.

A interleucina 6 (IL-6) é uma citocina fortemente relacionada com reacções agudas de stress, doenças cardiovasculares, depressão, doenças osteomusculares, neoplasias e doença de Alzheimer (Lutgendorf *et al.*, 2004; cit. in Guimarães & Avezum, 2007). Koenig *et al.* (1997, cit. in Guimarães & Avezum, 2007) avaliaram a relação entre a prática de actividades religiosas e os níveis séricos de IL-6 e outros mediadores do sistema auto-imune e cascata inflamatória. Foram incluídos 1.718 pacientes com 65 ou mais anos de idade, tendo-se considerado como ponto de corte para IL-6, 5 pg/ml. A correlação relativa à prática de serviços religiosos foi realizada de forma temporal em entrevistas distintas entre 1989 e 1992. Nos resultados finais, comparando pacientes com e sem práticas religiosas frequentes e controlando-se fatores de confusão, apenas a metade do grupo com práticas frequentes tinha mais que 5 pg/ml (OR 0,58, 95% CI, 0,40-0,84, $p < 0,005$), revelando estes menores taxas de marcadores

de inflamação, como alfa-2 globulina, d-dímero, leucócitos polimorfonucleares e linfócitos.

Em suma, é perceptível que a interface entre a dimensão espiritual e a saúde tenha vindo a tornar-se uma área crescente na investigação dos últimos anos. De facto, a dimensão espiritual é descrita como sendo relevante na atribuição de significado ao sofrimento provocado por uma doença crónica e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde.

O cancro é uma das doenças que ameaça o sentido de integridade da pessoa e, mesmo quando os sintomas físicos se tornam menos preocupantes, as questões espirituais que surgiram no processo da doença permanecem (Pinto, Ribeiro, 2010). A prevalência das doenças crónicas nos países ditos desenvolvidos vem evidenciar a inoperância de uma abordagem centrada exclusivamente na doença, pois há que perceber as consequências psicológicas, sociais e culturais no processo de gestão da doença. É neste sentido que começam a surgir vários estudos que abarcam a dimensão espiritual dos indivíduos com doença crónica, nomeadamente o cancro (Johnson, 2002; Laubmeier, Zakowski & Bair, 2004; Meraviglia, 2006; cit. in Pinto & Ribeiro, 2010).

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamentos das doenças oncológicas terem permitido um aumento considerável de sobreviventes, este tipo de doença continua associado a uma representação social negativa (Powe e Finnie, 2003; cit. in Pinto & Ribeiro, 2010), o que leva a questionar o significado da vida, dado o confronto com a hipótese de finitude. É neste âmbito que emerge a espiritualidade, como uma dimensão relevante do ser humano e que a diferencia de outros seres vivos.

Já em 2006, o *National Cancer Institute* define espiritualidade como os sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo um estado de paz, conexão aos outros e as crenças sobre o significado e o propósito da vida. Segundo Taylor (2003; cit. in Pinto & Ribeiro, 2010), mesmo quando é dito às pessoas que o cancro está curado, muitas vezes o doente continua a questionar porque Deus permitiu que isso lhe tivesse acontecido. Independentemente do prognóstico, após a fase activa da doença há que fazer face a mudanças e transformações capitais desencadeadas pelo cancro e tratamentos, que determinam como uma «paragem psíquica», constatando-se um «antes» e um «depois» (Solana, 2005; cit. in Pinto & Ribeiro, 2010). O «final da linha» da experiência de um cancro deve ser compreendido tendo em consideração a dúvida que decorre da ameaça de qualquer diagnóstico oncológico, a qual

consequentemente induz a incerteza sobre a possibilidade de estar efectivamente curado (Clayton, Mishel e Belyea, 2006; Ronson & Body, 2002; cit. in cit. in Pinto & Ribeiro, 2010).

Apesar de não se encontrarem consensos sobre o conceito de sobrevivente de cancro, uma das referências mais actuais determina este conceito como a pessoa a quem foi diagnosticado um cancro, e que já terminou os tratamentos previstos (Feuerstein, 2007; cit. in cit. in Pinto & Ribeiro, 2010). Neste âmbito, as necessidades espirituais de pessoas com cancro, identificadas no estudo de Moadel *et al.* (1999), são: esperança; significado de vida; recursos espirituais; paz de espírito e problemas relacionados com a morte e o morrer. Por sua vez, a esperança é assumida como particularmente relevante para quem enfrenta um cancro (Moadel *et al.*, 1999), pelo que os próprios valores e crenças ajudam a construir a esperança, a encontrar significado na própria vida. Neste sentido, a espiritualidade, assumida como atribuição de significado à vida, mediatiza os efeitos do cancro (Meraviglia, 2006; cit. in Pinto & Ribeiro, 2010). Hoje existe um consenso de que a dimensão espiritual está relacionada com a qualidade de vida dos doentes em geral, e os doentes do foro oncológico em particular.

4. Problema, objectivo e questões de investigação

Sendo que o Cancro tem sofrido um aumento substancial na sua prevalência e incidência (OMS 1995-2000), constituindo uma das principais causas de morte, torna-se pertinente abordá-lo e explorá-lo para uma maior compreensão das suas diferentes dimensões, tendo em conta não apenas a doença mas sobretudo “o Doente”. Na realidade, esta visão mais holística do Ser Humano sobre o que representa “estar doente” e a nova definição de saúde defendida pelo modelo Biopsicossocial mais recentemente proposto, tornou a Psico-Oncologia um instrumento essencial no acompanhamento e tratamento do doente oncológico e meio envolvente (Durá & Hernández, 2002).

De facto, verifica-se ainda uma concepção socio-cultural do cancro muito negativa que se transmite de forma transgeracional, muitas vezes associando-se a uma conotação de doença incurável, associada à dor, sofrimento, desfiguração e morte inevitável, desencadeando uma forte reacção emocional ao nível do doente e

da população em geral (Baize, Mounier, Bongain & Spano, 2008; Andolhe, Guido & Bianchi, 2009; cit. in Mesquita, 2010).

Neste contexto, é importante perceber que a vulnerabilidade psicossocial à doença oncológica e capacidade de enfrentar a doença depende além das circunstâncias em que ela ocorre, da percepção individual do impacto da doença no próprio e no seu plano de vida, da estrutura psicológica e saúde mental do doente, nomeadamente os traços de personalidade (camaron, Booth, Schlatter, Ziginskas & Harman, 2007; Ando, Iwamitsu, Kuranami, Okazaki, Wada, Yamamoto, Todoroki, Watanabe & Miyaoka, 2009; cit. in Mesquita, 2010), da disponibilidade de apoio emocional e social (Drageset & Lindstrom, 2005; cit. in Mesquita, 2010) e da percepção do indivíduo acerca da sua capacidade em atingir objectivos futuros e manter a viabilidade de acções interpessoais. Neste âmbito, será também importante compreender a importância da espiritualidade na doença oncológica, podendo definir-se como uma propensão humana para a compreensão do sentido da vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (Volcan, 2003). De facto, das várias definições existentes na literatura, todas elas têm em comum o facto de salientarem a importância que a espiritualidade tem ao providenciar um contexto em que as pessoas possam dar sentido às suas vidas, terem fé, sentirem-se completas e em paz consigo mesmas e com os outros, mesmo perante as situações mais ameaçadoras (Miller & Thoresen, 2003), como as de doença. Em 2007, Panzini cita que existem de facto evidências empíricas que conectam a espiritualidade à saúde (George et al., 2000; Koenig, 2000; Koenig et al., 2001; Siegel et al., 2001), tanto física (Koenig, 2001c; McIntosh & Spilka, 1990) quanto mental (Koenig, 2001; Tepper et al., 2001), à qualidade de vida (Koenig et al., 1998; Pargament et al., 1998a, 2001) e a outros construtos relacionados, como o bem-estar (Pargament et al., 2001).

Para além destas evidências, torna-se ainda mais pertinente realizar um estudo desta dimensão quando se verificam elevadas percentagens de pessoas doentes que consideram importante a abordagem das suas crenças espirituais e religiosas pelos profissionais de saúde assim como que estes demonstrem interesse sobre sua espiritualidade (Larson & Koenig, 2000; Anaya, 2002). Breitbart (2003) aponta ainda que 80% dos pacientes na fase final de vida querem conversar com o seu médico sobre temas ligados à dimensão espiritual, considerando-se esta necessidade

profundamente relacionada com a dignidade no processo de morrer e busca da existência plena (não se reduzindo apenas a uma questão da sobrevivência).

Entende-se portanto que a vertente espiritual e religiosa é particularmente relevante quando a pessoa doente se encontra confrontada com a questão da morte (Chochinov, 2006). Segundo McClain, Rosenfeld e Breitbart (2006), o efeito do bem-estar espiritual - existencial no sofrimento da pessoa com doença crónica tem um papel protector no desespero em final de vida; outros autores afirmam que uma maior espiritualidade por si só leva o doente a estar menos deprimido (Nelson, Rosenfeld & Breitbart, 2002; cit. in Chochinov, 2006), a manifestar menor ansiedade face à morte e ideação suicida, constatando-se uma redução do sofrimento perante a existência de crenças sobre a “vida pós-morte” (McClain-Jacobson, Rosenfeld & Kosinski cit. in Chochinov, 2006). De facto, segundo Pinto e Ribeiro (2007) a participação religiosa e a espiritualidade parecem relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, menor ansiedade, depressão e suicídio, mesmo após o controlo de variáveis como comportamentos de saúde e apoio social.

Perante estas evidências, que abrangem de forma interligada conceitos como “cancro”, “saúde mental”, “espiritualidade” e “bem estar espiritual” tornou-se pertinente colocar as seguintes questões de investigação, que orientarão o nosso trabalho empírico:

1. Qual é a avaliação que a pessoa com doença oncológica faz do seu estado de saúde mental?
2. Qual a relação entre a gravidade de sintomas psicopatológicos e factores sociodemográficos como a idade, nível de escolaridade, religião e tempo de diagnóstico?
3. Qual o grau de Bem-Estar Espiritual da pessoa com doença oncológica?
4. Qual a relação entre a gravidade de sintomas psicopatológicos e o Bem-Estar Espiritual da pessoa com doença oncológica?
5. O Bem-Estar Espiritual estará associado a factores como a idade, nível de escolaridade, religião e tempo de diagnóstico?

Seguidamente irá ser apresentado o método utilizado na recolha de dados, do trabalho empírico.

II. MÉTODO

1. Tipo de estudo

Este estudo consiste em ser descritivo e transversal (relações estatísticas entre variáveis, medidas num único momento), tendo sido utilizada uma análise quantitativa.

2. Participantes

Tabela 1- Caracterização do Grupo de participantes : Variáveis Sócio Demográficas

		Freq.	%
Género	Feminino	22	73,3
	Masculino	8	26,7
	Total	30	100,0
Idade	entre 30 - 45 anos	5	16,7
	entre 50 e 70 anos	21	70,0
	acima dos 70 anos	4	13,3
	Total	30	100,0
Estado Civil	Divorciado(a)	5	16,7
	União de facto	2	6,7
	Viúvo(a)	6	20,0
	Casado(a)	17	56,7
	Total	30	100,0
Situação face ao emprego	Activo(a)	15	50,0
	Desempregado(a)	8	26,7
	Reformado(a)	7	23,3
	Total	30	100,0
Profissão (Grupo CNP)	Especialistas das actividades intelectuais e científicas	3	20,0
	Pessoal Administrativo e similares	4	26,7
	Trabalhadores dos serviços pessoais de protecção e segurança	1	6,7

	Pessoal dos Serviços e Vendedores	2	13,3
	Trabalhadores não qualificados	1	6,7
	Técnicos e Profissionais de nível intermédio	4	26,7
	Total	15	100,0
Habilitações	1º ciclo	12	40,0
	2º ciclo	5	16,7
	3º ciclo	7	23,3
	E Secundário	3	10,0
	E Superior	3	10,0
	Total	30	100,0

O grupo de participantes é constituído por 30 participantes com diagnóstico de cancro, de ambos os sexos, maioritariamente do sexo feminino (73,3%), com idade compreendida entre os 50 e os 70 anos (70%) e escolaridade inferior ao 3º ciclo do ensino básico (56,7%), sendo a maioria casada. Metade dos inquiridos exerce uma profissão enquanto a outra metade está numa situação de desempregado ou de reforma. Quanto à profissão exercida, os grupos profissionais, da classificação nacional das profissões, que se destacam são : Pessoal Administrativo e similares (26,7%), Técnicos e Profissionais de nível intermédio(26,7%) e Especialistas das actividades intelectuais e científicas (20%).

Tabela 2- Caracterização do Grupo de participantes : Variáveis Sócio Demográficas
(Cont.)

		Freq.	%
Tem filhos?	Sim	25	83,3
	Não	5	16,7
	Total	30	100,0
Quantos filhos?	1 filho	10	40,0
	2 filhos	10	40,0
	3 filhos	4	16,0
	4 filhos	1	4,0

	Total	25	100,0
Média da idade dos filhos		<i>Média = 38,52anos</i>	<i>DP = 11,83 anos</i>
		<i>Mínimo = 17anos</i>	<i>Máximo = 61anos</i>
Qual a sua religião?	Católica	21	70,0
	Protestante	1	3,3
	Não tem	8	26,7
	Total	30	100,0
Tempo de Diagnóstico	menos de 1 ano	12	40,0
	1-2 anos	14	46,7
	mais de 2 anos	4	13,3
	Total	30	100,0
		<i>Média = 1,32 anos</i>	<i>DP = 0,943 anos</i>
		<i>Mínimo = 3 meses</i>	<i>Máximo = 4 anos</i>
Com quem pode contar para a ajudar?	Família	10	33,3
	Cônjuge e filhos	4	13,3
	filhos e netos	4	13,3
	família e Deus	3	10,0
	irmãos e filhos	1	3,3
	Cônjuge, filhos e pais	1	3,3
	pais e conjugue	2	6,7
	Cônjuge	1	3,3
	família e amigos	1	3,3
	pais e amigos	1	3,3
	Ninguém	1	3,3
	Filhos	1	3,3
	Total	30	100,0

Dos 25 participantes que têm filhos a maioria tem entre 1 a 2 filhos (80%), sendo a média etária dos filhos de 38,52 anos e a dispersão em torno desse valor de 11,83 anos. A religião predominante é católica (70%), havendo um inquirido protestante e os restantes não têm religião. Neste grupo de participantes o tempo de diagnóstico varia entre os 3 meses e os 4 anos, sendo a média de 1,32 anos, tendo a esmagadora maioria um diagnóstico há menos de 2 anos (86,7%). Os inquiridos quando questionados sobre com quem podem contar, quase todos referem familiares, apenas um participante refere não ter ninguém.

3. Instrumento

3.1 MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2

Em virtude de existirem poucos testes na década de 30, S. R. Hathaway e J.C. McKinley, começaram por reunir itens de questionários já existentes para a elaboração de um novo inventário que pudesse avaliar a personalidade de forma prática, objectiva e multifásica (Anastasi & Urbina, 2000). Com este inventário pretendiam os seus autores explorar o mais possível os diferentes aspectos da personalidade patológica e normal do indivíduo. O inventário inclui questões de testes pessoais clássicos, psiquiátricos, de atitudes e de interesses.

No início, o teste foi constituído por 550 itens de conteúdo variado, a que o sujeito tinha de responder de três formas distintas: “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”; estes itens foram agrupados em 26 categorias, abarcando uma grande variedade de áreas (saúde, hábitos, relações familiares e sociais, crenças, aspectos culturais, escolares e de personalidade entre outros).

Após aplicação ao grupo nosológico e seguidamente a um grupo de controlo retiveram-se como constituintes da escala as questões que tinham um valor discriminativo significativo entre os dois grupos. No entanto, dada a extensão do instrumento e a sua morosidade, os investigadores recorreram a uma forma mais abreviada, o mini-mult. Esta versão resumida é constituída por 71 questões, 3 escalas de validade e 8 escalas clínicas, que serão sumariamente apresentadas.

Escalas de validade:

- **Escala L:** constituída por 15 questões, cujo intuito é averiguar se o sujeito admite um comportamento não ajustado. Os itens referem-se a situações socialmente desejáveis.
- **Escala F:** compreende 64 questões de baixa frequência de respostas, nas quais determinado número de indivíduos está de acordo. Permite identificar em várias dimensões, comportamentos, experiências e pensamentos atípicos.
- **Escala K:** compreende 30 itens seleccionados e não identificados. Pretende explorar a atitude do sujeito face aos seus sintomas, possibilitando a identificação de factores discretos mas eficazes, aumentando a sensibilidade do instrumento e proporcionando um meio de correcção.

As escalas clínicas são:

- **Hipocondria (Hs):** Escala de sintomas, incluindo queixas ou preocupações do foro físico e corporal. Apresenta, normalmente uma relação muito elevada com a escala 3 Histeria (Hy).
- **Depressão (D):** Avalia os sentimentos de desânimo, pessimismo, desespero e hipersensibilidade. Associada às escalas 1 (Hs) e 3 (Hy) constituem a “tríada neurótica” cuja elevação relativa facilita o diagnóstico diferencial entre as perturbações neuróticas.
- **Histeria (Hy):** Mede as queixas específicas ou mal estar, negação de problemas e ausência de ansiedade social. Esta escala é muito importante para investigar a forma como operam os mecanismos de defesa do indivíduo.
- **Desvio psicopático (Pd):** Identifica desajustes sociais, especificamente os transtornos de carácter associados a défices de controlo dos impulsos que levam á passagem ao acto.
- **Paranóia (Pa):** Remete para o diagnóstico do quadro clínico de paranóia.

- **Psicastenia** (Pt): Avalia o padrão neurótico, incluindo aspectos fóbicos e obsessivo-compulsivos, fadiga, dúvida e indecisão. É uma escala de sintomas, favorável a oscilações, consoante a experiência da pessoa.
- **Esquizofrenia** (Sc): Avalia sujeitos que se caracterizam pela presença de ideias e comportamentos bizarros e inusitados e pela qualidade específica de afectos.
- **Hipomania** (Ma): Remete para estados hipomaníacos e casos leves de mania, caracterizados por hiperactividade, sentimentos de grandiosidade, excitação emocional e fuga de ideias.

O Mini-Mult destina-se a indivíduos maiores de 16 anos cujo nível cultural não seja baixo de forma a que não haja dificuldades na correcta leitura e interpretação dos itens.

As respostas são dadas segundo a opinião do sujeito que pode considerar cada questão Verdadeira ou Falsa.

Pode acontecer que para uma questão a resposta *SIM* apresente um valor favorável ao diagnóstico e que para outra questão a resposta seja *NÃO*.

Foi definida uma média de 50 e um desvio padrão de 10, determinando-se que 70 equivaleria a um desvio padrão de 10, da média N, como limite de normalidade.

Este inventário pretende fazer uma avaliação objectiva da personalidade para classificação diagnóstica e aproximativa do grau de severidade. Para tal, as notas brutas devem ser convertidas em totais brutos para que posteriormente se possa traçar o perfil e calcular os índices de validade.

3.2 SWBQ – Questionário de Bem – Estar Espiritual

O SWBQ é um questionário de auto-preenchimento, constituído por 20 itens, distribuídos de igual forma (5 itens) de modo a avaliarem cada uma das quatro dimensões existentes (Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009).

Segundo os autores, podemos então caracterizar cada uma das sub-escalas de Bem – Estar espiritual do seguinte modo:

- **Pessoal:** Este domínio refere-se à forma como a pessoa se relaciona consigo própria, no que diz respeito ao significado, propósito e valores de vida, pressupondo um desenvolvimento do auto-conhecimento e consciência sobre si, relacionados com a identidade e auto-estima.
- **Comunitária:** Remete para a qualidade e profundidade das relações interpessoais no que diz respeito à moralidade, cultura e religião. Esta dimensão abrange igualmente, sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade.
- **Ambiental:** Compreende as relações com o mundo físico e biológico, com o objectivo de cuidar e proteger, expressando-se através de sentimentos de união e admiração pela natureza.
- **Transcendental:** Esta dimensão consiste numa relação da pessoa com algo para além do que é ser humano, nomeadamente uma força cósmica, uma realidade transcendente, ou Deus, expressando-se através da admiração e culto relativamente à fonte de mistério do universo.

Segundo os autores, este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, uma vez que os valores de consistência interna variam entre 0,76 e 0,95 entre as várias dimensões (Gomez e Fisher, 2003, 2005, cit. in Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009). Na versão posteriormente adaptada a Portugal (Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009), os indicadores apresentam uma boa consistência interna global com um $\alpha = 0,89$, onde os valores das diferentes dimensões oscilam entre um α de 0,72 (dimensão pessoal) e de 0,88 (dimensão transcendental). Estes resultados permitiram verificar que esta adaptação apresenta características psicométricas satisfatórias, tanto na confirmação da sua estrutura factorial, como nos índices de consistência interna das escalas (Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009).

No presente estudo, é possível verificar o acima referido, uma vez que o Alpha de Cronbach do questionário de Bem-Estar Espiritual é bastante elevado (escala pessoal 0,90; Comunitária 0,85; transcendental 0,95 e ambiental 0,92); a escala não

ganharia em termos de consistência interna com a eliminação de qualquer um dos itens.

Para a administração deste questionário, pede-se a cada pessoa que indique a forma como se sente em cada afirmação e/ou como esta reflecte a sua experiência pessoal. Os itens são avaliados numa escala que pode variar entre 1 a 5 pontos (1- muito pouco, a 5- muitíssimo), sendo todos os itens formulados positivamente e o resultado obtido pela média das respostas, atribuídas aos itens de cada dimensão (a média global do SWBQ resulta da adição das diferentes dimensões). O questionário leva aproximadamente 10 minutos a ser aplicado.

4. Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sócio-demográfico possibilitou obter informações pertinentes à caracterização do grupo em estudo, tais como o sexo, idade, estado civil, escolaridade, nº de filhos, profissão, religião, tempo de diagnóstico e com quem o participante pode contar para o ajudar.

5. Procedimento

Após ter-se obtido autorização dos autores, para a utilização dos questionários, contactou-se um hospital, formalizando-se o pedido para a recolha de dados, à Direcção, através de uma carta incluindo a proposta de investigação (tipo de estudo, objectivos e material). Tendo-se obtido a permissão para a recolha de dados, passou-se à selecção dos utentes, identificando-se os potenciais participantes com doença oncológica disponíveis para participar neste estudo.

Com auxílio do secretário da Unidade, o doente era solicitado para uma pequena conversa com o psicólogo, enquanto esperava pela consulta. Em caso de manifestar disponibilidade era feita uma apresentação sucinta do tema e da finalidade do estudo, solicitando-se a sua participação e sublinhando-se a importância e utilidade do mesmo.

Quando o participante verbalizava o seu consentimento, era informado que seria necessário estar só durante a entrevista com o psicólogo, sendo o tempo previsto da entrevista de 25 minutos. Depois, seria encaminhado para uma sala, onde era informado

da garantia do anonimato e da confidencialidade das informações obtidas, sendo disponibilizados todos os esclarecimentos considerados necessários; seguidamente, eram apresentados os questionários sempre na mesma ordem (Questionário Sócio-demográfico, MMPI-2 e Questionário de Bem-Estar Espiritual) e uma caneta, tendo-se o cuidado de perguntar se não existia qualquer obstáculo na leitura das questões.

Durante a aplicação dos questionários, com alguns participantes, foi necessário tranquilizá-los dizendo que tinham todo o tempo que precisassem para responder ao inquérito e seriam fornecidos todos os esclarecimentos necessários. Após o preenchimento, os questionários foram verificados, com o objectivo de detectar alguma falha na resposta a alguns dos itens.

Foram realizadas 30 entrevistas e no final, foi sempre agradecida a cooperação e colaboração dos participantes.

III. Resultados

1. Considerações gerais:

O tratamento de dados deste estudo foi efectuado através do programa statistical package for social science - SPSS versão 21.0. A estatística utilizada foi a seguinte :

Estatística descritiva :

Análise de frequências para as variáveis sócio -demográficas com escala qualitativa (nominal e ordinal) e para a análise dos itens das escalas do estudo utilizou-se ainda medidas de tendência central e dispersão (Média, desvio padrão, mínimo, e máximo) para as variáveis sócio-demográficas com escala quantitativa e para as dimensões das escalas.

Estatística inferencial :

- *Anova para Grupo de participantes Dependentes* – Recorreu-se a este teste no sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre as dimensões da escala de bem estar espiritual. Foi possível usar-se esta prova paramétrica dado estarmos a comparar grupo de participantess dependentes (nos mesmos participantes comparamos as respostas a diferentes dimensões de uma mesma escala). Os requisitos para uso deste teste paramétrico estavam preenchidos : as

dimensões têm escala quantitativa e têm normalidade ou desvios pouco severos à normalidade.

- ***t de student para grupo de participantes independentes*** : Recorreu-se a esta prova paramétrica para comparar dois grupos (Sexo Feminino vs Masculino ; activos vs desempregados/reformados; religião católica vs sem religião) nas dimensões das escalas que revelaram a existência de normalidade nos grupos em questão.
- ***Mann-Whitney*** : Recorreu-se a esta prova não paramétrica para comparar dois grupos (Sexo Feminino vs Masculino ; activos vs desempregados/reformados;) numa dimensão da mini-mult que não revelou a existência de normalidade nos grupos em questão.
- ***Correlação de Spearman*** – Correlação não paramétrica que se utiliza quando pelo menos uma das variáveis a correlacionar tem escala ordinal: utilizou-se para correlacionar as variáveis sócio demográficas : idade e habilitações (que têm escala ordinal) com as dimensões das duas escalas em estudo. Foi também usada para relacionar variáveis quantitativas em que pelo menos uma não revelou distribuição normal ou apresentou desvios severos à normalidade.
- ***Correlação de Pearson*** : correlação paramétrica que se utilizou para relacionar as dimensões das diferentes escalas entre si e para relacionar as variáveis sócio-demográficas com escala quantitativas (tempo de diagnóstico, número de filhos e média das idades dos filhos) com essas dimensões sempre que as variáveis a correlacionar tinham normalidade ou desvios pouco severos à normalidade.

Caracterização do Grupo de participantes

Tabela 1- Caracterização do Grupo de participantes : Variáveis Sócio Demográficas

		Freq.	%
Género	Feminino	22	73,3
	Masculino	8	26,7
	Total	30	100,0

Idade	entre 30 - 45 anos	5	16,7
	entre 50 e 70 anos	21	70,0
	acima dos 70 anos	4	13,3
	Total	30	100,0
Estado Civil	Divorciado(a)	5	16,7
	União de facto	2	6,7
	Viúvo(a)	6	20,0
	Casado(a)	17	56,7
	Total	30	100,0
Situação face ao emprego	Activo(a)	15	50,0
	Desempregado(a)	8	26,7
	Reformado(a)	7	23,3
	Total	30	100,0
Profissão (Grupo CNP)	Especialistas das actividades intelectuais e científicas	3	20,0
	Pessoal Administrativo e similares	4	26,7
	Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança	1	6,7
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	2	13,3
	Trabalhadores não qualificados	1	6,7
	Técnicos e Profissionais de nível intermédio	4	26,7
	Total	15	100,0
	Habilitações	1º ciclo	12
2º ciclo		5	16,7
3º ciclo		7	23,3
E Secundário		3	10,0
E Superior		3	10,0
Total		30	100,0

O grupo de participantes é constituído por 30 participantes com diagnóstico de cancro, de ambos os sexos, maioritariamente do sexo feminino (73,3%), com idade

compreendida entre os 50 e os 70 anos (70%) e escolaridade inferior ao 3º ciclo do ensino básico (56,7%), sendo a maioria casada. Metade dos inquiridos exerce uma profissão enquanto a outra metade está numa situação de desempregado ou de reforma. Quanto à profissão exercida, os grupos profissionais, da classificação nacional das profissões, que se destacam são : Pessoal Administrativo e similares (26,7%), Técnicos e Profissionais de nível intermédio(26,7%) e Especialistas das actividades intelectuais e científicas (20%).

Tabela 2- Caracterização do Grupo de participantes : Variáveis Sócio Demográficas
(Cont.)

		Freq.	%
Tem filhos?	Sim	25	83,3
	Não	5	16,7
	Total	30	100,0
Quantos filhos?	1 filho	10	40,0
	2 filhos	10	40,0
	3 filhos	4	16,0
	4 filhos	1	4,0
	Total	25	100,0
Média da idade dos filhos		<i>Média =</i> <i>38,52anos</i>	<i>DP = 11,83 anos</i>
		<i>Mínimo =</i> <i>17anos</i>	<i>Máximo =</i> <i>61anos</i>
Qual a sua religião?	Católica	21	70,0
	Protestante	1	3,3
	Não tem	8	26,7
	Total	30	100,0
Tempo de Diagnóstico	menos de 1 ano	12	40,0
	1-2 anos	14	46,7
	mais de 2 anos	4	13,3
	Total	30	100,0

		<i>Média = 1,32</i> <i>anos</i>	<i>DP = 0,943 anos</i>
		<i>Mínimo = 3</i> <i>meses</i>	<i>Máximo = 4</i> <i>anos</i>
Com quem pode contar para a ajudar?	Família	10	33,3
	Cônjuge e filhos	4	13,3
	filhos e netos	4	13,3
	família e Deus	3	10,0
	irmãos e filhos	1	3,3
	Cônjuge, filhos e pais	1	3,3
	pais e conjugue	2	6,7
	Cônjuge	1	3,3
	família e amigos	1	3,3
	pais e amigos	1	3,3
	Ninguém	1	3,3
	Filhos	1	3,3
	Total	30	100,0

Dos 25 participantes que têm filhos a maioria tem entre 1 a 2 filhos (80%), sendo a média etária dos filhos de 38,52 anos e a dispersão em torno desse valor de 11,83 anos. A religião predominante é católica (70%), havendo um inquirido protestante e os restantes não têm religião. Neste grupo de participantes o tempo de diagnóstico varia entre os 3 meses e os 4 anos, sendo a média de 1,32 anos, tendo a esmagadora maioria um diagnóstico há menos de 2 anos (86,7%). Os inquiridos quando questionados sobre com quem podem contar, quase todos referem familiares, apenas um participante refere não ter ninguém.

2.MINI-MULT

2.1. Escalas do Mini-Mult

Tabela 3 – Resultados nas escalas de validade : F-K, AI, IR, e AV

	Normas	N	Mínim o	Máxim o	Média	Desvio Padrão
F-K - índice de Simulação Gough	- Normal [-12,8]	30	-12,00	7,00	-,57	6,12
AI	Até 50	30	15,30	98,00	55,88	23,93
IR	Até 1	30	,73	1,20	0,94	0,11
AV	>70 - Elevação anormal	30	33,40	63,25	48,54	7,62

Os resultados obtidos nas escalas de validade do Mini-Mult permitem verificar que se trata de um perfil válido.

Índice de Dissimulação (F-K) - Nenhum participante apresentou mecanismos de dissimulação. O resultado médio obtido foi de -0,57 o que indica um resultado dentro do intervalo considerado normal (valor mínimo e máximo -12 e 7 respectivamente); constata-se que nenhum inquirido obteve um resultado fora do intervalo normativo.

Índice de Ansiedade (A.I) - O resultado médio obtido (55,88) está acima do considerado normal (normal - até 50) o que revela alguma ansiedade por parte dos inquiridos. Nesta grupo de participantes há 56,7% (17 inquiridos) com resultados acima de 50, havendo 20% (6 inquiridos) com resultados muito elevados (acima de 80), o resultado mais elevado foi de 98,0.

Coefficiente de internalização (I.R) - O valor médio obtido (0,94) revela um resultado perto do limite o que é indicador de um locus de controlo mais externo. Cerca de 10%

(3 participantes) apresentaram resultados superiores a 1, e 56,7% (17 participantes) valores limítrofes (entre 0,90 e 1).

Elevação média do Perfil - (AV) - A média aritmética da pontuação T nas oito escalas clínicas (Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc e Ma) proporciona uma informação do grau de desajuste. Médias acima de 70 indicam a existência de um grande número de problemas psicológicos. A pontuação média neste grupo de participantes foi de 48,54, sendo o valor mínimo de 33,40 e o valor máximo de 63,25. Nenhum participante revelou uma pontuação acima de 70, não havendo participantes com um elevado número de problemas psicológicos.

Tabela 4 – Resultados nas escalas de validade : L, F e K

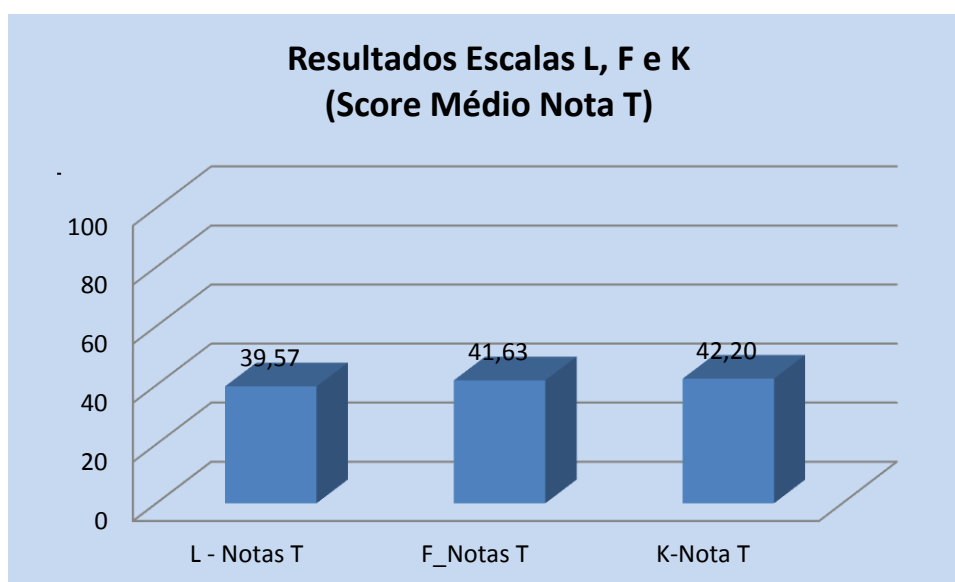
	Normas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
L - Notas T		30,00	30,00	60,00	39,57	5,39
F_Notas T		30,00	31,00	53,00	41,63	5,42
K-Nota T		30,00	35,00	52,00	42,20	4,60

Escala L – Composta por 15 itens que avaliam situações socialmente desejáveis mas raramente verdadeiras. Um valor de L elevado indicará tentativa de falsificação no sentido favorável. A pontuação T média obtida na escala da mentira (L) é baixa (t = 39,57) o que revela que o grupo de participantes não está a tentar dar uma imagem falsa de si.

Escala de Validade /incoerência (F)- Integra 64 itens. Resultados superiores a T70 têm a ver com incompreensão dos itens, respostas ao acaso, falsificação das respostas no sentido desfavorável ou perturbação psicológica grave. Neste estudo nenhum participante teve um resultado superior a T70, a pontuação média da grupo de participantes do estudo nesta escala foi de T= 41,63, o valor mais alto foi de 53.

Escala K – composta por 30 itens que avaliam atitude defensiva ou hipercrítica face às dificuldades dos sintomas psicológicos; T40-T60 é o intervalo indicativo para níveis intelectuais/culturais mais baixos que é o caso deste grupo de participantes, sendo o intervalo normal de T55-T70 para níveis culturais mais altos. A pontuação média neste grupo de participantes foi de $T = 42,20$ que se enquadra no intervalo entre T40 e T60, considerado normal, embora na zona limítrofe inferior (existe uma grande percentagem de participantes (46,7% - 14 participantes) com valor abaixo de T40. Um valor de K baixo indica a tendência exagerada para a autocrítica, para apresentar uma imagem desfavorável.

Gráfico 1



Como se pode verificar na tabela 5, com excepção das escalas Hipocondria e Psicastenia que têm resultados médios inferiores T45 (embora próximos desse valor : 42,97 e 42,83 respectivamente), todas as outras escalas têm pontuações médias (entre 48,27 e 56,0), dentro dos valores considerados normais (entre T45 e T70), sendo as mais elevadas a da depressão (Média = 56,00) e da paranóia (Média = 51,93).

Tabela 5 – Resultados nas escalas Clínicas (Notas T)

	Normas					Desvio
		N	Mínimo	Máximo	Média	Padrão
Hs - Hipocondria	T70 - Zona fronteira, entre a normalidade e a patologia	30	29,00	57,00	42,97	7,42
D - Depressão		30	34,00	87,00	56,00	15,07
Hy - Histeria	T > 80 - Sugerem psicopatologia	30	16,00	66,00	48,43	10,17
Pd - Desvio Psicopático		30	31,00	73,00	48,27	10,37
Pa - Paranóia	T < 45 - de um modo geral considera-se que representa adaptação e ausência de patologia	30	44,00	86,00	51,93	7,79
Pt - Psicastenia		30	20,00	62,00	42,83	12,87
Sc - Esquizofrenia	contudo em algumas escalas resultados muito baixos identificam características patológicas importantes	30	29,00	85,00	48,43	10,73
Ma - Hipomania		30	34,00	78,00	49,00	8,75

Escala Hipocondria (HS) : esta escala avalia preocupações excessivas com a saúde, queixas somáticas com escassa base orgânica. Nenhum participante revelou um resultado superior a T80, o que indica que nenhum participante tem múltiplos sintomas ou queixas somáticas vagas e indefinidas. Todos os participantes obtiveram um resultado abaixo de T60 o que indica pequena ou nenhuma preocupação com a saúde, apontando para pessoas equilibradas e realistas.

Escala Depressão (D): Os itens desta escala reflectem sintomatologia depressiva: desânimo, falta de felicidade, de interesse, apatia irritabilidade ou tendência para a preocupação. A maioria (56,7%) obteve um resultado abaixo de T60 o que revela que são pessoas estáveis, ajustadas e realistas. Contudo é de destacar que os restantes inquiridos (43,3%) apresentam sintomatologia depressiva 20% (6 participantes) revelam uma nota T superior a 70, o que é indicador de depressão clinicamente severa, revelando

preocupação com a morte e 13,3% (4 participantes) uma nota T entre 60 e 70 reveladoras de depressão moderada e insatisfação com a vida.

Escala Histeria (Hy) : Os itens desta escala avaliam queixas físicas específicas, negação dos problemas da vida, ansiedade social e necessidade de afecto. Nenhum participante teve valores superiores a T80, havendo contudo 10% (3 participantes) que revelam um resultado entre T60 e T80 que podem indicar alguns sintomas somáticos; a esmagadora maioria dos participantes (90%) tem resultados inferiores a T60, revelando serem pessoas realistas, lógicas e sensatas.

Escala Desvio Psicopático (Pd) – esta escala avalia problemas de comportamento relacionados com as normas sociais e morais, tais como problemas familiares, delinquência, problemas sexuais e com a autoridade. Um participante teve um resultado entre T60 e T65, que pode indicar problemas familiares ou de relação. Todos os outros participantes tiveram resultados inferiores a T60 o que pode ser indicador de sinceridade, responsabilidade e persistência.

Escala Paranóia (Pa) – Os itens desta escala avaliam uma excessiva sensibilidade interpessoal, tendência para interpretar incorrectamente as intenções dos outros e delírios de perseguição. Apenas um participante teve um resultado superior a T80 revelador de patologia, a maioria (56,7%- 17 participantes) apresentou valores entre T50 e T59 que revelam sensibilidade e alguns problemas a nível de controlo emocional, 40% (12 participantes) apresentaram resultados inferiores a T50, indicadores de flexibilidade e racionalidade.

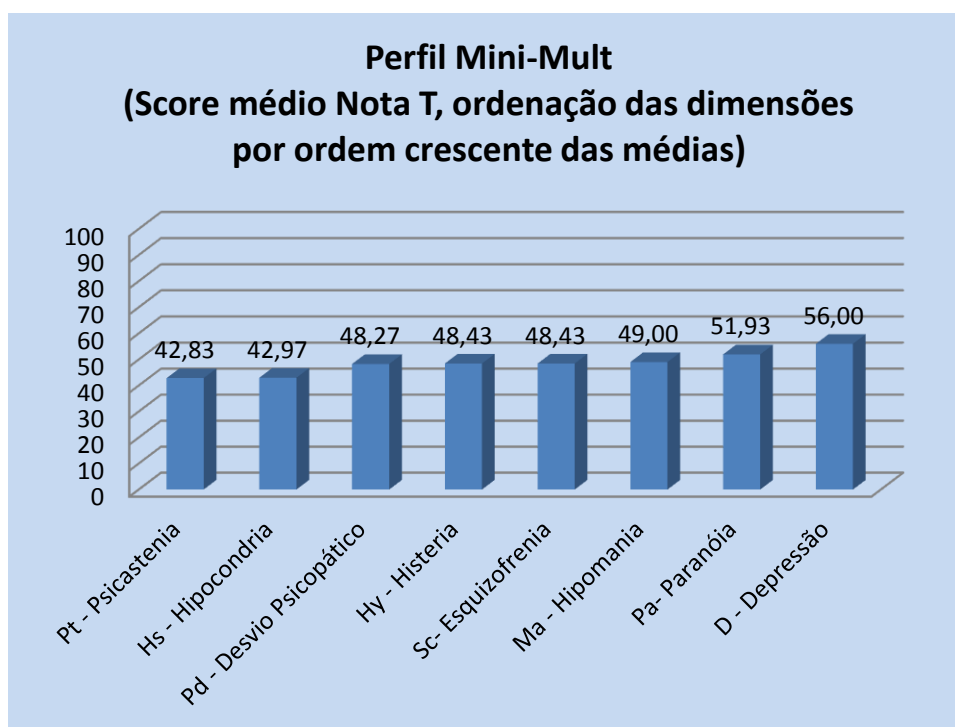
Escala Psicastenia (Pt) – Esta escala avalia compulsões (acções repetitivas) ou obsessões, incapacidade para evitar pensamentos repetitivos. Também avalia ansiedade, baixa auto estima, dúvidas acerca da própria capacidade e dificuldade em tomar decisões. A esmagadora maioria dos participantes (90% - 27 participantes) tiveram resultados abaixo de T60 o que indica que são pessoas adaptadas e bem organizadas, havendo 10% (3 participantes) que apresentaram um resultado entre T60 e T75 o que pode ser indicador de ansiedade moderada, perfeccionismo e indecisão.

Escala Esquizofrenia (Sc) - Os itens desta escala avaliam pensamentos excêntricos, alterações da percepção, delírios de perseguição e alucinações e também isolamento social e relações familiares deficientes, dificuldade em controlar os impulsos, falta de concentração etc. A esmagadora maioria dos participantes deste estudo (83,4% - 25 participantes) revelou um resultado inferior a T60 o que revela equilíbrio e adaptação. Um participante teve um resultado superior a T80 indicativo de possível transtorno

esquizofrénico, havendo 13,3% (4 participantes) com valores entre T60 e T75 que pode indicar algum isolamento social e dificuldade em separar a fantasia da realidade.

Escala Hipomania (Ma) - Esta escala avalia humor elevado e actividades motoras aceleradas, irritabilidade, descarga de ideias e períodos de depressão leve. A maioria dos participantes (80%) revela um resultado entre T40 e T60 o que revela uma personalidade amistosa e sociável, equilíbrio, responsabilidade e realismo . Nenhum participante teve um resultado superior a T80, havendo um participante com um valor limítrofe (entre T70 e T80) que pode revelar energia excessiva impulsividade e baixa tolerância à frustração, e outro participante que apresenta um resultado entre T60 e T69 o que pode ser indicador de pessoa activa, enérgica e extrovertida.

Gráfico 2



Na tabela 6 apresenta-se uma selecção de itens do Mini Mult onde a maioria, ou uma grande percentagem concentrou as respostas numa das alternativas de resposta verdadeiro/falso, desta tabela destacam-se os seguintes itens, que a maioria considerou verdadeiros : “Às vezes fico furioso(a)” – (96,7%); “fico furioso(a) com facilidade mas esqueço-me depressa” (80%); “às vezes apetece-me praguejar” (90%); “há pessoas que são autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas me dizem , mesmo

que eu tenha a certeza de que elas têm razão” (90%); “muitas vezes não percebo porque sou brusco(a) ou rabugento(a)” (93,3%); “preocupo-me muitas vezes com coisas que não são importantes” (96,7%); “acho que tenho pouca confiança em mim” (73,3%); “às vezes sinto que não sirvo para nada” (73,3%), “às vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial” (96,7%) e “há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume” (80%).

Tabela 6 - Itens do Mini Mult em que a maioria Respondeu Verdadeiro

		Verdadeir		Total
		Falso	o	
mm5- Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas.	Freq	9	21	30
	%	30,0%	70,0%	100,0%
mm11- Às vezes apetece-me praguejar	Freq	3	27	30
	%	10,0%	90,0%	100,0%
mm24- Às vezes fico furioso(a)	Freq	1	29	30
	%	3,3%	96,7%	100,0%
mm25- Acho que tenho pouca confiança em mim	Freq	8	22	30
	%	26,7%	73,3%	100,0%
mm28- Sinto-me quase sempre feliz	Freq	19	11	30
	%	63,3%	36,7%	100,0%
mm29- Há pessoas que são autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas me dizem , mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.	Freq	3	27	30
	%	10,0%	90,0%	100,0%
mm31- Acho que as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer vantagem em vez de perderem.	Freq	3	27	30
	%	10,0%	90,0%	100,0%

mm33- Muitas vezes não percebo porque sou brusco((a) ou rabugento(a)	Freq	2	28	30
	.			
	%	6,7%	93,3%	100,0%
mm34- Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo controlá-los	Freq	4	26	30
	.			
	%	13,3%	86,7%	100,0%
mm36- Às vezes sinto que não sirvo para nada	Freq	8	22	30
	.			
	%	26,7%	73,3%	100,0%
mm38- Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz verdadeiramente	Freq	14	16	30
	.			
	%	46,7%	53,3%	100,0%
mm40- Nunca me senti tão bem como agora	Freq	24	6	30
	.			
	%	80,0%	20,0%	100,0%
mm51- Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são importantes	Freq	1	29	30
	.			
	%	3,3%	96,7%	100,0%
mm53- às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros	Freq	1	29	30
	.			
	%	3,3%	96,7%	100,0%
mm54- Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume	Freq	6	24	30
	.			
	%	20,0%	80,0%	100,0%
mm56- Fico furioso(a) com facilidade mas esqueço-me depressa	Freq	6	24	30
	.			
	%	20,0%	80,0%	100,0%
mm60- Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se essa outra deixar	Freq	3	27	30
	.			
	%	10,0%	90,0%	100,0%
mm65- Às vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial	Freq	1	29	30
	.			
	%	3,3%	96,7%	100,0%

mm67- Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar duma situação desagradável	Freq.	1	29	30
	%	3,3%	96,7%	100,0%
mm68-Sou mais sensível do que a maioria das pessoas	Freq.	10	20	30
	%	33,3%	66,7%	100,0%

2.2. Relação entre variáveis Sócio Demográficas e as Dimensões do Mini Mult

De seguida pretendeu-se averiguar se as dimensões do Mini Mult se relacionam com algumas das variáveis sócio-demográficas como : género, idade, religião, situação face ao emprego, nº de filhos, média de idades dos filhos e o tempo de diagnóstico.

Efectuou-se um estudo prévio da normalidade das variáveis que apresentam escala quantitativa, com o objectivo de fundamentar a opção por estatística paramétrica ou não paramétrica. Começou-se pelo estudo da normalidade das dimensões do mini-mult.

Tabela 7 - Teste Normalidade

Dimensões Mini Mult

	Shapiro-Wilk		
	Valor	gl	p
L - Notas T	,801	30	,000
F_Notas T	,933	30	,060
K-Nota T	,923	30	,031
Hs - Nota T	,967	30	,453
D - Nota T	,956	30	,248
Hy - Nota t	,931	30	,053
Pd - Nota t	,935	30	,066
Pa-Nota t	,693	30	,000
Pt - Nota t	,931	30	,052
Sc- Nota T	,911	30	,016
Ma - Nota t	,903	30	,010

Tabela 8 - Skweness e Kurtosis

Dimensões Mini Mult

		Valor
L - Notas T	Skewness	1,801
	Kurtosis	6,147
F_Notas T	Skewness	,379
	Kurtosis	-,082
K-Nota T	Skewness	,267
	Kurtosis	-,907
Hs - Nota T	Skewness	,063
	Kurtosis	-,447
D - Nota T	Skewness	,235
	Kurtosis	-,868
Hy - Nota t	Skewness	-,874
	Kurtosis	2,555
Pd - Nota t	Skewness	,298
	Kurtosis	-,339
Pa-Nota t	Skewness	2,924
	Kurtosis	12,465
Pt - Nota t	Skewness	-,347
	Kurtosis	-1,009
Sc- Nota T	Skewness	1,180
	Kurtosis	3,625
Ma - Nota t	Skewness	1,142
	Kurtosis	3,186

O teste de normalidade Shapiro Wilk, só revelou normalidade em duas dimensões do mini mult (Histeria e depressão) dado o valor de p ser $> 0,05$. Contudo, observando os valores de Skweness e Kurtose das dimensões que não revelaram normalidade, constata-se que existem desvios pouco severos dado estes valores serem inferiores a 3 e a 7 respectivamente, apenas na escala de paranóia o desvio é severo

dado o valor de kurtose ser superior a 7. Segundo Kline (1998) quando os desvios à normalidade são pouco severos pode recorrer-se a testes paramétricos. Com base nestes resultados ficou definido o uso de estatística não paramétrica para a escala da Paranóia (Pa).

De seguida efectuou-se o estudo da normalidade de duas variáveis sócio-demográficas com escala quantitativa : N° de filhos e tempo de diagnóstico.

Tabela 9 - Teste de Normalidade
Filhos (n° e média de idades)
diagnóstico

	Shapiro-Wilk		
	Valor	gl	p
q11 - Quantos filhos?	,824	25	,001
média de idades dos filhos	,981	25	,896
q8 - Tempo de diagnóstico	,859	25	,003

Tabela 10- Skweness e Kurtosis
Filhos (n° e média de idades) e tempo de
tempo de diagnóstico

		Valor
q11 - Quantos filhos?	Skewness	,768
	Kurtosis	,063
média de idades dos filhos	Skewness	,037
	Kurtosis	-,688
q8 - Tempo de diagnóstico	Skewness	1,240
	Kurtosis	1,204

Nas três variáveis consideradas constatou-se a existência de normalidade ou de desvios pouco severos à normalidade.

Tabela 11 - Correlação de Spearman : Correlação Idade e Habilitações Vs Mini Mult

		Idade	Habilitações
Hs - Nota T	Correlação Spearman	,112	-,168
	p	,556	,376
D - Nota T	Correlação Spearman	,086	-,237
	p	,650	,207
Hy - Nota T	Correlação Spearman	,101	-,296

	p	,594	,112
Pd - Nota T	Correlação Spearman	,034	-,278
	p	,857	,137
Pa-Nota T	Correlação Spearman	-,223	,033
	p	,236	,862
Pt - Nota T	Correlação Spearman	,084	-,246
	p	,660	,189
Sc- Nota T	Correlação Spearman	,008	-,020
	p	,966	,915
Ma - Nota T	Correlação Spearman	-,050	-,015
	p	,792	,936

Utilizou-se uma correlação não paramétrica (Spearman) para relacionar a idade e as habilitações com as dimensões do Mini Mult, dado a variável idade ter sido recolhida em faixas etárias tendo assim uma escala qualitativa de tipo ordinal e a escolaridade avaliada em escalões (também numa escala ordinal). A correlação de Spearman não detectou qualquer correlação significativa entre as variáveis idade e habilitações e as dimensões da escala.

Tabela 12 - Correlação Pearson e de Spearman : Correlação Nº de filhos, Média de idades dos filhos e tempo de diagnóstico Vs Mini Mult

		q11 - Quantos filhos?	média de idades dos filhos	q8 - Tempo de diagnóstico
Hs - Nota T	Correlação de Pearson	-,070	,054	-,100
	p	,739	,796	,598
	N	25	25	30
D - Nota T	Correlação de Pearson	,194	,041	,005
	p	,354	,847	,979

	N	25	25	30
Hy - Nota t	Correlação de Pearson	-,115	,213	,026
	p	,584	,306	,891
	N	25	25	30
Pd - Nota t	Correlação de Pearson	,143	-,019	-,067
	p	,496	,926	,724
	N	25	25	30
Pa-Nota t	Correlação de Spearman	-,026	-,173	-,252
	p	,903	,408	,178
	N	25	25	30
Pt - Nota t	Correlação de Pearson	,138	,167	-,091
	p	,511	,426	,633
	N	25	25	30
Sc- Nota T	Correlação de Pearson	-,152	,039	-,103
	p	,469	,854	,587
	N	25	25	30
Ma - Nota t	Correlação de Pearson	-,169	-,043	-,080
	p	,421	,837	,675
	N	25	25	30

Utilizou-se uma correlação não paramétrica (Spearman) apenas para correlacionar a variável paranóia com as três variáveis sócio demográficas com escala quantitativa, dado a escala de paranóia ter um desvio severo à normalidade, em todas as outras escalas foi possível o uso de uma correlação paramétrica dado haver normalidade ou os desvios pouco severos à mesma. Analisando a tabela 12 constata-se que não existe

relação entre as dimensões da escala mini mult e o número de filhos e a média das idades dos filhos e o tempo de diagnóstico.

De seguida pretendeu-se averiguar a existência de diferenças entre inquiridos que estão no activo e inquiridos desempregados ou reformados nas escalas no Mini Mult, para tal efectuou-se o estudo prévio da normalidade.

Tabela 13 - Teste de Normalidade
Situação face ao emprego Vs Mini Mult

SITUAEMP	Shapiro-Wilk			
	Valor	gl	p	
Hs - Nota T	Activo	,940	15	,376
	Desempregado ou reformado	,919	15	,184
D - Nota T	Activo	,913	15	,152
	Desempregado ou reformado	,892	15	,073
Hy - Nota t	Activo	,940	15	,385
	Desempregado ou reformado	,938	15	,360
Pd - Nota t	Activo	,932	15	,295
	Desempregado ou reformado	,896	15	,083
Pa-Nota t	Activo	,882	15	,050
	Desempregado ou reformado	,686	15	,000
Pt - Nota t	Activo	,909	15	,132
	Desempregado ou reformado	,958	15	,652
Sc-Nota T	Activo	,966	15	,798
	Desempregado ou reformado	,804	15	,004
Ma - Nota t	Activo	,918	15	,179
	Desempregado ou reformado	,923	15	,213

Tabela 14- Skweness e Kurtosis
Situação face ao emprego Vs Mini Mult

Situação face ao emprego			Valor
Hs - Nota T	Activo	Skewness	,012
		Kurtosis	-1,165
	Desempregado ou reformado	Skewness	,850
		Kurtosis	,621
D - Nota T	Activo	Skewness	,737
		Kurtosis	-,477
	Desempregado ou reformado	Skewness	-,187
		Kurtosis	-1,230
Hy - Nota t	Activo	Skewness	-,659
		Kurtosis	,981
	Desempregado ou reformado	Skewness	-,565
		Kurtosis	-,633
Pd - Nota t	Activo	Skewness	,340
		Kurtosis	-,852
	Desempregado ou reformado	Skewness	,406
		Kurtosis	,709
Pa-Nota t	Activo	Skewness	,094
		Kurtosis	-1,292
	Desempregado ou reformado	Skewness	2,694
		Kurtosis	8,959
Pt - Nota t	Activo	Skewness	-,176
		Kurtosis	-1,355
	Desempregado ou reformado	Skewness	-,442
		Kurtosis	-,572
Sc- Nota T	Activo	Skewness	,069
		Kurtosis	-,624
	Desempregado ou reformado	Skewness	1,971
		Kurtosis	5,284
Ma - Nota t	Activo	Skewness	-,281
		Kurtosis	1,152
	Desempregado ou reformado	Skewness	1,011
		Kurtosis	1,974

Só a escala da paranóia tem um desvio severo à normalidade, uma vez que um dos grupos tem um valor de kurtose superior a 7, em todas as outras dimensões existe normalidade ou desvios pouco severos em ambos os grupos. Recorreu-se assim ao teste paramétrico t de student para grupo de participantess independentes para todas as

dimensões, com excepção da dimensão paranóia onde se utilizou o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Tabela 15 - Comparação entre activos Vs Desempregados e reformados nas dimensões do Mini-Mult

Situação face ao Emprego		N	Média	Desvio Padrão	Estatística Inferencial
Hs - Nota	Activo	15	41,93	8,67	t = -,757
T	Desempregado ou reformado	15	44,00	6,05	p =,455
D - Nota T	Activo	15	56,53	15,08	t =,191
	Desempregado ou reformado	15	55,47	15,56	p =,850
Hy - Nota t	Activo	15	47,73	13,40	t =-,371
	Desempregado ou reformado	15	49,13	5,79	p =,713
Pd - Nota t	Activo	15	46,67	10,83	t =-,841
	Desempregado ou reformado	15	49,87	9,99	p =,407
Pa-Nota t	Activo	15	50,27	4,62	U = 90,50
	Desempregado ou reformado	15	53,60	9,92	p = ,347
Pt - Nota t	Activo	15	40,33	13,85	t =-1,067
	Desempregado ou reformado	15	45,33	11,74	p =,295
Sc- Nota T	Activo	15	45,00	9,39	t =-1,822
	Desempregado ou reformado	15	51,87	11,18	p =0,079
Ma - Nota	Activo	15	46,53	6,05	t =-1,584
t	Desempregado ou reformado	15	51,47	10,44	p =,124

Os testes inferenciais usados não revelaram a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões do Mini-Mult.

De seguida pretendeu-se averiguar a existência de diferenças entre inquiridos que são da religião católica e os que não têm religião. Havia apenas um inquirido protestante que foi retirado desta análise.

Uma vez mais foi-se fazer o estudo prévio da normalidade dos dois grupos nas dimensões em questão.

Tabela 16 - Teste de Normalidade
Religião Vs Mini Mult

	q7 - Qual a sua religião?	Shapiro-Wilk		
		Valor	gl	p
Hs - Nota T	católica	,970	21	,730
	não tem	,967	8	,876
D - Nota T	católica	,928	21	,127
	não tem	,871	8	,152
Hy - Nota t	católica	,963	21	,582
	não tem	,917	8	,407
Pd - Nota t	católica	,876	21	,013
	não tem	,879	8	,184
Pa - Nota t	católica	,878	21	,013
	não tem	,717	8	,003
Pt - Nota t	católica	,942	21	,242
	não tem	,903	8	,307
Sc - Nota T	católica	,960	21	,508
	não tem	,940	8	,614
Ma - Nota t	católica	,934	21	,163
	não tem	,848	8	,091

Tabela 17- Skweness e Kurtosis
Religião Vs Mini Mult

	q7 - Qual a sua religião?	Valor	
		Skewness	Kurtosis
Hs - Nota T	católica	,148	,299
	não tem	-,155	-,814
D - Nota T	católica	-,086	-1,121
	não tem	,788	-1,077
Hy - Nota t	católica	-,073	,457
	não tem	-,919	1,385
Pd - Nota t	católica	-,401	-1,139
	não tem	,365	-1,829
Pa - Nota t	católica	-,105	-,814
	não tem	2,189	5,246
Pt - Nota t	católica	-,315	-,857
	não tem	-,263	-1,434
Sc - Nota T	católica	,163	,090
	não tem	1,038	1,681
Ma - Nota t	católica	-,013	,763
	não tem	1,593	2,806

Em ambos os grupos verificou-se a existência de normalidade ou de desvios pouco severos à mesma nas várias dimensões do Mini Mult, como tal foi possível recorrer-se a um teste paramétrico.

Tabela 18 - t de student para grupo de participantess independentes : Comparação entre inquiridos da religião Católica Vs Inquiridos sem Religião nas dimensões do Mini-Mult

	q7 - Qual a sua religião?	N	Média	Desvio Padrão	t de Student para grupo de participantess independentes
Hs - Nota T	católica	21	42,24	6,61	t = -,375
	não tem	8	43,38	8,99	p=,711
D - Nota T	católica	21	54,14	13,85	t =-,680
	não tem	8	58,38	17,84	p=,503
Hy - Nota t	católica	21	48,52	7,65	t =,174
	não tem	8	47,50	16,00	p=,866
Pd - Nota t	católica	21	47,43	7,74	t =-,471
	não tem	8	49,50	16,18	p=,642
Pa-Nota t	católica	21	51,00	3,99	t =-,347
	não tem	8	53,63	13,96	p=,737
Pt - Nota t	católica	21	42,62	12,79	t =,09
	não tem	8	42,13	14,26	p=,929
Sc- Nota T	católica	21	47,52	7,78	t =-,492
	não tem	8	50,63	17,19	p=,636
Ma - Nota t	católica	21	48,19	7,01	t =-,589
	não tem	8	50,38	12,94	p=,561

O teste t de student não revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões do Mini-Mult.

Foi-se investigar de seguida a existência de diferenças entre inquiridos do sexo masculino e do sexo feminino nas escalas do Mini-Mult. Efectuou-se o estudo prévio da normalidade dos dois grupos nas escalas em questão.

Tabela 19 - Teste de Normalidade
Género Vs Mini Mult

	q1- Género	Shapiro-Wilk		
		Valor	gl	p
Hs - Nota T	Feminino	,964	22	,580
	Masculino	,913	8	,377
D - Nota T	Feminino	,942	22	,216
	Masculino	,887	8	,221
Hy - Nota t	Feminino	,836	22	,002
	Masculino	,909	8	,346
Pd - Nota t	Feminino	,876	22	,010
	Masculino	,923	8	,457
Pa-Nota t	Feminino	,683	22	,000
	Masculino	,920	8	,432
Pt - Nota t	Feminino	,927	22	,106
	Masculino	,826	8	,054
Sc- Nota T	Feminino	,884	22	,015
	Masculino	,910	8	,356
Ma - Nota t	Feminino	,879	22	,011
	Masculino	,911	8	,365

Tabela 20- Skweness e Kurtosis
Género Vs Mini Mult

	q1- Género	Valor	
		Skewness	Kurtosis
Hs - Nota T	Feminino	Skewness	,110
		Kurtosis	-,004
	Masculino	Skewness	,023
		Kurtosis	-1,795
D - Nota T	Feminino	Skewness	,109
		Kurtosis	-,870
	Masculino	Skewness	-,825
		Kurtosis	-,566
Hy - Nota t	Feminino	Skewness	-1,774
		Kurtosis	4,299
	Masculino	Skewness	-,408
		Kurtosis	-,508
Pd - Nota t	Feminino	Skewness	,744
		Kurtosis	1,007
	Masculino	Skewness	-,790
		Kurtosis	-,335
Pa-Nota t	Feminino	Skewness	2,838
		Kurtosis	10,888
	Masculino	Skewness	,236
		Kurtosis	-1,346
Pt - Nota t	Feminino	Skewness	-,248
		Kurtosis	-1,096
	Masculino	Skewness	-1,658
		Kurtosis	3,170
Sc- Nota T	Feminino	Skewness	1,435
		Kurtosis	3,784
	Masculino	Skewness	-,621
		Kurtosis	1,547
Ma - Nota t	Feminino	Skewness	1,206
		Kurtosis	3,732
	Masculino	Skewness	,880
		Kurtosis	1,002

Uma vez mais só escala da paranóia tem um desvio severo à normalidade, uma vez que o grupo do sexo feminino tem um valor de kurtose superior a 7, em todas as outras dimensões existe normalidade ou desvios pouco severos em ambos os grupos. Recorreu-se assim ao teste paramétrico t de student para grupo de participantes independentes para todas as dimensões, com excepção da dimensão paranóia onde se utilizou o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Tabela 21 - Comparação entre sexo feminino e masculino nas dimensões do Mini-Mult

	q1Género	N	Média	Desvio		Estatística Inferencial
				Padrão		
Hs - Nota T	Feminino	22	40,36	6,34		t =-3,883
	Masculino	8	50,13	5,28		p =,001***
D - Nota T	Feminino	22	51,41	12,27		t =-3,170
	Masculino	8	68,63	15,50		p =,004**
Hy - Nota t	Feminino	22	45,14	8,93		t =-3,456
	Masculino	8	57,50	7,82		p =,002**
Pd - Nota t	Feminino	22	46,91	9,51		t =-1,199
	Masculino	8	52,00	12,34		p =,241
Pa-Nota t	Feminino	22	52,73	8,61		U= 64,50
	Masculino	8	49,75	4,62		p =,256
Pt - Nota t	Feminino	22	39,41	11,87		t =-2,658
	Masculino	8	52,25	11,17		p =,013*
Sc- Nota T	Feminino	22	49,05	11,35		t =,512
	Masculino	8	46,75	9,25		p =,613
Ma - Nota t	Feminino	22	50,45	8,94		t =1,546
	Masculino	8	45,00	7,23		p =,133

(* significativo para $p \leq 0,05$, ** Significativo para $p \leq 0,01$)

O teste t de student revelou a existência de diferenças significativas entre sexo feminino e masculino nas seguintes dimensões da escala Mini Mult : Hipocondria,

depressão, histeria, e psicastenia, revelando os homens um resultado mais elevado nestas escalas do que as mulheres.

3. Questionário Bem Estar Espiritual – SWBQp

3.1. Dimensões do SWBQp

Um dos objectivos deste estudo é averiguar a existência de diferenças significativas entre as dimensões da escala SWBQp. Estudou-se previamente a normalidade das dimensões da escala no sentido de averiguar a possibilidade de usar o teste paramétrico ANOVA para Grupo de participantess dependentes.

Tabela 22 - Teste de Normalidade dimensões SWBQp

	Shapiro-Wilk		
	Valor	gl	p
SWBQp - Pessoal	,948	30	,147
SWBQp - Comunitária	,936	30	,072
SWBQp - Ambiental	,942	30	,105
SWBQp - Transcendental	,929	30	,046

. O teste de Shapiro revelou a existência de normalidade em todas as escalas nos dois grupos em estudo.

Tabela 23 – Anova para Grupo de participantess dependentes : Comparação entre as Dimensões da SWBQp

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	ANOVA GRUPO DE PARTICIPANTE SS DEPENDENTES
SWBQp - Comunitária	2,00	4,60	3,66	,60	
SWBQp - Ambiental	2,00	4,60	3,35	,75	F = 637,109
SWBQp - Transcendental	1,20	4,80	2,71	,98	p = 0,000
SWBQp -Pessoal	1,60	3,60	2,66	,61	

A ANOVA para grupo de participantess dependentes revelou a existência de diferenças significativas entre as dimensões da escala de bem estar pessoal : a dimensão com melhor resultado foi a comunitária, e em segundo lugar a ambiental em último lugar surge a transcendental e a pessoal (estas últimas não diferem entre si).

Gráfico 3



Como se pode comprovar pela tabela 24, onde constam as respostas dadas pelos inquiridos aos itens de cada dimensão, os itens das dimensões pessoal e transcendental são os que têm mais respostas nas alternativas “pouco” ou “muito pouco”, destacam-se por exemplo dois itens da dimensão pessoal em que a maioria refere sentir pouca ou muito pouca alegria na vida e paz interior e dois itens da dimensão transcendental em que a maioria refere sentir pouco ou muito pouco sentimento de união com Deus ou um sentimento de paz. Os itens da dimensão comunitária têm muitas respostas no “muito” e “muitíssimo”, destacando-se 3 itens: “afecto pelos outros”, “respeito pelas outras pessoas” e “bondade para com os outros”.

Tabela 24 - Análise de Frequências Itens SWBQp

SWBQp		Muito						
		Pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo		
Pessoal	swbq5-Um sentimento de identidade pessoal	Freq	1	6	17	6	0	
		%	3,3%	20,0%	56,7%	20,0%	,0%	
	swbq9 - Auto-conhecimento	Freq	0	8	18	4	0	
		%	,0%	26,7%	60,0%	13,3%	,0%	
	swbq14-Alegria na vida	Freq	3	16	10	1	0	
		%	10,0%	53,3%	33,3%	3,3%	,0%	
	swbq16-Paz interior	Freq	3	15	10	2	0	
		%	10,0%	50,0%	33,3%	6,7%	,0%	
	swbq18-Um sentido para a vida	Freq	2	7	15	6	0	
		%	6,7%	23,3%	50,0%	20,0%	,0%	
	Comunitária	swbq1- Afecto pelas outras pessoas	Freq	0	1	12	11	6
			%	,0%	3,3%	40,0%	36,7%	20,0%
swbq3- Generosidade em relação aos outros		Freq	0	0	14	11	5	
		%	,0%	,0%	46,7%	36,7%	16,7%	
swbq8-A confiança entre pessoas		Freq	1	1	15	13	0	
		%	3,3%	3,3%	50,0%	43,3%	,0%	
swbq17-Respeito pelas outras pessoas		Freq	0	2	7	17	4	
		%	,0%	6,7%	23,3%	56,7%	13,3%	
swbq19- Bondade para com os outros		Freq	0	1	8	17	4	
		%	,0%	3,3%	26,7%	56,7%	13,3%	
swbq4-uma ligação com a natureza		Freq	0	3	19	6	2	

		%	,0%	10,0%	63,3%	20,0%	6,7%
	swbq7- Espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante	Freq	0	4	11	6	9
		%	,0%	13,3%	36,7%	20,0%	30,0%
Ambiental	swbq10- Um sentimento de união com a natureza	Freq	0	5	13	12	0
		%	,0%	16,7%	43,3%	40,0%	,0%
	swbq12-Uma relação de harmonia com o ambiente	Freq	0	7	16	7	0
		%	,0%	23,3%	53,3%	23,3%	,0%
	swbq20- Uma sensação de deslumbramento pela natureza	Freq	0	4	10	10	6
		%	,0%	13,3%	33,3%	33,3%	20,0%
	swbq2- Uma relação pessoal com o divino ou Deus	Freq	2	12	9	6	1
		%	6,7%	40,0%	30,0%	20,0%	3,3%
	swbq6-Admiração e respeito pela criação	Freq	3	10	7	8	2
		%	10,0%	33,3%	23,3%	26,7%	6,7%
Transcendental	swbq11- O sentimento de união com Deus	Freq	3	13	7	5	2
		%	10,0%	43,3%	23,3%	16,7%	6,7%
	swbq13- Um sentimento de paz	Freq	1	15	9	3	2
		%	3,3%	50,0%	30,0%	10,0%	6,7%
	swbq15-Uma vida de meditação e/ou oração	Freq	6	8	9	5	2
		%	20,0%	26,7%	30,0%	16,7%	6,7%

3.2. Relação entre variáveis Sócio Demográficas e as Dimensões Questionário Bem Estar Espiritual – SWBQp

De seguida pretendeu-se averiguar se as dimensões do SWBQp se relacionam com as variáveis sócio-demográficas : género, idade, religião, situação face ao emprego, nº de filhos, média de idades dos filhos e o tempo de diagnóstico.

Tabela 25 - Correlação de Spearman : Correlação Idade e Habilitações Vs SWBQp

		q2- idade	q5-Habilitações
SWBQp - Pessoal	Correlação de Spearman	-,077	,172
	p	,684	,363
	N	30	30
SWBQp - Comunitária	Correlação de Spearman	-,026	,250
	p	,892	,183
	N	30	30
SWBQp - Ambiental	Correlação de Spearman	-,091	,289
	p	,631	,121
	N	30	30
SWBQp - Transcendental	Correlação de Spearman	-,200	,319
	p	,289	,085
	N	30	30

Utilizou-se a correlação de spearman para correlacionar as dimensões da SWBQp com a idade e as habilitações porque estas duas últimas variáveis foram

medidas com uma escala ordinal. A correlação de Spearman não revelou a existência de correlações significativas.

Tabela 26 - Correlação Pearson e de Spearman : Correlação N° de filhos e Média de idades dos filhos Vs SWBQp

		q11 - Quantos filhos?	média de idades dos filhos	q8 - Tempo de diagnóstico
SWBQp - Pessoal	Correlação de Pearson	-,217	,148	,205
	p	,297	,481	,278
	N	25	25	30
SWBQp - Comunitária	Correlação de Pearson	-,008	,096	,206
	p	,969	,648	,274
	N	25	25	30
SWBQp - Ambiental	Correlação de Pearson	-,075	,093	,035
	p	,723	,658	,856
	N	25	25	30
SWBQp - Transcendental	Correlação de Pearson	-,178	-,059	,036
	p	,394	,781	,851
	N	25	25	30

As variáveis correlacionadas na tabela 26 são todas quantitativas e com distribuição normal ou desvios pouco severos à normalidade (como prova estudo feito nas tabelas 9, 10 e 22), como tal recorreu-se a uma correlação paramétrica. A Correlação de Pearson não detectou relações significativas entre as variáveis.

De seguida pretendeu-se averiguar a existência de diferenças entre inquiridos que estão no activo e inquiridos desempregados ou reformados nas escalas SWBQp, para tal efectuou-se o estudo prévio da normalidade.

Tabela 27 - Teste de Normalidade

Situação face ao emprego Vs SWBQp

	Situação face ao emprego	Shapiro-Wilk		
		Valor	gl	p
SWBQp - Pessoal	Activo	,938	15	,353
	Desempregado ou reformado	,954	15	,590
SWBQp - Comunitária	Activo	,889	15	,064
	Desempregado ou reformado	,904	15	,110
SWBQp - Ambiental	Activo	,903	15	,106
	Desempregado ou reformado	,963	15	,741
SWBQp - Transcendental	Activo	,877	15	,042
	Desempregado ou reformado	,945	15	,454

Tabela 28- Skweness e Kurtosis

Situação face ao emprego Vs SWBQp

	Situação face ao		Valor
SWBQp - Pessoal	Activo	Skewness	-,173
		Kurtosis	-1,281
	Desempregado ou reformado	Skewness	,046
		Kurtosis	-,420
SWBQp - Comunitária	Activo	Skewness	-,084
		Kurtosis	-1,718
	Desempregado ou reformado	Skewness	-,917
		Kurtosis	1,554
SWBQp - Ambiental	Activo	Skewness	-,307
		Kurtosis	-1,072
	Desempregado ou reformado	Skewness	,421
		Kurtosis	,858
SWBQp - Transcendental	Activo	Skewness	,309
		Kurtosis	-1,624
	Desempregado ou reformado	Skewness	,024
		Kurtosis	-,987

Em ambos os grupos (Activos Vs desempregados/Reformados) existe normalidade ou desvios pouco severos à mesma, pelo que se recorreu ao teste t de student para grupo de participantess independentes.

Tabela 29 – t de Student para grupo de participantess independentes : comparação entre activos Vs Desempregados e reformados nas dimensões do SWBQp

	Situação face ao Emprego	N	Média	Desvio Padrão	T de Student Grupo de participantess Independente
SWBQp - Pessoal	Activo	15	2,71	,66	t = ,413

	Desempregado ou reformado	15	2,61	,58	p = ,683
	Activo	15	3,84	,57	t =1,698
SWBQp - Comunitária	Desempregado ou reformado	15	3,48	,59	p =,101
	Activo	15	3,56	,81	t =1,542
SWBQp - Ambiental	Desempregado ou reformado	15	3,15	,65	p =,134
	Activo	15	2,89	1,16	t =1,002
SWBQp - Transcendental	Desempregado ou reformado	15	2,53	,77	p =,326

O teste t de student para grupo de participantess independentes não revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões do SWBQp. De seguida pretendeu-se averiguar a existência de diferenças entre inquiridos que são da religião católica e os que não têm religião. Efectuou-se uma vez mais o estudo prévio da normalidade dos dois grupos nas dimensões da escala.

Tabela 30 - Teste de Normalidade
Religião Vs SWBQp

	Religião	Shapiro-Wilk		
		Valor	gl	p
SWBQp - Pessoal	católica	,927	21	,119
	não tem	,817	8	,043
SWBQp - Comunitária	católica	,914	21	,067
	não tem	,780	8	,017
SWBQp - Ambiental	católica	,938	21	,197
	não tem	,896	8	,267
SWBQp - Transcendental	católica	,956	21	,445
	não tem	,847	8	,090

Tabela 31- Skweness e Kurtosis
Religião Vs SWBQp

	Religião	Valor	
		Skewness	Kurtosis
SWBQp - Pessoal	católica	Skewness	,427
		Kurtosis	-,776
	não tem	Skewness	,055
		Kurtosis	-2,439
SWBQp - Comunitária	católica	Skewness	,566
		Kurtosis	-,691
	não tem	Skewness	-1,633
		Kurtosis	1,988
SWBQp - Ambiental	católica	Skewness	,368
		Kurtosis	-,039
	não tem	Skewness	-,805
		Kurtosis	-,324
SWBQp - Transcendental	católica	Skewness	,312
		Kurtosis	-,618
	não tem	Skewness	,183
		Kurtosis	-2,188

Em ambos os grupos (católicos e sem religião) existe normalidade ou desvios pouco severos à mesma, pelo que se recorreu ao teste t de student para grupo de participantess independentes.

Tabela 32 - t de student para grupo de participantess independentes : Comparação entre inquiridos da religião Católica Vs Inquiridos sem Religião no SWBQp

	q7 - Qual a sua religião?	N	Média	Desvio Padrão	tde student para grupo de participantess independentes
SWBQp - Pessoal	católica	21	2,73	,46	t = ,410
	não tem	8	2,60	,88	p= ,692
SWBQp - Comunitária	católica	21	3,60	,47	t = -,990
	não tem	8	3,85	,89	p= ,331
SWBQp - Ambiental	católica	21	3,29	,66	t = -,190
	não tem	8	3,65	,92	p= ,245
SWBQp - Transcendental	católica	21	2,68	,84	t = -,485
	não tem	8	2,93	1,36	p= ,639

O teste t de student não revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões do SWBQp.

Foi-se investigar de seguida a existência de diferenças entre inquiridos do sexo masculino e do sexo feminino nas escalas do SWBQp. Efectuou-se o estudo prévio da normalidade dos dois grupos nas dimensões desta escala.

Tabela 33 - Teste de Normalidade

Género Vs SWBQp

	Género	Shapiro-Wilk		
		Valor	gl	p
SWBQp - Pessoal	Feminino	,951	22	,332
	Masculino	,948	8	,691
SWBQp - Comunitária	Feminino	,921	22	,081
	Masculino	,797	8	,027
SWBQp - Ambiental	Feminino	,934	22	,152
	Masculino	,928	8	,502
SWBQp - Transcendental	Feminino	,964	22	,570
	Masculino	,765	8	,012

Tabela 34- Skweness e Kurtosis

Género Vs SWBQp

	Género	Valor	
		Skewness	Kurtosis
SWBQp - Pessoal	Feminino	-.205	-.810
	Masculino	,579	-.462
SWBQp - Comunitária	Feminino	-.648	1,422
	Masculino	,069	-2,488
SWBQp - Ambiental	Feminino	,064	-.517
	Masculino	,411	-1,102
SWBQp - Transcendental	Feminino	,289	-.699
	Masculino	1,355	,423

Todas as dimensões revelam, em ambos os grupos, normalidade ou desvios pouco severos. Recorreu-se assim ao teste paramétrico t de student para grupo de participantess independentes.

Tabela 35 - Comparação entre sexo feminino e masculino nas dimensões SWBQp

	Género	N	Média	Desvio Padrão	t de student para grupo de participantess independentes
SWBQp - Pessoal	Feminino	22	2,74	,58	t = 1,142 p = ,263
	Masculino	8	2,45	,68	
SWBQp - Comunitária	Feminino	22	3,67	,60	t = ,190 p = ,851
	Masculino	8	3,63	,63	
SWBQp - Ambiental	Feminino	22	3,41	,74	t = ,668 p = ,510
	Masculino	8	3,20	,80	

SWBQp - Transcendental	Feminino	22	2,85	,96	t = 1,321
	Masculino	8	2,33	1,01	p = ,197

O teste t de student para grupo de participantess independentes não revelou a existência de diferenças significativas entre sexo feminino e masculino nas dimensões da SWBQp.

De seguida foi-se averiguar a existência de correlações significativas entre as dimensões do Mini Mult e do SWBQp. Utilizou-se uma correlação paramétrica (Pearson) para relacionar todas as escalas entre si, com excepção da escala da paranóia em que se utilizou a correlação não paramétrica de Spearman para a relacionar com as dimensões da SWBQp, uma vez que a escala da paranóia tem um desvio severo à normalidade.

3.3. Relação entre o SWBQp e o Mini-Mult

Tabela 36 - Correlação Pearson e de Spearman : Correlação Dimensões Mini Mult Vs SWBQp

		SWBQp - Pessoal	SWBQp - Comunitária	SWBQp - Ambiental	SWBQp - Transcendental
Hs - Hipocondria	Correlação				
	Pearson	-,360	-,266	-,340	-,421*
	p	,051	,155	,066	,021
	N	30	30	30	30
D - Depressão	Correlação				
	Pearson	-,771**	-,417*	-,615**	-,771**
	p	,000	,022	,000	,000
	N	30	30	30	30
Hy - Histeria	Correlação				
	Pearson	-,575**	-,454*	-,531**	-,648**

	p	,001	,012	,003	,000
	N	30	30	30	30
Pd – Desvio Psicopático	Correlação				
	Pearson	-,826**	-,778**	-,789**	-,801**
	p	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30
Pa - Paranóia	Correlação				
	Pearson	-,499**	-,719**	-,497**	-,410*
	p	,005	,000	,005	,024
	N	30	30	30	30
Pt - Psicastenia	Correlação				
	Pearson	-,707**	-,648**	-,718**	-,760**
	p	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30
Sc- Esquizofrenia	Correlação				
	Pearson	-,334	-,626**	-,439*	-,339
	p	,072	,000	,015	,067
	N	30	30	30	30
Ma - Hipomania	Correlação				
	Pearson	-,289	-,429*	-,366*	-,137
	p	,121	,018	,047	,470
	N	30	30	30	30

*. Correlação significativa para $p \leq 0,05$

**.. Correlação significativa para $p \leq 0,01$

Todas as escalas da SWQBQp se relacionaram de forma significativa e negativa com todas as dimensões da MiniMult com exceção da escala da hipocondria que só tem uma correlação significativa negativa com a dimensão transcendental. De uma maneira geral quanto melhor os resultados nas várias dimensões do questionário do bem estar espiritual, mais baixos os resultados nas dimensões da Mini Mult.

IV. Discussão dos Resultados

Quando um cancro é diagnosticado, o paciente pode necessitar de tratamento especializado durante meses ou mesmo alguns anos. As principais formas de terapia, (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) embora determinantes para uma evolução favorável da doença, constituem-se, muitas vezes, em novas fontes de sofrimento para o doente. O sofrimento é, portanto, algo transversal a estas doenças e como refere Gameiro (1999), o tema do sofrimento na doença, enquanto experiência subjectiva, tem sido alvo de reflexão fenomenológica e existencial, tendo gerado múltiplas tipologias das componentes fundamentais desta experiência, ao mesmo tempo, altamente individual e sujeita a várias condicionantes sociais e culturais. Para este autor, o sofrimento nas doenças graves e de mau prognóstico é, muitas vezes, tão intenso que o doente se sente agrilhoado à sua condição e envolto numa bruma tão densa que lhe limita a capacidade de fruir o presente e ânimo para investir no futuro.

A vulnerabilidade psicossocial à doença oncológica e capacidade de enfrentar a doença depende, além das circunstâncias em que ela ocorre, da percepção individual do impacto da doença no próprio e no seu plano de vida (capacidade em atingir objectivos futuros e manter a viabilidade de acções interpessoais), da estrutura psicológica do doente, nomeadamente dos traços de personalidade (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskas & Harman, 2007; Ando, Iwamitsu, Kuranami, Okazaki, Wada, Yamamoto, et al, 2009) e da disponibilidade de apoio emocional e social (Drageset & Lindstrom, 2005).

Os profissionais de saúde só poderão ajudar, de forma efectiva, estes pacientes, se compreenderem melhor o seu sofrimento e, partindo deste conhecimento, planear cuidados de forma a o minorar.

MMPI-2

Os resultados observados ao nível das dimensões e da perturbação global no MMPI-2 evidenciaram níveis de perturbação e sofrimento mental moderados (não são muito elevados, mas também não são baixos). Em cerca de 36.6 %, observou-se uma pontuação acima de 70, indicando a existência de um elevado número de problemas psicológicos; verificou-se que a dimensão com uma maior pontuação média foi da escala da Depressão. Em cerca de 43.3% observaram-se valores de sofrimento psicológico, reveladores de depressão moderada e insatisfação com a vida, assim como

em 20% verificou-se uma nota T superior a 70, o que é indicador de uma depressão clinicamente severa e elevado número de problemas psicológicos.

O estudo realizado por Fernandes e McIntyre (2002) suporta este facto, revelando que 65% das participantes sofriam de depressão; no trabalho desenvolvido por Teles, Ribeiro e Cardoso (2003) observou-se que 86% dos inquiridos com doença oncológica tinham depressão grave, verificando-se uma percentagem de apenas 16% em doentes não oncológicos.

Segundo Chochinov (2006) a depressão é algo a ter em consideração na pessoa com doença oncológica, surgindo frequentemente como reacção às exigências da doença e seu tratamento. Com a doença surge o medo da perda de autonomia e de auto-estima, da liberdade de decisão e do sentido de futuro (Gameiro, 1999, McIntyre, 2004), cultivando-se o sentimento de inutilidade, muitas vezes associado a quadros depressivos, perda de esperança e desejo de morrer (Breitbard, Rosenfeld & Pessin ref. Chochinov, 2009). Por outro lado, sofrer de depressão conduz a uma perda de interesses, sentimentos esmagadores de inutilidade, desamparo, culpa excessiva, perda da dignidade, sobrecarga para os outros, diminuição do desejo de viver e um crescente desejo de morrer, desencadeando-se assim situações de um sofrimento extremo, que leva à deterioração da qualidade de vida da pessoa doente. Portanto, se por um lado se torna óbvia a necessidade de aliviar a sintomatologia física com a designada “intervenção médica tradicional”, por outro é cada vez mais real a necessidade de suporte emocional e de satisfazer as respostas da pessoa com doença oncológica face às interrogações de vária ordem inerentes à vivência da doença, como os seus medos sobre a evolução da doença, tratamentos e morte (Martínez & Barreto, 2001; Chochinov, 2006).

Por fim, verificaram-se igualmente valores significativos nas escalas de Esquizofrenia (indicadora de isolamento nas relações sociais e dificuldade de adaptação ao meio), e Paranóia (associada a dificuldades nas relações interpessoais (excessiva sensibilidade interpessoal), com uma tendência para interpretar incorrectamente as intenções dos outros e delírios de perseguição).

No que concerne às relações entre as variáveis sócio-demográficas (idade, género, habilitações e situação laboral) e o nível de perturbação mental dos participantes podemos referir o seguinte:

- A idade não aparece relacionada com o nível de perturbação mental dos inquiridos; Martins (2002) e Apóstolo et al, (2006) referiram não existir diferenças significativas entre a idade e as experiências subjectivas do sofrimento. No entanto no estudo de Gameiro (1999) verificaram-se diferenças entre a idade e o sofrimento físico, indicando que os doentes mais jovens seriam os que apresentavam maiores experiências subjectivas de sofrimento físico.
- Existem diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino no Mini-Mult, os homens (n=8; 26.7%) apresentam um nível significativamente mais elevado de sintomas psicopatológicos. Gameiro (1999) no seu estudo verificou que em iguais situações de morbilidade, os homens experienciam mais sofrimento psicológico do que as mulheres. No entanto, parece existir alguma disparidade na literatura, uma vez que na sua grande maioria, é o género feminino que tem apresentado um nível de sofrimento mais elevado do que os elementos do género masculino (Zabora et al, 2001; Bultz & Carlson, 2006). No entanto, tal resultado tem vindo a ser associado ao facto de as mulheres terem mais disposição para relatar os sintomas perturbadores, assim como a utilização de estratégias de coping emocional, ao contrário dos homens (Freed, 2012; Linden, et al., 2012); estes tenderão frequentemente a desvalorizar os sintomas de ansiedade (muitas vezes confundidos ou mal interpretados), assim como a não estarem tão receptivos na procura e/ou aceitação de ajuda clínica, bem como no tratamento, estando este comportamento associado a questões psicossociais relacionadas com o medo e vulnerabilidade física e emocional (Bailey, 2010). No entanto, tal como Christine Miaskowski (2004) refere, devido às discordâncias encontradas em diversos estudos realizados, não é possível retirar conclusões definitivas relativamente a diferenças entre homens e mulheres com doença oncológica, nesta área.
- Verificámos também não existirem diferenças estatísticas significativas no nível de saúde mental entre participantes com diferentes habilitações literárias; contudo Gameiro (1999), evidencia associações entre as habilitações literárias e o sofrimento psicológico e existencial. Gameiro (2004) refere que doentes com

menores habilitações literárias tendem a sofrer mais com a doença, uma vez que apresentam uma menor capacidade conceptual para lidar com os fenómenos desorientadores vividos; por outro lado, segundo Barbosa e Neto (2006) os doentes com maiores habilitações literárias, maior capacidade cognitivo-conceptual, tendem a sofrer mais com as subjectividades das significações atribuídas à realidade da doença e percepções dos sintomas físicos e psicológicos.

- Relativamente ao nível de saúde mental de pessoas com doença oncológica, tendo em consideração a sua situação laboral, verificou-se não existirem quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Contudo, Martins (2002) contrariamente a Gameiro (1999) refere que doentes com uma ocupação laboral têm tendência a ter mais auto-estima e adaptação à doença, pois o trabalho promove uma sensação de utilidade, de contribuírem para a sociedade.
- Embora a generalidade dos estudos mostre que a sintomatologia psicológica diminui ao longo do tempo, como é ilustrado no estudo de Burgess e colaboradores (2005), no qual a prevalência de ansiedade e depressão decresce de 40% para 25% do primeiro para o segundo ano após o diagnóstico e continua a diminuir (sendo que em fases de remissão a sintomatologia dos doentes oncológicos é semelhante à da população geral), no nosso trabalho verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre a saúde mental e o tempo de diagnóstico. No estudo de Fernandes (2009), também não se encontraram alterações em função da passagem do tempo a nível da ansiedade, comum nos pacientes com cancro; noutros estudos obtêm-se diferentes resultados com a ansiedade ou a depressão a diminuir com o passar do tempo (McCoubrie & Davies, 2006).

A inconsistência na literatura ao nível destas relações alerta para a importância de se compreender o papel das variáveis associadas à morbilidade psicológica e sua evolução, nas diferentes fases da doença. A inexistência de consenso relativamente à influência da passagem do tempo no ajustamento da pessoa com doença oncológica, poderá ser explicada pelo facto do tempo não influir por si só na adaptação à doença; de facto podem existir diferentes padrões de adaptação ao longo do tempo (alguns

pacientes pioram, outros melhoram e outros mantêm-se estáveis com o passar dos meses). Para os diferentes padrões de adaptação podem contribuir outras variáveis como as queixas físicas, os recursos disponíveis ou a forma de lidar com a doença (Helgeson, Snyder, & Seltman, 2004; Henselmans et al., 2010). Assim, parece ser mais relevante focar as variáveis que influenciam os padrões de ajustamento e intervir a esse nível, procurando promover uma melhor adaptação à doença, nas suas diversas fases.

- Neste trabalho não se verificou qualquer relação entre a saúde mental em pessoas com doença oncológica e a pertença a uma religião, o que nos poderá remeter para a disparidade entre os conceitos religiosidade e espiritualidade.

Worthington, Kurusu e McCullough (1996) definem uma pessoa religiosa como aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em certa medida, a religião como instituição; já uma pessoa espiritualizada é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada. Pinto e Ribeiro, (2007) sugere assim que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjectiva e enfatiza a vida.

Uma pessoa agnóstica, ou até mesmo ateísta, apesar de não ser religiosa, pode ser considerada como possuidora de uma grande espiritualidade (Anandarajah & Hight, 2001). Desta forma, é possível perceber que a religiosidade e espiritualidade são conceitos que apesar de relacionados, apresentam diferenças significativas, onde a pertença ou não a uma religião, não interfere por si só, com o nível de espiritualidade do indivíduo.

Bem-Estar Espiritual

Relativamente ao questionário de Bem-estar Espiritual, verificou-se a existência de diferenças significativas entre as quatro dimensões da escala, observando-se resultados mais elevados nas dimensões comunitária e ambiental, onde a maioria das respostas se concentrou nas categorias “muito” e “muitíssimo”, destacando-se entre os itens melhor pontuados: “afecto pelos outros”, “respeito pelas outras pessoas” e “bondade para com os outros”. Nas dimensões transcendental e pessoal, a maioria das respostas incidu nas categorias “pouco” ou “muito pouco”; destacam-se por exemplo

dois itens da dimensão pessoal em que a maioria refere sentir pouca ou muito pouca alegria na vida e paz interior e dois itens na dimensão transcendental em que a maioria refere sentir pouco ou muito pouco sentimento de união com Deus ou um sentimento de paz.

Conforme anteriormente referido, Pargament (1999) definiu o conceito coping religioso/espiritual por meio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais (como o uso da religião, espiritualidade ou fé) utilizadas para manejar o stress diário e/ou advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida (consequências negativas dos problemas de vida). Segundo Clark et al., (1995) o coping religioso/ espiritual pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para a emoção, bem como à criação de sentimentos negativos relacionados com o stress; assim podem classificar-se as estratégias de coping religioso/ espiritual em positivas e negativas (Pargament et al., 1998a, 2000, 2001b). Define-se o coping religioso/espiritual como positivo quando este abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, procurar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, ou ainda redefinir o efeito stressor como benéfico. Considera-se o coping religioso/ espiritual como negativo quando este se baseia em estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar a existência, amor ou actos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros da sua instituição religiosa ou estratégias que levam a redefinir o evento stressor como uma punição divina. Desta forma, através da análise prévia é possível concluir que neste estudo as estratégias de coping religioso/espiritual podem incidir maioritariamente em estratégias do tipo negativo.

Neste trabalho verificou-se a inexistência de uma relação estatisticamente significativa entre o bem-estar espiritual e as variáveis sócio-demográficas. Contudo, no estudo de Ribeiro (2010), evidenciaram-se associações entre bem-estar e algumas variáveis sócio-demográficas (como o género, idade, situação laboral e tempo desde o fim dos tratamentos) em pessoas com doença oncológica; Ribeiro (2010) observou que a espiritualidade (quer na dimensão das crenças como na da esperança/optimismo) assume um valor superior nas mulheres, talvez por factores de ordem cultural, dado que

a dimensão religiosa/espiritual é assumida mais significativamente pelas mulheres. Também segundo o mesmo autor, as pessoas mais velhas que se encontram na situação de reformados apresentam médias superiores em relação às crenças. Quanto ao tempo desde o fim dos tratamentos, verifica-se que a média referente às crenças diminui de uma forma significativa, o que leva o autor a inferir que o recurso à dimensão espiritual/religiosa decresce ao longo do tempo (Pais Ribeiro, 2010).

Um dos objectivos deste estudo, foi o de averiguar a existência de diferenças significativas entre as dimensões da escala de bem-estar espiritual (SWBQp) e as dimensões do MiniMult. Como é possível verificar através da análise da tabela 36, de uma forma geral as escalas da SWBQp, relacionaram-se de forma significativa e negativa com as dimensões do MiniMult, em especial com as dimensões da depressão, desvio psicopático e psicastenia; apenas a escala hipocondria só tem uma correlação significativa negativa com a dimensão transcendental.

A espiritualidade tem vindo a ser descrita como um recurso utilizado pelas pessoas que enfrentam uma crise, como forma de dar significado à situação vivida (Cadell et al., 2003); a investigação tem suportado esta ideia, ao encontrar associações entre as duas variáveis e mostrar que as pessoas mais espirituais retiram mais benefícios da situação (Linley & Joseph, 2004; Helgeson et al., 2006).

Diversos estudos enfatizam o desempenho da religião/espiritualidade como um factor de protecção à saúde, acelerando a remissão (Koenig et al., 1998a) e prevenindo a recaída da depressão (Miller et al., 1997). Por exemplo, Koenig (2001) salienta que pacientes com cancro avançado possuidores de crenças espirituais, mostraram-se mais satisfeitos com as suas vidas, eram mais felizes e sentiam menos dor, comparados àqueles sem crenças espirituais.

A vertente espiritual e religiosa é particularmente relevante quando a pessoa doente se encontra confrontada com a questão da morte (Chochinov, 2006). Segundo McClain, Rosenfeld e Breitbart, Chochinov (2006), o bem-estar espiritual - existencial tem um papel protector no sofrimento da pessoa com doença crónica e no desespero em final de vida; uma maior espiritualidade leva a pessoa doente a estar menos deprimida (Nelson, Rosenfeld & Breitbart ref. Chochinov, 2006), e ansiosa face à morte e ideação suicida, reduzindo também o sofrimento perante a existência de crenças sobre a “vida pós-morte”. Também Frankl (1963, 1986, 2000) defende esta ideia, ao afirmar que a espiritualidade providencia um contexto em que as pessoas podem dar sentido às suas

vidas, terem fé, sentirem-se completas e em paz consigo mesmas e com os outros, mesmo perante as situações mais ameaçadoras (Miller & Thoresen, 2003), como situações de doença. Para Pinto e Pais Ribeiro (2007) a participação religiosa e a espiritualidade demonstra relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, menor ansiedade, depressão e suicídio, contribuindo assim para uma maior aptidão em lidar e enfrentar o processo da doença.

De uma maneira geral, podemos então concluir que os resultados vão de encontro à literatura: quanto melhor os resultados nas várias dimensões do questionário de bem-estar espiritual, melhor será o resultado obtido a nível de saúde mental por parte de pessoas com doença oncológica.

V. Conclusão

Tradicionalmente, a medicina tem focado o papel dos factores psicológicos na etiologia ou nas consequências psicopatológicas da doença, onde a principal ênfase é no próprio modelo do paciente sobre a sua condição (Weinman & Petrie 1997). Tal como as pessoas constroem representações sobre o mundo exterior, para explicar e prever acontecimentos, os pacientes desenvolvem modelos cognitivos similares sobre as alterações da corporalidade que reflectem qualquer sintoma passageiro ou doença mais prolongada.

Uma área que tem vindo a despertar um interesse crescente na psicologia contemporânea é o papel da espiritualidade no comportamento e no funcionamento psicológico (Lewis et al. 2001). Hennezel e Leloup (1998) consideram que a espiritualidade tange a relação do homem com os valores que o transcendem, independentemente do nome que se lhe atribui, mas nem sempre a dimensão espiritual do sofrimento da pessoa é tida em conta ou acompanhada pelos profissionais de saúde ou mesmo familiares.

A espiritualidade poderá providenciar apoio emocional e esperança e assim influenciar o bem-estar psicológico e interpessoal; através da espiritualidade as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais adversos (como acontece no processo de adaptação ao cancro), mantendo a auto-estima. A esperança é assumida como particularmente relevante para quem enfrenta uma doença oncológica; segundo Moadel *et al.* (1999) os próprios

valores e crenças ajudam a construir a esperança e a encontrar significado na própria vida. Neste sentido, a espiritualidade, ao atribuir significado à vida, pode mediatizar os efeitos negativos da doença oncológica. McIntyre (1999) refere que o desenvolvimento de perfis individuais de experiência de sofrimento na doença pode tornar-se num instrumento importante de rastreio de situações de risco, bem como contribuir para o planeamento de intervenções biopsicossociais mais individualizadas e informadas nesse mesmo sofrimento, permitindo um cuidar mais científico e humanizado.

A associação entre espiritualidade, bem-estar e saúde mental, pode permitir uma intervenção dos profissionais de saúde, mais adequada, tendo em conta as necessidades e especificidades da pessoa doente. Okon (2005) salienta a importância de se tratarem os pacientes como pessoas e não como doenças, de serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, reforçando-se assim a relevância de uma perspectiva integral do sujeito, enquanto objecto de cuidados de saúde. Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem da paciente incompleta.

Relativamente às limitações do estudo, evidencia-se o reduzido tamanho do grupo de participantes e a selecção por conveniência, o que não permite generalizar os resultados obtidos.

Como recomendações para futuras investigações, sugere-se analisar as mesmas variáveis numa população bastante mais alargada, seleccionada de uma forma aleatória, de forma a poder generalizar os resultados e a verificar possíveis diferenças, não observáveis neste trabalho, talvez devido a limitações na selecção da amostra. Seria também pertinente em futuras investigações considerar um número mais elevado de homens (apenas 27% neste estudo), o tipo de cancro, assim como variáveis associadas à institucionalização de pessoas com doença oncológica.

V. Referências:

Akechi T et al (2006) *Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital*. Jpn J Clin Oncol ;36 (5): 329-32

American Cancer Society(2014). *Cancer Facts & Figures, 2014*; disponível em <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf>

Anandarajah, G. and Hight, E. (2001). [Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment](#). *American Family Physician*. 63:81-89.

Apóstolo J., Batista A., Macedo C., & Pereira, E. (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Portugal

Bailey, E. (2010) .Why men are diagnosed with anxiety disorder less often than women. *Heath Guide*. Consultado em 13 Julho, 2013 através de <http://www.healthcentral.com/anxiety/c/22705/114159/diagnosed-anxiety/>

Barbosa, António ; NETO, Isabel (2006) - Manual de cuidados paliativos. Lisboa : Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Berkowitz MC, Knight L (2001) *Moses presages Kubler -Ross: five stages in accepting death, as seen in the midrash*. Mt Sinai J Med.;68(6):378-83

Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*; Lisboa: Lusodidacta.

Bottomley, A. (2002) *The cancer patient and quality of life*;The Oncologist, 7, 120-125.

Breitbart W. (2003) *Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos*; O Mundo da Saúde; 27(1):41-57

- Bultz, B. & Carlson, L. (2006) Emotional Distress: The sixth vital sign—future directions in cancer care. *Psycho-Oncology* 15, 93–95.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330,702-705.
- Cadell S, Regehr C, Hemsworth D: Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *Am J Orthopsychiatry* 73:279-287, 2003.
- Cameron L.D., Booth R.J., Schlatter M., Ziginskas D.& Harman J.E.(2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 16 (3), 171-80. Consultado em 27 de Agosto de 2013, através de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16858670>.
- Canadian Strategy for Cancer Control* (2004) disponível em <http://www.cancercontrol.org>
- Cardoso, G.; Luengo, A.; Trancas, B.; Vieira, C.; Reis, D. (2009). *Aspectos psicológicos do Doente Oncológico*. *PsiLLogos*, 7, 8-18
- Chochinov, H. M., (2006). *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care*, *A Cancer Journal of Clinicians*
- Citiro VA et al (2003) *Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service*; *São Paulo Med J.*; 121(3):111-6
- Clark, K.A.; Bormann, C.A.; Cropanzano, R.S.; James, K. - Validation evidence for three coping measures. *J Pers Assess* 65:434-455, 1995.
- Cobb, H., & Mittler, P. (2005). *Diferenças significativas entre deficiência e doença Mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência. Folhetos SNR, nº54

Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996) *Self-transcendence: A resource for healing at the end of life*; *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 275–288

Davis, P.J.; Reeves, J.L.; Graff-Radford, S.B.; Hastie, B.A.; Naliboff, B.D. (2003) *Multi-dimensional subgroups in migraine: differential treatment outcome to a pain medicine program*; *Pain Med* 4: 215-222

Direcção Geral de Saúde (2013) *Portugal doenças Oncológicas em Números 2013*, Programa Nacional para das doenças Oncológicas, 54-71

Drageset S. & Lindstrøm T.C. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 217-26. Consultado em 10 de Novembro, 2013 da fonte <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2005/00000051/00000003/art00004>.

Durá, E., & Hernández, S. (2002) *Programas de apoio social para enfermos oncológicos*. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 453-479). Lisboa: Climepsi Editores.

Ekdawi, M., & Conning, A. (1994) *Psychiatry rehabilitation: A practical guide*; London: Chapman & Hall

Faria, J. B.; Seidl, E. M. F. (2005) *Religiosity and coping in health and illness: a review*; *Psicol. Reflex. Crit.* vol.18 no.3

Fernandes, Susana & McIntyre, Teresa (2002). Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica Breve em Mulheres com Cancro da Mama. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, (2), pp. 359-379.

Fernandes, S. (2009). Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro na mama: O papel do estado emocional, das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Fisher, J. W. (1999) *Helps to fostering students' spiritual health*; International Journal of Children's Spirituality, 4(1), 29-49.

Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Pocket Books.

Frankl, V.E. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy* (Revised and expanded). New York: Vintage Books.

Frankl, V. (2000) *Man's Search for Ultimate Meaning*. New York: Basic Books.

Freed, B. (2012) Snapshot after diagnosis: Prevalence of distress varies by cancer, gender, and age. *Oncology Report: Digital Network*.

Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na doença*, Coimbra: Quarteto Editora.

Gameiro, M. (2004). Referência. "*Estar Doente*": Atribuição Pessoal de Significações, nº 12.

Gouveia, M. J. P. M. (2011) *Flow Disposicional e o Bem-Estar Espiritual em Praticantes de Atividades Físicas de Inspiração Oriental*. ISPA. Lisboa, 1-43

Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989) *Patients' adjustment to cancer: The mental adjustment to cancer (MAC). Scale vs clinical ratings*. Journal of Psychosomatic Research, 33 (3), 373-377

Guimarães, H.P.; Avezum, A.(2007) *Impact of spirituality on physical health*; Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 88-94

Guterres, M. (2001) *Estudo do suporte social e qualidade de vida em doentes mentais cónicos a viver em comunidade*. Lisboa, ISPA

Hawks, S. (1994) *Spiritual health: Definition and theory*; Wellness Perspectives;10,3-13

- Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Hennezel, M., & Leloup, J.Y. (1998). *A arte de morrer*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., Vries, J., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, 29(2), 160-168.
- Hill, P.C.; Pargament, K.I. (2003) *Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research*. *Am Psychol* 58(1):64-74
- Holland, J. (2002) *History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers*; *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221
- Hood-Morris, L. E. (1996) *A spiritual well-being model: Use with older women who experience depression*; *Issues in Mental health Nursing*, 17, 439–455
- Instituto Nacional de Estatística (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*, pg 5, pg 530
- Instituto Nacional de Estatística, (2012) *Recenseamento Geral da População e Habitação de 2011*, Lisboa
- Kline, R. (1998). *Principles and practice of SEM*. New York: The Guilford Press
- Koenig, H.G., George, L. K., Hays, J. C. et al. (1998a). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24, 122-30.

Koenig, H. (2001) *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*; University Press, Oxford

Koenig, H.G. (2004) *Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice*; *South Med J* 97:1194-200

Koenig, H.G.; Larson, D.B.; Larson, S.S. (2001) *Religion and coping with serious medical illness*; *Ann Pharmacother* 35:352-359

Kóvacs, M. J. (2007) *Espiritualidade e psicologia- cuidados compartilhados*; *O Mundo da Saúde, São Paulo*, 31(2):246-255

Lawler, K.A.; Younger, J.W. (2002) *Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health*; *J Relig Health* 41(4):347-362

Lazarus, R. , & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*; *New York*: Springer Publishing Company

Lewis, C. A. (2001). Cultural stereotypes of the effects of religion on mental health. *British Journal of Medical Psychology*,74, 359-367.

Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R. & Greig, D. (2012) Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141 (2), 343-351.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.

Martínez, E. & Barreto, M.P. (2001).Cuidados paliativos a la persona en la fase final de

la vida. In Climepsi (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp.527-545).
Lisboa: Climepsi.

Martins, M. (2002). *Servir. Reflexões sobre as relações interpessoais ao cuidar o doente terminal*. Vol. 44, Lisboa.

McCoubrie, R. C., & Davies, A. N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Cancer Care*, 14, 379-385.

McIntyre, L. J. (1999). *The Practical Skeptic: Core Concepts in Sociology*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing.

McIntyre, R. S.; P'Donovan, C. (2004) *The Human Cost of Not Achieving Full Remission on Depression*; *Can J Psychiatry*, 49, 10-16

Menechal, J. (1999) *Introdução à psicopatologia*; Lisboa: Climepsi Editores

Mesquita, M. M. B. C.; (2010) *A Mulher com Cancro de Mama: Experiência Subjectiva de Sofrimento e Apoio social*; Ispa, Lisboa

Miaskowski C. Gender differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004; (32):139-43

Miller, G. & Foster, L.T. (2010) *Critical syntesis of wellness literature*; disponível em <http://www.geog.uvic.ca/wellness>.

Miller, L., Warner, V. Wickramaratne, P., & Weissman, M. (1997). Religiosity and depression: Ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1416–1425.

Miller, W., & Thoresen, C. (2003) *Spirituality, religion and health: An emerging research field*; *American Psychologist*, 58(1), 24-35

Moadel, A. et al. (1999) *Seeking meaning and hope : self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population*. *Psycho-Oncology*. 8 : 5 ; 378-385

Moreira-Almeida, A.; Lotufo Neto, F.; Koenig, H.G. (2006) *Religiousness and mental health: a review*; *Rev Bras Psiquiatr* 28(3):242-250

Mueller, P.S.; Plevak, D.J.; Rummans, T.A. (2001) *Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice*; *Mayo Clin Proc* 76(12):1189-1191, 1225-1235

Myers, D.G. (2000) *The funds, friends, and faith of happy people*; *American Psychol* 55:56-67

Nation Cancer Institute (2006) *Spirituality*; disponível em http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=441265

Okon, T.R. (2005) *Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care*; *J Palliat Med* 8(2):392-414

Oliveira, D. (2006) *Saúde mental reabilitação e cidadã. Estigma e Saúde Mental; Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência*. Folhetos SNR, Nº56, 25-32

Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D.R., Fleck, M.P.A. (2007) *Qualidade de vida e espiritualidade*; *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.

Panzini, R. G.; Bandeira, D. R. (2007). *Coping (enfrentamento) religioso/espiritual*; *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 126-135

Panzini, R.G. (2004) *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade*

de vida; Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

Pargament, K. I. (1990) *God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion*; Research in the Social Scientific Study of Religion, 2, 195-224

Pargament, K.I. (1997) *The Psychology of religion and coping: theory, research, and practice*; Guilford Press, New York

Pargament, K. I. 1999. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. International Journal for the *Psychology of Religion* 9: 3-12.

Pargament, K.I.; Koenig, H.G.; Perez, L.M. (2000) *The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE*. J Clin Psychol 56(4):519-543

Pargament, K.I.; Smith, B.W.; Koenig, H.G.; Perez, L.M. (1998) *Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors*; J Sci Study Relig 37(4):710-724, 1998

Pargament, K.I.; Tarakeshwar, N.; Ellison, C.G.; Wulff, K.M. (2001) *Religious coping among religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members*. J Sci Study Relig 40(3):497-513

Peres, J. F.; Simão, M. J.; Nasello, A. G. (2007) *Spirituality, religiousness and psychotherapy*; Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 136-145

Peres, M. F. P.; Arantes, A. C. L. Q; Lessa, P. S.; Caous, C. A. (2007) *Incorporating spirituality and religiosity in pain management and palliative care*; Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 82-87

Pessin, H.; Rosenfeld, B.; Breitbart, W (2002) *Assessing Psychological Distress Near the End of Life*; American Behavioral Scientist, 46 (3) , 357-372

Pestana, J.P.; Estevens, D.; Conboy, J. (2007) *O papel da Espiritualidade na Qualidade de Vida do Doente Oncológico em Quimioterapia*. Cons-Ciências disponível em O Portal dos Psicólogos

Pinto, C.; Ribeiro, J. L. (2007) *Construção de uma escada de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde*; ArquiMed, 21 (2): 47-53

Pinto, C.; Ribeiro, J. L. P.; (2010) *Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida*; Rev. Port. Sau. Pub. v.28 n.1 Lisboa

Rippentrop, E.A.; Altmaier, E.M.; Chen, J.J.; Found, E.M.; Keffala, V.J. (2005) *The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population*; Pain 116:311-321

Rodrigues, L. C. P. (2013) *A Mulher Idosa Institucionalizada: Saúde Mental e Bem Estar Espiritual*; ISPA, Lisboa

Sá, E. M. S. (2001) *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*; ISPA, Lisboa, 45-51

Seligman, M.E.; Csikszentmihalyi, M. (2000) *Positive psychology: an introduction*; Am Psychol 55(1):5-14

Serviço Nacional de Saúde (2004) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010– Orientações Estratégicas*; Volume II, 178-180

Serviço Nacional de Saúde (2010) *Estratégias para o Desenvolvimento do programa de Cuidados Paliativos, Unidade de Cuidados Integrados 2011-2013*, 41

Taylor, E. J. (2003) *Spiritual quality of life*. In King, C. R.; Hinds, P. S. ed. lit. — *Quality of life : from nursing and patient perspectives*. 2nd ed., Boston : Jones and Bartlett Publishers, 93-116.

Teixeira, L. (2000) *Questões existenciais em reabilitação: Algumas reflexões*. In A. Sequeira, J. Teixeira, J. Ornelas, M. Silveira & J. Amaro (eds.) *Reabilitação e Comunidade*; Lisboa: ISPA, 117-127

Teles, S. S.; Ribeiro, M. M. & Cardoso, V. (2003). A Psicologia na Área da Oncologia. Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, (2), pp. 71-77.

Tix, A.P.; Frazier, P.A. (1998) *The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation*; *J Consult Clin Psychol* 66(2): 411-422

Trindade, I., & Teixeira, J. (2000) *Psicologia nos cuidados de saúde primários*; Lisboa: Climepsi Editores

Wachholtz, A.B.; Keefe, F.J. (2006) *What physicians should know about spirituality and chronic pain*; *South Med J* 99(10):1174-1175

Watson, M; Greer, S.; Young, J.; Inayat, Q.; Burgess, C; Robertson, B. (1988) *Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale*. *Psychological medicine*, 18, 203-209

Weinman, J & Petrie, K (1997) *Illness Perceptions: A new paradigm for psychosomatics?* *Journal of Psychosomatic Research*, 42,2,113-116.

Westgate, C. E. (1996) *Spiritual wellness and depression*; *Journal of Counseling and Development*, 75, 26–35.

Wong-McDonald, A.; Gorsuch, R.L. (2000) *Surrender to God: an additional coping style?* J Psychol Theol 28(2):149-161

World Health Organization (2005) *Re-definig Health*; disponível em http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/

World Health Organization (2012) *Globoc 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*; disponível em http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Worthington, E. L., Jr., Kurusu, T. A., McCullough, M. E., & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of distress by cancer site, *Psychooncology*, 10, 19-28.

ANEXOS

Anexo A

Questionário de Dados Sócio-Demográficos

Leia atentamente cada questão. Marque com uma cruz a alternativa que indique a sua opção. Este questionário faz parte de uma investigação sobre a repercussão do bem estar espiritual dos pacientes oncológicos nos factores psicopatológicos (depressão, ansiedade, entre outros), no âmbito da minha tese de mestrado. De salientar que será garantido o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas, havendo total disponibilidade para todos os esclarecimentos considerados necessários.

ID _____

1. Idade: Menos de 30 Entre 30-45 Mais de 50-70 Acima dos 70

2. Estado Civil:

Casada Solteira Divorciada /Separada União de Facto Viúva

3. Tem filhos? Não Sim

Quantos _____ idades _____

4. Qual a sua escolaridade?

1ºCiclo 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário
Universitária

5. Qual a sua profissão? _____

Activa Desempregada Reformada

6. Qual a sua religião?

Católica Protestante Ortodoxa Outra. Qual? _____ Não tem

7. Com quem pode contar? _____

8. Tem/teve algum familiar ou próximo com cancro? Familiar Amigo/a Outra

Anexo B

Mini-Mult

**MINI-MULT
QUESTIONÁRIO**

Nome: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: __/__/_____

Data do exame: __/__/_____

Nestas folhas encontram-se várias frases às quais deverá responder VERDADEIRO ou FALSO.

Se a sua resposta for VERDADEIRO, faça um círculo à volta de **V**.

Se a sua resposta for FALSO, faça um círculo à volta de **F**.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê as respostas por ordem.

1. Tenho bom apetite	V	F
2. Quase sempre acordo bem disposto	V	F
3. A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam	V	F
4. Trabalho grande tensão nervosa	V	F
5. Às vezes penso em coisas demasiado indecentes poder falar delas	V	F
6. Raramente tenho prisão de ventre	V	F
7. Há alturas em que desejo muito deixar a minha casa	V	F
8. Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir	V	F
9. Sofro de náuseas e vômitos	V	F
10. Parece que ninguém me compreende	V	F
11. Às vezes apetece-me praguejar	V	F
12. Tenho pesadelos quase todos os dias	V	F

13. Tenho dificuldade em ficar a atenção quando trabalho ou estou ocupado	V	F
14. Tenho passado por coisas muito esquisitas e especiais	V	F
15. Se os outros tivessem querido, com certeza eu teria mais sorte	V	F
16. Numa certa altura da minha infância aconteceu-me roubar pequenas coisas	V	F
17. Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito porque não conseguia tomar atenção a nada	V	F
18. O meu sono é incómodo e agitado	V	F
19. Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas	V	F
20. A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim	V	F
21. Muitas vezes sou obrigado a receber ordens de pessoas que sabem menos que eu	V	F
22. Gostava de ser tão feliz como os outros	V	F
23. Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem a simpatia e a ajuda dos outros.	V	F
24. Às vezes fico furioso	V	F
25. Acho que tenho pouca confiança em mim	V	F
26. Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremam numa maneira incómoda ou estranha.	V	F
27. A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.	V	F
28. Sinto-me quase sempre feliz.	V	F
29. Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas dizem, mesma que eu tenha a certeza que elas têm razão.	V	F
30. Tenho a impressão que os outros tentam prejudicar-me.	V	F
31. Acho que todas as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou em vez de perderem	V	F
32. Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou os meus intestinos	V	F
33. Muitas vezes não percebo porque sou brusco e rabugento	V	F

34. Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los	V	F
35. Estou convencido de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que conheço	V	F
36. Às vezes sinto que não sirvo para nada	V	F
37. Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.	V	F
38. Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente	V	F
39. Acho que muitas vezes tenho sido castigado sem razão	V	F
40. Nunca me senti tão bem como agora	V	F
41. Não me importo com o que os outros pensam de mim	V	F
42. Acho que tenho boa memória	V	F
43. Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço	V	F
44. Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral	V	F
45. Tenho muito poucas vezes dores de cabeça	V	F
46. Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando	V	F
47. Não gosto de toda a gente que conheço	V	F
48. Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias	V	F
49. Gostava de não ser envergonhado	V	F
50. Estou convencido que os meus pecados não podem ser perdoados	V	F
51. Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes	V	F
52. Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou	V	F
53. Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros	V	F
54. Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume	V	F
55. Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego	V	F
56. Fico furioso com facilidade mas esqueço-me depressa	V	F
57. Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira	V	F
58. Os meus pais e amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho	V	F

59. Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros	V	F
60. Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se esta deixar	V	F
61. Há alturas em que me sinto cheio de energia	V	F
62. A minha vista não tem enfraquecido	V	F
63. Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos	V	F
64. Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me	V	F
65. Às vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial	V	F
66. Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me só a maior parte do tempo	V	F
67. Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar duma situação desagradável	V	F
68. Sou mais sensível que a maioria das pessoas	V	F
69. Às vezes o meu espírito trabalha mais devagar do que é costume	V	F
70. As pessoas desiludem-me muitas vezes	V	F
71. Tenho abusado das bebidas alcoólicas	V	F

Obrigado pela Colaboração!

Anexo C

SWBQp

A **espiritualidade** pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano.

A **saúde espiritual** pode ser vista como um indicador do quão bem nos sentimos connosco próprios e com os aspectos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações seguintes, assinale com uma cruz o número que melhor indique em que medida sente que cada afirmação **reflecte a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses**.

Responda utilizando a seguinte escala:

1= muito pouco 2= pouco 3= moderadamente 4= muito 5= muitíssimo

Se lhe parecer mais adequado, pode substituir a palavra "Deus" por "Força Cósmica", "Universo" ou outra expressão idêntica, cujo significado seja mais relevante para si.

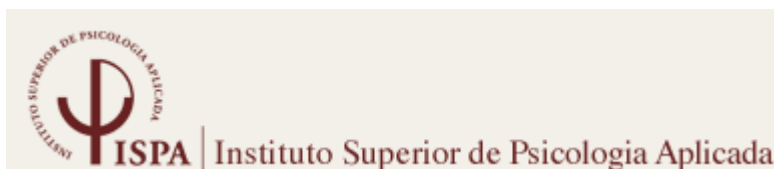
Não perca muito tempo em cada afirmação. A **primeira resposta** é provavelmente a mais adequada para si.

Em que medida você se sente a desenvolver:	Muito pouco	Pouco	Moderada/	Muito	Muitíssimo
1. afecto pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
2. uma relação pessoal com o Divino ou Deus	1	2	3	4	5
3. generosidade em relação aos outros	1	2	3	4	5
4. uma ligação com a natureza	1	2	3	4	5
5. um sentimento de identidade pessoal	1	2	3	4	5
6. admiração e respeito pela Criação	1	2	3	4	5
Desenvolver:					
7. espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante	1	2	3	4	5
8. a confiança entre as pessoas	1	2	3	4	5
9. auto-conhecimento	1	2	3	4	5
10. um sentimento de união com a natureza	1	2	3	4	5
11. o sentimento de união com Deus	1	2	3	4	5
12. uma relação de harmonia com o ambiente	1	2	3	4	5
13. um sentimento de paz com Deus	1	2	3	4	5
Desenvolver:					
14. alegria na vida	1	2	3	4	5
15. uma vida de meditação e/ou oração	1	2	3	4	5
16. paz interior	1	2	3	4	5
17. respeito pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
18. um sentido para a vida	1	2	3	4	5
19. bondade para com os outros	1	2	3	4	5
20. uma sensação de deslumbramento pela natureza	1	2	3	4	5

Obrigada por participar no inquérito!

Anexo D

Pedido de autorização para recolha de dados



Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700
Fax: 218 860 954

Exmo Sr. _____

Assunto: **Pedido de autorização para recolha de dados**

Tiago Filipe Raposo dos Santos, aluno nº 18019, finalista do curso de Mestrado Integrado na área de Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, propõe-se a desenvolver um projecto de investigação sobre a repercussão do bem estar espiritual dos pacientes oncológicos nos factores psicopatológicos (depressão, ansiedade, entre outros) no âmbito da dissertação de Mestrado, supervisionada pela Professora Doutora Judite Corte-Real.

Este projecto tem como principal objectivo entender a forma como o bem estar espiritual do doente oncológico se relaciona com a existência de determinados factores psicopatológicos individuais, promovendo desta forma um melhor conhecimento do doente oncológico que nos possibilite intervir na busca de um melhor bem-estar e qualidade de vida. Concomitantemente, pretende-se colmatar as lacunas em termos de investigação existentes neste domínio em Portugal.

Dada a vulnerabilidade dos participantes, surgem questões éticas a ter em consideração nos estudos a realizar nesta área. Tendo em conta esta questão, a presente investigação científica terá uma abordagem/metodologia quantitativa, respeitando a privacidade de cada participante. Ressalvo desde já a necessidade de comunicação com os doentes na aplicação dos questionários a ser utilizados (“Spiritual well-being Questionnaire”, Gomez & Fisher, 2003; Adaptação por Gouveia et al., 2009 e “Mini-Mult” - inventário de personalidade de Hathway & Mckinley, 1985) e recolha de alguns dados clínicos.

Será garantido o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas, sendo manifestada disponibilidade para todos os esclarecimentos considerados necessários. Caso o estudo seja futuramente publicado num jornal científico, a identidade dos participantes e da instituição não serão revelados.

Nesta conformidade, solicita-se a autorização de V. Exa. para efectuar contactos com pacientes oncológicos e recolher informações junto dos mesmos.

Face ao que antecede, aguardo o parecer de V. Exa. para colecta de dados e realização do referido projecto, agradecendo desde já a atenção dispensada, disponibilidade e compreensão.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, Dezembro de 2013

(Tiago Filipe Raposo dos Santos)

Anexo E

Consistência interna do SWBQp

Tabela : Consistência interna SWBQp - Pessoal

Pessoal – Alpha 0,901	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
swbq5-Um sentimento de identidade pessoal	10,3667	6,723	,642	,903
swbq9 - Auto-conhecimento	10,4333	6,944	,723	,888
swbq14-Alegria na vida	11,0000	6,276	,843	,861
swbq16-Paz interior	10,9333	6,064	,819	,865
swbq18-Um sentido para a vida	10,4667	5,913	,771	,878

O Alpha da escala pessoal é bastante elevado (0,901), a escala não ganharia em termos de consistência interna com a eliminação de qualquer um dos itens.

Tabela : Consistência interna SWBQp – Comunitária

Comunitária – Alpha 0,846	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
swbq1- Afecto pelas outras pessoas	14,6000	5,283	,758	,784
swbq3- Generosidade em relação aos outros	14,6333	5,895	,657	,813
swbq8-A confiança entre pessoas	15,0000	5,517	,846	,764
swbq17-Respeito pelas outras pessoas	14,5667	6,323	,496	,856
swbq19- Bondade para com os outros	14,5333	6,395	,538	,843

A consistência interna da escala Comunitária também é elevada (0,846), não se ganhando em eliminar qualquer dos itens que compõem a escala.

Tabela: Consistência interna SWBQp –Ambiental

Ambiental – Alpha 0,921	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
swbq4-uma ligação com a natureza	13,5000	10,052	,680	,925
swbq7- Espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante	13,0667	7,513	,873	,893
swbq10- Um sentimento de união com a natureza	13,5000	9,431	,841	,898
swbq12-Uma relação de harmonia com o ambiente	13,7333	9,720	,812	,905
swbq20- Uma sensação de deslumbramento pela natureza	13,1333	8,051	,861	,891

O Alpha da escala pessoal é bastante elevado (0,921), a escala não ganharia em termos de consistência interna com a eliminação de qualquer um dos itens.

Tabela : Consistência interna SWBQp -Transcendental

Transcendental – Alpha 0,951	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
swbq2- Uma realação pessoal com o divino ou Deus	10,8333	16,075	,910	,934
swbq6-Admiração e respeito pela criação	10,7000	15,183	,870	,939
swbq11- O sentimento de união com Deus	10,9000	15,541	,864	,940
swbq13- Um sentimento de paz	10,9000	16,369	,889	,937
swbq15-Uma vida de meditação e/ou oração	10,9333	15,168	,821	,949

O Alpha da escala pessoal é bastante elevado (0,951), a escala não ganharia em termos de consistência interna com a eliminação de qualquer item.

Anexo F

Outputs das Variáveis Sociodemográficas

Frequencies Frequency Table

q1- Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Feminino	22	73,3	73,3	73,3
	Masculino	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

q2- idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	entre 30 - 45 anos	5	16,7	16,7	16,7
	entre 50 e 70 anos	21	70,0	70,0	86,7
	acima dos 70 anos	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

q3 - Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Div orciado(a)	5	16,7	16,7	16,7
	União de facto	2	6,7	6,7	23,3
	Viúvo(a)	6	20,0	20,0	43,3
	Casada	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

GRUPOPRO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Especialistas das actividades intelectuais e científicas	3	10,0	20,0	20,0
	Pessoal Administrativo e similares	4	13,3	26,7	46,7
	Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança	1	3,3	6,7	53,3
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	2	6,7	13,3	66,7
	Trabalhadores não qualificados	1	3,3	6,7	73,3
	Técnicos e Profissionais de nível intermédio	4	13,3	26,7	100,0
	Total	15	50,0	100,0	
Missing	System	15	50,0		
Total		30	100,0		

q6.1 - Situação face ao emprego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	activo(a)	15	50,0	50,0	50,0
	desempregado(a)	8	26,7	26,7	76,7
	reformado(a)	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

q5-Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1º ciclo	12	40,0	40,0	40,0
	2º ciclo	5	16,7	16,7	56,7
	3º ciclo	7	23,3	23,3	80,0
	E Secundário	3	10,0	10,0	90,0
	E Superior	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

q10 - Tem filhos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Sim	25	83,3	83,3	83,3
	Não	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

q7 - Qual a sua religião?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid católica	21	70,0	70,0	70,0
protestante	1	3,3	3,3	73,3
não tem	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
q11 - Quantos filhos?	25	1,00	4,00	1,8400	,85049
média de idades dos filhos	25	17,00	61,00	38,5200	11,82906
q8 - Tempo de diagnóstico	30	,30	4,00	1,3233	,94310
Valid N (listwise)	25				

Anexo G

Outputs escalas de validade

L - Notas T

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	30,00	1	3,3	3,3	3,3
	35,00	2	6,7	6,7	10,0
	36,00	11	36,7	36,7	46,7
	40,00	7	23,3	23,3	70,0
	43,00	1	3,3	3,3	73,3
	44,00	7	23,3	23,3	96,7
	60,00	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

F_Notas T

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	31,00	1	3,3	3,3	3,3
	33,00	1	3,3	3,3	6,7
	35,00	2	6,7	6,7	13,3
	37,00	2	6,7	6,7	20,0
	38,00	1	3,3	3,3	23,3
	40,00	12	40,0	40,0	63,3
	45,00	6	20,0	20,0	83,3
	49,00	3	10,0	10,0	93,3
	53,00	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

K-Nota T

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	35,00	3	10,0	10,0	10,0
	38,00	1	3,3	3,3	13,3
	39,00	10	33,3	33,3	46,7
	42,00	4	13,3	13,3	60,0
	43,00	1	3,3	3,3	63,3
	46,00	5	16,7	16,7	80,0
	47,00	1	3,3	3,3	83,3
	48,00	3	10,0	10,0	93,3
	49,00	1	3,3	3,3	96,7
	52,00	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Anexo H

Outputs Escalas Clínicas

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
L - Notas T	30	30,00	60,00	39,5667	5,38634
F_Notas T	30	31,00	53,00	41,6333	5,42334
K-Nota T	30	35,00	52,00	42,2000	4,60435
Hs - Nota T	30	29,00	57,00	42,9667	7,42077
D - Nota T	30	34,00	87,00	56,0000	15,06766
Hy - Nota t	30	16,00	66,00	48,4333	10,16988
Pd - Nota t	30	31,00	73,00	48,2667	10,36550
Pa-Nota t	30	44,00	86,00	51,9333	7,79006
Pt - Nota t	30	20,00	62,00	42,8333	12,86825
Sc- Nota T	30	29,00	85,00	48,4333	10,72761
Ma - Nota t	30	34,00	78,00	49,0000	8,74938
Valid N (listwise)	30				

Hs - Nota T

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 29,00	1	3,3	3,3	3,3
30,00	1	3,3	3,3	6,7
33,00	2	6,7	6,7	13,3
35,00	1	3,3	3,3	16,7
36,00	2	6,7	6,7	23,3
37,00	1	3,3	3,3	26,7
40,00	4	13,3	13,3	40,0
43,00	2	6,7	6,7	46,7
44,00	5	16,7	16,7	63,3
45,00	1	3,3	3,3	66,7
47,00	5	16,7	16,7	83,3
53,00	2	6,7	6,7	90,0
55,00	1	3,3	3,3	93,3
56,00	1	3,3	3,3	96,7
57,00	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

D - Nota T

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	34,00	3	10,0	10,0	10,0
	36,00	1	3,3	3,3	13,3
	39,00	1	3,3	3,3	16,7
	40,00	1	3,3	3,3	20,0
	42,00	1	3,3	3,3	23,3
	44,00	1	3,3	3,3	26,7
	47,00	4	13,3	13,3	40,0
	54,00	2	6,7	6,7	46,7
	57,00	3	10,0	10,0	56,7
	58,00	2	6,7	6,7	63,3
	59,00	1	3,3	3,3	66,7
	67,00	4	13,3	13,3	80,0
	71,00	1	3,3	3,3	83,3
	76,00	3	10,0	10,0	93,3
	81,00	1	3,3	3,3	96,7
	87,00	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Hy - Nota t

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16,00	1	3,3	3,3	3,3
	34,00	1	3,3	3,3	6,7
	35,00	1	3,3	3,3	10,0
	38,00	1	3,3	3,3	13,3
	40,00	2	6,7	6,7	20,0
	43,00	1	3,3	3,3	23,3
	44,00	2	6,7	6,7	30,0
	45,00	2	6,7	6,7	36,7
	47,00	1	3,3	3,3	40,0
	49,00	2	6,7	6,7	46,7
	50,00	4	13,3	13,3	60,0
	52,00	2	6,7	6,7	66,7
	54,00	5	16,7	16,7	83,3
	56,00	1	3,3	3,3	86,7
	57,00	1	3,3	3,3	90,0
	65,00	1	3,3	3,3	93,3
	66,00	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Pd - Nota t

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	31,00	1	3,3	3,3	3,3
	35,00	1	3,3	3,3	6,7
	36,00	1	3,3	3,3	10,0
	37,00	6	20,0	20,0	30,0
	38,00	1	3,3	3,3	33,3
	46,00	2	6,7	6,7	40,0
	47,00	1	3,3	3,3	43,3
	51,00	8	26,7	26,7	70,0
	52,00	1	3,3	3,3	73,3
	56,00	2	6,7	6,7	80,0
	57,00	2	6,7	6,7	86,7
	59,00	1	3,3	3,3	90,0
	62,00	1	3,3	3,3	93,3
	67,00	1	3,3	3,3	96,7
	73,00	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Pa-Nota t

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	44,00	3	10,0	10,0	10,0
	45,00	2	6,7	6,7	16,7
	47,00	6	20,0	20,0	36,7
	48,00	1	3,3	3,3	40,0
	52,00	1	3,3	3,3	43,3
	53,00	11	36,7	36,7	80,0
	54,00	1	3,3	3,3	83,3
	57,00	1	3,3	3,3	86,7
	58,00	3	10,0	10,0	96,7
	86,00	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Pt - Nota t

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	20,00	1	3,3	3,3	3,3
	22,00	3	10,0	10,0	13,3
	28,00	2	6,7	6,7	20,0
	31,00	3	10,0	10,0	30,0
	35,00	1	3,3	3,3	33,3
	40,00	1	3,3	3,3	36,7
	44,00	2	6,7	6,7	43,3
	45,00	2	6,7	6,7	50,0
	47,00	4	13,3	13,3	63,3
	48,00	1	3,3	3,3	66,7
	49,00	1	3,3	3,3	70,0
	53,00	4	13,3	13,3	83,3
	58,00	2	6,7	6,7	90,0
	60,00	1	3,3	3,3	93,3
	62,00	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Sc- Nota T

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	29,00	1	3,3	3,3	3,3
	32,00	1	3,3	3,3	6,7
	36,00	1	3,3	3,3	10,0
	37,00	2	6,7	6,7	16,7
	41,00	1	3,3	3,3	20,0
	42,00	3	10,0	10,0	30,0
	46,00	3	10,0	10,0	40,0
	47,00	4	13,3	13,3	53,3
	50,00	7	23,3	23,3	76,7
	55,00	1	3,3	3,3	80,0
	56,00	1	3,3	3,3	83,3
	60,00	3	10,0	10,0	93,3
	63,00	1	3,3	3,3	96,7
	85,00	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Ma - Nota t

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	34,00	1	3,3	3,3	3,3
	37,00	3	10,0	10,0	13,3
	42,00	3	10,0	10,0	23,3
	47,00	8	26,7	26,7	50,0
	49,00	6	20,0	20,0	70,0
	53,00	2	6,7	6,7	76,7
	54,00	2	6,7	6,7	83,3
	55,00	1	3,3	3,3	86,7
	59,00	2	6,7	6,7	93,3
	64,00	1	3,3	3,3	96,7
	78,00	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq1- Afecto pelas outras pessoas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Pouco	1	3,3	3,3	3,3
	Moderadamente	12	40,0	40,0	43,3
	Muito	11	36,7	36,7	80,0
	Muit íssimo	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq2- Uma relação pessoal com o divino ou Deus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Muito Pouco	2	6,7	6,7	6,7
	Pouco	12	40,0	40,0	46,7
	Moderadamente	9	30,0	30,0	76,7
	Muito	6	20,0	20,0	96,7
	Muit íssimo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq3- Generosidade em relação aos outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Moderadamente	14	46,7	46,7	46,7
	Muito	11	36,7	36,7	83,3
	Muit íssimo	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq4-uma ligação com a natureza

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Pouco	3	10,0	10,0	10,0
	Moderadamente	19	63,3	63,3	73,3
	Muito	6	20,0	20,0	93,3
	Muit íssimo	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq5-Um sentimento de identidade pessoal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Muito Pouco	1	3,3	3,3	3,3
	Pouco	6	20,0	20,0	23,3
	Moderadamente	17	56,7	56,7	80,0
	Muito	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq6-Admiração e respeito pela criação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Muito Pouco	3	10,0	10,0	10,0
	Pouco	10	33,3	33,3	43,3
	Moderadamente	7	23,3	23,3	66,7
	Muito	8	26,7	26,7	93,3
	Muit íssimo	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq7- Espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Pouco	4	13,3	13,3	13,3
	Moderadamente	11	36,7	36,7	50,0
	Muito	6	20,0	20,0	70,0
	Muit íssimo	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq8-A confiança entre pessoas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid Muito Pouco	1	3,3	3,3	3,3
Pouco	1	3,3	3,3	6,7
Moderadamente	15	50,0	50,0	56,7
Muito	13	43,3	43,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

swbq9 - Auto-conhecimento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid Pouco	8	26,7	26,7	26,7
Moderadamente	18	60,0	60,0	86,7
Muito	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

swbq10- Um sentimento de união com a natureza

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid Pouco	5	16,7	16,7	16,7
Moderadamente	13	43,3	43,3	60,0
Muito	12	40,0	40,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

swbq11- O sentimento de união com Deus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid Muito Pouco	3	10,0	10,0	10,0
Pouco	13	43,3	43,3	53,3
Moderadamente	7	23,3	23,3	76,7
Muito	5	16,7	16,7	93,3
Muitíssimo	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

swbq12-Uma relação de harmonia com o ambiente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid Pouco	7	23,3	23,3	23,3
Moderadamente	16	53,3	53,3	76,7
Muito	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

swbq13- Um sentimento de paz

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Muito Pouco	1	3,3	3,3	3,3
	Pouco	15	50,0	50,0	53,3
	Moderadamente	9	30,0	30,0	83,3
	Muito	3	10,0	10,0	93,3
	Muit íssimo	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq14-Alegria na vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Muito Pouco	3	10,0	10,0	10,0
	Pouco	16	53,3	53,3	63,3
	Moderadamente	10	33,3	33,3	96,7
	Muito	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq15-Uma vida de meditação e/ou oração

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Muito Pouco	6	20,0	20,0	20,0
	Pouco	8	26,7	26,7	46,7
	Moderadamente	9	30,0	30,0	76,7
	Muito	5	16,7	16,7	93,3
	Muit íssimo	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq16-Paz interior

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Muito Pouco	3	10,0	10,0	10,0
	Pouco	15	50,0	50,0	60,0
	Moderadamente	10	33,3	33,3	93,3
	Muito	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq17-Respeito pelas outras pessoas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Pouco	2	6,7	6,7	6,7
	Moderadamente	7	23,3	23,3	30,0
	Muito	17	56,7	56,7	86,7
	Muit íssimo	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq18-Um sentido para a vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Muito Pouco	2	6,7	6,7	6,7
	Pouco	7	23,3	23,3	30,0
	Moderadamente	15	50,0	50,0	80,0
	Muito	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq19- Bondade para com os outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Pouco	1	3,3	3,3	3,3
	Moderadamente	8	26,7	26,7	30,0
	Muito	17	56,7	56,7	86,7
	Muit íssimo	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

swbq20- Uma sensação de deslumbramento pela natureza

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Pouco	4	13,3	13,3	13,3
	Moderadamente	10	33,3	33,3	46,7
	Muito	10	33,3	33,3	80,0
	Muit íssimo	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Frequency Table

mm1-Tenho bom apetite

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	10	33,3	33,3	33,3
	Verdadeiro	20	66,7	66,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm2- Quase sempre acordo bem disposto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	15	50,0	50,0	50,0
	Verdadeiro	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm3- A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	17	56,7	56,7	56,7
	Verdadeiro	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm4- Trabalho num estado de grande tensão nervosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	19	63,3	63,3	63,3
	Verdadeiro	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm5- Às vezes peno em coisas demasiado indecentes para poder falar delas.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	9	30,0	30,0	30,0
	Verdadeiro	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm6-Raramente tenho prisão de ventre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	4	13,3	13,3	13,3
	Verdadeiro	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm7-Há alturas em que desejo muito sair de casa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	27	90,0	90,0	90,0
	Verdadeiro	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm8-Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	24	80,0	80,0	80,0
	Verdadeiro	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm9-Sofro de náuseas e vômitos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	26	86,7	86,7	86,7
	Verdadeiro	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm10- Parece que ninguém me compreende

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	25	83,3	83,3	83,3
	Verdadeiro	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm11-Às vezes apetece-me praguejar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	3	10,0	10,0	10,0
	Verdadeiro	27	90,0	90,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm12- Tenho pesadelos quase todas as noites

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	26	86,7	86,7	86,7
	Verdadeiro	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm13- Tenho dificuldade em afixar a atenção quando trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	18	60,0	60,0	60,0
	Verdadeiro	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm14-Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	29	96,7	96,7	96,7
	Verdadeiro	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm15- Se os outros tivessem querido, concerteza eu teria mais sorte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	29	96,7	96,7	96,7
	Verdadeiro	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm16-Numa certa altura da minha infância aconteceu -me eu roubar pequenas coisas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	24	80,0	80,0	80,0
	Verdadeiro	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm17-Tenho tido periodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	17	56,7	56,7	56,7
	Verdadeiro	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm18-O meu sono é agitado e incomodo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	19	63,3	63,3	63,3
	Verdadeiro	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm19-Quando estou ao pé doutras pessoas sinto-me contrariado porque oiço coisas esquisitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	30	100,0	100,0	100,0

mm20- A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	2	6,7	6,7	6,7
	Verdadeiro	28	93,3	93,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm21- Muitas vezes sou obrigado(a) a receber ordens de pessoas que sabem menos do que eu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	25	83,3	83,3	83,3
	Verdadeiro	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm22-Gostava de ser tão feliz quanto os outros parecem ser

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	19	63,3	63,3	63,3
	Verdadeiro	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm23-Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem a simpatia e a ajuda dos outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	13	43,3	43,3	43,3
	Verdadeiro	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm24- Às vezes fico furioso(a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm25- Acho que tenho pouca confiança em mim

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	8	26,7	26,7	26,7
	Verdadeiro	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm26- Nunca reparei que os meus musculos estremeçam ou tremam numa maneira incomoda ou estranha

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	4	13,3	13,3	13,3
	Verdadeiro	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm27- A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	19	63,3	63,3	63,3
	Verdadeiro	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm28-Sinto-me quase sempre feliz

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	19	63,3	63,3	63,3
	Verdadeiro	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm29-Há pessoas que são autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas me dizem , mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	3	10,0	10,0	10,0
	Verdadeiro	27	90,0	90,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm30-Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	29	96,7	96,7	96,7
	Verdadeiro	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm31-Acho que as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer vantagem em vez de perderem.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	3	10,0	10,0	10,0
	Verdadeiro	27	90,0	90,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm32-Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou com os meus intestinos.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	24	80,0	80,0	80,0
	Verdadeiro	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm33- Muitas vezes não percebo porque sou brusco((a) ou rabugento(a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	2	6,7	6,7	6,7
	Verdadeiro	28	93,3	93,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm34- Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo controlá-los

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	4	13,3	13,3	13,3
	Verdadeiro	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm35-Estou convencido(a) que que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que eu conheço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	7	23,3	23,3	23,3
	Verdadeiro	23	76,7	76,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm36- Às vezes sinto que não sirvo para nada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	8	26,7	26,7	26,7
	Verdadeiro	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm37-Nos últimos anos tenho gozado geralmente de boa saúde.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	4	13,3	13,3	13,3
	Verdadeiro	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm38-Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz verdadeiramente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	14	46,7	46,7	46,7
	Verdadeiro	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm39-Acho que muitas vezes tenho sido castigado(a) sem razão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	28	93,3	93,3	93,3
	Verdadeiro	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm40-Nunca me senti tão bem como agora

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	24	80,0	80,0	80,0
	Verdadeiro	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm41- Não me importo com o que os outros pensam de mim

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	13	43,3	43,3	43,3
	Verdadeiro	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm42-Acho que tenho boa memória

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Verdadeiro	30	100,0	100,0	100,0

mm43- Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	4	13,3	13,3	13,3
	Verdadeiro	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm44- Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	19	63,3	63,3	63,3
	Verdadeiro	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm45- Tenho muito poucas vezes dores de cabeça

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	2	6,7	6,7	6,7
	Verdadeiro	28	93,3	93,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm46- Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	2	6,7	6,7	6,7
	Verdadeiro	28	93,3	93,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm47- Não gosto de toda a gente que conheço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm48- Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	28	93,3	93,3	93,3
	Verdadeiro	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm49-Gostava de não ser envergonhado(a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm50- Estou convencido(a) de que os meus pecados não podem ser perdoados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	30	100,0	100,0	100,0

mm51- Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são importantes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm52-Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	28	93,3	93,3	93,3
	Verdadeiro	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm53-às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm54-Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	6	20,0	20,0	20,0
	Verdadeiro	24	80,0	80,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm55- Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm56- Fico furioso(a) com facilidade mas esqueço-me depressa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	6	20,0	20,0	20,0
	Verdadeiro	24	80,0	80,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

nm57- Tenho alturas em que estou tão nervoso(a) que sou incapaz de estar sentado numa cadeira

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	18	60,0	60,0	60,0
	Verdadeiro	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm58- Os meus pais e os meus amigos acham que tenho mais defeitos do que realmente tenho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	25	83,3	83,3	83,3
	Verdadeiro	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm59- Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	24	80,0	80,0	80,0
	Verdadeiro	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm60-Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se essa outra deixar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	3	10,0	10,0	10,0
	Verdadeiro	27	90,0	90,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm61- Há alturas em que me sinto cheia de energia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	4	13,3	13,3	13,3
	Verdadeiro	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm62- A minha vida não tem enfraquecido

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	3	10,0	10,0	10,0
	Verdadeiro	27	90,0	90,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm63- Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm64- Numa ou mais várias alturas da minha vida senti que alguém devia hipnotizar-me

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	30	100,0	100,0	100,0

mm65- Às vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

mm66-Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me só na maior parte do tempo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	29	96,7	96,7	96,7
	Verdadeiro	1	3,3	3,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

mm67- Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar duma situação desagradável

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
Total		30	100,0	100,0	

mm68-Sou mais sensível do que a maioria das pessoas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	10	33,3	33,3	33,3
	Verdadeiro	20	66,7	66,7	100,0
Total		30	100,0	100,0	

mm69- Às vezes o meu espirito parece que trabalha mais devagar do que o costume

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	2	6,7	6,7	6,7
	Verdadeiro	28	93,3	93,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

mm70-As pessoas desiludem-me muitas vezes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	1	3,3	3,3	3,3
	Verdadeiro	29	96,7	96,7	100,0
Total		30	100,0	100,0	

mm71-Tenho abusado das bebidas alcoólicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Falso	29	96,7	96,7	96,7
	Verdadeiro	1	3,3	3,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Explore

		Valor
L - Notas T	Skewness	1,801
	Kurtosis	6,147
F_Notas T	Skewness	,379
	Kurtosis	-,082
K-Nota T	Skewness	,267
	Kurtosis	-,907
Hs - Nota T	Skewness	,063
	Kurtosis	-,447
D - Nota T	Skewness	,235
	Kurtosis	-,868
Hy - Nota t	Skewness	-,874
	Kurtosis	2,555
Pd - Nota t	Skewness	,298
	Kurtosis	-,339
Pa-Nota t	Skewness	2,924
	Kurtosis	12,465
Pt - Nota t	Skewness	-,347
	Kurtosis	-1,009
Sc- Nota T	Skewness	1,180
	Kurtosis	3,625
Ma - Nota t	Skewness	1,142
	Kurtosis	3,186

	Shapiro-Wilk		
	Valor	gl	p
L - Notas T	,801	30	,000
F_Notas T	,933	30	,060
K-Nota T	,923	30	,031
Hs - Nota T	,967	30	,453
D - Nota T	,956	30	,248
Hy - Nota t	,931	30	,053
Pd - Nota t	,935	30	,066
Pa-Nota t	,693	30	,000
Pt - Nota t	,931	30	,052
Sc- Nota T	,911	30	,016
Ma - Nota t	,903	30	,010

Nonparametric Correlations

			Idade	Habilitações
Spearman's rho	Hs - Nota T	Correlação Spearman	,112	-,168
		p	,556	,376
		N	30	30
D - Nota T	Correlação Spearman		,086	-,237
		p	,650	,207
		N	30	30
Hy - Nota t	Correlação Spearman		,101	-,296
		p	,594	,112
		N	30	30
Pd - Nota t	Correlação Spearman		,034	-,278
		p	,857	,137
		N	30	30
Pa-Nota t	Correlação Spearman		-,223	,033
		p	,236	,862
		N	30	30
Pt - Nota t	Correlação Spearman		,084	-,246
		p	,660	,189
		N	30	30
Sc- Nota T	Correlação Spearman		,008	-,020
		p	,966	,915
		N	30	30
Ma - Nota t	Correlação Spearman		-,050	-,015
		p	,792	,936
		N	30	30

Nonparametric Correlations

		q11 - Quantos filhos?	média de idades dos filhos	q8 - Tempo de diagnóstico
Hs - Nota T	Correlação de Pearson	-,070	,054	-,100
	p	,739	,796	,598
	N	25	25	30
D - Nota T	Correlação de Pearson	,194	,041	,005
	p	,354	,847	,979
	N	25	25	30
Hy - Nota t	Correlação de Pearson	-,115	,213	,026
	p	,584	,306	,891
	N	25	25	30
Pd - Nota t	Correlação de Pearson	,143	-,019	-,067
	p	,496	,926	,724
	N	25	25	30
Pt - Nota t	Correlação de Pearson	,138	,167	-,091
	p	,511	,426	,633
	N	25	25	30
Sc- Nota T	Correlação de Pearson	-,152	,039	-,103
	p	,469	,854	,587
	N	25	25	30
Ma - Nota t	Correlação de Pearson	-,169	-,043	-,080
	p	,421	,837	,675
	N	25	25	30

Correlations

			q11 - Quantos filhos?	média de idades dos filhos	q8 - Tempo de diagnóstico
Spearman's rho	Pa-Nota t	Correlation Coefficient	-,026	-,173	-,252
		Sig. (2-tailed)	,903	,408	,178
		N	25	25	30

T-Test

Group Statistics

SITUAEMP		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Hs - Nota T	Activ o	15	41,9333	8,67234	2,23919
	Desempregado ou ref ormado	15	44,0000	6,04743	1,56144
D - Nota T	Activ o	15	56,5333	15,08484	3,89489
	Desempregado ou ref ormado	15	55,4667	15,56033	4,01766
Hy - Nota t	Activ o	15	47,7333	13,40291	3,46062
	Desempregado ou ref ormado	15	49,1333	5,79244	1,49560
Pd - Nota t	Activ o	15	46,6667	10,82765	2,79569
	Desempregado ou ref ormado	15	49,8667	9,99190	2,57990
Pt - Nota t	Activ o	15	40,3333	13,84953	3,57593
	Desempregado ou ref ormado	15	45,3333	11,73923	3,03106
Sc- Nota T	Activ o	15	45,0000	9,38844	2,42409
	Desempregado ou ref ormado	15	51,8667	11,17949	2,88653

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Hs - Nota T	Equal variances assumed	3,632	,067	-,757	28	,455	-2,0667	2,72985	-7,65850	3,52517
	Equal variances not assumed			-,757	25,012	,456	-2,0667	2,72985	-7,68876	3,55543
D - Nota T	Equal variances assumed	,004	,947	,191	28	,850	1,0667	5,59569	-10,39558	12,52892
	Equal variances not assumed			,191	27,973	,850	1,0667	5,59569	-10,39608	12,52941
Hy - Nota t	Equal variances assumed	4,829	,036	-,371	28	,713	-1,4000	3,76997	-9,12244	6,32244
	Equal variances not assumed			-,371	19,053	,714	-1,4000	3,76997	-9,28915	6,48915
Pd - Nota t	Equal variances assumed	,462	,502	-,841	28	,407	-3,2000	3,80417	-10,99250	4,59250
	Equal variances not assumed			-,841	27,821	,407	-3,2000	3,80417	-10,99476	4,59476
Pt - Nota t	Equal variances assumed	1,467	,236	-1,067	28	,295	-5,0000	4,68771	-14,60233	4,60233
	Equal variances not assumed			-1,067	27,268	,295	-5,0000	4,68771	-14,61396	4,61396
Sc - Nota T	Equal variances assumed	,001	,980	-1,822	28	,079	-6,8667	3,76938	-14,58790	,85457
	Equal variances not assumed			-1,822	27,188	,080	-6,8667	3,76938	-14,59831	,86497

Mann-Whitney Test

Ranks

SITUAEMP		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pa-Nota t	Activ o	15	14,03	210,50
	Desempregado ou reformado	15	16,97	254,50
	Total	30		

Test Statistics

	Pa-Nota t
Mann-Whitney U	90,500
Wilcoxon W	210,500
Z	-,941
Asymp. Sig. (2-tailed)	,347
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,367

T-Test

Group Statistics

q7 - Qual a sua religião?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Hs - Nota T	católica	21	42,2381	6,60988	1,44239
	não tem	8	43,3750	8,99107	3,17882
D - Nota T	católica	21	54,1429	13,85383	3,02315
	não tem	8	58,3750	17,84006	6,30741
Hy - Nota t	católica	21	48,5238	7,64604	1,66850
	não tem	8	47,5000	16,00000	5,65685
Pd - Nota t	católica	21	47,4286	7,73674	1,68830
	não tem	8	49,5000	16,17759	5,71964
Pa-Nota t	católica	21	51,0000	3,98748	,87014
	não tem	8	53,6250	13,95848	4,93507
Pt - Nota t	católica	21	42,6190	12,78857	2,79070
	não tem	8	42,1250	14,25720	5,04068
Sc- Nota T	católica	21	47,5238	7,78215	1,69821
	não tem	8	50,6250	17,18752	6,07670

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Hs - Nota T	Equal variances assumed	,918	,346	-,375	27	,711	-1,1369	3,03386	-7,36188	5,08807
	Equal variances not assumed			-,326	10,030	,751	-1,1369	3,49076	-8,91161	6,63780
D - Nota T	Equal variances assumed	1,272	,269	-,680	27	,503	-4,2321	6,22773	-17,01039	8,54610
	Equal variances not assumed			-,605	10,394	,558	-4,2321	6,99449	-19,73720	11,27292
Hy - Nota t	Equal variances assumed	4,855	,036	,235	27	,816	1,0238	4,35110	-7,90391	9,95153
	Equal variances not assumed			,174	8,249	,866	1,0238	5,89779	-12,50536	14,55298
Pd - Nota t	Equal variances assumed	15,214	,001	-,471	27	,642	-2,0714	4,40071	-11,10093	6,95807
	Equal variances not assumed			-,347	8,251	,737	-2,0714	5,96361	-15,75105	11,60819
Pa-Nota t	Equal variances assumed	5,964	,021	-,801	27	,430	-2,6250	3,27914	-9,35323	4,10323
	Equal variances not assumed			-,524	7,439	,616	-2,6250	5,01119	-14,33415	9,08415
Pt - Nota t	Equal variances assumed	,365	,551	,090	27	,929	,4940	5,47805	-10,74598	11,73408
	Equal variances not assumed			,086	11,568	,933	,4940	5,76164	-12,11162	13,09972
Sc- Nota T	Equal variances assumed	4,847	,036	-,677	27	,504	-3,1012	4,57868	-12,49587	6,29349
	Equal variances not assumed			-,492	8,119	,636	-3,1012	6,30954	-17,61405	11,41167

T-Test

Group Statistics

q1- Género		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Hs - Nota T	Feminino	22	40,3636	6,33618	1,35088
	Masculino	8	50,1250	5,27629	1,86545
D - Nota T	Feminino	22	51,4091	12,27331	2,61668
	Masculino	8	68,6250	15,50058	5,48028
Hy - Nota t	Feminino	22	45,1364	8,92986	1,90385
	Masculino	8	57,5000	7,81939	2,76457
Pd - Nota t	Feminino	22	46,9091	9,50643	2,02678
	Masculino	8	52,0000	12,34041	4,36299
Pt - Nota t	Feminino	22	39,4091	11,87498	2,53175
	Masculino	8	52,2500	11,17075	3,94946
Sc- Nota T	Feminino	22	49,0455	11,35353	2,42058
	Masculino	8	46,7500	9,25434	3,27190
Ma - Nota t	Feminino	22	50,4545	8,94282	1,90662
	Masculino	8	45,0000	7,23089	2,55650

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Hs - Nota T	Equal variances assumed	,088	,768	-3,883	28	,001	-9,7614	2,51372	-14,91048	-4,61224
	Equal variances not assumed			-4,238	14,901	,001	-9,7614	2,30321	-14,67339	-4,84933
D - Nota T	Equal variances assumed	,314	,579	-3,170	28	,004	-17,2159	5,43101	-28,34083	-6,09098
	Equal variances not assumed			-2,835	10,376	,017	-17,2159	6,07293	-30,68111	-3,75071
Hy - Nota t	Equal variances assumed	,025	,876	-3,456	28	,002	-12,3636	3,57769	-19,69220	-5,03507
	Equal variances not assumed			-3,683	14,153	,002	-12,3636	3,35671	-19,55578	-5,17150
Pd - Nota t	Equal variances assumed	,462	,502	-1,199	28	,241	-5,0909	4,24767	-13,79187	3,61005
	Equal variances not assumed			-1,058	10,189	,314	-5,0909	4,81077	-15,78310	5,60128
Pt - Nota t	Equal variances assumed	,855	,363	-2,658	28	,013	-12,8409	4,83167	-22,73815	-2,94367
	Equal variances not assumed			-2,737	13,192	,017	-12,8409	4,69127	-22,96077	-2,72105
Sc- Nota T	Equal variances assumed	,329	,571	,512	28	,613	2,2955	4,48649	-6,89470	11,48561
	Equal variances not assumed			,564	15,238	,581	2,2955	4,06996	-6,36768	10,95859
Ma - Nota t	Equal variances assumed	,047	,831	1,546	28	,133	5,4545	3,52874	-1,77376	12,68285
	Equal variances not assumed			1,710	15,368	,107	5,4545	3,18918	-1,32890	12,23799

General Linear Model

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

SWBQP	Dependent Variable
1	PESSOAL
2	COMUNITÁ
3	AMBIENTA
4	TRANSCEN

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SWBQp - Pessoal	2,6600	,61060	30
SWBQp - Comunitária	3,6600	,59919	30
SWBQp - Ambiental	3,3533	,75143	30
SWBQp - Transcendental	2,7133	,98357	30

Multivariate Tests^b

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
SWBQP Pillai's Trace	,788	33,391 ^a	3,000	27,000	,000
Wilks' Lambda	,212	33,391 ^a	3,000	27,000	,000
Hotelling's Trace	3,710	33,391 ^a	3,000	27,000	,000
Roy's Largest Root	3,710	33,391 ^a	3,000	27,000	,000

a. Exact statistic

b.

Design: Intercept

Within Subjects Design: SWBQP

Mauchly's Test of Sphericity^b

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
SWBQP	,591	14,593	5	,012	,753	,820	,333

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b.

Design: Intercept

Within Subjects Design: SWBQP

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
SWBQP	Sphericity Assumed	21,625	3	7,208	47,243	,000
	Greenhouse-Geisser	21,625	2,259	9,573	47,243	,000
	Huynh-Feldt	21,625	2,459	8,793	47,243	,000
	Lower-bound	21,625	1,000	21,625	47,243	,000
Error(SWBQP)	Sphericity Assumed	13,275	87	,153		
	Greenhouse-Geisser	13,275	65,507	,203		
	Huynh-Feldt	13,275	71,322	,186		
	Lower-bound	13,275	29,000	,458		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	SWBQP	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
SWBQP	Linear	,032	1	,032	,194	,663
	Quadratic	20,172	1	20,172	89,066	,000
	Cubic	1,421	1	1,421	22,027	,000
Error(SWBQP)	Linear	4,836	29	,167		
	Quadratic	6,568	29	,226		
	Cubic	1,871	29	,065		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	1150,721	1	1150,721	637,109	,000
Error	52,379	29	1,806		

Estimated Marginal Means SWBQP

Estimates

Measure: MEASURE_1

SWBQP	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	2,660	,111	2,432	2,888
2	3,660	,109	3,436	3,884
3	3,353	,137	3,073	3,634
4	2,713	,180	2,346	3,081

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) SWBQP	(J) SWBQP	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-1,000*	,097	,000	-1,199	-,801
	3	-,693*	,090	,000	-,877	-,510
	4	-,053	,101	,601	-,260	,153
2	1	1,000*	,097	,000	,801	1,199
	3	,307*	,072	,000	,159	,454
	4	,947*	,131	,000	,679	1,214
3	1	,693*	,090	,000	,510	,877
	2	-,307*	,072	,000	-,454	-,159
	4	,640*	,105	,000	,426	,854
4	1	,053	,101	,601	-,153	,260
	2	-,947*	,131	,000	-1,214	-,679
	3	-,640*	,105	,000	-,854	-,426

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

Multivariate Tests

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	,788	33,391 ^a	3,000	27,000	,000
Wilks' lambda	,212	33,391 ^a	3,000	27,000	,000
Hotelling's trace	3,710	33,391 ^a	3,000	27,000	,000
Roy's largest root	3,710	33,391 ^a	3,000	27,000	,000

Each F tests the multivariate effect of SWBQP. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

Nonparametric Correlations

Correlations

			q2- idade	q5-Habilitações
Spearman's rho	SWBQp - Pessoal	Correlation Coefficient	-,077	,172
		Sig. (2-tailed)	,684	,363
		N	30	30
	SWBQp - Comunitária	Correlation Coefficient	-,026	,250
		Sig. (2-tailed)	,892	,183
		N	30	30
	SWBQp - Ambiental	Correlation Coefficient	-,091	,289
		Sig. (2-tailed)	,631	,121
		N	30	30
	SWBQp - Transcendental	Correlation Coefficient	-,200	,319
		Sig. (2-tailed)	,289	,085
		N	30	30

Correlations

Correlations

		q11 - Quantos filhos?	média de idades dos filhos	q8 - Tempo de diagnóstico
SWBQp - Pessoal	Pearson Correlation	-,217	,148	,205
	Sig. (2-tailed)	,297	,481	,278
	N	25	25	30
SWBQp - Comunitária	Pearson Correlation	-,008	,096	,206
	Sig. (2-tailed)	,969	,648	,274
	N	25	25	30
SWBQp - Ambiental	Pearson Correlation	-,075	,093	,035
	Sig. (2-tailed)	,723	,658	,856
	N	25	25	30
SWBQp - Transcendental	Pearson Correlation	-,178	-,059	,036
	Sig. (2-tailed)	,394	,781	,851
	N	25	25	30

T-Test

Group Statistics

SITUAEMP		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SWBQp - Pessoal	Activo	15	2,7067	,65843	,17000
	Desempregado ou reformado	15	2,6133	,57801	,14924
SWBQp - Comunitária	Activo	15	3,8400	,57171	,14762
	Desempregado ou reformado	15	3,4800	,58943	,15219
SWBQp - Ambiental	Activo	15	3,5600	,81135	,20949
	Desempregado ou reformado	15	3,1467	,64793	,16729
SWBQp - Transcendental	Activo	15	2,8933	1,15849	,29912
	Desempregado ou reformado	15	2,5333	,76966	,19873

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SWBQp - Pessoal	Equal variances assumed	1,417	,244	,413	28	,683	,0933	,22622	-,37005	,55672
	Equal variances not assumed			,413	27,538	,683	,0933	,22622	-,37040	,55707
SWBQp - Comunitária	Equal variances assumed	,582	,452	1,698	28	,101	,3600	,21202	-,07430	,79430
	Equal variances not assumed			1,698	27,974	,101	,3600	,21202	-,07432	,79432
SWBQp - Ambiental	Equal variances assumed	1,918	,177	1,542	28	,134	,4133	,26809	-,13583	,96249
	Equal variances not assumed			1,542	26,694	,135	,4133	,26809	-,13704	,96371
SWBQp - Transcendental	Equal variances assumed	6,438	,017	1,002	28	,325	,3600	,35912	-,37562	1,09562
	Equal variances not assumed			1,002	24,344	,326	,3600	,35912	-,38063	1,10063

T-Test

Group Statistics

q7 - Qual a sua religião?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SWBQp - Pessoal	católica	21	2,7333	,45753	,09984
	não tem	8	2,6000	,87505	,30938
SWBQp - Comunitária	católica	21	3,6000	,46904	,10235
	não tem	8	3,8500	,89283	,31566
SWBQp - Ambiental	católica	21	3,2857	,66203	,14447
	não tem	8	3,6500	,91807	,32459
SWBQp - Transcendental	católica	21	2,6762	,83541	,18230
	não tem	8	2,9250	1,35620	,47949

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SWBQp - Pessoal	Equal variances assumed	19,128	,000	,540	27	,594	,1333	,24705	-,37358	,64024
	Equal variances not assumed			,410	8,502	,692	,1333	,32509	-,60869	,87536
SWBQp - Comunitária	Equal variances assumed	4,114	,053	-,990	27	,331	-,2500	,25260	-,76829	,26829
	Equal variances not assumed			-,753	8,516	,472	-,2500	,33184	-,100723	,50723
SWBQp - Ambiental	Equal variances assumed	2,086	,160	-,1190	27	,245	-,3643	,30621	-,99257	,26400
	Equal variances not assumed			-,1025	9,912	,330	-,3643	,35529	-,115687	,42829
SWBQp - Transcendental	Equal variances assumed	9,115	,005	-,601	27	,553	-,2488	,41419	-,109865	,60103
	Equal variances not assumed			-,485	9,103	,639	-,2488	,51298	-,140724	,90962

T-Test

Group Statistics

	q1- Género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SWBQp - Pessoal	Feminino	22	2,7364	,58027	,12371
	Masculino	8	2,4500	,68243	,24128
SWBQp - Comunitária	Feminino	22	3,6727	,60331	,12863
	Masculino	8	3,6250	,62735	,22180
SWBQp - Ambiental	Feminino	22	3,4091	,74445	,15872
	Masculino	8	3,2000	,80000	,28284
SWBQp - Transcendental	Feminino	22	2,8545	,95853	,20436
	Masculino	8	2,3250	1,00818	,35645

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SWBQp - Pessoal	Equal variances assumed	,067	,797	1,142	28	,263	,2864	,25078	-,22734	,80007
	Equal variances not assumed			1,056	10,913	,314	,2864	,27114	-,31100	,88373
SWBQp - Comunitária	Equal variances assumed	,642	,430	,190	28	,851	,0477	,25160	-,46766	,56311
	Equal variances not assumed			,186	12,046	,855	,0477	,25640	-,51069	,60614
SWBQp - Ambiental	Equal variances assumed	,168	,685	,668	28	,510	,2091	,31324	-,43256	,85074
	Equal variances not assumed			,645	11,715	,532	,2091	,32433	-,49948	,91766
SWBQp - Transcendental	Equal variances assumed	,007	,934	1,321	28	,197	,5295	,40096	-,29179	1,35088
	Equal variances not assumed			1,289	11,929	,222	,5295	,41087	-,36626	1,42536

Correlations

Correlations

		Hs - Nota T	D - Nota T	Hy - Nota t	Pd - Nota t	Pt - Nota t	Sc- Nota T	Ma - Nota t
SWBQp - Pessoal	Pearson Correlation	-,360	-,771**	-,575**	-,826**	-,707**	-,334	-,289
	Sig. (2-tailed)	,051	,000	,001	,000	,000	,072	,121
	N	30	30	30	30	30	30	30
SWBQp - Comunitária	Pearson Correlation	-,266	-,417*	-,454*	-,778**	-,648**	-,626**	-,429*
	Sig. (2-tailed)	,155	,022	,012	,000	,000	,000	,018
	N	30	30	30	30	30	30	30
SWBQp - Ambiental	Pearson Correlation	-,340	-,615**	-,531**	-,789**	-,718**	-,439*	-,366*
	Sig. (2-tailed)	,066	,000	,003	,000	,000	,015	,047
	N	30	30	30	30	30	30	30
SWBQp - Transcendental	Pearson Correlation	-,421*	-,771**	-,648**	-,801**	-,760**	-,339	-,137
	Sig. (2-tailed)	,021	,000	,000	,000	,000	,067	,470
	N	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

Correlations

			Pa-Nota t
Spearman's rho	SWBQp - Pessoal	Correlation Coef f icient	-,556**
		Sig. (2-tailed)	,001
		N	30
	SWBQp - Comunitária	Correlation Coef f icient	-,581**
		Sig. (2-tailed)	,001
		N	30
	SWBQp - Ambiental	Correlation Coef f icient	-,469**
		Sig. (2-tailed)	,009
		N	30
	SWBQp - Transcendental	Correlation Coef f icient	-,512**
		Sig. (2-tailed)	,004
		N	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).