



Universidade Católica Portuguesa

## SENTIDO DE VIDA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

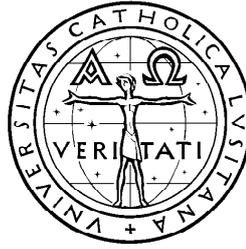
Por

Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro, 2014





Universidade Católica Portuguesa

## SENTIDO DE VIDA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por

Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Sob a orientação do Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues e da Professora  
Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro, 2014



“Eu Sou o Caminho, a Verdade e a Vida”

*O Logos*



## **Agradecimentos**

A dor e o sofrimento acompanham o homem desde sempre e são, sem dúvida, a experiência humana mais partilhada para além da morte.

Venho agradecer a todos os colaboradores, que sensíveis à problemática, diretamente contribuíram para a consecução do estudo e que optei por referenciar na ordem cronológica do seu contributo.

Em primeiro lugar agradeço aos meus orientadores da tese, o Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues e o Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe que, pela sua presença, mantiveram o estímulo, partilhando sua sapiência e orientando de modo a imprimir, ao longo de todas as fases do processo, o exigido rigor metodológico e objetividade científica;

Agradeço à Professora Doutora Patricia Starck e à Professora Doutora Pamela Reed, que não apenas colaboraram em todo o processo de adequação dos instrumentos como partilharam os seus referenciais teóricos no Seminário Temático;

Agradeço à Professora Doutora Margarida Vieira e o Professor Doutor Castro Caldas pelo voto de confiança;

Agradeço ao grupo de trabalho da Espiritualidade em Enfermagem do ICS-UCP, pelos momentos de reflexão e partilhada;

Agradeço ao Professor Doutor Rui Mota Cardoso pelo apoiado do projeto e empenho demonstrado ao longo da consecução dos seus objetivos;

Agradeço à Professora Ana Leonor Alves Ribeiro, a caminhada partilhada e sua integração no leque interdisciplinar de juízes nacionais de análise de conteúdo;

Agradeço ao Professor Doutor João Lobo Antunes por ter aceitado o desafio e promovido o encontro com personalidades empenhadas no estudo da problemática do sofrimento humano;

Agradeço ao Professor Doutor João Eurico da Fonseca a sensibilidade, a compreensão, disponibilidade e a acessibilidade a todos os recursos indispensáveis à consecução dos objetivos;

Agradeço à Administração, Direção Clínica e de Enfermagem do HSM da CHLN a oportunidade concedida;

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Vilhena de Queiroz o reforço indispensável junto dos clínicos colaboradores de reumatologia;

Agradeço ao atual diretor de serviço de reumatologia Dr. José Alberto Pereira da Silva e à Sr<sup>a</sup> Enfermeira Chefe pela confiança e apoio concedidos;

Agradeço ao corpo de clínicos reumatologistas do HSM do CHLN o interesse e a colaboração mantida;

Agradeço à secretária Sandra Junot do Unidade do Hospital de dia do HSM do CHLN toda a sua boa vontade, empatia e empenho;

Agradeço ao corpo de enfermagem do serviço de reumatologia do HSM do CHLN por me terem aceite;

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Silvério Marques pelas pontes que me indicou;

Agradeço ao Professor Doutor Rolf Kühn por ter partilhado a sua experiência e esclarecido questões de fundo;

Agradeço à Doutora Maria Ângeles Noblejas e ao seu estimado esposo a abertura ao paradigma logoterapêutico;

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Díaz a compreensão do efeito do abraço;

Agradeço a todos os participantes o seu contributo indispensável;

Agradeço à Ana Querido e à Saudade Lopes as importantes reflexões durante as viagens e ao Pedro Gaspar a riqueza das suas sugestões;

Agradeço ao Paulo San-Bento e à Cristina os amigos que são;

Agradeço a Deus a maravilhosa Família que me concedeu.

## Lista de Acrónimos, Siglas e Abreviaturas

AC – Análise de Conteúdo

AESLO – Associação Espanhola de Logoterapia

AP – Artrite psoriática

APED – Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor

AR – Artrite reumatoide

BASDAI – *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*

CCP – Cuidar Centrado na Pessoa com Dor

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiras

CIP – Cuidado Incondicional Proactivo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CoCIP – Competência para o Cuidado Incondicional Proactivo

CPSS – *Chronic Pain Self-Efficacy Scale*

CPSS-P – Escala da Autoeficácia Para o Controlo da Dor Crónica validada para a população portuguesa com dor lombar crónica

CPSS-PR – Escala da Autoeficácia Para o Controlo da Dor Crónica validada para a população portuguesa com dor reumática crónica

DAS28 – *Disease Activity Score*

EA – Espondilite anquilosante

EN – Escala Numérica

EOV-P – Escala dos Objetivos de Vida (versão portuguesa da PIL-R)

EOV-PR – Escala dos Objetivos de Vida validada para a população portuguesa com dor reumática crónica

EVA – Escala de Avaliação Analógica

FA – Fibromialgia

gEA – Grupo de participantes com espondilite anquilosante

gAP – Grupo de participantes com artrite psoriática

gAR – Grupo de participantes com artrite reumatoide

gFM – Grupo de participantes com fibromialgia

gS&A – Grupo de participantes que expressam em simultâneo um ótimo valor de sentido e de atitude perante o sofrimento e êxito

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HADS-PR – Escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* validada para a população portuguesa com dor reumática crónica

IASP – *International Association for the Study of Pain*

IC – Intervalo de Confiança

IPATIMUP – Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto

MIST – *Meaning in Suffering Test*

MIST-P – Escala *Meaning in Suffering Test* validada para a população portuguesa com dor reumática crónica

MYOS – Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica

NANDA – Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONDOR – Observatório Nacional das Doenças Reumáticas

ONSA – Observatório Nacional da Saúde

PIL – *Purpose in Life Test*

PIL-R – Forma revista do *Purpose in Life Test*

PNCD – Plano Nacional de Controlo da Dor

PNCDR – Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RRHR – Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia

SAE – Sistema Analgésico Endógeno

SER – Sistema Espinoreticular

SET – Sistema Espinotalâmico

STS – *Self-Transcendence Scale*

STS-P – Escala *Self-Transcendence Scale* validada para a população portuguesa com dor reumática crónica

WHO – *World Health Organization*

## Resumo

**Introdução:** A dor e o sofrimento integram a natureza humana e são, para além da morte, as experiências humanas mais partilhadas. De acordo com a literatura, a população adulta na Europa sofre severos danos na sua qualidade de vida devido ao sofrimento inevitável associado à dor crónica reumática. Para este sofrimento, por vezes incompreendido, nem sempre existem respostas terapêuticas.

**Objetivos:** Validar para a amostra de pessoas com dor crónica reumática as escalas sentido no sofrimento e autotranscendência, e revalidar as escalas de objetivos de vida, ansiedade e depressão, e autoeficácia; avaliar as variáveis em estudo (sentido de vida, autoeficácia, ansiedade e depressão, sentido no sofrimento, índice de sofrimento e atividade da doença); determinar a correlação entre o sentido de vida e as variáveis em estudo; identificar os fatores preditivos do sentido de vida; e identificar as fontes de sentido de vida e a história do sofrimento inevitável.

**Metodologia:** A investigação compreendeu três estudos: metodológico, correlacional e descritivo. Foi desenvolvida numa amostra de 187 indivíduos, agrupados em função das suas patologias reumáticas em quatro subamostras: grupo com artrite reumatoide (gAR), constituído maioritariamente por elementos do sexo feminino que têm a doença há mais tempo diagnosticada; grupo com espondilite anquilosante (gEA), constituído pelos elementos mais novos, maioritariamente do sexo masculino e com as mais longas vivências de dor; grupo com artrite psoriática (gAP), constituído maioritariamente por elementos do sexo masculino; e o grupo com fibromialgia (gFM), constituído pelos elementos mais velhos, exclusivamente do sexo feminino, que detêm o mais elevado índice de sofrimento, depressão e ansiedade, e o mais baixo de sentido de vida, sendo os únicos que não dispõem de terapêutica específica. Os dados foram recolhidos entre janeiro de 2010 e novembro de 2011 mediante a aplicação de um questionário constituído pelos seguintes instrumentos: características sociodemográficas, profissionais e clínicas; escalas de sentido no sofrimento; autotranscendência; objetivos de vida; ansiedade e depressão; e autoeficácia.

**Resultados:** Verificou-se que todos os instrumentos validados possuem boas características psicométricas e são adequados para a prática clínica. Constatou-se que o sentido de vida é

um constructo multidimensional, constituído pela junção dos conceitos de objetivos de vida e autotranscendência. A promoção do sentido de vida está associada a níveis mais baixos de depressão e ansiedade e mais altos de sentido no sofrimento e estratégias de *coping*. Porém, são as subamostras dos participantes com espondilite anquilosante e fibromialgia que evidenciam maior sensibilidade em relação ao sentido de vida. Em ambas as subamostras a promoção do sentido de vida é diretamente proporcional a uma melhor autoeficácia quanto à definição de estratégias de *coping*, e inversamente proporcional ao índice de sofrimento, sendo a proporcionalidade inversa igualmente verificada entre o sentido de vida dos participantes com espondilite e o índice de atividade da sua doença. Apurou-se que todos os participantes que apresentam uma atitude positiva perante o próprio sofrimento e êxito apresentam, em simultâneo, a melhor categoria avaliativa de sentido de vida, sendo as suas fontes (específicas) de sentido de vida caracteristicamente mais transcendentais. Identificou-se a história do sofrimento inevitável de cada uma das subamostras em estudo obtendo-se intervenções específicas, úteis para a orientação na promoção do seu sentido de vida.

**Conclusão:** A principal conclusão da investigação, foi trazer um novo contributo para um futuro mais esperançoso da pessoa com dor crónica reumática, através de substratos para a orientação na integração do sofrimento inevitável. Neste processo emergiu o constructo multidimensional *sentido de vida*, cujo estudo propõe respostas científicas, implementáveis na prática do cuidar sob a forma da *competência para o cuidado incondicional proactivo*. O desenvolvimento desta competência pode ser facilitado com o acesso aos resultados referentes às variáveis facilitadoras e inibidoras do fenómeno para cada uma das subamostras em estudo, aos instrumentos agora disponibilizados, à nova metodologia de análise de conteúdo que direciona para a identificação do sentido de vida e a atitude do participante, permitindo o reconhecimento da sua fonte de sentido de vida; e por fim, pelo acesso ao guião de entrevista da história de sofrimento inevitável que permite obter o perfil do sofrimento inevitável da pessoa com dor crónica reumática, ponto de partida para uma intervenção qualificada.

**Palavras-chave:** Dor crónica; sofrimento inevitável; sentido de vida; competência de enfermagem.

## Abstract

**Introduction:** Pain and suffering are part of what it is to be human and, in addition to death, they are the most widely shared of human experiences. According to the literature the quality of life of the adult population in Europe is severely harmed by the inevitable suffering associated with chronic rheumatic pain. Though not always understood, there are not always therapeutic responses to this suffering.

**Aims:** To validate for the sample of patients with chronic rheumatic pain the scales for meaning in suffering and self-transcendence, and to revalidate the scales for life goals, anxiety and depression, and self-efficacy; to assess the study variables (meaning in life, self-efficacy, anxiety and depression, meaning in suffering, suffering index and disease activity); to determine the correlation between meaning in life and the variables under study; to identify the predictive factors for meaning in life; to identify the sources of meaning in life and the history of the inevitable suffering.

**Methodology:** The research involved three studies: methodological, correlational and descriptive. It was developed in a sample of 187 individuals, grouped into four sub-samples according to their rheumatic disorders: one group with rheumatoid arthritis (gAR), consisting mainly of females who have had the disease diagnosed for the longest time; one group with ankylosing spondylitis (gEA), consisting of younger, mostly male, individuals with the longest experience of pain; one group with psoriatic arthritis (gAP), consisting mainly of older males; and one group with fibromyalgia (gFM) composed of older, exclusively female, individuals who have the highest index of suffering, depression and anxiety and the lowest meaning in life. This last was the only group for which no specific treatment is available. The data were gathered between January 2010 and November 2011 by means of a questionnaire consisting of these instruments: sociodemographic, professional and clinical characteristics; scales of meaning in suffering, self-transcendence, purpose of life, anxiety and depression, and self-efficacy.

**Results:** All the instruments validated were found to have good psychometric characteristics and are suitable for clinical practice. It was found that meaning in life is a multidimensional construct consisting of the combination of the concepts of life goals and self-transcendence. Promotion of meaning in life is associated with lower levels of depression and anxiety and higher levels of meaning in suffering and *coping* strategies. But

the sub-samples of participants with ankylosing spondylitis and fibromyalgia show greater sensitivity with respect to the meaning in life. In both subsamples the promotion of meaning in life is directly proportional to improved self-efficacy regarding the definition of *coping* strategies, and inversely proportional to the suffering index. The inverse proportionality between the meaning in life of the participants with spondylitis and the activity index of their disease was also confirmed. It was found that all participants have a positive attitude to their own suffering and success, and simultaneously show the best assessment category for meaning in life, with their (specific) sources for meaning in life characteristically being, more transcendent. Once the history of inevitable suffering of each of the sub-samples in the study was identified, specific interventions useful for guidance in fostering their meaning in life were derived.

**Conclusion:** The main conclusion of the research was to offer a new contribution for a more hopeful future for people with chronic rheumatic pain through resources for guidance towards the integration of inevitable suffering. In this process there emerged the multidimensional construct *meaning in life*, whose study indicates scientific responses that can be implemented in care practice in the form of *competence for proactive unconditional care*. The development of this competence can be helped by access to the results for the variables that facilitate and inhibit the phenomenon for each of the sub-samples in the study, to the instruments now available, to the new content analysis approach that leads to the identification of the meaning in life and attitude of the participant, thereby allowing the recognition of their source of meaning in life; and finally, by access to the script of the history of inevitable suffering which, through an interview, yields the profile of the inevitable suffering of people with chronic rheumatic pain, which is the departure point for qualified intervention.

**Keywords:** Chronic pain; inevitable suffering; meaning in life; nursing competence.

# Índice

	Pág.
<b>Introdução</b>	
<b>PARTE UM – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>35</b>
<b>Capítulo I A Pessoa em Sofrimento por Dor Crónica</b> .....	<b>37</b>
<b>1.1 Dor Crónica Reumática no Mundo</b> .....	<b>37</b>
<b>1.2 Perspetiva das Ciências da Saúde</b> .....	<b>44</b>
<b>Capítulo II Sentido de Vida da Pessoa com Dor Crónica: Desafio Para a Ciência</b> .....	<b>53</b>
<b>2.1 Espiritualidade e Praxis Clínica</b> .....	<b>53</b>
2.1.1 Perspetiva filosófica. ....	56
2.1.2 Perspetiva teológica. ....	59
2.1.3 Logos e sentido de vida. ....	63
<b>2.2 Sentido de Vida, Saúde e Desenvolvimento Humano</b> .....	<b>64</b>
2.2.1 Atitude positiva perante o próprio sofrimento e êxito. ....	68
<b>2.3 Instrumentos</b> .....	<b>72</b>
<b>Capítulo III Sentido de Vida, Fatores Associados e Intervenção</b> .....	<b>77</b>
<b>3.1 Fatores Explicativos do Sentido de Vida na Dor Crónica</b> .....	<b>77</b>
3.1.1 Sofrimento.....	77
3.1.2 Ansiedade e depressão.....	78
3.1.3 Autoeficácia para o controlo da dor crónica. ....	79
3.1.4 Autotranscendência. ....	82
<b>3.2 Instrumentos Para Avaliar o Sentido de Vida e Fatores Associados</b> .....	<b>84</b>
3.2.1 Escala dos objetivos de vida (EOV). ....	84
3.2.2 Meaning in suffering test (MIST). ....	88
3.2.3 Self-transcendence scale (STS). ....	91
3.2.4 Escala da autoeficácia para o controlo da dor crónica (CPSS-P).....	94
3.2.5 Escala da ansiedade e depressão hospitalar (HADS-P).....	96
<b>3.3 Modelos Teóricos de Enfermagem Promotores de Sentido</b> .....	<b>99</b>

<b>3.4 Síntese da Fundamentação Teórica</b> .....	<b>108</b>
<b>PARTE DOIS – ESTUDOS EMPÍRICOS</b> .....	<b>111</b>
<b>Capítulo IV Estudo 1 – Validação de Instrumentos de Medida</b> .....	<b>115</b>
<b>4.1 Metodologia</b> .....	<b>115</b>
4.1.1 Tipo de estudo.....	115
4.1.2 População alvo e amostra. ....	116
4.1.3 Instrumentos.....	118
4.1.4 Procedimentos formais e éticos.....	124
4.1.5 Recolha e tratamento dos dados. ....	126
<b>4.2 Apresentação e Análise dos Dados</b> .....	<b>127</b>
4.2.1 Características sociodemográficas e clínicas da amostra.....	127
4.2.2 Características psicométricas das escalas. ....	130
<b>Capítulo V Estudo 2 – Sentido de Vida e Fatores Associados</b> .....	<b>157</b>
<b>5.1 Metodologia</b> .....	<b>157</b>
5.1.1 Tipo de estudo e hipóteses. ....	157
5.1.2 População alvo e amostra. ....	158
5.1.3 Instrumento de colheita dos dados.....	159
5.1.4 Procedimentos formais e éticos.....	162
5.1.5 Tratamento de dados. ....	162
<b>5.2 Apresentação e Análise dos Dados</b> .....	<b>163</b>
5.2.1 Características sociodemográficas, profissionais e clínicas das subamostras.....	165
5.2.2 Sentido de vida, ansiedade e depressão, autoeficácia, índice de sofrimento e atividade da doença.....	168
5.2.3 A relação entre sentido de vida e variáveis associadas.....	171
5.2.4 Variáveis explicativas do sentido de vida. ....	176
5.2.5 Síntese do estudo 2. ....	180
<b>Capítulo VI Estudo 3 – Fontes de Sentido e História de Sofrimento</b> .....	<b>183</b>
<b>6.1 Metodologia</b> .....	<b>183</b>
6.1.1 Tipo de estudo.....	183
6.1.2 População e amostra.....	184
6.1.3 Instrumentos e procedimentos de análise de dados. ....	185
<b>6.2 Descrição e Apresentação dos Resultados</b> .....	<b>189</b>
6.2.1 Síntese do Estudo 3. ....	197

<b>Capítulo VII Resultados e Discussão dos Três Estudos</b> .....	<b>199</b>
<b>7.1 Estudo 1</b> .....	<b>199</b>
<b>7.2 Estudo 2</b> .....	<b>209</b>
<b>7.3 Estudo 3</b> .....	<b>222</b>
<b>Conclusão Final Integrativa</b> .....	<b>229</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>241</b>

**Anexos**

Anexo I	Conferência Internacional “Dor Crônica e Sofrimento – <i>Que Sentido?</i> ”
Anexo II	Carta - Parecer Favorável da Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria (CHLN)
Anexo III	Carta - Autorização do Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria (CHLN)
Anexo IV	Questionário
Anexo V	E-mail: Autorização da autora para a tradução e validação da escala MIST
Anexo VI	E-mail: Autorização da autora para a tradução e validação da escala STS
Anexo VII	Carta - Solicitação da Autorização da Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria (CHLN)
Anexo VIII	Questionário da Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria (CHLN)



## Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1 Modificação de atitudes em situações de fracasso e êxito.....	71
Figura 2 Theory of self-transcendence .....	107
Figura 3 Dolor, sufrimiento y sentido de vida: desafío para la ciencia, la teología y la filosofía .....	109
Figura 4 Uma filosofia de cuidado ao sofredor de dor crónica.....	109
Figura 5 Desenho da Investigação .....	113
Figura 6 Procedimentos na tradução e retroversão dos instrumentos .....	123
Figura 7 Esquema representativo da relação entre as variáveis .....	158
Figura 8 Modelos dinâmicos .....	182



## Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 Gráfico de Cattell ou Scree Plot da MIST-P .....	138
Gráfico 2 Gráfico de Cattell ou Scree Plot da STS-P .....	142
Gráfico 3 Gráfico de Cattell ou Scree Plot da EOV .....	146
Gráfico 4 Scree plot da ansiedade e depressão .....	150
Gráfico 5 Scree plot da CPSS-PR.....	154
Gráfico 6 Distribuição das subamostras de participantes quanto à ansiedade por grau .....	171
Gráfico 7 Distribuição das subamostras de participantes quanto à ansiedade por grau .....	171
Gráfico 8 Caracterização do sentido de vida por subamostra de participantes de acordo com a escala de sentido .....	191
Gráfico 9 Caracterização da atitude por subamostra de participantes de acordo com a escala de atitude .....	192
Gráfico 10 Identificação das fontes gerais de sentido por subamostra de participantes de acordo com categoria avaliativa “0” e “1” na escala de sentido .....	193
Gráfico 11 Identificação das fontes específicas de sentido por subamostra de participantes de acordo com categoria avaliativa “0” na escala de sentido e de atitude .....	194



## Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 Instrumentos de medida do sentido de vida .....	76
Tabela 2 Características psicométricas da escala STS.....	93
Tabela 3 Comparação dos valores de alfa de Cronbach das escalas .....	96
Tabela 4 Tabela comparativa das escalas .....	99
Tabela 5 Características da amostra relativamente à idade .....	127
Tabela 6 Características sociodemográficas da amostra .....	127
Tabela 7 Distribuição da amostra relativamente ao nível de escolaridade .....	128
Tabela 8 Distribuição da amostra relativamente ao local de residência .....	128
Tabela 9 Distribuição da amostra relativamente à situação laboral .....	129
Tabela 10 Características clínicas da amostra .....	129
Tabela 11 Características da amostra quanto à afetação da doença .....	129
Tabela 12 Distribuição das respostas da amostra quanto à presença de outras doenças .....	130
Tabela 13 Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da MIST-P.....	136
Tabela 14 Matriz da correlação de Pearson entre fatores e o total da MIST-P da 1ª/2ª aplicação .....	137
Tabela 15 Análise fatorial da MIST-P .....	138
Tabela 16 Matriz da correlação de Pearson entre fatores da MIST-P .....	139
Tabela 17 Correlação de Pearson dos itens com o fator a que pertencem e com o fator a que não pertencem da MIST-P .....	139
Tabela 18 Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da STS-P .....	140
Tabela 19 Matriz da correlação de Pearson entre fatores e o total da STS-P .....	141
Tabela 20 Análise fatorial da STS-P.....	142
Tabela 21 Matriz da correlação de Pearson entre os fatores da STS-P .....	143
Tabela 22 Correlação de Pearson dos itens com o fator a que pertence e com o fator a que não pertence da STS-P .....	143
Tabela 23 Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da EOV .....	145
Tabela 24 Análise fatorial da EOV .....	146
Tabela 25 Matriz da correlação de Pearson entre os fatores e o total da EOV .....	147
Tabela 26 Correlação de Pearson dos itens com o fator a que pertence e com o fator a que não pertence da EOV .....	147
Tabela 27 Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da HADS-PR.....	148

Tabela 28 Análise fatorial da HADS-PR .....	149
Tabela 29 Matriz da correlação de Pearson entre os fatores e entre os fatores e o total da HADS-PR.....	150
Tabela 30 Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da CPSS-PR.....	152
Tabela 31 Análise fatorial da CPSS-PR .....	153
Tabela 32 Matriz da correlação de Pearson entre fatores e entre estes e o total da CPSS-PR .....	154
Tabela 33 Correlação de Pearson dos itens com o fator a que pertence e a que não pertence da CPSS-PR.....	155
Tabela 34 Memória descritiva dos instrumentos .....	161
Tabela 35 Diferenças na média e desvio padrão do SV e resultados do teste Anova .....	164
Tabela 36 Características sociodemográficas das subamostras .....	165
Tabela 37 Distribuição das respostas das subamostras relativamente ao nível de escolaridade .....	165
Tabela 38 Caraterísticas sociodemográficas, profissionais e clínicas das subamostras .....	166
Tabela 39 Distribuição das subamostras relativamente às características clínicas .....	166
Tabela 40 Distribuição das respostas das subamostras relativamente ao tipo de medicação.....	166
Tabela 41 Distribuição das subamostra relativamente ao tipo de medicação biológica.....	167
Tabela 42 Distribuição das respostas das subamostras relativamente a outros tratamentos para a dor .....	167
Tabela 43 Caraterização das subamostras quanto ao sentido de vida.....	168
Tabela 44 Caraterização das subamostras de participantes quanto ao sentido no sofrimento .....	169
Tabela 45 Caraterização das subamostras de participantes quanto à autoeficácia para o controlo da dor.....	169
Tabela 46 Distribuição das respostas das subamostra de participantes quanto ao sofrimento e atividade da doença.....	170
Tabela 47 Distribuição das subamostras de participantes quanto à ansiedade e depressão .....	170
Tabela 48 Resultados da correlação de Pearson entre o sentido de e vida e a autoeficácia por subamostra de participantes .....	172
Tabela 49 Resultados da correlação de Pearson entre o sentido de vida e a ansiedade e depressão por subamostra de participantes .....	173
Tabela 50 Resultados da correlação de Pearson entre o sentido de vida e o sentido no sofrimento por subamostra de participantes .....	174
Tabela 51 Resultados da correlação entre o sentido de vida e o índice de sofrimento por subamostra de participantes .....	175
Tabela 52 Resultados da correlação entre o sentido de vida e o índice de atividade da doença por subamostra de participantes .....	175
Tabela 53 Resultados da análise de regressão linear múltipla para explicar o sentido de vida da subamostra de participantes com EA .....	177
Tabela 54 Resultados da análise de regressão linear múltipla para explicar o sentido de vida da subamostra de participantes com EA .....	178

Tabela 55 Resultados da análise de regressão linear múltipla para explicar o sentido de vida da subamostra de participantes com AP .....	179
Tabela 56 Resultados da análise de regressão linear múltipla para explicar o sentido de vida da subamostra de participantes com FM .....	180
Tabela 57 Caraterísticas sociodemográficas, profissionais e clínicas do gS&A.....	190
Tabela 58 Caraterização do sentido de vida da totalidade da amostra e subamostra de participantes de acordo com a escala de sentido de Lukas (1988) .....	191
Tabela 59 Caraterização da atitude da totalidade da amostra e subamostra de participantes de acordo com a escala de atitude de Lukas (1988) .....	192
Tabela 60 Identificação das fontes gerais de sentido por subamostra de participantes de acordo com categoria avaliativa “0” e “1”na escala de sentido de Lukas (1988) .....	193
Tabela 61 Identificação das fontes específicas de sentido por subamostra de participantes de acordo com categoria avaliativa “0”na escala de sentido e de atitude de Lukas (1988) .....	194
Tabela 62 História do sofrimento inevitável.....	196



## Introdução

O Plano Nacional de Controlo da Dor (PNCD) salienta que a dor crónica é, habitualmente, definida como “dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem”, sendo causa de perceção desesperançada da vida e profunda perturbação da atividade doméstica e laboral, do sono, da vida sexual e do humor (Plano Nacional de Controlo da Dor, 2008, p. 200).

Os resultados do estudo da prevalência, impacto e tratamento da dor crónica não oncológica na Europa, “*Survey of Chronic Pain in Europe*”, documentam que mais de 19% da população adulta sofre severos danos na sua qualidade de vida, devido à dor. Salienta ainda que são poucos os sofredores que usufruem de acompanhamento especializado e cerca de metade os que classificam o tratamento inadequado. Mais do que um sintoma, a dor crónica é um importante problema de saúde pública que, segundo relatório do estudo, urge ser assumido pelos profissionais de saúde (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006).

Outro estudo da organização *The Work Foundation* “*Fit for Work Europe – a focus on musculoskeletal disorders*” conclui que 44 milhões de europeus (um em cada seis) sofrem de dores músculo-esqueléticas crónicas, dos quais 40 milhões são trabalhadores e 40% destes abandonam a atividade profissional devido à doença. Demonstra também que as doenças músculo-esqueléticas são responsáveis por cerca de metade do absentismo laboral e 60% das situações de incapacidade permanente (Stephen et al., 2009).

Sendo a tolerância e a resposta comportamental à dor influenciadas por fatores de ordem psicossocial e cultural, variáveis de pessoa para pessoa e de situação para situação, são estruturantes do significado atribuído à experiência dolorosa. Esta relação explica a razão pela qual a evolução de casos clínicos de dor músculo-esquelética crónica, de prognóstico aparentemente favorável, seja fortemente condicionada pela vontade, pelo entusiasmo e pela motivação da pessoa para o tratamento (Queiroz, 2006). Trata-se de uma experiência multidimensional, altamente subjetiva, cuja avaliação, alívio e controlo exige o desenvolvimento de competências profissionais para cuidados de excelência, geradores de ganhos em saúde (Caldas, 2008; International Association for the Study of Pain, 1979).

Num esforço de sensibilização para a problemática da vivência da dor crónica reumática, o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas (PNCDR) não apenas evidencia a relação entre a subjetividade individual (valores, crenças, atitudes), contexto cultural e comportamentos de dor, como sublinha a possibilidade destes comportamentos poderem ser modificados. Como estratégia de resolução do problema, o programa apela aos profissionais de saúde para desenvolverem competências que respondam à necessidade de orientação do sofredor na integração do sofrimento inevitável para melhor (con)viver com a dor crónica. Evidenciando a importância do conhecimento e da ação terapêutica sobre os pensamentos, emoções, atitudes e comportamentos, o programa salienta a Teoria Cognitivo-Comportamental como sendo o recurso mais estudado (Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas, 2004).

Este problema foi já bem identificado no PNCD que alerta para a dificuldade do sofredor em relatar a sua crónica experiência de dor e para o facto dessas queixas serem, muitas vezes, incompreendidas pelos próprios profissionais de saúde e familiares, não sendo por isso atendidas, levando a manifestações de incapacidade em lidar com a situação e encontrar razões válidas para investir na vida. Para contrariar esta dificuldade o PNCD reforça a necessidade da implementação da avaliação e do registo sistemático da dor e incentiva os profissionais de saúde a incrementarem esforços na orientação destes sofredores para a descoberta de sentido na vida (PNCD, 2008).

Sensível à problemática, a Ordem dos Enfermeiros informa que, até ao ano 2013, o Ministério da Saúde pretende garantir a adequação da formação pré-graduada sobre gestão da dor, nos cursos de medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Também (Caseiro, 2007, p. 3) ao comprovar que “toda a clínica da dor crónica tende a ser tão subjetiva como ela própria, não obedecendo ao tradicional modelo biomédico” não apenas denuncia como evoca a imprescindível necessidade de adequar as competências profissionais à natureza da relação terapêutica com a pessoa em sofrimento de dor.

Reconhecendo todo o ato médico, de enfermagem e do cuidado em geral, como “uma experiência moral”, é tomando a sério a “transcendência do individuo e a irredutibilidade do singular nos âmbitos cognitivo e epistémico” que, no plano da prática, se torna imprescindível tomar em atenção a relação entre crenças, valores, identidade, atitudes e comportamentos perante a dor crónica (Marques, 2003, p. 10).

Neste sentido a espiritualidade passa a ser aceite como “relevante em múltiplos contextos da relação clínica, mas revestindo-se de particular importância (...) em situações de grande sofrimento”, sendo a sua abordagem considerada uma competência especial da entrevista clínica (Pais & Cardoso, 2012, p. 185).

Os autores são unânimes quanto à complexidade da vivência da dor crónica mas também quanto à dificuldade de quem diariamente convive com estes sofredores, nomeadamente familiares e profissionais de saúde. A análise dos relatos dos profissionais sobre esta sua dificuldade permitiu identificar como principal causa a perceção de limite da sua competência de cuidar estes doentes, à qual se associam sentimentos de constrangimento, evitamento, autoritarismo, paternalismo, alienação ou mesmo indiferença (Adamas & Field, 2002; Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2009b; Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002; Wall, 2002).

No momento em que, conscientes da sua responsabilidade profissional no alívio e controlo do sofrimento humano associado à dor crónica, o Ministério da Saúde, a Ordem dos Enfermeiros e os enfermeiros, continuam a investir na identificação de medidas mais eficazes no seu alívio e controlo, verifica-se que o conceito de *sentido de vida* emerge, com interesse, na linguagem científica destes profissionais (Amaral & Vieira, 2006; Travelbee, 1979; Vilela, 2002).

Na pesquisa de uma clara evidência, quanto às intervenções de enfermagem que mais contribuem para o alívio do sofrimento, traduzido em ganhos para a saúde, Martins (2007), reporta um aumento significativo da investigação neste domínio nos últimos 10 anos, mas ainda insuficiente para retirar conclusões. Destacam-se no entanto as intervenções de natureza espiritual e em especial as que incentivam a identificação de significado e sentido da vida.

Para responder ao duplo apelo socio-deontológico e pessoal<sup>1</sup>, em parte por influência de Meleis, sistematizou-se a importância da correspondência entre nível de consciência e envolvimento no processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000), a necessidade do reconhecimento dos autolimites (Bridges, 2004; Kralik, 2002; Reed, 2008) e o impacto do (re)contar a biografia como parte integrante do processo de transição (Arman & Rehnsfeldt, 2003; Kralik, Koch, & Brady, 2000; Kralik, Visentin, & Van Loon, 2006; Starck, 2008). Porém, acabou por ser o

---

<sup>1</sup>Resultante da inquietação inerente à experiência profissional em Unidades de Cuidados Intensivos, face à necessidade de orientar a pessoa/família que vive um processo de vida traumático (Bastos, Quesado, Padilha, Ferreira, & Kraus, 2005) e à escassez de medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor e do sofrimento (Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2006; Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2007).

---

constructo de transição apresentado por Frankl (2005a), sobre a abertura ao desenvolvimento pessoal pela via da transcendência em direção à integridade, responsabilidade e esperança, que melhor respondeu ao pretendido.

Em conformidade com Frankl (2005a), Caseiro (2007), Kühn (2010) e Wall (2002) manifestam as suas inquietações face à carência de competências profissionais, sensíveis ao sofrimento associado à vivência da dor crónica. Como resposta a esta carência, propõe-se o desenvolvimento desta competência profissional de natureza ontológica/espiritual, de orientação para a descoberta do sentido de vida.

Iniciou-se o estudo com a implementação de uma revisão sistemática da literatura segundo a metodologia PI[C]OD do Centro Cochrane (Castro, 2007), cuja orientação e rigor foram asseguradas pela seguinte questão de investigação: *Qual é o significado do sentido de vida para saúde e para a vivência da dor crónica não maligna?*

Este estudo permitiu estabelecer contactos com investigadores nacionais e internacionais, identificar instrumentos de medida e modelos teóricos de enfermagem, confirmar a atualidade e relevância da variável, sentido de vida para a prática clínica e definir o seu conceito global como atitude de integração do sofrimento inevitável, pelo reconhecimento de valores firmes que dignificam a vida e a morte pela promoção da postura ética e da realização pessoal (Kraus et al., 2009b).

A revisão sistemática e o contributo dos peritos, permitiu uma compreensão do sentido de vida em associação com variáveis psicossociais clínicas e espirituais (ansiedade e depressão, sentido no sofrimento, atividade da doença e autoeficácia).

O projeto do estudo foi apresentado ao Diretor da Unidade de Investigação em Reumatologia do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, tendo-se aí iniciado a investigação do sentido de vida da pessoa com dor reumática crónica.

Para motivar a participação dos colaboradores iniciou-se o trabalho de campo a 5 de janeiro de 2010 com uma sessão de sensibilização e formação sobre “Dor Reumática Crónica, Sofrimento e Sentido de Vida”, no Anfiteatro Mark Athias, dirigida ao corpo clínico de reumatologia da Instituição. A sessão foi presidida pelo Diretor de Departamento e no final definiram-se as estratégias para a recolha de dados que seriam implementadas por todos os colaboradores.

O contacto com a equipa de saúde de reumatologia permitiu conhecer um pouco melhor o esforço que a pessoa tem de exercer para não se deixar invadir por sentimentos de solidão e baixa autoestima quando, incompreendida, vê as suas queixas serem

desvalorizadas pelos colegas de trabalho, familiares e, por vezes, pelos próprios profissionais de saúde. Por outro lado, esse contato permitiu compreender e partilhar o sentimento de sobrecarga relatado por alguns profissionais, por não verem o resultado do seu empenho, reforçando a noção de pertinência do presente estudo.

Este contexto conduziu à definição da seguinte questão central de investigação: “*Qual é a importância do sentido de vida (objetivos de vida e autotranscendência) no alívio do sofrimento inevitável da Pessoa com dor crónica?*”.

Para responder à questão de investigação interessa compreender de que forma o sentido da vida do sofredor de dor crónica reumática está correlacionado com o sofrimento inevitável e incompreendido associado à dor, ansiedade e depressão, autoeficácia e índice de atividade da doença (Objetivos 3, 4, 5 e 6). Tendo em vista o objetivo último da investigação de definir as linhas gerais dum programa para a promoção de sentido (Objetivo 8), identificaram-se quais são as fontes de sentido dos participantes das subamostras e qual a sua história de sofrimento inevitável associado (Objetivo 7). Para se alcançar este objetivo foi necessário proceder á identificação e adequação prévia dos instrumentos de medida a utilizar (Objetivos 1 e 2):

Objetivo 1: Realizar a adaptação cultural e validação dos instrumentos de medida, *Meaning in Suffering Test* (MIST) (Starck, 1985) e *Self-Transcendence Scale* (STS) (Reed, 1989) para a população portuguesa com dor crónica reumática; Objetivo 2: Revalidar as versões portuguesas da escala de objetivos de vida, da autoeficácia na dor crónica e da ansiedade e depressão, testando as suas propriedades psicométricas em pessoas com dor crónica reumática; Objetivo 3: Determinar as características sociodemográficas, profissionais e clínicas das subamostras de participantes com dor crónica reumática; Objetivo 4: Avaliar o sentido de vida, a autoeficácia, a ansiedade e depressão, o sentido no sofrimento, o índice de sofrimento e a atividade da doença das subamostras de participantes com dor crónica reumática; Objetivo 5: Determinar a correlação entre o sentido de vida e as variáveis sociodemográficas e clínicas (ansiedade e depressão, sentido no sofrimento, atividade da doença e autoeficácia) das subamostras de participantes com dor crónica reumática; Objetivo 6: Identificar fatores preditivos de vida com sentido das subamostras de participantes com dor crónica reumática; Objetivo 7: Identificar as fontes gerais e específicas de sentido de vida e a história de sofrimento inevitável das subamostras de participantes com dor crónica reumática.

O estudo foi desenvolvido numa amostra de 187 sofredores de dor crónica com os seguintes diagnósticos clínicos: artrite reumatoide (AR), artrite psoriática (AP), espondilite

anquilosante (EA) e fibromialgia (FM). Todos os participantes responderam a um instrumento constituído por questões sobre sua condição sociodemográfica e clínica (sexo, idade, estado civil, com quem vive, nível de escolaridade, situação laboral, absentismo devido à dor, tempo com diagnóstico de doença reumática, tempo com dor reumática, outras doenças além da reumática, medicação regular para alívio da dor reumática e outro tipo de tratamento regular, para aliviar a dor reumática) e pelas seguintes escalas: *Meaning in Suffering Test* (MIST), *Self Transcendence Scale* (STS); Escala dos Objetivos de Vida (EOV), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-P) e *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS-P).

A tese é composta por duas partes: a PARTE UM, que apresenta uma fundamentação teórica sobre a problemática em análise e uma PARTE DOIS onde serão apresentados os três estudos empíricos, desenvolvidos para dar resposta aos objetivos definidos.

O Capítulo I, que apresenta a fundamentação teórica, começa por contextualizar a problemática da vivência da dor crónica quanto à sua incidência, prevalência e repercussão a nível mundial, europeu e nacional.

Partindo dos pressupostos de que a dor crónica tem sempre a si associado um maior ou menor grau de sofrimento inevitável, por vezes incompreendido, e que a maior parte das medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor crónica não contemplam objetivamente esse sofrimento, procura-se ao longo do Capítulo II partilhar o entusiasmo pela gradual descoberta de novos contributos terapêuticos vocacionados para a busca de sentido, precisamente nos momentos em que a vida parece dizer Não.

Durante este percurso evidencia-se o investimento aplicado à pesquisa em torno da dimensão espiritual, cujo substrato constituiu a base científica, filosófica e teológica do conceito sentido de vida e contribuiu para a identificação dos diversos recursos (variáveis e instrumentos) adequados ao alcance dos objetivos propostos. Neste capítulo apresenta-se ainda o resultado de uma reflexão crítica e integrativa da literatura, sob a forma de *Filosofia do Cuidado ao Sofredor de Dor Crónica*, que procura clarificar a estrutura conceptual da competência de enfermagem emergente, o Cuidado Incondicional Proactivo (CIP), que orienta para a descoberta do sentido de vida e integração do sofrimento (Kraus, Dixe, & Rodrigues, *in press*).

O Capítulo III desenvolve os recursos anteriormente identificados e afere a sua pertinência à luz dos quadros conceptuais e modelos teóricos instituídos. Pretende-se que no final desta primeira parte do estudo tenha sido possível demonstrar que, apesar dos

avanços na obtenção de novas terapêuticas farmacológica, o problema do controlo ineficaz da dor crónica e do sofrimento inevitável não tem sido ignorado pelos profissionais de saúde, mas não dispõem ainda de recursos adequados para lhe fazer face.

Com o Capítulo IV, inicia-se a apresentação dos estudos com o ESTUDO 1 de validação dos instrumentos de medida e pretende dar resposta aos Objetivos 1 e 2.

O Capítulo V apresenta o ESTUDO 2, sentido de vida, ansiedade e depressão, índice de sofrimento, atividade da doença e autoeficácia da pessoa com dor crónica reumática que pretende dar resposta aos Objetivos 3, 4, 5 e 6.

O Capítulo VI expõe o ESTUDO 3, descritivo e compreensivo que dando resposta ao Objetivo 7, identifica as fontes de sentido de vida e a história de sofrimento inevitável dos participantes das subamostras, constituindo-se como substrato fundamental para a definição dos princípios da intervenção de enfermagem para a promoção do sentido de vida.

O Capítulo VII apresenta a discussão e as conclusões preliminares da tese, seguindo-se a conclusão final.



## **PARTE UM – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



# Capítulo I A Pessoa em Sofrimento por Dor Crónica

## 1.1 Dor Crónica Reumática no Mundo

Nas últimas duas décadas o tema da dor tem surgido intimamente relacionados com determinantes associadas ao aumento da sobrevida, expondo por isso a doenças e traumatismos que, tal como seus tratamentos, são novas causas de dor (Márquez, 2004).

A dor é a principal causa que leva o doente a procurar cuidados de saúde e representa um importante vetor de perda de autoestima, redução da qualidade de vida, assim como de agravamento de outros quadros nosológicos coexistentes (Caseiro, 2007).

Enquanto causa primeira de incapacidade e associada ao esforço de fazer das doenças, e sobretudo da saúde óssea e articular, uma prioridade a Organização Mundial de Saúde declara, em 2003 – ser urgente enfrentar o efeito das patologias músculo-esqueléticas. Procuraram dar resposta ao solicitado, com base na conjugação de esforços de áreas como reumatologia, ortopedia, trauma, saúde pública, promoção da saúde e decisores políticos, a “*European Action Towards Better Musculoskeletal Health*”, que apresenta em 2004 importantes estratégias de prevenção primária, secundária e terciária, dirigindo especial atenção ao mundo do trabalho e às políticas nacionais (Barros, 2010, p. 2).

As doenças reumáticas representam, no seu conjunto, a nível nacional e internacional, a causa mais frequente de morbidade responsável por elevados custos diretos, para sofredores e sistemas de saúde e, ainda, por maiores custos indiretos e intangíveis para as sociedades (World Health Organization, 2003). A influência da patologia músculo-esquelética, em termos de impacto na vida da população, “resulta da combinação entre elevada incidência, baixa letalidade e probabilidade de cura, fatores que determinam uma alta prevalência com acentuadas consequências a nível individual e populacional.” (Observatório Nacional das Doenças Reumáticas, 2010a, p. 7).

Dados da literatura norte-americana revelam que a soma dos indicadores de prevalência e de custo das duas principais causas de morbidade nos Estados Unidos (cancro e doenças cardiovasculares) é inferior à soma dos indicadores relativos à dor, em geral, para a população norte-americana (Márquez, 2004).

Sensível a esta condição, o Ministério da Saúde traçou nas Metas Regionais do Plano de Ação de 1999 orientações gerais para que, até 2007, os profissionais de saúde

minimizem o impacto da dor e organizem unidades terapêuticas de dor. O plano atribuiu ainda especial atenção às iniciativas dos profissionais quanto à sua “atitude perante a dor”, passando a ser valorizada a sua competência para desenvolver relações interpessoais gratificantes no processo de cuidar a pessoa com dor (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001, p. 7).

O PNLCD informa sobre as preocupantes repercussões epidemiológicas e ergonómicas da dor lombar na população portuguesa, referindo que a maioria abandona definitivamente a atividade profissional quando a sua prevalência ultrapassa os seis meses. As estatísticas do Observatório Nacional das Doenças Reumáticas (ONDOR) reforçam esta condição, mas alargam o espectro das causas da incapacidade e do absentismo laboral à dor reumática crónica, o que levou a que fosse considerada “uma doença com fortes implicações humanas e sociais” (ONDOR, 2010a; PNLCD, 2001, p. 7).

O PNCDR, que integrou o Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, constituiu-se como um contributo do Ministério da Saúde para o movimento internacional “Década do Osso e da Articulação 2000-2010”, com o apoio da Organização Mundial de Saúde, na tentativa nacional de inverter a tendência de crescimento das doenças reumáticas (PNCDR, 2004).

De acordo com este programa, as doenças reumáticas definem-se como doenças e alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática, constituindo um grupo com mais de uma centena de entidades agudas, recorrentes ou crónicas, atingindo pessoas de todas as idades. As manifestações clínicas das doenças reumáticas, muito frequentes na população em geral, são a dor, tumefação e a limitação da mobilidade. Quanto à prevalência dos sintomas, é maior no sexo feminino e nas pessoas mais idosas, bem como nas que têm menores rendimentos e menor escolaridade, sendo esta sintomatologia devida, mais frequentemente, a osteoartrose, raquialgias, doenças reumáticas periarticulares, incluindo as lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho, osteoporose, fibromialgia, artropatias microcristalinas, artrite reumatoide, espondilartropatias, doenças reumáticas sistémicas e artrites idiopáticas juvenis.

Embora não seja conhecida com rigor a verdadeira dimensão do problema causado pelas doenças reumáticas em Portugal, estima-se que o seu impacto afete entre 20% e 30% de portadores sintomáticos da população, 20% dos quais apresentando-se com doença significativa, 7% com alguma incapacidade e 0,5% em situação de invalidez e dependente de terceiros (PNCDR, 2004).

Salienta-se que, para assegurar as recomendações internacionais e nacionais de alívio e controlo da dor reumática, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia criou um registo nacional dos indivíduos com alguns diagnósticos de patologias reumáticas inflamatórias, seguidos na especialidade de Reumatologia e em tratamento com fármacos biotecnológicos, nomeadamente doentes em terapia biotecnológica com artrite reumatoide (BioRePortAR), espondilite anquilosante (BioRePortEA), artrite psoriática (BioRePortAP) e artrites idiopáticas juvenis (BioRePortAIJ), o Registo Nacional de Doentes Reumáticos (ONDOR, 2010a, p. 25).

O estudo “Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental”, realizado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA) (2005), estima a prevalência da doença reumática autodeclarada em 24,0%, verificando uma prevalência mais alta nas mulheres (29,1%) do que nos homens (18,3%). Constatou igualmente que esta prevalência aumenta com a idade na proporção de 39,2% para idades entre 55 a 64 anos, 55,2% para idades entre 65 a 74 anos e 62,5% nos indivíduos com 75 ou mais anos.

Previsões similares são apontadas em outubro de 2005 no “*The Bone and Joint Decade Report*” integrado na “*European Action Towards Better Musculoskeletal Health-Guide to the Prevention and Treatment of Musculoskeletal Conditions for the Healthcare Practitioner and Policy Maker*” (BJD, 2005), que divulga as estimativas do impacto da patologia músculo-esquelética na Europa, estimando que aproximadamente 25% da população sofre de patologia músculo-esquelética crónica, tendo 50% da população adulta declarado ter sofrido de dor músculo-esquelética no mês anterior.

Segundo Silva (2007, p. 7) a gestão clínica dos doentes com patologias do foro reumatológico, “particularmente dos que sofrem de doenças inflamatórias crónicas como a artrite reumatoide e as espondilartropatia”, nas quais se incluem a espondilite anquilosante e a artrite psoriática, requer para além da avaliação da dor a avaliação da qualidade de vida. Apresenta-se de seguida uma descrição sumária destas patologias e da fibromialgia que, à semelhança das restantes entidades nosológicas reumáticas, é causa de grande morbidade, tendo-lhe igualmente sido atribuída uma típica relação com histórias de ansiedade e depressão (PNCDR, 2004).

### **Artrite reumatoide (AR)**

Patologia de causa desconhecida que atinge indivíduos de todas as idades, sendo mais frequente em grupos etários jovens, entre 30 e 50 anos. Nos casos mais graves, pode

reduzir a esperança de vida em cerca de 10 anos. Sabe-se hoje que os fatores psicológicos, não constituindo a sua origem, podem precipitar o seu aparecimento (PNCDR, 2004; Queiroz, 2006).

Os sintomas precoces da AR são a rigidez matinal e a dor com tumefação das articulações, quase sempre bilateral e simétrica. As alterações séricas mais sugestivas são a anemia, o aumento da velocidade de sedimentação e a presença de fatores reumatóides (Queiroz, 2006).

Os medicamentos usados no tratamento da AR são especialmente anti-inflamatórios não esteroides, imunomoduladores e corticosteroides. Os principais imunomoduladores são o metotrexato, a sulfasalazina e a hidroxicloroquina. O metotrexato é o imunomodulador mais usado por ser o mais eficaz durante mais tempo. Ao longo dos últimos 10 anos, desenvolveram-se fármacos biotecnológicos inovadores que são agentes antirreumáticos, modificadores do curso da doença. Os fármacos biotecnológicos como o Infliximab, Etanercept e Adalimumab, atuam antagonizando o Fator de Necrose Tumoral Alfa (TNF $\alpha$ ) e o fármaco Anakinra antagoniza os recetores da interleucina 1. O Abatacept liga-se às moléculas CD80/CD86 bloqueando a ativação das células T, o Rituximab é um anticorpo monoclonal anti-CD20, existentes na superfície das células B, e o Tocilizumab antagoniza as funções da interleucina 6 (Rego, 2010 p. 7).

A cirurgia, para além da medicação, representa um dos maiores avanços dos últimos anos no tratamento das doenças reumáticas, particularmente da AR (Biologika, 2012).

A atividade da AR é usualmente avaliada pelo *Disease Activity Score 28 (DAS28)*. Este índice é composto por quatro variáveis: velocidade de hemo-sedimentação, número de articulações dolorosas e inflamadas, entre 28 articulações, e o grau de comprometimento da doença, avaliado e preenchido pelo doente, por meio de uma escala visual analógica (EVA). De acordo com os critérios do Departamento de Reumatologia do Centro Universitário de Medicina de Nijmegen, na Holanda, os parâmetros para avaliação da atividade da AR pelo DAS28 são os seguintes: até 2.6 – casos em remissão; entre 2.6 e 3.1 – baixa atividade; entre 3.2 e 5.1 – alta atividade; entre 5.2 e 10 – intensa atividade (Van Riel, 2011).

Porém, apesar de todo o avanço terapêutico, a comunidade científica internacional de reumatologia tem vindo a concluir que a condição prioritária para a remissão da AR é a instituição precoce de uma terapia básica que modifique a sua evolução (Ärzte Zeitung, 2012). Esta premissa foi confirmada por um estudo exploratório numa amostra aleatória

italiana e financiado pelo Ministério da Saúde de Itália, tendo ficado demonstrado que a utilização precoce da terapia básica corresponde a uma “janela de oportunidade” de extrema importância para a evolução da AR (Gremese et al., 2012).

Quanto à quantidade de doentes com o diagnóstico de AR em tratamento com fármacos biotecnológicos, o relatório de execução do projeto de Registo Nacional de Doentes Reumáticos, da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, de acordo com a “base de dados BioReportAR”, refere que existem 725 doentes nestas condições (ONDOR, 2010a, p. 118).

### ***Espondilite anquilosante (EA)***

As espondilartropatia como a espondilite anquilosante (EA) e a artrite psoriática (AP), entre outras, atingem preferencialmente a coluna vertebral e as articulações sacroilíacas, e ocasionam forte impacto socioeconómico e na qualidade de vida dos doentes (PNCDR, 2004). A sua prevalência é classicamente 0,5% de todos os indivíduos, sendo muito mais frequente no homem do que na mulher e, por regra, os sintomas iniciam-se entre os 15 e os 30 anos de idade, podendo surgir na infância ou, raramente, durante a puberdade, e em indivíduos com mais de 40 anos de idade (Queiroz, 2006). A sua etiologia é igualmente desconhecida, sabe-se porém que é uma doença sistémica inflamatória crónica, caracterizada por comprometer o esqueleto axial (Braun et al., 2002; Braun & Sieper, 2000).

Os principais sintomas da EA são as lombalgias, dorsalgias e ciálgias, rigidez da coluna vertebral, talalgias, tendinites, artrites periféricas, inflamações das articulações dos membros, lesões cardíacas, pulmonares e oculares, em geral pouco relevantes.

O tratamento da EA assenta em medidas gerais, medicamentos e exercícios selecionados. Os medicamentos têm por objetivo reduzir a inflamação, a rigidez articular e as dores, sendo genericamente utilizados analgésicos e anti-inflamatórios (Queiroz, 2006).

Estudos recentes têm demonstrado que, também nesta doença, a medicação com fatores antitumorais (anti-TNF) são potencialmente modificadoras da sua atividade, melhorando a capacidade funcional, mobilidade da coluna e articulações periféricas (Barkham, Kong, & Tennant, 2005; Braun et al., 2002; Gorman, Sack, & Davis, 2002).

Também nesta patologia, o diagnóstico e tratamento precoce permite, em 80% dos casos, uma vida válida e produtiva. Porém, verifica-se com frequência que o potencial de bom prognóstico é fortemente condicionado pela força de vontade, entusiasmo e motivação do doente em se tratar (Queiroz, 2006).

A atividade da EA quanto à gravidade da fadiga e rigidez é avaliada através dum questionário específico, autopreenchido pelo doente adulto, o *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI) que contém três escalas avaliando cada uma das seguintes dimensões: dor e desconforto (dor na região cervical, lombar e na anca, e desconforto nas áreas sensíveis ao tato ou à pressão); dor e edema (noutras articulações); fadiga e rigidez matinal (superior a 120 min). A pontuação por dimensão e total é expressa numa escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 (0=bom; 10=mau), referindo-se a janela de medida à última semana (Pimentel-Santos et al., 2011).

De acordo com a base de dados BioReportEA, o relatório de execução do projeto de Registo Nacional de Doentes Reumáticos, da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, refere que existem em tratamento com fármacos biotecnológicos “138 doentes com o diagnóstico de EA” (ONDOR, 2010b, p. 118).

### **Artrite psoriática (AP)**

Como referido, também a AP é uma doença inflamatória crónica das articulações, incidindo, normalmente, na faixa etária entre os 20 e os 40 anos e em 5% a 8% dos doentes com Psoríase, ocorrendo independentemente do sexo, estimando-se que em Portugal existam cerca de 10.000 pessoas que sofrem com a doença. Embora não se trate de uma doença autoimune mas nas sinoviais das articulações envolvidas, foram identificadas alterações imunitárias, como sejam a elevada concentração de citocinas, interleucinas e do fator de necrose tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) (ONDOR, 2010b).

O diagnóstico é efetuado por avaliação das manifestações artríticas que podem apresentar-se sob cinco formas diferentes. Os dados analíticos assinalam, geralmente, anemia, velocidade de hemossedimentação globular e proteína C reativa elevadas e fator reumatoide negativo ou com título baixo. A radiografia, a cintigrafia articular, a tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear são importantes recursos a utilizar (Queiroz, 2006).

O tratamento da AP tem como objetivo aliviar a dor, prevenir as erosões e evitar a incapacidade funcional. Os fármacos utilizados são anti-inflamatórios não esteroides, anti-inflamatórios clássicos ou os inibidores específicos da Ciclo-oxigenase 2 (COXIB), por vezes em associação com infiltração articular de corticosteroides. Quando necessário, está indicada a utilização de imunossuppressores como Metotrexato e/ou Ciclosporina ou Leflunamida. Nos casos graves de AP, existe ainda a possibilidade de utilizar terapêuticas biológicas, os inibidores do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF $\alpha$ ), o Infiximab, o

Etanercept e o Adalimumab, fármacos que podem modificar o curso natural da doença, inibindo a destruição óssea (Ata Reumatológica Portuguesa, 2012).

De acordo com o relatório de execução do projeto de Registo Nacional de Doentes Reumáticos, existem 70 doentes com o diagnóstico de AP, em tratamento com fármacos biotecnológicos, inscritos na base de dados BioReportAP (ONDOR, 2010b, p. 118).

### ***Fibromialgia (FM)***

A fibromialgia (FM), síndrome musculoesquelética crónica, não inflamatória e de etiologia desconhecida, é uma causa da, por vezes grave, incapacidade física e emocional, dor generalizada, fadiga, perturbação cognitiva e do sono, tipicamente relacionada com histórias de ansiedade e depressão (PNCDR, 2004).

Um estudo realizado por entrevista telefónica em cinco países da Europa, utilizando o *London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire*, estimou uma “prevalência de fibromialgia na população geral portuguesa de 2,3% (IC 95%: 2,1 - 2,5) em homens e de 5,1% (IC 95%: 4,8 - 5,4) em mulheres” (Branco, et al., 2009 in ONDOR, 2010, p. 106).

Assumindo o valor preditivo da prevalência da patologia numa amostra selecionada numa consulta de reumatologia, a prevalência estimada da fibromialgia é, segundo a Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia, igual ao resultado do estudo de prevalência da fibromialgia na população em geral, ou seja, de 2,0% (Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia, 2003).

Outro estudo, efetuado no âmbito da atividade do ONDOR, através de uma entrevista presencial, seguida de avaliação por um reumatologista na população adulta do Porto, “estimou uma prevalência de fibromialgia de 0,4 (IC 95%: 0,1 - 1,0) nas mulheres e de 0,0 (IC 95%: unilateral 0,0 - 0,6) nos homens” (ONSA 1, 2010a, p. 106).

Quanto ao consumo de medicamentos em ambulatório, apesar de se conhecer um vasto conjunto de fármacos utilizados, não existem substâncias com indicação formal para a FM o que “impede a caracterização da evolução do consumo de medicamentos com esta indicação terapêutica” (ONSA 1, 2010a, p. 106).

Segundo (Caseiro, 2007; PNCDR, 2004; WHO, 2003), pode concluir-se que, apesar dos recentes progressos científicos e tecnológicos, a dor reumática crónica continua a apresentar-se como um foco nosológico sério, frequente e mal abordado, cuja prevalência pontual “aumenta com a idade” e ronda 30% da população adulta da Europa e de Portugal.

Evidências como estas têm levado os profissionais de saúde (ciência) a manifestarem sua necessidade de refletir sobre a prática, nomeadamente sobre o modelo de desenvolvimento de competências profissionais, levando (Caseiro, 2007, p. 3) a concluir que “toda a clínica ou cuidado da dor crónica tende a ser tão subjetiva como ela própria, não obedecendo ao tradicional modelo biomédico (...) para apreciar as variações relacionadas com o nível algico (...) terá que se basear exclusivamente nos relatos do doente, sem qualquer apoio clínico laboratorial, recorrendo para o efeito a toda a panóplia de inquéritos e de escalas de avaliação que as Unidades de Dor utilizam” assim como à “indispensável multidisciplinaridade”.

A conclusão quanto à necessidade de mudança de atitude/competência profissional é corroborada pelo resultado da revisão da literatura sobre o sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano (Kraus et al., 2009b) que apresenta o sentido de vida como uma variável de efeito terapêutico positivo, cuja promoção é especialmente vantajosa em contextos de sofrimento inevitável, como a vivência da dor crónica. Também o estudo dos modelos teóricos de enfermagem promotores do sentido de vida (Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2009a) e o estudo, já no âmbito do alívio e controlo da dor reumática crónica e baseado nos postulados de Frankl (2005b), corrobora a correlação positiva e significativa da variável objetivo/sentido de vida com o bem-estar da pessoa com dor crónica reumática (Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2010b), em grande parte confirmados por outro estudo que demonstrou serem os inquiridos mais jovens que apresentam, em média, índices de objetivos/sentido e autoeficácia mais elevados, assim como os que se encontravam menos ansiosos e deprimidos ( $p < 0,001$ ) (Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2010a).

A identificação e caracterização da competência profissional (em falta) que Caseiro (2007, p. 3) refere tornar a clínica/cuidado ao doente com dor crónica mais subjetiva, designada por Michel Henry (2000) de “olhar da vida, e que (Martins, 2007) enquadra nas competências de ordem espiritual, será discutida ao longo dos capítulos que se seguem.

## **1.2 Perspetiva das Ciências da Saúde**

Ao longo da história da humanidade a dor tem permanecido como questão permanente, constituindo uma das experiências mais temidas, não apenas por suscitar castelos de interrogações sem resposta mas por deixar rastros de inquietação, “...medo e sofrimento” (Kraus et al., 2009a, p. 80; Wall, 2002).

Em 1965, Ronald Melzak e Patrick Wall apresentaram a base da teoria do portão que, ao eleger o *significado* que a pessoa atribui à experiência dolorosa de mediador da percepção dessa dor, supera, definitivamente, o dualismo mente/corpo, até então comum nas discussões sobre a transmissão do estímulo nociceptivo. À dor passa a ser atribuído um caráter multidimensional e absolutamente subjetivo, reconhecendo-se que a quase totalidade do cérebro desempenha um papel cada vez mais determinante na forma como é vivenciada (Melzack & Wall, 1987).

Ciente de já não se poder aceitar o pensamento cartesiano, que insistia que a sensação não era mais do que a representação mental de um estímulo, a IASP solicitou ao grupo presidido pelo psiquiatra Harold Mersky que apresentasse uma definição moderna de dor: “A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma real ou potencial lesão do tecido ou descrita em termos dessa lesão”. Acrescentaram ainda notas cruciais: “A dor é sempre subjetiva...”, esta definição evita ligar a dor ao estímulo (Mersky, 1979).

Numa revisão sistemática, Martins (2007) constatou que as pessoas em sofrimento necessitam de atenção integral dos enfermeiros. Porém, concluiu esta ser uma área de intervenção dependente do perfil pessoal do profissional de enfermagem, evidenciando estas insegurança por ausência de intervenções sistematizadas e integradas. No estudo de Carroll (2001) sobre cuidados espirituais foram identificadas algumas intervenções específicas de enfermagem de ordem emocional, física e espiritual, entre as quais o incentivo à procura de significado, com a finalidade de aliviar o sofrimento. Porém, conclui de igual modo que, apesar dos estudos nesta área terem aumentado na última década, são ainda insuficientes para uma clara evidência científica quanto ao tipo de intervenções de ordem espiritual a desenvolver pelos enfermeiros.

Estes resultados vêm comprovar o crescente reconhecimento da influência da espiritualidade no estado de saúde da pessoa (PNCDR, 2004). No que concerne à assistência espiritual e religiosa, a hospitalização surge como um momento em que emergem questões antropológicas e espirituais, em que as pessoas se confrontam com novos desafios sem que se encontrem preparadas para os enfrentar e integrar.

Apesar de todo o esforço normativo já referido, conclui-se que o sofredor de dor crónica continua, frequentemente, incapacitado de lidar com a situação e de encontrar razões válidas para continuar a investir na vida (PNCD, 2008), sendo necessário seguir o percurso de base até que as competências profissionais evidenciem ganhos em saúde destes doentes. Neste sentido, o Ministério da Saúde pretende garantir até 2013 a formação básica

sobre a gestão da dor de todos os seus profissionais (medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia) (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Através de um estudo que avaliou as atitudes e os fatores de contexto educativo no cuidar a pessoa, realizado com 384 estudantes finalistas de enfermagem, de escolas da zona norte e centro do país, (Kraus et al., 2006) construíram e validaram a “Escala das Atitudes dos Estudantes de Enfermagem no Cuidar a Pessoa com Dor”<sup>2</sup>. Este instrumento permitiu confirmar que a adequação das práticas clínicas aos mandatos sociais exige, para além do compromisso pessoal, o envolvimento coletivo e institucional, nem sempre presente, e realçar o esforço que neste domínio importa implementar (Kraus et al., 2007).

Assumindo esse desafio, a Ordem dos Enfermeiros indigitou um grupo de trabalho que elaborou o “Guia Orientador de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem no Cuidar a Pessoa com Dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Este documento, para além de evidenciar a importância do impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor, referencia as medidas cognitivo-comportamentais gerais como medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor e reforça a necessidade da formação contínua de forma a garantir a atualização e incorporação de novas práticas.

Na pesquisa da competência em falta identificou-se, no livro “Dor, a Ciência do Sofrimento” de Wall, o reforço à ideia de que o objetivo do controlo da dor não reside apenas em aliviar a intensidade da dor mas, sobretudo, na competência para orientar na integração do sofrimento e na gestão da incapacidade (Wall, 2002). O autor associa medo a ansiedade e insucesso terapêutico a depressão, descrevendo uma correlação positiva entre dor e ansiedade. Explica que o medo origina ansiedade e que esta amplia a dor. Quanto à depressão, salienta que é a “...certeza progressiva num futuro miserável” (Wall, 2002, p. 224), apelando por isso a que toda a clínica/cuidado de gestão da dor para além da causa procure desenvolver a competência de ajudar a pessoa a encontrar um “significado” para a experiência (Wall, 2002, p. 221).

Para melhor expressar a dificuldade inerente ao exercício desta competência profissional, intrinsecamente subjetiva<sup>3</sup>, tal como a resposta comportamental do sofredor de dor, o neurocientista recorre ao exemplo do mimetismo da expressão facial do bebé (abrindo a boca, sorrindo, etc.), que prova a apreensão de acontecimentos visuais complexos. Porém, numa fase posterior do processo de aprendizagem do bebé, embora a

---

<sup>2</sup>Coefficiente Alfa de Cronbach Total: 0,8809; Coeficiente de Spearman-Brown: 0,8494 e Coeficiente de Split-Half: 0,8413.

<sup>3</sup>Colocando a hipótese de existir a análise do *input* sensorial para avaliar e determinar qual a ação motora *mais* apropriada.

sua representação central permaneça num plano pré-motor esses “movimentos motores visíveis” serão suprimidos.

Analogamente, no contexto do sofredor de dor crónica, tudo leva a crer que a manifesta reação defensiva do bebé a um *input* nocivo seja suprimida no adulto, “...embora o padrão de resposta seja mantido como uma possível reação<sup>4</sup>” (Wall, 2002, p. 214). Neste sentido, e no contexto da adequação das competências profissionais, esclarece ainda o autor que existe a urgência dos profissionais de saúde em tomarem consciência da necessidade de desenvolverem “um plano de ação...pré-motor” relativo à clínica/cuidado de gestão da dor, para que, tal como perante a pessoa “com fome ou sede” (Vieira, 2007; Wall, 2002, p. 253), também nesta situação evidenciem atitudes e competências profissionais adequadas e seguras. Apesar de demonstrar que tal como para qualquer resposta motora apropriada<sup>5</sup> também a prática clínica de cuidar a pessoa com dor apenas, poderá conferir a noção de competência quando, à priori, dela (experiência do cuidado bem sucedida) existir uma representação central no “plano pré-motor”, possibilitando o seu rápido acesso à memória, o autor não propõe nenhuma solução para superar a dificuldade (Lima, 2000; Wall, 2002, p. 217).

Quanto aos sofredores, o autor limita-se a classificar que estão em vantagem aqueles que conseguem “enfrentar” a dor e “integrar” o sofrimento, apelidando-os de “afortunados” pela “inspiração” ou “ajuda inspirada” que experimentam (Wall, 2002, p. 227).

Em complementaridade a Partick Wall, Vicktor Emil Frankl (1905 – 1997) e Gerónimo Acevedo propõem, como abordagem espiritual para promover o sentido de vida e orientar na integração do sofrimento inevitável, a terapia da esperança ou logoterapia (Acevedo, 2008; Frankl, 2006).

Neste sentido, investigações na área da neuro-física, bioquímica, psicologia e sociologia têm alavancado o apuramento de referenciais teóricos, essenciais para a definição de um novo paradigma de cuidados orientados para o alívio e controlo da dor crónica e sofrimento (Seeley, Stephens, & Tate, 2005).

Alguns estudos da neurociência, com a utilização de modernas técnicas de neuro-imagem, têm contribuído para a reflexão sobre as conexões neurais envolvidas nas relações

---

<sup>4</sup>Tal como observado nos voluntários estoicos e treinados que ao serem sujeitos a um estímulo nitidamente doloroso, apesar de apresentarem imagens cerebrais, demonstrativas da atividade nas extensas áreas do planeamento motor (distintas das próprias áreas motoras), não esboçam qualquer reação motora visível, embora após a experiência possam narrar a natureza da dor sentida.

<sup>5</sup>O autor descreve três tipos de respostas apropriadas: remover o estímulo, adotar uma postura para limitar o agravamento da lesão e otimizar a recuperação, e ainda procurar obter segurança alívio e controlo.

entre afetos e emoções e cognição, corroborando a hipótese do papel fundamental das áreas corticais pré-frontais na regulação e controlo das emoções. Destacam-se os estudos de Damásio (1996) sobre a hipotética existência de marcadores somáticos emocionais<sup>6</sup>, posteriormente desenvolvido por Bechara, Damásio, Tranel e Damásio (2005). Concluíram que lesões nessa área influenciam os processos de tomada de decisão, induzindo uma “...inadequação às convenções sociais e morais”, e que lesões pré-frontais ventromedianas se relacionam com uma “perda da capacidade de descodificação das sinalizações somáticas” levando o indivíduo a agir de modo “...desvantajoso para si e para com o seu meio social” (Cagini, 2008, p. 480).

Apesar de há muito se ter atribuído à fé religiosa, enquanto sistema de crenças fortes, a qualidade de facilitar o alívio e controlo sintomático da dor, pouco se sabia sobre os mecanismos psicológico-neurais que a estruturam. Com recurso a imagens obtidas por ressonância magnética funcional, Katja Wiech e a sua equipa estudaram a modulação da dor e a regulação das emoções, e confirmaram o córtex pré-frontal ventrolateral direito como região também importante para a ativação da resposta descendente “*top-down*” inibitória da dor (Wiech, Ploner, & Tracey, 2008; Wiech et al., 2006; Wiech et al., 2005). Concluíram que a religião, como sistema de crenças, atua efetivamente como reforço analgésico (Wiech et al., 2009, p. 467), “ajudando os crentes a reinterpretar o significado emocional da dor, possibilitando o distanciamento emocional e a sua posterior integração na vida com sentido”.

Os autores acreditam que estes dados possam ter implicações mais amplas, destacando o papel das determinantes axiológicas individuais e culturais como importantes modeladores da atividade cerebral e da “competência para enfrentar os desafios da vida” (Wiech et al., 2009, p. 475). Concluem ainda que a gestão da dor crónica na Europa e em Portugal procura um modelo concetual de cuidados de saúde centrado na Pessoa como (auto)prestador<sup>7</sup> e não um mero recetor de cuidados, e a autogestão apropriada da saúde e da doença estão entre as estratégias fundamentais à sustentabilidade desse sistema de serviços de saúde. O reconhecimento da Pessoa como ator primordial do sistema de saúde pelos restantes atores individuais e institucionais implica a sua dotação com os instrumentos necessários a este novo “posicionamento” sistémico. Segundo Nobre (2009,

---

<sup>6</sup>Em caso de alarme esses marcadores teriam a principal função de focar a atenção para as alternativas positivas “mais adequadas no processo de tomada de decisão” (Cagini, 2008, p. 480).

<sup>7</sup>Foi precisamente esta conotação de “papel ativo no quadro da relação de cuidados” que motivou, durante a definição do enquadramento conceptual dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, emanados pela Ordem dos Enfermeiros, a opção pelo termo “cliente” por parte do Conselho de Enfermagem (2001).

p. 76) a adoção deste conceito pressupõe uma estratégia centrada em dar poder às pessoas em saúde (*empowerment*), a emergir no atual contexto da sociedade de informação e comunicação, a literacia em saúde (grau de capacidade individual em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e em serviços de saúde), sendo o profissional de saúde chamado a atuar como “*Meaning maker*”.

Enquanto necessidade simbólica, inata do ser humano, o religioso inconsciente transmitido por tradição do respetivo “ambiente religioso-cultural” (Frankl, 2006, p. 51) e assumindo a responsabilidade deontológica em responder a um problema de saúde pública<sup>8</sup> evita, porém, qualquer sobreposição entre cuidados dirigidos à alma, ao religioso, fé ou transcendente inconsciente (*Krankenpflegerliche Seelsorge*) e à “assistência pastoral à alma (*priesterliche Seelsorge*)” que podem, por ventura, coincidir “quanto a seus efeitos” mas não “quanto à sua intencionalidade” (Frankl, 2006, p. 57). Nos seus postulados, o autor expressa a estreita, quase sobreponível, relação casual entre sentido de vida e esperança autotranscendente, promotora do salutar distanciamento de si e da abertura ao outro. Estes princípios fundamentam a ciência logoterapêutica que, durante o processo de descoberta de sentido, explica e orienta a integração do sofrimento inevitável, potenciando a eficácia do controlo/(con)vivência com a dor. É de acordo com estes pressupostos e o conceito de competência, como “conjunto de ações específicas que podem ser diretamente observadas”, definido por Lima (2000, p. 212) que, neste estudo, se propõe a Competência para o Cuidado Incondicional Proactivo (CoCIP), como medida não farmacológica de alívio e controlo da dor crónica, adicional.

Na busca de fundamento científico que reforce a base da estrutura conceptual da competência CoCIP, realizaram-se vários estudos preliminares, cujos principais resultados se apresentam a seguir.

Para o estudo “Sentido de Vida em Doentes com Dor Crónica” (Kraus et al., 2010b) definiram-se dois objetivos gerais: I-avaliar o índice de sentido de vida, as alterações emocionais e a autoeficácia no controlo da dor crónica; e II-identificar os fatores preditivos de vida com sentido.

---

<sup>8</sup>Também manifestada por Wall (2002, p. 227) e pelo Ministério da Saúde nos vários documentos normativos sobre a prática profissional, em especial, PNCD (2008).

<sup>9</sup>A autora centrando-se no estudo da formação e acessibilidade das atitudes à memória, mostrando que na presença do objeto de atitude há uma ativação automática da *atitude altamente acessível*, que levará, através da “contração da atenção seletiva nos aspetos congruentes com a atitude, a uma definição da situação, de forma a *tornar altamente provável a ocorrência do comportamento*” (Lima, 2000, p. 212).

Trata-se de um estudo correlacionado realizado numa amostra constituída por 93 sofreadores de dor crónica reumática, sendo 59,1% do sexo feminino e 40,9% do sexo masculino, com uma média de idade de 49,8 anos (SD=11,7).

Constatou-se que em média os inquiridos não estavam deprimidos, mas apresentavam uma ligeira ansiedade, uma autoeficácia moderada para o controlo da dor e um nível de objetivos de vida médio, ou seja, alcançaram um sentido de vida comum e adequado ao contexto da realidade.

Relativamente aos fatores preditivos de vida com sentido, verificou-se que os inquiridos do sexo masculino apresentam, em média, um valor de objetivos de vida mais elevados que os do sexo feminino. No entanto, as diferenças encontradas não permitem afirmar que a variável sexo é preditiva de vida com sentido ( $p>0,05$ ). São os participantes mais jovens os que se encontram menos ansiosos e deprimidos e os que apresentam um mais elevado índice de autoeficácia para o controlo da sua dor. Apresentam igualmente em média um índice de objetivos/sentido de vida mais elevado ( $p<0,001$ ).

Corroborando os postulados de Frankl (2005b), estes resultados foram em grande parte confirmados por outro estudo de Kraus et al. (2010a), quanto ao efeito terapêutico positivo da variável Objetivos/Sentido de Vida, diretamente relacionado com o bem-estar do sofredor, conforme evidenciado por Kraus et al. (2009b).

Continuando a estudar a relação entre a variável autoeficácia no controlo da dor crónica e o sentido de vida, desenvolveu-se um novo estudo a que se designou por: “A autoeficácia no controlo da dor crónica reumática”, (Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2011), também correlacionado, agora numa amostra de 181 utentes, com dor crónica reumática. Os principais objetivos do estudo foram analisar a relação entre autoeficácia para o controlo da dor crónica e fatores sociodemográficos, familiares, clínicos, emocionais e espirituais – sentido de vida (objetivos de vida e autotranscendência) e sentido no sofrimento.

Verificou-se que os inquiridos homens apresentaram valores mais elevados de autoeficácia sendo porém as diferenças apenas estatisticamente significativas para duas das três dimensões da variável autoeficácia (funcionalidade e as estratégias de *coping*). Verificou-se igualmente que os inquiridos com níveis mais elevados de autoeficácia apresentaram, em todas as dimensões, níveis mais baixos de ansiedade e depressão ( $p<0,05$ ), exceto na dimensão da gestão da dor. De salientar, no entanto, que são os inquiridos que melhor gerem a sua dor crónica e os que possuem estratégias de *coping* mais eficazes na gestão da dor, os que apresentam, em média, índices mais elevados de

sentido no sofrimento. Por fim, os inquiridos que apresentaram um nível mais alto de autoeficácia apresentaram valores mais elevados de autotranscendência ( $p < 0,001$ ) e de objetivos de vida.

Sendo na autotranscendência que Frankl (Frankl, 2006) realiza o sentido de vida, pode concluir-se que os resultados do estudo apresentam a autoeficácia e o sentido de vida como dois conceitos, estrita e diretamente relacionadas entre si, e intrinsecamente implicados no processo de integração do sofrimento inevitável.

Estas evidências reforçam a responsabilidade da enfermagem em investir na definição de um modelo de organização de cuidados autónomos, capazes de apoiar a autoeficácia do sofredor pela promoção do sentido de vida, como medida terapêutica não farmacológica de controlo da dor crónica reumática. Desta forma, sai apoiada a frágil, mas emergente, estrutura conceptual<sup>10</sup> da competência profissional, designada por CoCIP (Kraus et al., *in press*).

Num esforço de clarificação desta competência e esclarecimento quanto aos valores inequívocos em defesa, implementa-se em continuidade uma análise crítica sobre o desafio que a tríade dor, sofrimento e sentido de vida representam para as ciências da saúde, a filosofia e a teologia (Kraus et al., *in press*).

Abordada no Capítulo I a problemática da pessoa em sofrimento por dor crónica, apresenta-se de seguida, no Capítulo II, a análise do sentido de vida da pessoa com dor crónica, como proposta de resolução sob a forma de desafio para a ciência.

---

<sup>10</sup>Sem tirar os pés do chão empírico, sabemos que estamos a lidar com fatos fenomenológicos que reclamam por uma abordagem espiritual.



## Capítulo II Sentido de Vida da Pessoa com Dor Crónica: Desafio Para a Ciência

### 2.1 Espiritualidade e Praxis Clínica

Depois de uma breve abordagem ao conceito de espiritualidade na prática clínica cuidar, analisam-se as perspetivas filosófica e teológica, procurando delas extrair contributos para uma “Filosofia do Cuidado à Pessoa com Dor Crónica, clarificadora da estrutura conceptual da CoCIP” (Kraus et al., *in press*), enquanto competência autónoma de enfermagem, emergente, vocacionada para o cuidado de ordem espiritual.

O facto de por vezes a pessoa que se cuida se encontrar deprimida, desesperançada e sofrer toda a sua existência à luz de uma enfermidade incapacitante, leva Díaz (2004) e Miller (2003) a defender que a grande maioria recuperaria a esperança, se alguém se interessasse não apenas pelo seu problema de saúde, a dor e a incapacidade física, mas também pelo conjunto da sua vida.

Não se trata de retirar importância ao problema da dor em si mas de inverter a perspetiva, em vez de ver a vida no contexto do problema dor passar a ver o problema dor no contexto do sentido que confere dignidade à vida.

Para isso, Carlos Díaz apela os profissionais de saúde para a necessidade de desenvolverem a capacidade de identificar “sob a aparência de morte” os ténues sinais da autorestituição da vida (Díaz, 2004, p. 20). Sugere o seguinte raciocínio: “se a esperança é o tecido da alma, então desconfiar de alguém será negá-lo enquanto tal”, ou seja, que o “temos como morto” mas o oposto, como atividade criadora, a generosidade e a esperança, implicam-se mutuamente, impulsionando à ação. Assim, interessar-se por alguém é esperar algo dele mas, simultaneamente, dar-lhe o recurso para que possa responder a esta espera: “quem espera, dá, quem não espera, esteriliza, nega na realidade a possibilidade de uma relação criadora: só se pode falar de esperança quando existe essa interação entre quem dá e quem recebe, essa comunicação é o selo de toda a vida espiritual” (Díaz, 2004, p. 20).

Reforça ainda o autor, que mesmo perante o desmoronamento das expectativas e na inexistência de seguranças, como na dor e no sofrer, o importante é que o “homem interior

não se desmorone, e para isso necessita de uma mão amiga”, a do profissional atento e sensível ao sofrimento do outro (Díaz, 2004, p. 21).

A literatura científica sobre a prática do cuidado é profícua na identificação da necessidade de desenvolver a competência que alcança a estrutura existencial, de domínio espiritual. Neste sentido, a espiritualidade passa a ser reconhecida como “relevante em múltiplos contextos da relação clínica, mas revestindo-se de particular importância (...) em situações de grande sofrimento”, sendo a sua abordagem considerada uma competência especial da entrevista clínica (Pais & Cardoso, 2012, p. 185). Para facilitar esta iniciativa, os autores referem os acrónimos de apoio à colheita de informação: FICA (F: fé e crença; I: importância da espiritualidade na vida do doente; C: comunidade religiosa e apoios; A: desejo do doente na abordagem da espiritualidade nos cuidados de saúde) e o SPIRIT (S: sistema de crenças religiosas e espirituais; P: vivência pessoal da espiritualidade; I: integração na comunidade religiosa/espiritual; R: rituais, práticas e restrições religiosas; I: implicações nos cuidados médicos; T: plano em situações terminais.) (Pais & Cardoso, 2012, p. 188).

A observação de algumas definições de espiritualidade, que a seguir se descrevem, permite identificar que todas enfatizam o carácter facilitador na descoberta de sentido de vida a par do estabelecimento de relações interpessoais significativas. Assim, espiritualidade pode apresentar-se como:

- Energia integradora e criativa, baseada na crença, e um sentimento de conexão com um poder maior do que *o self* (Haase, Britt, Coward, Keidy, & Penn, 1992);
- Integrante do ser humano, a dimensão de uma pessoa que envolve o seu relacionamento consigo mesmo, com os outros, com a ordem natural, e com um poder maior que se manifesta através de expressões criativas, rituais familiares, trabalho com significado e práticas religiosas (Wright, 2005);
- Manifestação do espírito. Uma pessoa pode ser espiritual tanto nas crenças como no comportamento e, no entanto, não ter ligação a nenhum sistema institucionalizado de crenças e rituais (Musick, Traphagan, Koenig, & Larson, 2000);
- Fonte de energia intrínseca que tem fundamento na religião e no existencialismo, um recurso importante que os indivíduos utilizam para lidar com uma doença crónica (McCormick, Holder, Wetsel, & Cawthon, 2001);

- Componente tanto religioso como existencial que partilha os conceitos de significado da vida, esperança, autotranscendência e rituais (McCormick et al., 2001);
- Encontro com a transcendência, ou a busca de uma verdade última ou de uma realidade última que é sagrada para o indivíduo (Seybold & Hill, 2001);
- Busca pessoal por significado e sentido da vida, que pode ou não estar relacionada com uma religião, implica a conexão com crenças autoescolhidas e/ou religiosas, valores e práticas que dão sentido à vida, inspirando e motivando deste modo as pessoas a alcançar o seu ser ideal (Tanyi, 2002).

Frankl (1992, 1999) define recursos noéticos o conjunto de fenômenos, capacidades ou manifestações espirituais expressadas pelo autodistanciamento e a autotranscendência. Para o autor, o espiritual:

- Confere unidade e totalidade à pessoa humana, sendo a dimensão integradora que apenas pode ser vista, separada do organismo psicofísico, através de uma análise heurística ou existencial (Frankl, 1990);
- É autoconsciência, tornando consciente o estético, o erótico, e o ético numa tensão fecunda da sua própria intencionalidade<sup>11</sup> (Frankl, 1990, 1999b);
- É duplamente transcendente, na sua intencionalidade e reflexividade, é a dimensão que não adoece, é o centro dos recursos noéticos, da autotranscendência e do autodistanciamento (Frankl, 1999b);
- Confere presença que é sinónimo de “estar junto a”, não no sentido ôntico, espacio-temporal, mas ontológico (Frankl, 1987).

Neste sentido, partindo do pressuposto que as atitudes não são determinadas, Lukas (2000) apresenta a modulação de atitudes como técnica logoterapêutica específica para capacitar quem sofre a ver valor nessa situação. É a correção de atitudes desfavoráveis à saúde, especialmente útil ante contextos de sofrimento inevitável, culpa, morte e integração de experiências traumáticas. Para esta técnica requer-se “criatividade, argumentação, oposição e outras técnicas como o diálogo socrático e perguntas ingênuas” (Ortiz, 2007, p. 81).

Apesar de Frankl não privilegiar a religiosidade em relação a qualquer expressão valorativa, intelectual e artística da espiritualidade, decidiu-se seguir a orientação

---

<sup>11</sup>Entende-se por análise existencial a interpretação e caracterização da existência concreta, que se realiza através da biografia do sujeito; Com esta expressão, Frankl não quer dizer “análise da existência”, mas “análise sobre a existência”, não se refere ao ôntico mas ao ontológico. A logoterapia e a análise existencial são dois aspetos de uma mesma teoria, sendo o primeiro um método e o segundo uma orientação antropológica de investigação que coloca em primeiro plano a orientação para o sentido de vida e a tendência humana para os valores, apelando à vontade de sentido (Etchebehere, 2011; Guberman & Soto, 2006, pp. 11-12).

metodológica sugerida por Ricoeur (1986) ao classificar o estudo do sofrimento humano como um desafio para a filosofia e a teologia, conforme convicção da autora desta tese.

No intuito de acervar valores e certificar paradigmas, apresentam-se seguidamente algumas considerações relevantes da análise reflexiva em torno da problemática da dor e do sofrimento inevitável, quanto aos contributos da filosofia ocidental e da teologia cristã<sup>12</sup>, para a definição de uma *filosofia do cuidado à pessoa com dor crónica*, clarificadora da estrutura conceptual da CoCIP, de ordem espiritual de enfermagem (Kraus et al., *in press*).

Aborda-se de seguida a perspetiva filosófica que, através de pensadores franceses contemporâneos como Paul Ricoeur e especialmente Jean-Luc Marion e Michel Henry, contribuem para o esclarecimento da estrutura conceptual da CoCIP proposta neste estudo. Numa reflexão sobre a clínica e a relação terapêutica, proposta pelo filósofo e psicoterapeuta alemão Rolf Kühn, amigo pessoal de Michel Henry e Viktor Frankl, analisa-se o pensamento henriano quanto ao contexto e características intrínsecas dessa competência (CoCIP).

### **2.1.1 Perspetiva filosófica.**

Desde Platão, Descartes e Kant que a filosofia sempre colocou o problema da possibilidade da experiência em geral, mas coube à fenomenologia<sup>13</sup> a tarefa de analisar de um modo original a constituição do real enquanto sentido e significação mediante atos intencionais. Invertendo o determinismo kantiano inerente à experiência (ética formal), a fenomenologia reconhece que o objeto só se torna cognoscível na medida em que o sujeito cognoscente (*Der Seiende*), com base na sua subjetividade imanente e enquanto “presente vivo” (*Dasein*), o reveste das condições de cognoscibilidade (Kühn, 2010).

Para o filósofo e psicoterapeuta Rolf Kühn, cuja obra se inscreve no âmbito da fenomenologia da vida, inaugurada por Michel Henry, a cultura, enquanto objeto do pensamento filosófico-científico, é fruto do modo como a atividade do homem corresponde a essa “doação primordial do Mundo”. Esta reciprocidade entre a genealogia da vida e a historicidade da cultura é, para Kühn (2010, p. 101), um intento geral de explicação fenomenológica, que confere à noção de cultura um certo fascínio conceptual e espiritual,

---

<sup>12</sup>Que até há pouco tempo se reconhecia ser o fundamento da cultura ocidental.

<sup>13</sup>Fundada por Husserl.

decorrente da ligação estreita entre a “filosofia da cultura” e a ideia de uma ontologia total, na Europa.

Esta perspetiva do historicismo ou positivismo do momento da grande crise moral, política, económica e militar da modernidade, na viragem do século XX, mantém-se atual, uma vez que os diversos discursos filosóficos, religiosos, estéticos, científicos, ideológicos e políticos “já não conseguem demonstrar a plausibilidade de tal referência (...) quer explicativa quer axiológica, subsistente até hoje, dando expressão à crise pós-moderna”.

Este paradoxo da noção de cultura e da sua crise, apenas é possível se a “dialética do tempo e do ser”, ao nível duma síntese à *priori* correspondente, constituir em simultâneo a produção e o produto de todo o devir histórico; ou seja, sendo a essência do ser no mundo (*Dasein*) ekstática<sup>14</sup>, pensada a partir do cuidado pelo outro (*Sorge*). Assim, também este cuidado apenas pode ser experimentado de modo satisfatório nessa sua essência “atribuindo sentido à existência” (Kühn, 2010, p. 101).

Quanto à ideia de Europa e génese de uma crise transcendental, Kühn, que corrobora o pressuposto franqueliano de ser na transcendência que o homem realiza a sua vontade de sentido, refere que, para Husserl, o problema depende das ciências empíricas que tratam da casualidade e dos acontecimentos “mundanos” e que na génese da fenomenologia husserliana “a ideia de uma teologia sempre esteve presente ao nível do seu ego transcendente”. Contudo, esta ideia vai ser “ignorada, pervertida ou esquecida em certos momentos da história, para provocar a crise de tal verdade transcendental originária” e atribuir à obra “O Homem em busca de Sentido”, de Viktor Frankl, o marco da emergência e credibilidade do conceito de “sentido de vida” no campo científico (Kühn, 2010, p. 105) e que, no presente estudo, a CoCIP procura exprimir.

O pensamento henriano representa, dentro do esforço de radicalidade (transcendência) e procura de sentido, uma das viragens mais fecundas e ousadas. Kühn (2010, p. 9) salienta dois pontos essenciais dessa viragem: o primeiro e mais decisivo, a subalternação da noção de intencionalidade husserliana, propondo a “autoafeção como a região mais arcaica da consciência”, uma vez que é nesse plano que se revela a própria vida de cada pessoa singular; e um segundo ponto, do sujeito universal e vazio de Husserl, contrapondo com a singularidade irredutível de uma ipseidade “como logos da vida” (Kühn, 2010, p. 10).

---

<sup>14</sup>No sentido de abertura ao longo do tempo.

Ao radicalizar esta perspectiva, Kühn esclarece o conceito de “indivíduo” de Henry, como “gerado pela mera vida”, implicando que a autoafeção, pathos original ou experiência de vida, enquanto essência da subjetividade no sofrimento e no gozo, se constitui, simultaneamente, a fonte de todo o agir ou “praxis subjetiva” como “arquiforça” que, graças à subjetividade<sup>15</sup>, substancializa o real no cuidado ao sofredor de dor crônica. Desta forma, a “praxis terapêutica” não pode ser outro senão o intercâmbio das modalidades de cada vida individual, imersa na vida fenomenológica absoluta e que, nesta transação, a “transformação lenta da desesperança e angústia em felicidade” implica, em plena concordância com Frankl (2006)<sup>16</sup>, o ego ativo, emergente pelo “nascimento na Vida absoluta” ou seja “nascimento em Deus” (Kühn, 2010, p. 66).

Com efeito, o olhar clínico e a linguagem da vida, numa reciprocidade comunitária, recorrendo a todos os meios tecnológicos de diagnóstico e tratamento, revaloriza a dimensão do encontro e especificidade da relação terapêutica para oferecer a cada um “a confrontação com o nascimento indizível de cada um de nós no querer-se (autoafeção) da vida” (Kühn, 2010, p. 10), que “não se esgota em nenhuma teoria de pulsão ou afeto inconsciente, antes procura constituir uma reciprocidade intropática” (Kühn, 2010, p. 12).

Neste sentido, o verdadeiro olhar clínico obedece à lei transcendental incontornável, na qual o ethos filosófico, pedagógico e terapêutico, pode unir-se, numa aliança comum à vida una, cuja “filiação divina, em nós, é expressamente reconhecida pelo cristianismo”, mostrando-se mais real do que todas as realidades visíveis (Kühn, 2010, p. 71). O autor destaca a diferença entre o olhar transcendente apreendido como olhar ou praxis terapêuticos, investidos de dados fenomenológicos fundamentais que contrastam com a fenomenalização do ser mundano. Enquanto para este último, transcendência implica uma exteriorização de princípio que inclui, por necessidade interna, a indiferença das relações e a incapacidade de criar um conteúdo concreto ou sensível, o olhar terapêutico é levado a ver o sofrimento, a doença ou qualquer outra fragilidade física, psíquica ou espiritual<sup>17</sup>, com os próprios olhos da vida fenomenológica pura.

É por isso que a linguagem da vida é capaz de inverter as três características do “aparecer mundano”, ou seja: à exteriorização, impõe imanência da relação; à indiferença aos fenômenos entre si, contrapõe com o amor à vida; à carência ontológica, responde com

---

<sup>15</sup>Tal como a representação central, no “plano pré-motor” referida por Wall (2002, p. 217).

<sup>16</sup>Ver conceitos de “id-identificação e des-egoficação” do inconsciente (Frankl, 2006, p. 47).

<sup>17</sup>Os mesmos planos através dos quais a perspectiva teológica judaico-cristã reconhece o ser humano (Frankl, 2006; Kühn, 2010; Ricoeur, 1986).

a descoberta de um novo sentido em cada contexto.

Torna-se claro que o olhar terapêutico, enquanto olhar transcendente, implica a “restauração” ou “segundo nascimento” de uma vida individual original, sempre que esta esteja a ser experienciada subjetivamente, na sua realidade imanente, enquanto *autoafeção vivificante*” (Kühn, 2010, p. 72).

Assim, e no sentido de apreender um método prático, a partir das características fenomenológicas da “linguagem da vida” na prática terapêutica exposta, o autor propõe como única realidade que conta, ao nível da referida partilha<sup>18</sup> intro-pática, a “imediatez da autoafeção recíproca” das pessoas em causa que resulta em empatia genuína, em oposição à convenção teórica, social, ou mesmo “mentira e hipocrisia” (Kühn, 2010, p. 73). Desta forma, pode concluir-se que este método estará sempre a ser respeitado, quando todo o olhar clínico, enquanto olhar transcendente do médico, enfermeiro ou outro terapeuta, visa por trás dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, um ser singular no seu sofrimento, na sua esperança, ou seja, na sua vida transcendental.

Nesta reflexão, identifica-se uma nítida equivalência de objetivos entre o constructo de ipseidade, da fenomenologia da vida, inaugurada por Michel Henry, e procurado pelo constructo central da CoCIP, isto é, ambos orientam a pessoa na sua singular subjetividade transcendente, para a descoberta de um sentido em cada contexto da sua existência e consequente integração do sofrimento inevitável.

Por analogia, conclui-se que o contributo da perspetiva filosófica para a filosofia do cuidado ao sofredor de dor crónica e a clarificação do conceito de CIP emergente se refere à justificação do ambiente da relação terapêutica estabelecida, caracterizada pela reciprocidade intropática, o amor à vida, a presença efetiva da vida, o refúgio na qualidade da experiência afetiva de si e pela descoberta de um novo sentido em cada situação.

### **2.1.2 Perspetiva teológica.**

Não se trata aqui da questão da dor e sofrimento dum povo ou personagem bíblico em particular, porém, para compreender as atuais repercussões espirituais, antropológicas e sociais, tem que ser feita a análise segundo o paradigma cristão e suas configurações teológicas.

---

<sup>18</sup>Partilha no verdadeiro sentido da palavra, porquanto, efetivamente, “aquele que educa e que cura não sabe mais da vida do que aquele que sofre” (Kühn, 2010, p. 70).

Em oposição à vida de paz, amor e harmonia com o seu Criador, encontra-se em Génesis 3: 16 e 17 a origem da dor e do sofrimento humano. Dando ênfase à sua essência de ser livre, em busca desenfreada pela “autossuficiência”, o homem, confiante no infinito amor de Deus, menospreza (ir)responsavelmente outros atributos da Sua identidade, a Santidade e a Justiça, “afastando-se da razão da sua existência” (Bíblia, 1999; Rainho, 2010, p. 181).

O livro dos Salmos tem sido referenciado por vários autores como o *background* para o estudo da teologia do sofrimento do povo de Israel; um sofrimento não apenas vivido no quotidiano mas “...partilhado em comunhão com Yahwé” (Lourenço, 2006; Rainho, 2010, p. 65). No âmbito da interpretação de textos bíblicos, ambos os autores, destacam os textos do profeta Isaías 52: 13-15 e 53, em especial o cap. 53<sup>19</sup>, como a referência à fonte da esperança, já que oferece uma nova perspectiva, na busca de um sentido capaz de orientar o homem de então (séc. VI e VII a.C.), mas também o de hoje, a integrar a dramaticidade da dor e sofrimento, ultrapassando seus próprios limites, “transcendendo-se”. Onde se anuncia o “Servo Sofredor”<sup>20</sup> também se oferece o perdão incondicional para o problema de todo homem que, por meio da fé, aceita o sofrimento e morte do Messias em seu lugar<sup>21</sup> e tal como Ele ressuscitou e vivo está, possa aceder à vida pela restauração da sua relação com Deus.

Desta passagem ecoa a resposta para a humanidade aporética, carente de certezas que, para Lourenço (2006), se deve à falta de sentido – sentido capaz de motivar a vida para além da sua temporalidade e percepção redutora do horizonte ao nível do domínio dos sentidos<sup>22</sup>.

Paralelamente à abordagem de Isaías, o autor analisa e compara a personagem de Jó quanto à experiência de sofrimento e dor. Conclui que, enquanto Jó, desconhecendo os desígnios de Deus quanto à sua agonia, manteve firme sua fé e absoluta confiança Nele; Isaías, lamentando a opressão do cativo babilónico em que se encontrava com seu povo, afirma conhecer a causa e finalidade (justiça punitiva Divina e correção associada à idolatria) dessa condição.

---

<sup>19</sup>Em particular no v.5: “Mas Ele foi ferido pelas nossas transgressões e moído pelas nossas iniquidades; o castigo que nos traz a paz estava sobre Ele, e, pelas Suas pisaduras, fomos sarados” (Is. 53: 5).

<sup>20</sup>Neste contexto o termo pressupõe a noção de culpabilidade que justifica o sofrimento, ou seja, sofrimento merecido, contextualizando como que uma relação de totalidade entre gerações, traduzida na relação “delito/culpa/castigo” (Lourenço, 2006).

<sup>21</sup>Pois Jesus assumiu os pecados de muitos em si mesmo, como espécie de sacrifício vivo, comparável ao sacrifício exigido pelo Pentateuco, porém, num evento “*único e irrepitível*” (Lourenço, 2006, pp. 9 e 203; Rainho, 2010, p. 183).

<sup>22</sup>Foi esta também a causa que motivou Heidegger a escrever “*Sein und Zeit*” (Heidegger, 2011).

Esta é a nova forma “pedagógica e educativa” do homem se colocar diante de Deus e perceber o sofrimento sempre como caminho, nunca como fim, “integrando o seu próprio drama” que no fundo o orienta “no seu itinerário”, em relação à lealdade a Deus, independentemente das acusações dos “amigos” deterministas<sup>23</sup>.

Desta forma Jó não apenas é “o rosto” de todo o homem reconciliado com o Criador mas, sobretudo, daquele que, mesmo não encontrando razão objetiva para o seu tormento como punição divina (não podendo por isso produzir arrependimento genuíno), não só o integra, mas o reconhece como oportunidade para desenvolver competências espirituais que melhorem o desempenho da sua missão na terra e reforcem seu compromisso de gratidão, fidelidade e esperança no Pai, o bom Pastor.

Verifica-se que nos textos apresentados se ressalta suporte argumentativo, suficientemente firme e consistente, para sustentar a emergente e frágil estrutura concetual da CoCIP no alívio e controlo à pessoa com dor crónica, tanto para a vertente da promoção do sentido de vida, como para a integração do sofrimento inevitável: promoção/reforço da confiança sob a forma de compromisso ⇒ Promoção/reforço da esperança ⇒ Competência para integrar experiências traumáticas ⇒ CoCIP.

A esperança, enquanto resultado essencial da vida com sentido, permite estruturar a integração do sofrimento inútil. A definição teológica de esperança, resultando do enquadramento hermenêutico da epístola do apóstolo Paulo aos Romanos 5: 3 - 11, foca as experiências de limite e finitude do ser humano. Esta oração de sapiência descreve o “efeito dominó” subjacente ao processo de estruturação da esperança, firmada sobre uma sólida base axiológica e confirmada pela experiência. Apresenta a confiança em Deus<sup>24</sup> como uma atitude promotora de “paciência” e esta como a única virtude que capacita para a “integração de experiências traumáticas”, após a qual se produz a “esperança”.

Conhecedor da carência e fragilidade humanas, no intuito de prevenir equívocos quanto ao efeito e à essência da esperança alicerçada em Cristo, o mesmo autor elucidava que esta esperança “não traz confusão” antes “satisfação, (...) pela reconciliação com Deus” (Romanos 5: 5 e 11) e que Deus capacita o homem para aperfeiçoar esta relação, concedendo-lhe o “Fruto do Espírito”<sup>25</sup> e habilitando-o a amar, a ser assertivo e manter o autocontrolo, expoentes referenciais do CIP.

---

<sup>23</sup>Vêem o sofrimento apenas como consequência do castigo de Deus, devido ao pecado.

<sup>24</sup>Confere um sentido de vida firme e inabalável (Frankl, 2006; Lourenço, 2006; Rainho, 2010; Seligman, 2002).

<sup>25</sup>Gálatas 5: 22.

Este périplo não apenas esclarece e justifica o aparente paradoxo da 1ª parte do v. 3 do mesmo capítulo, “... gloriamo-nos nas tribulações”, mas institui a competência espiritual como o recurso de referência<sup>26</sup>, face às competências psicossociais, para a descoberta de um sentido na vida, ser íntegro e capaz de integrar experiências difíceis/traumáticas (Chickering, 1969; Erikson, 1977; Sebastião, 1995; Wall, 2002).

Partindo da construção ou “metamorfose antropológica” operada no homem que procura a reconciliação/novo nascimento *em* e aceita a orientação *de* Deus, focando o âmago da temática quanto à necessidade de reconhecer a dor e o sofrimento como um desafio para a prática clínica, constata-se que qualquer atitude terapêutica orientada para a integração do sofrimento inevitável beneficiará na aproximação à realidade fenomenológica, com abordagem espiritual para, em contexto, avaliar a resposta à questão do “sentido, das causas e dos resultados do sofrimento também no plano moral e religioso” Lourenço (2006, p. 67).

À luz deste paradigma, conclui-se que os resultados das pesquisas de Lourenço (2006) e Rainho (2010) são consensuais quanto à interpretação ontológica, dualista da experiência de dor e sofrimento: deuteronomista, como castigo face ao pecado e isaíaco-jobiana, como caminho (e não como fim, enquanto tempo de graça) para conferir à forma de ser e existir a identidade capaz de promover a esperança<sup>27</sup> e outras virtudes<sup>28</sup> que fazem da vida uma causa e uma entrega.

Esta perspetiva não só contextualiza, define e esclarece conceitos “obsoletos” como pecado, culpa, castigo, sofrimento, morte, arrependimento, perdão, gratidão, verdade, caminho, confiança, entrega, certeza, fé, confiança, paciência, esperança, amor e vida, como estabelece o paralelismo entre estes e a atual terminologia em uso: ansiedade, depressão, desesperança, autoconfiança, autoeficácia, autocontrolo, autotranscendência, autosatisfação, imanência, etc. Propõe ainda que, o homem de costas voltadas para Cristo desenvolve um carácter autossuficiente, focar-se sobre si próprio, sendo incapaz de produzir um genuíno sentimento de gratidão.

Conclui-se que, também a perspetiva teológica judaico-cristã defende que qualquer atitude terapêutica orientada para o controlo da dor e sofrimento beneficiará do alargamento dos limites do sofredor, por meio da abordagem espiritual, que oriente o ser

---

<sup>26</sup>Confirmado no quotidiano *por* e *em* cada cristão (Henry, 1990; Kühn, 2010; Lourenço, 2006; Rainho, 2010).

<sup>27</sup>Quanto à presença e soberania de Deus e que Ele fará o melhor. Pela certeza da vida eterna com O Pai de Amor, experienciada já aqui e agora.

<sup>28</sup>O Fruto do Espírito é, segundo a carta de S. Paulo aos Gálatas 5: 22, o amor, gozo, paz, longanimidade, benignidade, bondade, fé, mansidão e autocontrolo.

humano a procurar conhecer a sua condição e a aceitar o sentido fundamental da sua existência.

Depois de refletir sobre as perspetivas, que ao longo da história têm procurado dar resposta à questão do sentido da vida do homem e para facilitar a conexão à abordagem do desafio que a promoção do sentido de vida (logoterapia) representa para a clínica da gestão da dor, segue-se uma breve inclusão da evolução do conceito de Logos.

### **2.1.3 Logos e sentido de vida.**

Após a primeira diáspora judaica, o povo judeu foi obrigado a defender, com todas as suas forças, a sua identidade. A própria helenização impulsionada por Alexandre Magno “foi utilizada pelos judeus para a expansão da sua radical e diferente forma de religião”<sup>29</sup> (Rainho, 2010, p. 142). É essa também a conclusão de António Pagola ao salientar que “Todos compreenderam que só poderiam sobreviver reafirmando a sua adesão incondicional à lei e ao templo e promovendo uma política de separação daquilo que era pagão” (Pagola, 2008, p. 198).

O historiador grego Estrabão, citado por Decaux (2004, p. 18) conta que, mais tarde, após a segunda diáspora<sup>30</sup> e já no território dominado pelo império romano, os judeus continuaram a ser “um povo único” e que “um século antes da era cristã, já haviam invadido todas as cidades e assumido posição de algum relevo onde quer que se estabelecessem”<sup>31</sup>.

Todos estes factos parecem corroborar a tese de Rainho que defende que a helenização nas cidades da diáspora judaica consistiu apenas na assimilação da língua grega e a assunção da obrigatoriedade do convívio com pagãos, o que justifica que, em oposição ao que por vezes é dado a entender, “foram mais os filósofos gregos a interessarem-se pela religião judaica do que o contrário” (Rainho, 2010, p. 141). Como argumento o autor descreve o percurso da filosofia grega, que não apenas influenciou a cultura romana quanto à “aproximação ao monoteísmo judaico” como quanto ao seu

---

<sup>29</sup>A primeira diáspora judaica foi iniciada em 722 a.C. quando o reino de Israel do Norte é destruído e o rei levado cativo pelos assírios.

<sup>30</sup>Em 586 a.C. com a invasão da Babilónia.

<sup>31</sup>A posição que os romanos tomaram para com os judeus denota o cuidado de se tratar de um povo incomum que deveria ser tratado com as devidas precauções, sendo o único povo oprimido que impunha condições aos opressores romanos; dispensados do culto ao imperador, permitindo a sua substituição por oferendas a YHAWH em petição pelo sucesso dos Césares; estavam autorizados a cobrar um imposto do Templo de Jerusalém junto das comunidades judaicas da diáspora e, surpreendentemente, estavam dispensados da prestação obrigatória do serviço militar, de modo a não quebrar o Sabbath.

conceito de Logos do qual se apropriou (Rainho, 2010, p. 141). Apresenta como exemplo, se bem que num plano religioso diferente, a noção de Logos<sup>32</sup> dos filósofos estoicos. A mesma opinião é partilhada por Werner Jaeger, especialista em cultura helénica que defende que os Judeus desde sempre tiveram definições muito precisas, acerca da unidade do princípio divino do mundo, que os filósofos gregos só muito recentemente partilham:

Temo que o livro sagrado judaico nunca tivesse sido traduzido, nem a Versão Septuaginta<sup>33</sup> chegasse a existir, se não fosse a expectativa dos Gregos de Alexandria de encontrar (...) o segredo daquilo a que chamam respeitosamente a filosofia dos bárbaros. (Jaeger, 1991, p. 46)

Quanto à Compreensão Material (*Dingbegriff*) e do Poder Material do conceito de Logos, o termo grego de logos tem em si, por natureza, um valor dianoético, porém “o elemento dinâmico do conceito, com carácter vivificante e poder para agir e dar vida, esse apenas lhe é conferido através do termo hebraico O Santo dos Santos e Fundamento do Templo” (Kittel, 1966, p. 90).

Assim, o entendimento de *logos* como O Logos Divino, Jesus Cristo, que se tornou aquele Homem singular da história da humanidade, advém desse conceito hebraico, “não podendo as Suas características serem compreendidas segundo os cânones da filosofia grega (...) pelo que, o quarto evangelista, não necessitou de fundamentos filosóficos para proferir o seu prólogo” (Kittel, 1966, p. 91).

## **2.2 Sentido de Vida, Saúde e Desenvolvimento Humano**

A Psicologia Humanista Existencial conta, entre seus impulsionadores, com Viktor Frankl, que define o sentido de vida como o motivo, a razão, o que nos impulsiona para atingir algo ou para ser de uma determinada maneira, isto é, o que nos orienta e guia (Ortiz, 2007).

Para Frankl (1992) o ser humano é uma totalidade bio-psico-espiritual e, nesta totalidade, ressalta o espiritual como sua característica mais especificamente humana. A espiritualidade é considerada uma das dimensões do ser humano que vai além da dimensão religiosa ou do supranatural. O espiritual ou noético é essencialmente distinto do psicológico, não pode ser incluído na facticidade psicofísica e tanto pode ser consciente

---

<sup>32</sup>Embora tributário da lógica aristotélica, o logos da filosofia estoica recebe a sua principal inspiração do logos divino de Heraclito, o primeiro pensador grego a introduzir o termo Logos no vocabulário filosófico (Freitas, 1991, p. 479).

<sup>33</sup>Os tradutores da versão grega dos setenta não encontraram “palavra que se aproximasse do hebraico *dābar* do que o termo *Logos*” (Freitas, 1991, p. 480).

como inconsciente. No seu livro “A presença ignorada de Deus” Frankl explora a questão da espiritualidade e nomeia a espiritualidade inconsciente como inconsciente transcendental (Frankl, 1992; Halama & Dedova, 2007).

O conceito de inconsciente é visto por Frankl como composto não somente por elementos instintivos mas também espirituais. O autor contrapõe-se a Freud, afirmando que o homem só se constitui como tal não quando houver um desejo a impulsioná-lo mas sim um “Eu” a decidir. Realça a psicoterapia como espaço para se mobilizar a existência espiritual, sendo esta considerada como responsabilidade livre que se opõe à facticidade psicofísica. Conforme o autor, o psicofísico é algo que a pessoa “tem”, enquanto o espiritual é algo que ela “é” (Frankl, 1992, p. 24).

Quanto à felicidade e ao encantamento, facilmente se poderia supor que outras realizações humanas poderiam levar a um tipo de experiências muito próximas, como alcançar um objetivo muito desejado, vencer um desafio ou superar-se a si mesmo. Porém, já na proteção e ancoramento, de que fala Frankl, a fé no divino ressoa como único. Salienta que a pessoa aporética, em sofrimento profundo como no confronto com a própria mortalidade, experimenta, pela fé religiosa intrínseca, essa sensação de proteção e ancoramento, uma direção, uma visão de caminho ou sentido.

Recorreu-se como referencia o princípio dialógico de Viktor Emil Frankl, quanto à argumentação da relação direta entre falta de sentido e sofrimento psíquico<sup>34</sup>. Fundador da logoterapia, pela análise existencial, Frankl propõe uma visão do homem distinta das concepções vigentes, reconhecendo-o como uma unidade na totalidade, que inclui corpo, psiquismo e espírito (noos). Elege a componente espiritual, impulsividade inconsciente, ou noética, como determinante para a existência do homem, integrando na espiritualidade não apenas a religiosidade<sup>35</sup> mas a toda a expressão “valorativa, intelectual e artística” (Frankl, 2006, p. 8). Porém, a repressão do religioso sob a forma de transcendência deficiente pode originar uma “existência neurótica” (Frankl, 2006, p. 53).

É na transcendência que Frankl localiza o sentido. A logoterapia aposta, assim, na inata vontade de sentido e na realização desta para alcançar a “cura da alma”<sup>36</sup> (seeliche Heilung) (Frankl, 2006, p. 57). É graças à responsabilidade inerente à liberdade do homem

---

<sup>34</sup>O seu *best-seller* “Em Busca de Sentido” (Frankl, 2005a) constituiu-se um importante marco de credibilização e emergência do conceito de sentido de vida. Na prática clínica como psiquiatra, Frankl identificou que muitos dos seus pacientes sofriam de tédio, sentimentos de vazio e falta de propósito na vida. Classificou essa síndrome de “vazio existencial” ou “neurose noológica” (Harlow, Newcomb, & Bentler, 1987, p. 235).

<sup>35</sup>Esta religiosidade, também inconsciente, fé ou transcendente inconsciente, significa que “sempre houve em nós uma tendência inconsciente para a relação com Deus (...) um sentido de relacionamento com Deus, com o transcendente, (...) imanente no homem, embora muitas vezes permaneça latente” (Frankl, 2006, p. 47).

<sup>36</sup>Diferente de salvação da alma (Seelenheil) (Frankl, 2006, p. 57).

que se encontra a felicidade, não enquanto objetivo da sua conduta mas em consequência desta. Citando Tillich (1961), Frankl (2006, p. 234) refere que ser religioso significa “fazer a pergunta apaixonada pelo sentido da nossa existência”. É por isso que, legitimamente, a logoterapia se pode ocupar não só da “vontade de sentido” mas igualmente da vontade de um sentido último, o “suprasentido”. Este em última análise é a fé religiosa, ou seja, a “fé no supra sentido, uma confiança no suprasentido” (Frankl, 2006, p. 62). Assim, a logoterapia “não pode e não quer substituir a psicoterapia, quer apenas completá-la (...) pela assistência à alma (Seelsorge) que da mesma forma em nada substitui a “assistência pastoral à alma (priesterliche Seelsorge)” (Frankl, 2006, p. 57).

Analisando a relação entre o sentido e valor, Carlos Díaz refere que o homem atribui valor ao mundo a partir do valor que ele lhe merece. Refere-se ao curso real da vida como conversor da “fiança em confiança e da espera em esperança”. Sendo a confiança o parecer pessoal favorável ao julgamento da possibilidade do que é esperado<sup>37</sup>, através da avaliação da *consistência e firmeza dos valores* que fundamentam a experiência dolorosa e o significado ou sentido atribuído à vivência, o autor explica ser esse o momento que “eleva a espera a esperança”: Quando “creio que é possível o que a minha esperança vital deseja ou pretende, essa crença é a minha confiança”, que em termos de estrutura elpídica (esperançadora) equivale a significado ou sentido de vida (Díaz, 2004, p. 21).

O autor esclarece ainda que pessoa confiante é aquela que, sem prejuízo das previsões e garantias a que seu bom senso a conduz, procura identificar e viver em coerência com o seu contexto, a confiança elpídica estruturante que dá sentido à sua existência e promove a esperança. Deste modo, a confiança elpídica, crença, significado existencial ou sentido de vida, conduz à atitude de espera e esta à esperança vital<sup>38</sup> (Díaz, 2004), possível mesmo na vivência da dor reumática crônica.

A vinculação entre valor e sentido de vida é pois muito íntima. Desde a origem da axiologia, como ciência dos valores, assiste-se a estremados debates entre as distintas correntes filosóficas com adoção de posições polarizadas sobre o conceito de valor. Considerando como síntese do debate em torno do mundo dos valores e, sobretudo, da definição do conceito de valor (características e modo de acesso ao conhecimento) proferida por López Quintás (2003). Para o autor o termo “valor” tem aceções distintas, sendo os valores fontes de possibilidades de atuar com sentido na vida:

---

<sup>37</sup>Um pouco como a resposta motora referida por Wall (2002, p. 217).

<sup>38</sup>Sentido de Vida (Confiança Elpídica) eleva a experiência do esperado a esperança.

*El término valor procede del latín “valere”, ser fuerte, hallarse en buena forma, tener posibilidades de juego vital. De aquí se deriva otro sentido del término valor. No se entiende por valor la cualidad que hace atractiva y preferible una cosa o acción sobre otra, sino una idea-motriz que marca al hombre una orientación fecunda para su vida. Así, la piedad, la justicia, el amor, la generosidad, la unidad, la colaboración... ofrecen al hombre grandes posibilidades de acción con pleno sentido. (...) los valores, vistos así, son fuentes de vida en plenitud. Por eso apelan al hombre, piden ser realizados, se imponen, tienen decisión para hacerse valer, porque son eficaces merced al juego que dan en la trama de acciones y sucesos que tejen la vida humana. Los valores debido a ello, juegan en la vida del hombre el papel de medida y de meta. El hombre, al configurar su vida, debe dar la medida del valor, ajustarse a él, cumplir sus exigencias. (Quintás, 2003, pp. 512-513).*

É neste paradigma que, no âmbito das Ciências da Saúde em Portugal e particularmente na enfermagem, o contributo da CoCIP encontra interesse para a gestão da dor, pela identificação de valores ou fontes de sentido, capazes de dar sentido da vida.

Nesse sentido, e em conformidade com o postulado de Viktor Frankl, o homem não se deprime por sofrer mas por sofrer sem sentido (Frankl, 2006) e por isso procurou-se, através de uma revisão sistemática, a resposta para esta lacuna identificada<sup>39</sup>. Orientou-se a investigação segundo a metodologia PI[C]OD, recomendada pelo Centro Cochrane, e formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual o significado do sentido de vida para a saúde e para a vivência da dor crónica, não maligna? O processo de resposta, segundo a metodologia sistemática, identificou o “sentido de vida” inerente à dimensão espiritual, dimensão muitas vezes não determinada, mas determinante da existência humana, pois relaciona determinantes axiológicas com identidade e ação (Kraus et al., 2009b).

O sentido de vida apresentou-se, assim, como um conceito com linguagem e espaço próprios, bem demarcado na esfera internacional das referências científicas de enfermagem (Amaral & Vieira, 2006; Reed, 2008; Starck, 2008; Travelbee, 1979; Vieira, 2007; Vilela, 2002), demonstrando conferir um efeito terapêutico positivo, crucial ao desenvolvimento pessoal e ao alívio e controlo da dor pela integração do sofrimento inevitável. Verifica-se a existência de vários instrumentos de medida e que a logoterapia<sup>40</sup> é também designada por “elpido-terapia” ou terapia da esperança, pois “definir o homem como filho (não escravo)

---

<sup>39</sup>As medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor preconizadas não preveem intervenções específicas, para lidar com o sofrimento inevitável da pessoa com dor crónica.

<sup>40</sup>Método terapêutico vocacionado para a orientação da descoberta de sentido, constituiu-se como a terceira escola psicoterapêutica de Viena de Áustria, sendo a primeira a psicanálise fundada por Sigmund Freud e a segunda a psicologia do desenvolvimento individual, fundada por Adolf Adler.

do seu passado, e pai do seu futuro”, reconhecendo a esperança como “um efeito terapêutico do sentido de vida” (Acevedo, 2000, p. 17).

A revisão identificou que o conceito da variável sentido de vida insere em si a atribuição de significado valorativo à experiência quotidiana que não apenas confere dignidade à existência, projetando um futuro esperançoso, como previne e facilita a recuperação de quadros de ansiedade e depressão associados a vivências traumáticas.

Desta forma, a revisão sistemática evidenciou o sentido de vida como um constructo relevante e atual para a investigação da enfermagem em Portugal, levando a concluir que o desenvolvimento de competências profissionais para o alívio e controlo da dor e do sofrimento inevitável poderá estar na orientação para a descoberta de sentido na vida (Kraus et al., 2009b, p. 77).

### **2.2.1 Atitude positiva perante o próprio sofrimento e êxito.**

Reportando-se às circunstâncias traumáticas da vida, Viktor Frankl e Carlos Díaz afirmam que a sobrevivência é possível se “a esperança for orientada por um propósito significativo”, capaz de “desenvolver a vida espiritual profunda” (Díaz, 2004, p. 31; Frankl, 2005b). O facto de ao homem ser vedada a possibilidade de se furtar às adversidades da vida (dor crónica), não lhe retira a responsabilidade ou o direito de responder “não ao porquê, mas de escolher a forma como” as vai experienciar (Frankl, 2005a, p. 143).

Quando, nesta perspetiva de conversão espiritual, a dor é enfrentada com a força da responsabilidade interior, produz-se o desenvolvimento pessoal que torna o homem mais “rico e capaz”, altruísta e empático. É esta transformação que facilita ao profissional de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, o exercício da CoCIP (Kraus et al., *in press*). Em termos pedagógicos e didáticos, esta competência, núcleo de qualquer processo de cuidado psicoterapêutico ou educativo, assenta na estrutura dialógica logoterapêutica, atribuindo prioridade à qualidade da relação interpessoal (Frankl, 2005a, p. 143; Bruzzone, 2008, p. 174).

Logoterapia é, assim, a “ciência que procura a consciencialização do espiritual através da análise existencial, ou seja, procura trazer o ser humano à consciência de ser-

responsável – enquanto fundamento essencial da existência humana” (Frankl, 1986, p. 55). Trata-se de uma metodologia do diálogo<sup>41</sup>, que pressupõe o prévio estabelecimento de uma relação Pessoa-a-Pessoa, não apenas enquanto dispositivo funcional da ativação de determinados processos psíquicos, emocionais e cognitivos, mas enquanto pressuposto ontológico. Desta forma, também Bruzzone (2008, p. 107) considera como verdade antropológica fundamental a autotranscendência, característica fundamental da existência do homem, isto é, “apenas quando este se alheia de si e se liberta de interesses e da atenção centrada em si mesmo, alcança um modo autêntico de existir”. Ao homem que vive esta possibilidade, Frankl (2006, p. 45) denomina de “homo religiosus”<sup>42</sup>.

Sentido pode ser traduzido como a consciência do objetivo, o sentimento de se ter uma tarefa a cumprir. Esse sentimento pode “equipar” o homem para a conservação de uma verticalidade interna frente a condições desafiantes. Frankl refere que uma missão a cumprir na vida ou um sentido a realizar, em muito influencia a saúde geral da pessoa. Essa missão pode ter um objetivo válido de vida, amar alguém, ou ter um trabalho a desenvolver. Refere-se sempre a atividades externas ao indivíduo para as quais ele irá apresentar aptidões que lhe permitirão ser capaz de enfrentar desafios. O autor ilustra essas afirmações com a sua própria experiência no campo de concentração onde, apesar das condições desfavoráveis, sobreviveram alguns dos que possuíam uma visão positiva da vida.

Em oposição heurística ao puramente psíquico, o termo “logos” é aqui referido por um lado à emoção que atrai (ortopatia) e, por outro, à coerência cognitiva (ortodoxia), ambas conjugadas sob a forma de atitudes e comportamentos adequados (ortopraxis) (Frankl, 1990; Ortiz, 2009a, 2009b).

Seligman, o pai da psicologia positiva, designa, por sua vez, *vida significativa* aquela que resulta de uma escolha do rumo, com a adição de fortalezas que fomentam o conhecimento (educação, ciência, literatura, periodismo...etc.), o poder (tecnologia, engenharia, construção, serviços de saúde, fabricação...etc.) ou a bondade (lei, ordem, proteção civil, religião, ética, política, organizações de beneficência ... etc.). Desta forma, também Seligman corrobora o postulado de Frankl, ao considerar que *vida significativa* é aquela que consiste em utilizar as fortalezas ao serviço de algo mais elevado, acima de nós

---

<sup>41</sup>Frankl refere-se à estrutura dialógica como algo que por natureza sela a “relação interpessoal Eu-Tu” e, em última instância, culmina no “ato de fé e de total autotranscendência em direção ao tu ancestral (*Ur-Du*) que constitui o fundamento ontológico da responsabilidade” (Frankl, 2005b, pp. 95-97).

<sup>42</sup>Estando a vivência religiosa diretamente relacionada com o amor.

mesmos, para assim encontrar um sentido da existência “y si Dios llega al final, se trata de una vida sagrada” (Seligman, 2005, p. 378).

Por sua vez, Elisabeth Lukas destaca uma diferença crucial entre Frankl e as correntes humanistas: “*en la logoterapia no se reconoce la realización personal como el mayor objetivo de la existencia humana, tal como ocurre en las distintas variantes de la psicología humanista*”. Refere que, segundo a logoterapia, a “autotranscendência” do homem se situa “*por encima*” (Lukas, 2003, p. 20), esclarecendo, como Frankl, que o seu efeito secundário (da autotranscendência) é a autorealização, a felicidade,...etc. A autorealização e a própria felicidade humana “*sólo se pueden alcanzar per effectum pero no per intentionem*” (Frankl, 1990, p. 110). Segundo Frankl, a atitude positiva, perante o próprio sofrimento ou a adversidade, é a atitude heroica para si próprio e a resistência digna e corajosa face às circunstâncias.

Para Elisabeth Lukas, a vivência de sentido não se pode reduzir à consciência do êxito, considerando sentido e êxito duas realidades distintas:

*El éxito no equivale a plenitud de sentido ni el fracaso a desesperación. Hay una plenitud de sentido muy interna, incluso en personas que, consideradas externamente, no han tenido ningún éxito en su vida, o en enfermos que soportan su sufrimiento con valor y, a pesar de sus dolores, dicen "sí" a la vida. (...), por otra parte, hay muchísimas dudas sobre el sentido de la vida y mucho vacío interno en personas que, desde un punto de vista puramente externo, están en la cumbre de su éxito.* (Lukas, 1983, p. 35).

Arman e Rehnsfeldt (2003) questionam a possibilidade do sofrimento vivido durante a transição poder ser visto como positivamente. Elisabeth Lukas responde à questão com o argumento de que esse desprendimento apenas poderá ser efetuado através do “*poder de resistencia del espíritu*” que, baseado em valores firmes, opera a transformação do sofrimento inevitável, na realização desses valores, “*valores de actitud ante el sufrimiento inevitable ya que ningún sufrimiento puede derrotarnos si estamos preparados para buscarle sentido*” ou seja, “*el sufrimiento puede transformarse en una oportunidad de significado*” quando o ser humano “*descubrir o sentido da sua existencia personal*” (Lukas, 2000, p. 98).

Modificación de actitudes en situaciones de fracaso y éxito

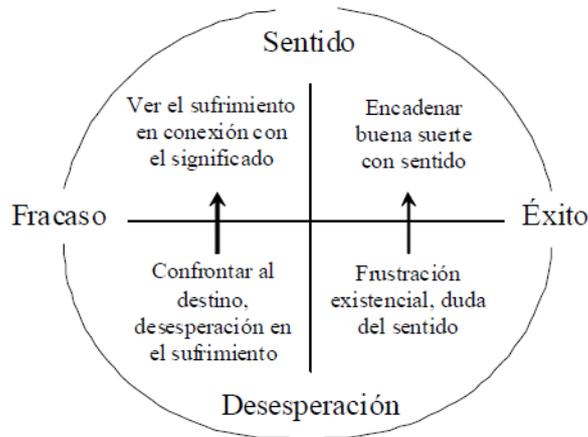


Figura 1

Modificação de atitudes em situações de fracasso e êxito

Adaptado de “Tu vida tiene sentido” (Lukas, 1983, p. 35)

Deve notar-se que a *inevitabilidade* é uma condição indispensável à concretização desta atitude, caso assim não seja, suportar desnecessariamente contextos traumáticos não será digno de coragem, devendo ser classificado como atitude masoquista, sem sentido. Por outro lado, entende-se por “atitude positiva perante o próprio êxito” a relação adequada às circunstâncias felizes da própria vida, no sentido de que as completa de sentido e as orienta para o bem de outras pessoas, capacitando o sujeito a fazer algo de útil a partir da sua posição de êxito. Trata-se da disposição (vontade) de usar “aquilo que se possui” para ajudar outras pessoas em posição menos favorável (Lukas, 1983, p. 35).

A revisão da literatura permitiu igualmente concluir que, na sua globalidade, os modelos conceituais de enfermagem incorporam a perspetiva holística do ser humano, reconhecendo que, para além de fatores sociodemográficos e clínicos, a autotranscendência desempenha um papel crucial no seu bem-estar (Reed, 2008).

Analisada a relação entre sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano, quanto ao desafio que a vivência da dor crónica representa para a ciência, conclui-se que a CoCIP poderá ser um importante contributo da enfermagem.

Cientes de que o desenvolvimento de instrumentos de medida do sentido de vida apenas é possível a partir de resultados de investigações qualitativas, com recurso à interpretação hermenêutica e metodológica, empiricamente adaptadas à exploração de narrativas existenciais e histórias de vida, apresentam-se de seguida os instrumentos identificados na revisão sistemática da literatura (Kraus et al., 2009).

## 2.3 Instrumentos

O acervo da revisão sistemática constituiu-se um referencial teórico e empírico da presente investigação, contribuindo, sobretudo, com dados relevantes sobre o impacto do sentido de vida no cotidiano e suas implicações na prática clínica. Descrevem-se de seguida alguns instrumentos e resultados considerados pertinentes para o presente estudo:

*The Purpose in Life Test* (PIL) é um instrumento de avaliação do sentido de vida, desenvolvido por Crumbaugh & Maholick (1964, 1969), orientado segundo os princípios logoterapêuticos<sup>43</sup>, concebidos por Viktor Frankl. Trata-se de uma escala de atitudes, constituída por três partes A, B e C, destinado a adolescentes ou adultos, podendo ser aplicado individualmente ou em grupo.

A Parte A, constituída originalmente por 25 itens, após vários estudos de aperfeiçoamento psicométrico, sofreu a eliminação primeiro de 3 e depois de mais 2 itens, resultando na versão de 20 itens (Crumbaugh, 1968).

Para os autores do teste PIL, os termos de propósito e sentido de vida podem ser definidos como a interpretação ontológica da vida na perspectiva do indivíduo que a experimenta. Por isso, para quantificar o conceito, Crumbaugh & Maholick (1964) procuram, através do teste PIL, evidenciar respostas que consideraram relacionadas com o índice ou grau de propósito e sentido de vida experimentado pelas pessoas em geral e medir o grau de frustração existencial de acordo com a formulação de Frankl<sup>44</sup>.

Considerando que o termo central em toda a obra de Frankl é o “*meaning in life*”, a questão quanto à pertinência da designação da escala tem sido levantada por vários investigadores (Acevedo, 2000; Peralta & Silva, 2006). Nos artigos consultados, os autores não distinguiram claramente o conceito de “*purpose*” (objetivo ou propósito) do de “*meaning*” (significado ou sentido), sendo utilizados como equivalentes ou complementares. Sobre esta questão, Andrade (2007, p. 163) salienta que a razão da escolha do termo “*purpose in life*” para o teste PIL poderá estar relacionada com a necessidade de o distinguir de outro documento, o “Questionário de Frankl”, desenvolvido com metodologia qualitativa<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup>Logos, *meaning-through finding meaning in life*, sistema de terapia existencial concebida por Viktor E. Frankl.

<sup>44</sup>Os itens foram formulados tendo por base uma revisão de literatura de orientação existencialista, com ênfase particular no contributo de Viktor Frankl, na procura de aspetos que permitissem discriminar as pessoas ditas normais de pessoas com diversos tipos de perturbação mental ou comportamental, nomeadamente no âmbito da psicopatologia (Crumbaugh e Maholick, 1964).

<sup>45</sup>O Questionário de Frankl é um breve questionário para uso clínico, destinado a medir o grau de “*meaning of life*” e a presença de frustração existencial (Crumbaugh e Maholick, 1964, p. 204).

Os estudos mais relevantes do ponto de vista do estudo das qualidades psicométricas do teste PIL foram os de Chamberlain & Zika (1988) e Maria Ángeles Noblejas (1994). Nestes estudos são comparadas as estruturas fatoriais dos testes PIL, Life Regard Index (LRI) e Sense of Coherence (SOC), no primeiro estudo, e PIL com Logo test, no segundo. As amostras foram de “194 respondentes” no primeiro caso (Chamberlain e Zika, 1988, p. 595) e de “841 respondentes” no segundo (Noblejas, 1994, p. 241). Os investigadores concluíram que, como medida geral de sentido na vida, o PIL teste parece ser o mais útil dos quatro instrumentos avaliados. O teste PIL, foi amplamente testado em amostras com estudantes do ensino superior e do liceu, relacionando os valores obtidos com diversas variáveis como: orientação religiosa e sistema de valores (Crandall & Rasmussen, 1975; Dufton & Perlman, 1986); satisfação com a vida e motivação (Walters & Klein, 1980); o tipo de atividades desenvolvidas nos tempos livres (Molasso, 2006); e depressão e *locus* de controlo (Phillips, 1980).

Sem explicação adicional, os autores identificaram quatro critérios de classificação do sentido de vida que assim designaram: ausência de sentido de vida, sentido de propósito positivo, motivação para o sentido e confusão existencial (Andrade, 2007).

O número de dimensões do teste PIL continua a ser uma área que carece de estudo aprofundado, uma vez que vários autores têm sugerido uma estrutura multidimensional para o PIL e não uma só dimensão global<sup>46</sup> conforme sugerido por Chamberlain & Zika (1988), Reker & Cousins (1979), Shek (1993), Dufton & Perlman (1986), Peralta (2001) e no presente estudo.

Quanto à relação entre depressão e sentido, Dyck (1987) criticou o teste PIL referindo tratar-se apenas como uma medida indireta da depressão, acusação contestada por Zika & Chamberlain (1992), afirmando que essa medida também se aplica a outras variáveis da saúde mental e que, quando carente de sentido na vida, a pessoa está mais suscetível de apresentar efeitos negativos em todos os aspetos do seu funcionamento psicológico.

---

<sup>46</sup>Os estudos psicométricos do teste PIL, nas investigações de Chamberlain & Zika (1988), Noblejas (1994) e Andrade (2007) identificaram 4 dimensões. Porém, após o 1º e 3º investigador terem aplicado o critério de Kaiser com uma variância explicada de 49% e após comparadas as soluções devolvidas por uma rotação varimax e outra oblimin, optam por uma única dimensão, que designam por dimensão geral do sentido, sendo o item 15 um dos que se mostrou problemático por ter *loadings* fatoriais abaixo de 0,30, os outros foram o 7 e o 13. No presente estudo, a estes três itens foram acrescentados os itens 2 e 12. Em 1988, Shek utilizou o teste PIL numa investigação na China com 2 fatores a 140 estudantes entre 11 e 20 anos de idade. O estudo fatorial indicou a existência de 2 fatores dominantes: Fator 1-experiência afetiva de sentido, itens: 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 16 e 19 e Fator 2-experiência cognitiva de sentido, itens: 3, 4, 13, 17, 18 e 20 tendo perdido os itens 7, 10, 14 e 15 (Schulenberg & Melton, 2010, p. 99). Os fatores do presente estudo, coincidem com os 2 fatores de Shek (1988) com exceção dos itens 3 e 4 que no presente estudo e no de Peralta (2001) pertencem ao Fator 1.

Quanto à permeabilidade do teste PIL face à desajustabilidade social, foi estudado por Durlak (1972) e Ebersole & Quiring (1988), no entanto, ambos os estudos concluíram tratar-se de uma questão secundária, não relevante.

Critérios de Codificação: Os procedimentos de cotação são os propostos no manual de instruções do teste PIL (Crumbaugh, 1968). As amostras norte-americanas (Crumbaugh, 1968) e japonesa (Sato & Tanaka, 1974) apresentaram, respetivamente, os seguintes valores médios de referência:  $M=106,47$ ,  $DP=18,94$ ; e  $M=90,80$ ,  $DP=17,80$ . Os valores obtidos na amostra portuguesa foram:  $M=106,49$  e  $DP=12,16$  (Peralta & Silva, 2006, p. 70). A versão portuguesa do teste PIL-R apresenta uma adequada consistência interna ( $\alpha=0,656$ ) e uma excelente fidelidade teste-reteste com três semanas de intervalo ( $r=0,86$ ) (Peralta, 2001).

Apesar de ser uma medida frequentemente utilizada, o teste PIL não está isento de críticas quanto à estrutura e formulação das respostas aos itens da parte A do teste. Harlow, Newcomb & Bentler (1987, p. 235) afirmaram ser “*confusing to the test taker*” e, para facilitar a sua compreensão, propõe o PIL-R que é a reformulação da escrita dos seus itens com eliminação de uma das qualificações extrema dos pontos de resposta da escala de Liker. Esta versão da PIL (PIL-R, PIL-B/C) foi adaptada à população portuguesa, de idade adulta avançada, sob o nome de Teste dos Objetivos de Vida (Peralta, 2001; Peralta & Silva, 2006).

### ***Aspetos relativos à interpretação***

Para além do quadro referencial proposto por Lukas (1988) para a análise de conteúdo do texto livre da pergunta aberta do Logotest, Noblejas (1994) e Frankl (1994) referenciam-no para a interpretação da Parte C do teste PIL, assim como indicam as nove categorias identificadas pela mesma autora, como fontes de sentido, propondo-as como referencial para a sistematização dos conteúdos classificados com sentido.

Deste modo, as investigações de Crumbaugh & Maholick (1964) e Kenyon (2000) demonstraram empiricamente a importância do sentido de vida como marcador terapêutico de desenvolvimento pessoal (Amaral & Vieira, 2006). Park & Folkman (1997) evidenciaram o seu efeito facilitador no *coping* positivo, confirmado nos estudos de Park Marion, Suresh, Bliss & Rosen (2008) e no de Scheier et al. (2006).

O estudo de Park & Folkman é um estudo pré-experimental, realizado na população norte americana com insuficiência cardíaca congestiva (ICCO), com o objetivo de avaliar as estratégias de *coping* utilizadas na gestão da doença e a sua relação com o sentido de

vida ao longo do tempo, assim como conhecer a relação entre sentido de vida e *coping* (aceitação/reinterpretação positiva e o *coping* religioso) na qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental da amostra. Os principais resultados demonstraram que o sentido de vida apresenta uma relação positiva com o *coping*, incrementada ao longo do tempo, e com a componente mental e física da escala HRQOL (*Health – Related Quality of Life*). Em oposição, o *coping* apenas se relacionou, minimamente, com a escala HRQOL e seus efeitos não foram mediados pelo sentido de vida (Park et al., 2008).

O estudo de Scheier et al. (2006) de natureza descritivo-correlacional, pré-experimental com pré e pós-teste aplicado a 8 amostras da população da Pennsylvania, descreve o “*Engagement Test: Assessing Purpose in Life*” (LET), (Teste de compromisso com a vida), de 6 itens. Foi concebida para medir o objetivo/propósito na vida, pela avaliação do grau de empenho da pessoa nas atividades. Comprovou que o compromisso com/na vida está correlacionado e associado à disposição otimista, ao tamanho da rede social, estilo de expressão emocional, autoavaliação da saúde e comportamentos físicos e psicológicos saudáveis. Curiosamente ficou provado que níveis mais baixos de calcificação da aorta estão associados a índices mais altos de comportamentos de controlo, dos fatores de risco de doenças cardiovascular e ainda a pontuações mais altas do LET. Porém, os resultados revelaram correlações com índices de dor e eficiência do sono mais baixas do que o esperado. Os autores concluem que os objetivos/propósitos da vida têm um menor impacto sobre a dor e o sono e sugerem a necessidade de futuras investigações mais aprofundadas.

Na Tabela 1 referenciam-se os instrumentos de medida identificados na revisão sistemática da literatura.

Este capítulo permitiu refletir sobre o significado do sentido de vida e identificar as variáveis explicativas da variação do sentido de vida, desenvolvidas no capítulo seguinte.

**Tabela 1**  
*Instrumentos de medida do sentido de vida*

Autor(es) do artigo Autor(es) da escala do sentido de vida	O que mede a escala do sentido de vida (SV)	Idioma
Park et al. (2008) PPMS-Perceived Personal Meaning Scale (Wong, 1998)	Sentido de vida percebido.	Inglês
Fegg et al. (2008) SMiLE-Schedule for Meaning in Life Evaluation (Fegg et al., 2007)	Áreas mais importantes na vida; Grau de realização perante cada uma das áreas.	Alemão, Inglês
Halama & Dedova (2007) LMS-Halama's Life Meaningfulness Scale (Halama & Dedova, 2007)	A plenitude de sentido na vida.	Inglês
Steger et al. (2006) MLQ-Meaning in Life Questionnaire (Steger et al., 2006)	Presença e busca de sentido.	Inglês
Scheier et al. (2006) LET-Life Engagement Test (Scheier et al., 2006)	Objetivo/Propósito na vida.	Inglês
Gapp & Schnell (2008) SoMe-Sources of Meaning Questionnaire (Schnell & Becker, 2007)	Significado e sentido de vida: diferenças individuais nas fontes de significado e sentido de vida/crises.	Alemão, Inglês, Espanhol
Noblejas (1994) PIL-The Purpose in Life Test (Crumbaugh & Maholick, 1969) Logo-test-Teste do Sentido de Vida (Lukas, 1986)	Percepção e experiência de sentido; Metas e atividades; Dialética destino liberdade; Frustração e balanço existencial; Metas e atividades; Interesses e compromissos; Flexibilidade axiológica; Sentido envolvente.	Chinês, Japonês Alemão, Inglês Espanhol
Crumbaugh (1977) SONG-Seeking of Noetic Goals (Crumbaugh, 1977)	Força ou motivação individual para procurar um sentido de vida; Instrumento complementar do PIL quando, na prática clínica, o indivíduo obtiver neste um baixo resultado.	Inglês
Reed (1991) STS-Self-Transcendence Scale (Reed, 1991)	Recurso psicossocial e espiritual para a maturidade do desenvolvimento humano.	Inglês, Espanhol, Chinês, Coreano, Persa (Irão), Japonês
Peralta & Silva (2006) PIL-R-Forma revista do PIL (Harlow, Newcomb & Bentler, 1987) EOV-Escala dos Objetivos de Vida (Peralta, 2001)	Presença, ausência e intensidade de sentido de vida.	Inglês Português
Starck (1985) MST-Meaning in Suffering Test (Starck, 1985)	Intensidade de sentido no sofrimento inevitável (extensão).	Inglês

## Capítulo III Sentido de Vida, Fatores Associados e Intervenção

### 3.1 Fatores Explicativos do Sentido de Vida na Dor Crónica

Para identificar o conjunto de fatores que mais se relacionam com a descoberta/percepção de sentido, na vida da pessoa com dor crónica e contribuem para a sua variação, recorreu-se, para além da análise de estudos científicos, à própria experiência clínica e à de outros profissionais de saúde, assim como ao relato de sofredores e suas famílias que partilham do mesmo interesse. Deste conjunto de fatores evidenciaram-se o sofrimento, a ansiedade e depressão, a autoeficácia para o controlo da dor crónica e a autotranscendência.

#### 3.1.1 Sofrimento.

Como o ser humano não suporta permanecer em estado de crise, procura restabelecer o equilíbrio. Moos & Schaefer (1986, p. 9) afirmam que os episódios stressantes da vida como a dor crónica “podem enriquecer os valores e as crenças da pessoa ao exigir a assimilação de novas experiências (...) incentivando ao desenvolvimento de novas competências cognitivas e pessoais”, como seja o integrar do sofrimento inevitável na vivência da dor crónica. Florence Nightingale chama a atenção que o importante na vida “não é o que nos faz o destino, mas sim o que nós fazemos dele” (Duval, 1994, p. 91); Lukas (1986, 2003) afirma que lutar contra o destino quando não dá saída, leva à desesperança. Sofrimento é para (Mcintyre, 1995, p. 17-31) “...um estado de desconforto que envolve uma perda ou uma ameaça de perda de nível de identidade e integridade do indivíduo e uma alteração da sua percepção perante o futuro”. Frankl (2005a) define depressão como sofrimento sem sentido.

Com o propósito de potenciar as estratégias de alívio e controlo da dor crónica, mas também do sofrimento inevitável a ela associado, Frankl (1999a, p. 173) coloca no centro da teoria do sentido, o que denomina de “o especificamente humano”: a espiritualidade do ser humano que se manifesta sobretudo na busca de sentido. Chama a atenção dos profissionais de saúde, para o cuidado de incluírem, na relação terapêutica, intervenções específicas dirigidas à dimensão espiritual.

Justifica este cuidado com a premissa de que “...o homem não desespera por sofrer mas, por sofrer sem sentido”. Reforça que, o sentido que cada indivíduo atribui à sua vida, é único, e que, apenas pode ser construído pelo próprio, ou seja, a resposta à pergunta “Qual é o sentido da vida?” nunca pode ser a mesma, porque “*meaning of life differs from man to man, from day to day and from hour to hour*”. Por isso, o que importa é, sobretudo tentar compreender qual é o sentido de vida específico de cada pessoa, num dado momento da sua vida (Frankl, 1985, p. 131).

Frequentemente incapacitante, a percepção de desesperança e falta de controlo que invadem a pessoa com doença reumática, precisa de ser revitalizada e contrariada com a retoma de controlo nas áreas em que a pessoa continua a ter autonomia para decidir, como o são: a postura a adotar, a forma como a vivenciar, as emoções interiores a cultivar, as atitudes e os comportamentos (PNCDR, 2004; Queiroz, 2006).

### **3.1.2 Ansiedade e depressão.**

A ideia de que as emoções estão relacionadas com a saúde, não é recente, já Hipócrates, pai da medicina clínica, colocava tal hipótese (Salovery, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000). Frank (1992) por sua vez, aprimora a relação, afirmando que o estado emocional, está intimamente relacionado com a descoberta de sentido<sup>47</sup>. Vários estudos têm demonstrado que o estado emocional está estreitamente relacionado com a capacidade de buscar sentido e controlar o contexto.

Num estudo com adolescentes, Harlow, Newcomb & Bentler (1986) constataram que o sentido que estes atribuem à experiência vivida, serve de mediador entre a depressão e a dependência de drogas. À semelhança desse estudo, outros indicam que, a um menor índice de sentido de vida está associado um maior recurso à terapêutica (Batist & Almond, 1973), ideação suicida e toxicod dependência (Harlow, Newcomb, & Bentler, 1986), e depressão e ansiedade (Débats & Wezeman, 1993). Por outro lado ter maior índice de sentido de vida tem sido, positivamente, associado a medidas de funcionamento psicológico saudável como, autenticidade (Crumbaugh & Maholick, 1964), competência para a tomada de decisão (Maslow, 1971), satisfação na vida (Chamberlain & Zika, 1988),

---

<sup>47</sup>Considera que a frustração é falta de sentido, caracterizado por sofrer de vazio interior, tédio, falta de interesse pelo mundo, indiferença e falta de iniciativa para modificar a situação a que designa de neurose sociogenia, que pode ocasionar comportamentos destrutivos como o abuso de drogas e ideação suicida (Tríade trágica).

felicidade (Débats & Wezeman, 1993), facilitação de *coping* adaptativo (Park & Folkman, 1997), e afetos positivos (Ryff & Singer, 1998).

No respeitante às doenças reumáticas, o PNCDR (2004), refere que, podem ocasionar graves e desnecessárias repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas, referindo ainda, que no desenvolvimento de algumas subcategorias destas doenças, nomeadamente a fibromialgia, estão já tipificados sinais de alerta como as “história de depressão/ansiedade” (PNCDR, 2004, p. 35). Quanto à relação entre ansiedade/depressão e sentido, Marujo, Neto & Perloiro (1999) sintetizam que o sentido é um recurso de recuperação e de saúde que advém de uma vivência espiritual capaz de criar objetivos, ir para além do aqui e agora; ou seja, o sentido é como uma janela que dá forma e enquadra todos os outros elementos da vida: a saúde, a esperança e o otimismo.

### **3.1.3 Autoeficácia para o controlo da dor crónica.**

Dor crónica é aquela que persiste após o tempo estimado para a cura da lesão que lhe deu origem, ou que está associada a processos patológicos crónicos, com mais de três meses de duração e se manifesta de modo contínuo ou recorrente (Merskey & Bogduk, 1994).

A dor prolongada torna-se assim, o foco de atenção primária, na vida do sofredor, influenciando grande parte das suas atividades. Mais que um sintoma, a presença perturbadora, constante e prolongada, da dor crónica, acarreta alterações, na atividade física, sono, vida sexual, humor e nas relações familiares, de trabalho e lazer originando pensamentos negativos, baixa autoestima e apreciação desesperançada da vida (Wall, 2002). Conta-se entre as principais causas desta dor o absentismo ao trabalho, baixas médicas, antecipação das aposentações por doença, indemnizações ocupacionais e redução da produtividade. Pela sua elevada prevalência, custo e impacto negativo na qualidade de vida da pessoa, sua família e comunidade, a dor crónica é considerada um sério problema de saúde pública (Arnstein, 2000).

Apoiados na Teoria do Controlo Portão da Dor<sup>48</sup>, desenvolvida por Melzak e Wall na década de 60, surgiram vários modelos teóricos que realçam a importância dos aspetos

---

<sup>48</sup>Explica a integração de estímulos periféricos aos fenómenos corticais e afetivos, que projetando-se através da espinhal medula, ascendem às estruturas do tronco cerebral, sistema límbico, tálamo e diversas regiões do córtex (frontal, sensitiva, motora e inespecífica).

emocionais, cognitivos, comportamentais e culturais no controlo da dor. As múltiplas projeções neurais associadas à transmissão dos impulsos nociceptivos resultam em fenómenos diversos, dos quais interessa destacar a integração de componentes emocionais desagradáveis (depressão/sofrimento) associados à experiência dolorosa. Pelas conexões entre neurónios periféricos e centrais, os impulsos aferentes nociceptivos atingem o sistema límbico e finalmente as estruturas corticais, onde, em função dos elementos cognitivos (valores, crenças, expectativas e atenção atribuída à dor), se processa, ou não, a integração da experiência desagradável (Wall, 2002).

Segundo Pimenta (1999) a possibilidade de poderem ser usados conceitos psicossocioculturais no controlo da dor crónica, advém do fato de, as crenças, as atitudes, os valores e os comportamentos relacionados com a saúde em geral, e com a dor crónica em particular, serem culturalmente adquiridos e podem ser modificados.

O modelo teórico que, na área do controlo da dor crónica, mais tem sido estudado e divulgado, é a teoria cognitivo-comportamental, que enfatizado a importância de se conhecer e atuar nos pensamentos, emoções, atitudes e comportamentos do sofredor, procurando contribuir para o seu controlo da dor, bem-estar e adaptação geral (Pimenta, 1999; PNCDR, 2004). Crenças disfuncionais sobre a dor crónica podem tornar-se um problema central e determinar os resultados do tratamento, pelo que, o tratamento deste tipo de dor deve incluir, a “modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos” (Salvetti & Pimenta, 2007, p. 135).

Segundo Beck (1997), crenças são ideias consideradas pela pessoa como verdades absolutas. São noções pré-existentes sobre a natureza da realidade que formam a percepção que temos de nós mesmos, dos outros e do ambiente (DeGood & Shutty, 1992). As crenças influenciam o sofredor na percepção e expressão da sua dor, na forma como lida com ela e na gere o tratamento (Kurita & Pimenta, 2004).

Crenças disfuncionais sobre a dor e seu controlo, não são artefactos da experiência, e não desaparecem sem intervenção específica. Se verdadeiras ou falsas, adaptativas ou mal adaptativas, as crenças podem tornar-se a realidade interna que controla o comportamento do sofredor (DeGood & Shutty, 1992).

Não crer na influência pessoal sobre a dor, julgar desejável um comportamento de dependência, crer que dor representa uma lesão tecidual, não reconhecer a relação entre emoção e dor, julgar que a dor é incapacitante, acreditar que a medicação é o melhor tratamento para dor crónica e esperar, sempre, cura médica para essa dor, são, segundo Pimenta (1999), crenças pouco adaptativas ou disfuncionais. Quando avaliadas duas vezes

no período entre 6 e 15 meses de tratamento, tais crenças permanecem constantes nos doentes, podendo segundo a autora, desempenhar o papel de barreira principal à reabilitação. Para a autora, o conceito de autoeficácia pode ser muito útil na gestão da crónica e na modificação de comportamentos pouco adaptativos em relação à dor. A avaliação da variável pode direcionar as intervenções dirigidas a sofrendores de dor crónica e melhorar os resultados do tratamento.

Rapley & Fruin (1999) afirmam que as mudanças no estilo de vida são difíceis para a maioria das pessoas, porém, essenciais para pessoas com doenças crónicas, que devem aprender novos comportamentos e modificar o próprio estilo de vida. A facilidade com que tais mudanças ocorrem, depende das crenças de eficácia e das expectativas quanto aos resultados.

Entre as crenças sobre a vivência e controlo da dor crónica, a da autoeficácia merece um destaque especial. Pode-se falar em crenças de autoeficácia pois não se trata de uma crença geral, mas de situações específicas. Um indivíduo pode julgar-se muito eficaz numa área e pouco em outras (Van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001).

Para Dolce (1987) a teoria da autoeficácia pode ajudar a refinar intervenções, cognitivo-comportamentais, nos programas de controlo da dor crónica.

O conceito de autoeficácia foi pela primeira vez definido por Bandura em 1974, como uma convicção pessoal, de que o próprio é capaz de realizar uma atividade ou comportamento específico com sucesso, num dado contexto (Bandura, 1998). De acordo com Bandura, autoeficácia, é a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas tarefas (Bandura, 1977a) ou comportamentos para produzir um resultado desejável (Bandura, 1977b).

A pesquisa sobre a relação entre autoeficácia e dor crónica apresenta o constructo da crença de autoeficácia como fundamental para adaptação e controlo da experiência (Bandura, 1977a).

A teoria comportamental explica que, a origem, manutenção ou extinção de um comportamento está diretamente relacionada com as consequências desse comportamento. Se para o emissor do comportamento as consequências forem percecionadas como agradáveis, isso se constituirá como reforço positivo, e o comportamento persistirá. Se as consequências forem percecionadas como negativas o comportamento tenderá a ser extinto.

A contribuição da Teoria da Aprendizagem Social foi o avanço na compreensão de que processos cognitivos intermedeiam a relação entre comportamento e consequência, e

são fundamentais para aquisição e manutenção de padrões de comportamento. O conceito de autoeficácia foi desenvolvido no contexto desta teoria, porém a partir de 1986, Bandura passa a designar a sua obra como “Teoria Cognitiva Social” visando diferenciar o seu trabalho, do de outros autores (Bandura, 1977b; Salvetti & Pimenta, 2007, p. 137).

Os conceitos básicos de Bandura sobre a crença de autoeficácia são, resumidamente, os seguintes: 1) Aprendemos pela observação do comportamento dos outros; 2) Analisamos os antecedentes e suas consequências; 3) Dessa observação resultam concepções que servirão de orientação em situações futuras. Essas orientações são refinadas pela própria experiência, ou seja, pela análise e atribuição de significados às consequências advindas do próprio comportamento. As consequências informam sobre o que fazer para obter benefícios ou prevenir punições (aprende-se pelos resultados de um comportamento). O autor destaca ainda, que mais do que as consequências por si só, a atribuição de significado, isto é, o sentido que se dá às consequências (processo cognitivo) é que determinará se o comportamento será mantido, reforçado ou extinto (Bandura, 1977a, 1977b).

Uma consequência pode ser ou não vista como positiva (Bandura, 1977a, 1977b), porém a autoeficácia, como a crença e a capacidade de agir sobre a crença, ou seja, capacidade de influenciar, positivamente, o curso dos acontecimentos na vida de cada um (Strong, Unruh, Wright, & Baxter, 2002). De acordo com Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards, & Peeters-Asdourian, (1995), é a autoeficácia de um indivíduo que determina o tipo de atividade que este vai realizar, a quantidade de esforço que vai despender e quanto tempo passa antes de desistir. Deste modo, os estudos têm demonstrado que, elevados níveis de autoeficácia estarão associados a um reduzido grau de incapacidade, e elevados níveis de funcionalidade, a uma boa resposta ao tratamento (Anderson et al., 1995).

#### **3.1.4 Autotranscendência.**

Para Frankl, a autotranscendência refere-se à realidade antropológica fundamental e única, através da qual, o homem descobre um sentido, pelo qual vale a pena lutar. Essa descoberta é realizada quando deixa de focar a sua atenção principal em si próprio e a transfere, para “algo ou alguém”, isto é, outras áreas de investimento pessoal, mais compensadoras, como um serviço, uma causa, um amor, que motiva e impulsiona conferindo sentido à vida (Frankl, 2001, p. 16).

Neste sentido, a autotranscendência molda a identidade, na medida em que, durante as experiências mais significativas (por vezes, dolorosas), induz à assimilação de valores firmes, promotores de confiança, compromisso e esperança (Frankl, 2001).

Breitbart (2001, p. 7) constatou que “o conceito de autotranscendência desenvolvido por teóricas de enfermagem” como Coward & Reed (1996) e Worden & Weisman (1984) contém traços comuns à logoterapia de Viktor Frankl.

Segundo Pamela Reed, autora da teoria da autotranscendência<sup>49</sup> e da *Self-Transcendence Scale*, (STS), várias disciplinas têm abordado o conceito de autotranscendência, no entanto, a enfermagem é especialmente vocacionada para focar este “potencial criativo”, como reflexo de bem-estar, da pessoa como um todo, no contexto das suas experiências de saúde.

A teoria da autotranscendência de Reed (2008) compreende três conceitos principais (vulnerabilidade, autotranscendência e bem-estar) entre os quais a autotranscendência se assume como conceito basilar e que a autora define como um importante recurso psicosocial e espiritual. Este recurso implica competência para desenvolver a maturidade, compreendida como a capacidade de expandir os autolimites e se orientar para perspectivas, atividades e finalidades mais compensadoras, para além do *self*, sem porém o negligenciar no contexto atual. Esclarece ainda que autotranscendência não é necessariamente algo místico ou sobrenatural, que separa o *self* do meio ambiente, mas uma experiência que conecta a pessoa a si própria, aos outros, ao meio ambiente (contexto horizontal), e a algo além dos limites do contexto imediato (contexto vertical).

Dois proposições chave estruturam esta teoria: 1) A vulnerabilidade<sup>50</sup> pode aumentar a autotranscendência; 2) A autotranscendência está relacionada com o aumento do bem-estar<sup>51</sup>.

A autora considera quatro formas de expandir os autolimites: interna (pela introspeção); externa (pela preocupação com o bem-estar dos outros); temporal (pela percepção de um bom passado e futuro, que condiciona a que se tem do presente) (Reed, 1991) e a transpessoal (pela ligação a uma dimensão superior ao *self*) (Reed, 2008).

Pamela Reed concebeu inicialmente a autotranscendência como um recurso básico para a promoção da saúde mental da pessoa idosa, porém, nas últimas duas décadas,

---

<sup>49</sup>Este modelo teórico será referido no ponto seguinte, Modelos Teóricos de Enfermagem Promotores de Sentido.

<sup>50</sup>Proposição que conjuga dois dos conceitos chave. Refere-se a uma "consciência da mortalidade pessoal" (Reed, 2008, p. 108). Eventos que aumentam a vulnerabilidade: doenças crónicas, envelhecimento, luto/perdas, deficiências.

<sup>51</sup>Refere-se a um sentimento de bem-estar físico, emocional, social e espiritual ou sensação de plenitude, num determinado momento, e é função do autoconceito de saúde.

constatou que o conceito se aplica desde a adolescência até às faixas etárias mais avançadas, passando pela idade adulta, tanto em culturas americanas como asiáticas (Reed, 2008).

Deste modo, a teoria da autotranscendência de Reed (2008) reconhece a intervenção autónoma de enfermagem no acompanhamento e orientação sistemática da pessoa sofredora de dor crónica, como uma forma de facilitar a sua redefinição de valores, metas e objetivos, na redescoberta de um novo sentido.

## **3.2 Instrumentos Para Avaliar o Sentido de Vida e Fatores Associados**

A revisão sistemática da literatura (Kraus et al., 2009b), permitiu identificar instrumentos de medida do contexto do sentido de vida, entre os quais se destaca o *Purpose in Life Test* (PIL), por ser o mais consistente do ponto de vista psicométrico para avaliar o sentido de vida, com base em objetivos, ambições, aspirações e metas. Também a forma revista do *Purpose in Life Test* (PIL-R), da qual já existe a versão portuguesa, a Escala dos Objetivos de Vida (EOV), a *Self Transcendence Scale* (STS) e o *Meaning in Suffering Test* (MIST) foram questionários considerados adequados aos objetivos da presente investigação. Para além dos três instrumentos referidos, foram ainda utilizadas a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS-P) e a Escala de Autoeficácia Para Dor Crónica (CPSS-P) que seguidamente se descrevem.

### **3.2.1 Escala dos objetivos de vida (EOV).**

O facto de já existir uma versão portuguesa da forma revista do *Purpose in Life Test* (PIL-R), a Escala dos Objetivos de Vida (EOV), inicia-se a contextualização e descrição dos instrumentos adequados à operacionalização dos objetivos definidos no presente estudo com o *Purpose in Life Test* (PIL), que servirá de base à caracterização da PIL-R.

O *Purpose in Life Test* (PIL) é constituído por três partes: A, B e C. A Parte A do PIL é constituída por 20 itens cuja resposta incide sobre uma escala de formato tipo Likert, de 7 categorias. Para tornar a escala mais interativa e estimular respostas mais significativas, foi atribuído a cada um dos valores dos extremos uma proposição que

facilita a compreensão da pergunta e da resposta. O valor central representa uma posição neutral face às proposições. As respostas assentam, assim, simultaneamente numa escala de Likert e numa escala de diferencial semântico com a “conjugação de âncoras qualitativas a ilustrar extremos quantitativos” (Crumbaugh & Maholick, 1964, p. 202). A pontuação final é calculada através da soma simples das pontuações obtidas. Na versão de 20 itens as pontuações totais obtidas no PIL variam entre 20 e 140, representando respetivamente o mais baixo e o mais elevado grau de propósito e de sentido de vida (Crumbaugh, 1968); A Parte B do PIL, o Teste dos Objetivos de Vida (Peralta & Silva, 2006), consiste em 13 frases incompletas sobre a experiência de vida, crenças, valores, objetivos alcançados, metas e objetivos a atingir, pedindo ao sujeito que as complete com a primeira ideia que lhe surgir (Crumbaugh & Maholick, 1964, 1969); A Parte C do PIL consiste num registo autobiográfico, em que se pede ao sujeito para, resumidamente, escrever num parágrafo as suas metas, ambições e objetivos na vida e quais os progressos que está a fazer para os atingir.

Tal como a *Purpose in Life Test* (PIL), a PIL-R, que segundo Harlow, Newcomb & Bentler (1987) corresponde apenas à Parte A da versão original revista do *Purpose in Life Test* (PIL) de Crumbaugh & Maholick (1969), é um instrumento de autoavaliação constituído por 20 itens. Ao sujeito é solicitado que registe o seu grau de concordância para cada um dos itens, numa escala de Likert com sete categorias de resposta ordenadas do seguinte modo: 1-Discordo totalmente, 2-Discordo em grande parte, 3-Discordo parcialmente, 4-Nem discordo nem concordo, 5-Concordo parcialmente, 6-Concordo em grande parte e 7-Concordo totalmente.

No estudo das características psicométricas da versão ligeiramente revista PIL-R<sup>52</sup> original, a análise fatorial revelou um grande fator geral e quatro fatores primários: falta de propósito de vida; propósito positivo de vida; motivação para o sentido de vida e confusão existencial (Harlow et al., 1987). Segundo os autores, a validade do modelo conceptual (PIL-R) mostrou uma relação positiva com a felicidade e negativa com tendências suicidas e falta de sentido, variando as estimativas de confiabilidade entre 0,78 e 0,86 (Harlow et al., 1987, p. 235). Desta forma, apresentam a PIL-R como uma forma compacta, menos confusa para os inquiridos do que o PIL original<sup>53</sup>, e menos extensa, especialmente indicada quando são propostos vários testes.

---

<sup>52</sup>Estudo longitudinal (8 anos) numa amostra comunitária alargada de 722 indivíduos jovens adultos (211 do sexo masc., e 511 do sexo fem., entre 21 e 93 anos) (Harlow et al., 1987).

<sup>53</sup>Onde cada item é avaliado por uma escala de diferencial semântico de 7 pontos valorativos, assumindo uma estrutura complexa.

Quanto ao número de fatores, os estudos de Peralta & Silva (2006) para a versão portuguesa da PIL-R<sup>54</sup>, a análise fatorial, após a rotação dos eixos da matriz (rotação varimax normalizada) em componentes principais, extraiu dois fatores, que em conjunto, têm um poder explicativo global satisfatório de 34,38% da variância comum dos 20 itens. O Fator 1 explica 21,04% da variância total, sendo o seu valor próprio de 4,21 enquanto o Fator 2 é responsável por 13,34% da variância total e tem o valor próprio de 2,67. Estes fatores foram designados pelas autoras por: “Fator 1 – Dimensão Vivencial e Fator 2 – Dimensão Existencial” Peralta & Silva (2006, p. 69), tal como por Shek (1993), no estudo à população chinesa, se bem que com distribuição fatorial diferente e em estudos diferentes<sup>55</sup>.

Fator 1 – Dimensão Vivencial, como componente mais afetiva. De um modo geral, os conteúdos dos seus itens estão associados à maneira como cada um avalia as suas vivências (experiência de vida) e o tipo de relação que estabelece com a sua própria vida, tal como ela foi efetivamente vivida: satisfação com a vida itens 1, 6, 9, 11 e 16; sentimento de responsabilidade pessoal item 13; forma como avalia os objetivos, as ambições, metas e progressos alcançados itens 3, 4, 8 e 20.

Fator 2 – Dimensão Existencial como componente mais cognitiva. Os conteúdos dos seus itens remetem para a consciência do significado e do sentido da existência do ser humano: representação simbólica e consciente das crenças e atitudes do indivíduo perante a sua própria morte item 15; avaliação da consciência/coerência das convicções, valores e escolhas consideradas pelo próprio indivíduo como determinantes para dar sentido à vida itens 2, 5, 14 e 19; convicção de ter capacidade para atingir objetivos e metas que confirmam sentido à sua existência item 17; crença sobre o controlo que o indivíduo tem sobre a sua vida item 18; atitude em relação a projetos futuros item 7; atitude em relação à vida item 10; visão do mundo em função do sentido atribuído à sua vida, mais associado à consciência do sentido da existência do ser humano, isto é, com a compreensão analítica e intuitiva do *self* no mundo e de estar no mundo item 12.

Itens de resposta invertida: 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 16 e 20 (Noblejas, 1994).

Nas investigações de Reker & Cousins (1979) e Walters & Klein (1980) os valores

---

<sup>54</sup>Estudo da estatística descritiva da versão experimental em língua portuguesa, constituída por 169 participantes saudáveis e o estudo da estabilidade temporal com 54 estudantes universitários da 1º e 3º ano de psicologia.

<sup>55</sup>O estudo de análise fatorial aquando da adaptação transcultural da PIL à língua chinesa, utilizou a análise por componentes principais com a rotação varimax, numa amostra de alunos do ensino secundário, com idades compreendidas entre os 11 e 20 anos (N=2.140) (Shek, 1988). O autor documenta o suporte para um modelo de dois fatores. Fator 1 qualidade de vida, ou sentido vivencial, com os itens 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 16 e 19; o Fator 2 ou sentido existencial com os itens 3, 4, 13, 17, 18 e 20. Esta estrutura bi-fatorial foi posteriormente analisada por Shek noutros estudos sobre o sentido de vida e bem-estar em amostras chinesas de estudantes universitários e do ensino secundário (1992, 1993).

de *alfa de Cronbach* dos Fatores 1 e 2 aproximam-se dos que foram obtidos por Peralta (2001) 0,781 e 0,383, respetivamente. Vários itens apresentam fraca correlação com a nota global da escala, o que se vai refletir negativamente nos valores obtidos item a item. O coeficiente de consistência interna final ( $\alpha=0,656$ ) sugere que o constructo global tem várias facetas envolvidas (Peralta, 2001). Quanto aos valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* global não é possível estabelecer comparações, uma vez que na escala original os autores (Crumbaugh & Maholick, 1964, 1969) não fazem referência a esse indicador.

As normas e percentis equivalentes dos resultados obtidos na cotação da Parte A do PIL constam da tabela do manual de instruções e foram estabelecidos de acordo com o valor médio obtido numa população de 1151 sujeitos adultos ( $\bar{x}=106,47$ ;  $DP=18,94$ ), entre os quais constavam 346 pacientes psiquiátricos (Crumbaugh, 1968). Para a amostra de sujeitos “normais” (N=805), o valor médio obtido foi de 112,42 e desvio padrão de 14,07; para a amostra de sujeitos diagnosticados com perturbação psiquiátrica (N=346), o valor médio obtido foi de 92,60 e o desvio padrão de 21,34 (Peralta, 2001, p. 62).

Assim, com base nas normas estabelecidas no referido manual de instruções, Peralta & Silva (2006, p. 64) descrevem que o valor médio obtido varia entre 92 e 112, significando que os indivíduos alcançaram um sentido de vida comum e adequado ao contexto da realidade; quanto ao valor médio inferior a 91, considera-se um nível de objetivos de vida reduzido, caracterizado por indivíduos com perda de interesse pela vida, sentimentos de tédio, apatia e “vazio existencial”, potenciador da neurose noogénica definida por Frankl (1985); valores médios superiores a 113, nível de objetivos de vida elevado, caracterizado por indivíduos com sentimentos de realização existencial e plenitude pessoal.

Critérios de codificação da PIL-R: a cotação da escala faz-se pela soma do valor numérico correspondente às respostas assinaladas.

A Parte B do PIL, uma vez que se refere a questões similares às que constam na Parte B) do Teste Sentido no Sofrimento (MIST) que se traduziu e validou para a população portuguesa, não foi incluída no formulário utilizado no presente estudo.

A Parte C do PIL consiste num registo autobiográfico sob a forma de livre descrição sobre o essencial da vida. Pretende identificar os esforços e progressos que a pessoa está a desenvolver, para concretizar o seu projeto de vida. Para a sua interpretação, Peralta (2001, p. 135) considerou existir escassez de literatura sobre procedimentos de codificação das respostas, pelo que, “sem qualquer quadro conceptual de suporte” para a sua análise, recorreu à sistematização e operacionalização de categorias, identificadas na

versão experimental portuguesa do Teste dos Objetivos de Vida, PIL B e C. No presente estudo, essa análise foi, de acordo com Noblejas (1999), realizada com base nas categorias avaliativas da análise de conteúdo das escalas de “sentido” e “atitude” do Logoteste (Lukas, 1988). Esta escala de sentido distingue a realização interior de sentido da consciência de êxito e é pontuada de 0 a 4. A escala de atitude avalia as atitudes positivas perante o êxito e o fracasso e é pontuada de 0 a 2. Em ambas as escalas, “*exhaustivamente definidas y ejemplificadas, para asegurar una adecuada corrección*”, a pontuação mais baixa 0 corresponde à melhor categoria avaliativa (Noblejas, 1999, p. 84).

Frankl refere que ao longo de uma abordagem experimental, Elisabeth Lukas terá identificado “nove categorias de conteúdo”, pertencentes e adequadas à saudável dinâmica noogénica, a partir das quais o ser humano atinge a “realização de sentido” (Frankl, 1994, p. 266).

### **3.2.2 Meaning in suffering test (MIST).**

Tal como Frankl, “el hombre no decrece por el sufrimiento sino por el sufrimiento sin significado (...) este significado pode hallarse no sólo a pesar del, sino también a causa del, sufrimiento inevitable, como puede ser una enfermedad incurable” (Frankl, 1999, p. 173), também Starck (2008, p. 93) está segura de que “*there is not meaning in suffering*”, antes pelo contrário, o sentido não se encontra no sofrimento inevitável em si, mas durante este, fora dele<sup>56</sup>. É por isso que Frankl descreve a pior forma de sofrimento como “desespero, sofrimento sem sentido” e acredita que “o sentido no<sup>57</sup> sofrimento (...) é de todos os sentidos, o mais profundo” Frankl (1975, p. 137).

Em concordância, vários estudos têm concluído que existe uma correlação positiva e significativa entre o MIST e o PIL (Gutmann, 1996; Melton & Schulenberg, 2008, p. 37; Schulenberg, 2004; Starck, 1985, 2008) se bem que as respostas possam diferir das teoricamente esperadas. Esta aparente diferenciação é explicada pela influência que a perceção do inquirido, sobre a totalidade dos conceitos de todas as escalas do questionário, exerce sobre a forma como responde às questões. Sugere-se que às respostas mais incidentes sobre o sentido de vida num primeiro instrumento as respostas sejam devidamente desenvolvidas, enquanto que num segundo instrumento lhes será atribuída

---

<sup>56</sup>Como por exemplo, a decisão de seguir o corajoso caminho de viver, apesar do (com o) cancro.

<sup>57</sup>Significa durante, isto é, o sentido de vida descoberto durante uma experiência de sofrimento inevitável.

“menor necessidade de encontrar um sentido adicional” ao já referido (Schulenberg & Melton, 2010, p. 102).

Os conceitos chave definidos pela autora e que devem ser partilhados com todos os intervenientes na investigação são os seguintes:

- Encargos do sofrimento: dificuldades suportadas por pessoas, como resultado da experiência de desconforto/sofrimento inevitável a que estão sujeitas;
- Sofrimento crónico: percepção de desconforto/sofrimento que é experimentado por mais tempo que o esperado;
- Crenças culturais: crenças detidas por grupos ou classes, baseadas em valores e tradições;
- Valores culturais: Ideias detidas por um grupo ou classe utilizadas para interpretar experiências e orientar o comportamento social;
- Sentido: Interpretação da singularidade subjetiva das experiências de vida, pela pessoa que as vivencia; Sentidos podem ser universais ou de momento, relatados em termos de experiência, atividade, ou atitude;
- Padrões comportamentais de sofrimento: Série de respostas à percepção de desconforto ou sofrimento que se repetem da mesma forma e sequência;
- O sofrimento repetitivo: Percepção de desconforto ou sofrimento que ocorre de forma intermitente;
- Autorealização: Realização permanente de potenciais, capacidades e talentos em cumprimento de objetivos de vida da pessoa;
- Autotranscendência: Erguendo-se acima ou ficar de fora do eu para encontrar um sentido no mundo;
- Estratégias de cuidado de enfermagem: A capacidade de conceber ou desenvolver planos individualizados para direta ou indiretamente ajudar os clientes a encontrar sentido nas suas experiências de sofrimento;
- Tipologias comportamentais de sofrimento: Conjunto de respostas, ativas ou positivas, face ao desconforto/sofrimento ou distresse percebido (Starck, 1985).

O *Meaning in Suffering Test* (MIST) (Starck, 1985) integra o Diretório dos Testes de Logoterapia, sendo um instrumento composto por duas partes:

A primeira parte do MIST, o MIST A, é um conjunto de 20 itens destinados a medir, quantitativamente, a intensidade (extensão) com a qual o inquirido encontra sentido na experiência de sofrimento. Utiliza uma escala de Likert com sete hipóteses de resposta, de 1 a 7, cotadas no sentido de: (1) “Nunca tenho o sentimento ou crença contida na

afirmação” a (7) “Constantemente tenho o sentimento ou crença contida na afirmação”. É constituída por três fatores: Fator 1-“Caraterísticas Subjetivas do Sofrimento”, composto pelos itens 5, 11, 12, 16, 18, 19; Fator 2-“Respostas pessoais ao sofrimento”, composto pelos itens 1, 3, 4, 8, 10, 13, 15 e 20; e Fator 3-“Sentido no sofrimento”, composto pelos itens 2, 6, 7, 9, 14 e 17. Nestes itens, seis são de resposta invertida, nomeadamente, os ítems 5, 7, 10, 12, 18 e 20. As respostas aos itens contribuem para a obtenção das pontuações parcelares para cada um dos três fatores que a constituem, sendo a parte mais importante na determinação dos índices de comparação entre grupos. O inquerido é convidado a assinalar o número que melhor corresponde à frequência com que experimenta o enunciado da proposição. Para obter a Pontuação Total do MIST A, somam-se todos os números das respostas seleccionadas e divide-se pelo número de respostas (20 ou menos se o participante saltar alguns itens), obtendo-se a Pontuação Média para cada participante, o “escore médio” e a partir destes dados podem obter-se as Medidas de Tendência Central para a amostra em estudo (Starck, 1985).

A segunda parte do MIST, o MIST B, inicia-se por uma avaliação da intensidade do sofrimento, por intermédio de uma Escala Numérica de 1-10 que corresponde ao índice de sofrimento do participante. Segue-se um conjunto de 16 questões de resposta aberta, solicitando-se ao participante que descreva os aspetos da sua experiência de sofrimento, podendo seleccionar uma ou mais hipóteses de resposta. A informação resultante constitui-se como um valioso recurso de avaliação e caracterização do participante, assim como de orientação segundo as estratégia de intervenção adequadas. O resultado da análise às respostas a estas 16 questões pode ser obtido pela distribuição de frequências por grupo. As análises estatísticas podem estudar as relações entre as variáveis ou utilizar a pontuação média obtida (Starck, 1985).

Estes dados serão um importante contributo para a consecução dos Objectivos 3 e 8 deste estudo.

#### **Fidelidade e validade do MIST A**

O instrumento MIST A foi inicialmente testado num estudo piloto com estudantes finalistas da licenciatura de Enfermagem (N=58), tendo-se obtido; uma confiabilidade *split-half* de 0,82; uma média de 105,43; um desvio padrão de 14,17; e uma variação da pontuação (*range*) entre 60 e 134.

Após uma revisão linguística de alguns termos, o instrumento foi aplicado a doentes hospitalizados (N=94) cognitivamente competentes, a vivenciarem um sofrimento agudo ou crónico. Numa escala unidimensional de três fatores, obteve-se um *alfa de*

*Cronbach de 0,81* para o total da escala. Para o Fator 1-“Características subjetivas do sofrimento”, calculada com base na soma de seis itens, obteve-se um *alfa de Cronbach* de 0,56; no Fator 2-“Respostas pessoais ao sofrimento”, resultante da soma de oito itens, obteve-se um *alfa de Cronbach* de 0,73 e para o Fator 3 “Sentido no sofrimento” obtida pela soma dos seis itens, obteve-se um *alfa de Cronbach* de 0,73. As medidas de tendência central obtidas correspondem a uma média de 101,48 e um desvio padrão de 16,72 com uma variação da pontuação (*range*) entre 61 e 140 (Starck, 1985).

### **3.2.3 Self-transcendence scale (STS).**

A STS foi desenvolvida a partir da escala “*Developmental Resources of Later Adulthood*” (DRLA) de 36 itens, sendo a *Self-transcendence Scale* (STS) o fator principal, responsável por mais de 45,2% da sua variância. A STS apresenta um nível de confiança estimado pelo *alfa de Cronbach* de 0,93 que se encontra dentro do intervalo recomendado entre 0,80 e 0,94 (Chen & Walsh, 2009; Coward, 1990, 1991; Reed, 1991; Thomas, Burton, Quinn Griffin, & Fitzpatrick, 2010).

Inicialmente a autora considerou a STS como um recurso básico para a promoção da saúde mental e espiritual da pessoa idosa, porém, nas últimas duas décadas, demonstrou adequação em todas as faixas etárias, desde a adolescência até ao final-da-vida, passando pela idade adulta, tanto na cultura americana como na asiática (Reed, 2010, fevereiro).

Os itens da STS representam objetivos terapêuticos para a saúde e bem-estar psico-espiritual e descrevem intervenções na interação com os doentes como, por exemplo, a orientação para a autotranscendência, que é apoiada pela estimulação à livre expressão do altruísmo, através de atividades de voluntariado, ou a reflexão sobre a perspectiva espiritual apoiada com a integração num grupo de aprendizagem ativa, ou ainda o envolvimento em atividades artísticas criativas e a busca de oportunidades para partilhar seus benefícios com os outros, etc. (Reed, 2008; 2010, fevereiro).

Os objetivos referidos expressam um desafio lançado pela autora aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros, para fazerem da autotranscendência uma importante parte das avaliações de saúde mental e espiritual, desenvolvendo-a em pessoas deprimidas, enlutadas, em contextos traumáticos com dificuldade de integrar a perda, a dor e o sofrimento inevitável, orientando-as na descoberta de um novo sentido na vida e a adquirir bem-estar (Reed, 2010, fevereiro).

O suporte da validade de constructo da STS resultou de uma revisão da literatura e dum estudo fenomenológico, correlacionais e longitudinais sobre a autotranscendência numa amostra de cuidadores de doentes terminais (Coward, 1990; Reed, 1991).

Vários estudos correlacionais foram efetuados com a STS em conjunto com outras escalas de avaliação do desenvolvimento humano, tendo-se distinguido como um importante marcador do bem-estar (Coward, 1991), do *Purpose-in-Life Test* (Coward & Reed, 1996), da qualidade de vida (Mellors, Riley, & Erlen, 1997) e bem-estar geral (Runquist & Reed, 2007), com correlações de 0,78; 0,76; 0,54 e 0,68 respetivamente.

Outros estudos têm aplicado a STS de Reed em amostras de idosos (Reed, 1991), onde se obteve um *alfa de Cronbach* de 0,78 em diversos ambientes institucionais, como lares (Stinson & Kirk, 2006), abrigos (Runquist & Reed, 2007) e centros de dia (Klaas, 1998). Além dos casos referidos a escala foi também usada, com bons resultados, em estudos com adolescentes (Ellermann & Reed, 2001), em situações de depressão com idosos institucionalizados (Klaas, 1998; (Stinson & Kirk, 2006), nos sem abrigo (Runquist & Reed, 2007), em doentes oncológicos (Chin-A-Loy & Fernsler, 1998; Coward, 2003), em doentes transplantados hepáticos (Bean & Wagner, 2006) e síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem (Hunnibell, 2006). Porém, até ao presente estudo, a STS de Reed ainda não foi usada em estudos com pessoas sofredoras de dor crónica.

A STS pode ser usada, tanto na modalidade de entrevista como de questionário, para avaliar a perceção do índice de cada item que os participantes experimentam na sua vida atual.

Trata-se duma escala unidimensional, composta por 15 itens que, juntos, identificam as características do desenvolvimento pessoal quanto à maturidade sobre a visão da vida e expansão dos autolimites.

A pontuação final reflete o nível global de autotranscendência, tendo em conta as diferenças intrasubjetivas das experiências de autotranscendência. Uma pontuação baixa num item pode ser compensada por uma pontuação elevada noutra item. Os itens foram desenvolvidos de forma a evitar viés em relação às especificidades de cada participante e medir a sua capacidade para obter uma sensação de bem-estar pelas vias espiritual, cognitiva criativa, social, e introspetiva.

A pontuação para cada item varia entre “1 e 4”, correspondendo “1” à discordância absoluta da proposição e “4” à sua aceitação plena. Face ao sentido das afirmações propostas, os participantes que obtiverem maior somatório de pontos terão à partida uma melhor autotranscendência.

Respondendo a todas as questões obtém-se uma pontuação que varia entre 15 e 60 pontos. Para obviar o facto de algumas questões não terem sido respondidas, alguns investigadores dividem o somatório dos pontos pelos 15 itens, analisando assim o seu valor médio (Reed, 1989).

Apresenta-se seguidamente um quadro com as características psicométricas das validações transculturais da STS de Reed à língua inglesa, japonesa e chinesa.

Segundo Hsu (2009, p. 98), “as evidências mostram que o STS é uma *cross-cultural scale*”, tendo já sido traduzida para várias línguas, nomeadamente espanhol, sueco, coreano, japonês e chinês.

A validação transcultural STS de Reed foi já efetuada para a língua inglesa, espanhola, sueca, coreana, japonesa e chinesa Hsu (2009, p. 98). Porém, no final do estudo, a autora da versão japonesa da STS, Hoshi (2008), refere que não foi possível a sua adequada validação pois, tendo em conta os comentários dos inquiridos, pode concluir-se que tanto a STS como a Escala da Perspetiva Espiritual Japonesa (SPS-J), “podem não refletir corretamente o conceito global de autotranscendência (...) e espiritualidade dos japoneses” (Hoshi, 2008, p. 178). Face a estes dados, a autora identifica a necessidade dos japoneses idosos integrarem com maior rigor pelo menos os “pensamentos éticos de Confúcio” (Hoshi, 2008, p. 179). Na Tabela 2 apresenta-se a comparação entre as características psicométricas das validações transculturais da STS de Reed para a língua inglesa, japonesa e chinesa.

Tabela 2  
Características psicométricas da escala STS

Autor	Idioma	Nº de itens	N	$\alpha$ de Cronbach do total da escala	Nº de fatores	% total da variância explicada
Reed (1989)	Inglês	15	130*	0,93	1	45,2
Miwako Hoshi (2008)	Japonês	14**	104***	0,79	1	28,00
Ya-Chuan Hsu (2009)	Chinês	15	97****	0,89	4	67,00

\*Amostra de idosos: 72 saudáveis, 14 clinicamente depressivos e 44 residentes de lares.

\*\*Com a eliminação do item 15 o  $\alpha$  de Cronbach passou de 0,77 para 0,79.

\*\*\*Amostra de idosos residentes de lares.

\*\*\*\*Amostra de idosos da comunidade.

Estudos vários realizados por outros autores têm concluído que o valor de *alfa de Cronbach* se situa entre 0,8 e 0,94 (Bean & Wagner, 2006; Chen & Walsh, 2009; Coward, 1990, 1991; Reed, 1991; Thomas et al., 2010).

### 3.2.4 Escala da autoeficácia para o controlo da dor crónica (CPSS-P).

Segundo Anderson et al. (1995), o tipo de atividade que um indivíduo vai realizar, a quantidade de esforço que vai despende e o tempo durante o qual vai investir antes de desistir ou abandonar uma atividade ou tratamento, é função da sua autoeficácia. Determinaram que, a um elevado nível de autoeficácia corresponde um reduzido grau de incapacidade, e a elevados níveis de funcionalidade corresponderá uma boa resposta ao tratamento (Anderson et al., 1995).

A partir destes pressupostos, os autores desenvolveram a *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS)<sup>58</sup>, instrumento autoadministrado, com 22 questões, relativas a crença ou autoperceção acerca da capacidade do próprio em realizar determinada tarefa ou atividade. Permite ainda caracterizar essas crenças ou estratégias de autoeficácia para lidar com a dor crónica, através de uma escala de Likert (10-100) que distingue as seguintes subcategorias de respostas: Baixa (10-30); Moderada (40-60) e Elevada (70-100). Os autores verificaram que a análise das cotações dos fatores apresenta correlação significativa com medidas de depressão, desesperança e adaptação à experiência de dor crónica. Desta forma, a CPSS pode ser utilizada para definir qual o papel que os fatores cognitivos desempenham na adaptação à dor crónica, pela medida da perceção da autoeficácia para o controlo da dor e da capacidade para lidar com as consequências dessa dor.

Trata-se de uma escala constituída por três fatores que avaliam os seguintes domínios: autoeficácia para a gestão da dor (PSE) (5 itens); autoeficácia para a função física (FSE) (9 itens); e autoeficácia para controlo dos sintomas (CSE) (8 itens); sendo possível obter uma cotação para cada fator e a soma de todos os fatores fornece a cotação total da escala, sendo a cotação máxima possível, de 300 (Anderson et al., 1995). Os procedimentos para determinação das cotações incluem a análise individual de cada fator, a contagem independente das cotações de cada fator e a sua divisão pelo número de itens do fator, efetuando-se de mesmo modo para o cálculo da cotação total da escala.

Apesar dos autores não indicarem o *alfa de Cronbach* total da CPSS, Salvetti (2004, p. 56) salienta que este pode ser calculado por duas vias, “analisando o *alfa de Cronbach* dos 22 itens juntos ou o dos 3 domínios associados”, indicando que o *alfa de Cronbach* total da escala será, respetivamente, 0,94 ou 0,84, o que indica em ambos os

---

<sup>58</sup>A CPSS foi desenvolvida a partir da *Arthritis Self-Efficacy Scale* (ASES) (Buescher et al., 1991).

casos uma alta fiabilidade, confirmando a homogeneidade dos itens.

Com o objetivo de validar a CPSS para a língua portuguesa (do Brasil), Salvetti (2004) realizou um estudo obtendo a Escala de Autoeficácia Para Dor Crónica (AEDC). Utilizou uma amostra de pessoas (N=132) com dor crónica de etiologia variada, tendo confirmado a validade da escala pela análise fatorial, mantendo os três domínios e os 22 itens da escala original. Apresenta uma variância explicada de 60,8% e a confiabilidade, analisada pelo *alfa de Cronbach*, variou entre 0,76 e 0,92 para os domínios e foi de 0,94 para a escala total. A validade convergente, verificada por meio da comparação entre a AEDC e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), mostrou correlação negativa e estatisticamente significativa (Salvetti & Pimenta, 2007).

Também em Portugal, Domingos & Cruz (2005) realizaram a adaptação e validação da CPSS ao contexto português (Portugal), numa amostra de utentes com dor lombar crónica (CPSS-P). A fidedignidade foi avaliada pelo cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman e os autores verificaram uma variação da significância alta dos itens, a variar entre 0,000 e 0,006 para um nível de confiança de 0,001. Quanto à direção, todas as questões variaram na mesma direção positiva e, por fim, quanto à magnitude, segundo Ryerson (2004) citado por Domingos & Cruz (2005), existe um valor mínimo de 0,460 (item 19) e um valor máximo de 0,956 (item 5), permitindo classificar as correlações do total dos itens da CPSS-P como moderadas a muito forte, o que corresponde a uma correlação perfeita, por todos os valores estarem a menos de metade da distância do valor 1 (Lewis, 1999 citado por Domingos & Cruz, 2005).

Quanto à consistência interna, a CPSS-P apresenta um resultado satisfatório para o total da escala (0,927). Nas subcategorias obtiveram-se as seguintes cotações médias do *alfa de Cronbach* dos itens: 0,831 para o Fator 1, da autoeficácia relativa à gestão da dor (PSE) (Itens 1-5), as respostas devem ser somadas e o resultado dividido por 5; 0,875 para o Fator 2, da autoeficácia relativa à funcionalidade (FSE) (Itens 6-14), as respostas devem ser somadas e o resultado dividido por 9; e 0,903 para o Fator 3, autoeficácia relativa às estratégias de *coping* (CSE) (Itens 15-22), as respostas devem ser somadas e o resultado dividido por 8 (Domingos & Cruz, 2005).

Face aos resultados obtidos, os autores concluíram que a versão portuguesa da CPSS possui validade de conteúdo e facial, índices significativos de fidedignidade no teste-reteste e consistência interna.

A verificação da fidedignidade teste-reteste foi efetuada pela correlação dos valores obtidos de duas aplicações da CPSS ao mesmo indivíduo, num intervalo de segurança de 2

a 3 dias. Através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se que, em termos gerais, existe uma relação de proximidade estreita entre os dois momentos de aplicação (Domingos & Cruz, 2005).

Tabela 3  
Comparação dos valores de alfa de Cronbach das escalas

Escala (Autor)	N	Total	Gestão da dor	Funcionalidade	Estratégias de coping
CPSS (Anderson et al., 1995)	125	0,84 a 0,94	0,86	0,91	0,91
AEDC (Salvetti, 2004)	132	0,94	0,76	0,92	0,89
CPSS-P (Domingos & Cruz, 2005)	30	0,93	0,83	0,88	0,90

A Tabela 3 mostra a comparação entre os resultados dos referidos estudos que utilizaram a CPSS.

### 3.2.5 Escala da ansiedade e depressão hospitalar (HADS-P).

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi concebida com a finalidade de ser um dispositivo de rastreio da ansiedade e da depressão em ambiente hospitalar geral (Snaith & Zigmond, 1994) que apresenta boas propriedades psicométricas e capacidade para avaliar as mudanças do estado emocional, sendo por isso um dos questionários mais referidos na literatura científica portuguesa e estrangeira (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2006, p. 194).

É uma escala de autoaplicação do tipo *likert* de quatro pontos, sensível à presença e à ausência de níveis clinicamente significativos de ansiedade e depressão, independentemente do tipo de patologia do doente. É composta por 14 itens, sendo o tempo médio de preenchimento de 20 minutos. A amostra original tinha idades compreendidas entre os 16 e 65 anos. É pedido ao respondente que classifique cada um dos itens das duas subescalas do estado emocional ao longo da última semana.

A cotação da HADS destinada a avaliar a subescala da ansiedade é efetuada através da soma dos pontos obtidos nos sete itens ímpares e da subescala da depressão através da soma das pontuações obtidas nos itens pares. As pontuações obtidas em cada item variam entre 0, 1, 2 e 3, sendo o “0” atribuído sempre que o sintoma está ausente e as restantes pontuações em função da gravidade dos sintomas apresentados na resposta. Desta forma os itens 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 e 13 serão de resposta invertida, em que o “1” corresponde a “3”; “2” a “2”; “3” a “1” e “4” a “0” (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006).

Pais-Ribeiro et al. (2007, p. 227) salientam que, de acordo com o manual de instruções da HADS os valores globais, obtidos para cada subescala, iguais ou superiores a 8, seriam indicadores de presença de sintomas significativos de ansiedade ou de depressão, segundo as seguintes referências: de 0 a 7 normal, de 8 a 10 leve, de 11 a 14 moderada e de 15 a 21 grave. Pontuações iguais ou superiores a 11 (categorias moderada e grave) foram consideradas indicadoras de perturbação significativa. Posteriormente, Carroll, Kathol, Noyes, Wald, & Clamon (1993) indicam que só o ponto de corte 11 em cada subescala oferece garantias de presença de ansiedade e/ou depressão.

Quanto ao número de fatores da HADS, a revisão sistemática de Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann (2002) refere que, dos estudos realizados, a grande maioria confirma a estrutura de dois fatores, poucos estudos encontraram uma estrutura de três fatores e apenas dois referem uma estrutura de quatro fatores. Os estudos psicométricos da HADS têm demonstrado propriedades aceitáveis e boas. Vários autores têm confirmado a sua confiabilidade e validade, considerando tratar-se de um instrumento de fácil aplicação e fiel para avaliar os constructos de ansiedade e depressão (Bjelland et al., 2002; Holthom & Barraclough, 2000; Walker et al., 1999).

Embora vários investigadores tenham vindo a reconhecer a capacidade da HADS para diferenciar grupos com diferentes prevalências e intensidades de ansiedade e depressão, Herrmann (1997), Leung et al. (1999) e Sopinhoven et al. (1997) citados por Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso (2006, p. 197) não recomendam a HADS como instrumento de triagem, considerando não lhe ter sido “reconhecida a capacidade para identificar ‘casos’ de perturbação ansiosa ou depressiva”, conforme sugerido no manual (Snaithe & Zigmond, 1994). Como contributo para a adaptação das características psicométricas da versão portuguesa da HADS-P<sup>59</sup>, Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso (2006) citam os autores da sua tradução e adaptação, Saltar & Pais-Ribeiro (1999), e implementam um estudo com uma amostra de indivíduos com doença crónica (diabetes mellitus e obesidade).

Os participantes ficaram distribuídos em três grupos, assim constituídos: o grupo 1 por 316 doentes com diabetes mellitus e idade compreendida entre 16 e 84 anos; o grupo 2 por 135 doentes obesos e idade compreendida entre 16 e 62 anos e o grupo 3 por 35 doentes com diabetes mellitus e idade compreendida entre 15 e 53 anos que foram submetidos às duas avaliações teste reteste, com um intervalo de tempo máximo de uma semana.

---

<sup>59</sup>O prefixo P foi acrescentado à sigla HADS para indicar que se trata da versão em língua portuguesa.

Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso (2006) concluíram que o estudo da HADS-P replica a estrutura de dois fatores, confirmando ser um instrumento fiel e com uma razoável validade convergente-discriminante, de fácil compreensão, resposta rápida e bem aceite pelos respondentes. O estudo da fidelidade da escala apresenta um *alfa de Cronbach* razoável em todos os grupos, com valores superiores a 0,70 e com resultados do teste-reteste que corroboram tratar-se de uma escala fiel. O estudo da validade convergente-divergente demonstrou que os itens apresentam uma correlação significativamente mais elevada com a subescala a que pertencem, com exceção do item 7 no grupo 2 em que a correlação com ambas as escalas revela ser idêntica. Os autores reforçam o interesse em ser efetuado o estudo do ponto de corte da HADS-P para a população portuguesa, permitindo situar os doentes quanto à intensidade dos sintomas.

O estudo de validação, propriamente dito, da HADS-P, foi realizado em 2002/2004 com uma amostra composta por 1322 participantes com diagnósticos variados (Pais-Ribeiro et al., 2007). Seguindo as instruções do manual de procedimentos da HADS, todos os participantes realizaram, para despiste de possível deficiência cognitiva, um teste para confirmar a capacidade de leitura e escrita na língua portuguesa e o preenchimento dum formulário de consentimento informado, o *Mini Mental Test*, satisfazendo todos os procedimentos em conformidade com as disposições legais e regras hospitalares portuguesas.

Para identificar a percentagem de casos de ansiedade e depressão, Pais-Ribeiro et al. (2007, p. 228) consideraram o “*cut-off threshold of 11 for depression and anxiety*” tendo sido encontrados, conforme esperado e de acordo com o padrão usual dos resultados da investigação, valores especialmente elevados nos doentes do grupo com a patologia de depressão (ansiedade 45% e depressão 55%), “excetuando-se o caso dos doentes depressivos”. Assim, perante a ameaça ou vivência de uma doença stressante, em oposição à teoria que caracteriza a ansiedade como um traço, Pais-Ribeiro et al. (2007) sugerem o padrão de estado de ansiedade.

O estudo da fidelidade da HADS-P identificou, para a subescala da ansiedade, um *alfa de Cronbach* de 0,76 situando-se as correlações do total da escala sem o item, entre 0,43 e 0,57 com a maioria das correlações entre 0,50 e 0,59 com exceção do item 11 que apresentou uma correlação de 0,24 considerada baixa mas que, segundo os autores, também se verificou noutros estudos. Para a subescala da depressão, um *alfa de Cronbach* de 0,81, situando-se as correlações do total da escala sem o item, entre 0,37 e 0,64 com a

maioria das correlações entre 0,60 e 0,69. Tal como noutros estudos, também se verificou uma correlação baixa, de 0,37, no item 8.

Na Tabela 4 mostram-se as correlações teste-reteste entre dois grupos de doentes crónicos, com diabetes mellitus (N=35) e com doença coronária (N=195), com diferentes intervalos entre o reteste, para avaliar se a HADS-P é uma medida de estado ou de traço. Concluem, tal como esperavam, tratar-se de uma medida de estado (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Tabela 4  
Tabela comparativa das escalas

Escala total	$\alpha$ de Cronbach	correlação de Pearson teste-reteste	
		Doentes com diabetes mellitus	Doentes com doença coronária
Subescala Ansiedade	0,76	Ansiedade 0,75	Ansiedade 0,46
Subescala Depressão	0,81	Depressão 0,75	Depressão 0,43

Pais-Ribeiro et al. (2007, p. 229) referindo-se aos estudos analisados por Bjelland et al. (2002), salienta que estes valores de *alfa de Cronbach* corroboram os valores globalmente encontrados, que são “para a ansiedade de 0,76 a 0,93 e para a depressão de 0,67 e 0,90”, sem porém se referirem ao *alfa de Cronbach* total.

### 3.3 Modelos Teóricos de Enfermagem Promotores de Sentido

Enquanto resposta a um problema de saúde real ou potencial, ou ao próprio processo de vida, a dor reumática ou músculo-esquelética crónica, como entidade da lista de categorias de diagnósticos de enfermagem da Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) e foco da prática de enfermagem segundo a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE), responsabiliza os enfermeiros pelas medidas tendentes à sua resolução (PNCD, 2008; Vilela, 2002).

Acevedo (2000) reforça que este desempenho pode ser facilitado com a orientação para a consciencialização do espiritual, fundamento essencial da existência humana.

Salienta ainda que a análise existencial, enquanto análise “sobre” e não “da” existência, procura trazer o ser humano à consciência de “ser responsável”, orientando-o para a busca de sentido na sua existência e a integração do sofrimento inevitável<sup>60</sup>.

<sup>60</sup>Refere-se ao “ontológico” e não apenas “ôntico” (Guberman & Soto, 2006, p. 11).

Em conformidade com os paradigmas de integração e de transformação, enquadrado na perspectiva de saúde e bem-estar do ser humano, as escolas do pensamento de enfermagem adotaram os conceitos de *processo de mudança, necessidade e autocuidado, transição e padrões funcionais de saúde* (Gordon, 2010; Meleis, 1997; Rogers, 1980).

Focando o efeito bloqueador do sofrimento sobre a perspectiva existencial do homem, o empenho no seu alívio assumiu, desde os primórdios da história de enfermagem, o cerne das suas preocupações primárias (Vilela, 2002). Neste sentido, Swanson refere ser fundamental ajudar a pessoa a dar significado à sua experiência de sofrimento, dando especial relevo às seguintes intervenções: procurar conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença (Swanson, 1991). O cuidado espiritual para o alívio do sofrimento foi também estudado por Martins, tendo identificado as seguintes intervenções: respeito pelas crenças e práticas religiosas, encaminhar para o líder espiritual, rezar/orar, fomentar a fé, estar presente, aumentar a esperança<sup>61</sup>, proporcionar música, escuta ativa; falar e apoiar; respeitar a privacidade e dignidade, segurar a mão; incentivar a procura de significado, ler as escrituras ou outros textos, proporcionar contato com pessoas significativas e a natureza, meditação a imagem guiada, humor e riso, concluindo que não existe entre os enfermeiros um “consenso sobre o que é verdadeiramente um cuidado espiritual” (2007, p. 37) e que não existe uma clara evidência de quais das intervenções referidas, contribuem, efetivamente, para o alívio do sofrimento.

No intuito de facilitar a apreensão dos conceitos inerentes às intervenções de enfermagem face à pessoa em sofrimento de dor crônica reumática, apresentam-se de seguida mais alguns princípios e conceitos chave que fundamentam os pressupostos teóricos do presente estudo.

*Pessoa*: Ser vivente que crê e compreende, mente, corpo, alma e espírito, sendo influenciado pelo seu autoconceito (Watson, 2002);

*Sufrimento inevitável associado à dor crônica*: Estado de desconforto severo, provocado por uma ameaça atual ou percebida como iminente à integridade ou à continuação da existência da pessoa como um todo:

---

<sup>61</sup>Rustoen & Hanestadt (1998) citados por Martins (2007, p. 39), desenvolveram um programa de oito sessões de intervenção dirigido a um grupo de doentes oncológicos, liderado por uma enfermeira, tendo como objetivo aumentar a esperança. Esta intervenção focava-se nos seguintes aspetos: “acreditar em si e nas suas capacidades, reações emocionais, relação com os outros, envolvimento ativo, valores, crenças espirituais e reconhecimento da existência de um futuro”. As autoras não apresentam porém os resultados sobre a eficácia dessa intervenção.

...um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico e espiritual até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de desespero maligno, caracterizado pelo sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de negligência de si mesmo, podendo chegar a um estado terminal de indiferença apática. (Cassel, 1991; Travelbee, 1971 citados por Béfécadu, 1993, p. 9)

Experiência universal, inerente à condição humana (Frankl, 2003); Entidade fenomenológica, emergente do caráter multidimensional e subjetivo da dor, estreitamente relacionada com a depressão por se basear na “certeza progressiva num futuro miserável” (Wall, 2002, p. 224); Essa depressão pode ser designada de vazio existencial ou sofrimento sem sentido Frankl (2005b);

*Saúde da Pessoa:* Coerência entre corpo, alma e espírito (Watson, 2002); capacidade dinâmica de ajustamento aos “stressores” do ambiente interno e externo que, com a eficiente utilização dos recursos, atinge o objetivo da Pessoa aprofundar o seu potencial de vida (Reed, 2008).

*Cuidados de Enfermagem:* Arte e ciência humana do cuidar, ideal moral e processo transpessoal, conjunto de intervenções ativas e organizadas dos enfermeiros respondendo de forma integrada ao sofrimento humano; “O processo afirma a subjetividade das pessoas e leva a mudanças positivas de bem-estar dos outros, mas também permite que o enfermeiro beneficie e cresça” (Watson, 2002, p. 130); Competência de conceber ou utilizar planos individualizados que, direta ou indiretamente ajudem os doentes a encontrar sentido nas suas experiências de sofrimento (Starck, 1985); Competência para “aliviar o sofrimento” (Vieira, 2007, p. 98); “conhecimento do outro, tempo para o atender, compaixão para partilhar o seu sofrimento, disponibilidade para estabelecer uma relação recíproca de alteridade e autoafetação, confiança na possibilidade de concretização de projetos comuns, coragem para correr riscos e um permanente compromisso de presença” (Vieira, 2007, p. 119).

*Espiritualidade:* Autotranscendência capaz de expandir os limites pessoais, interpessoais e transpessoal para conectar com um poder superior ou propósito para além da sua autoesfera (self), conferindo significado e propósito na vida. Acentua o senso de identidade e consciência do seu papel no mundo, bem como uma consciência crescente da mortalidade por meio de relações de família e encontros com a doença e a morte, incentiva o esclarecimento numa perspectiva espiritual sobre si mesmo, família e ambiente mais amplo (Hall, 1998; Howard, 1997; Reed, 1987).

*Sentido de vida*: Interpretação do significado ontológico das experiências de vida, pelo próprio a elas submetido, quanto à relevância atribuída à experiência, como circunstância única. Os significados podem ser universais ou do momento, podem estar relacionados com atividade, experiência ou atitude (Starck, 1985). Refere-se ao nível subjetivo e à dimensão espiritual (Schnell, 2008) e é a razão/motivo/valor ou a fé que fundamenta a (re)estruturação da identidade, inspira o compromisso quotidiano pela defesa/promoção da vida, confere esperança ao futuro e confiança à morte (Kraus et al., 2009). Adaptando o conceito de sentido a um âmbito mais vasto do clima organizacional, Ângela Nobre refere que a “criação de significado ou sentido é uma construção organizacional que permite ao coletivo, embora pluralista, a interpretação da realidade” (Nobre, 2009, p. 76). Segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association-I*, e em oposição ao diagnóstico de angústia espiritual, sentido de vida apresenta correspondência semântica com diagnósticos de enfermagem<sup>62</sup> relacionados com a disposição para aumento do bem-estar espiritual, esperança, princípios da vida, cognição, autoconceito e auto percepção (International Council of Nurses, 2006).

*Conforto*: Kolcaba foi a autora que mais investigou nesta área, constituindo uma teoria do conforto com três estádios do conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), conceptualizados em quatro contextos de experiência (contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Quanto ao carácter holístico da teoria, apesar do contexto psicoespiritual abranger a consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade, o significado da vida ou a relação com uma ordem ou ser superior, Kocaba não estabelece uma diferenciação entre a experiência da mente e a do espírito, encontrando sobreposição entre ambos os confortos (Kolcaba, 2003). Dando resposta a esta fragilidade, a teoria do sentido de Frankl não apenas confere suporte filosófico e científico à nítida diferenciação entre as dimensões psíquica e espiritual (noética), como fundamenta a realização pessoal proposta por Kolcaba (2003), como resultado/meta da autotranscendência, intrinsecamente ligada à experiência do espírito, embora com repercussões positivas sobre os restantes contextos.

A grande notoriedade da obra de Frankl reside em evidenciar e validar o relevante papel da dimensão espiritual não apenas na realização pessoal, mas sua repercussão sobre a saúde física e psíquica. “*Lo que hay que intentar y conseguir es penetrar en la dimensión*

---

<sup>62</sup>Entende-se por diagnóstico de enfermagem, o julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a um problema real ou potencial de saúde/processos de vida, que fornece base para uma terapia definitiva, na procura de resultados para os quais a enfermagem é necessária (CIPE, 2006).

*espiritual, incluir lo espiritual en la teoría y terapéutica de las neurosis*” (Frankl, 2001, p. 145).

*Transição*: Mudança (Bridges, 2004), com uma conotação ao processo psicológico implicado na adaptação ao acontecimento ou interrupção da mudança. Ocorre ao longo do tempo e implica alteração e adaptação. Facilitar a transição é um conceito central em enfermagem (Schumacher & Meleis, 1994). Reconstruir uma identidade própria valorizada é essencial para a transição, sendo as características que definem uma transição “processo, percepção, padrões de desligamento e reação” (Chick & Meleis, 1986, p. 240). A transição não é um acontecimento mas a “reorientação interior e a autoredefinição” que as pessoas fazem para incorporar a mudança na sua vida (Bridges, 2004, p. 12), sendo o nível de envolvimento influenciado pelo nível de consciência<sup>63</sup>. A transição é, assim, o movimento e a adaptação à mudança e não um regresso a um estado pré-existente. Bridges (2004, p. 11) afirma que “cada transição começa com um fim”, o que significa que as pessoas têm de abandonar modos conhecidos de ser no mundo que as definem como pessoas<sup>64</sup>.

Os métodos qualitativos são os que empregam processos de descrição e interpretação das experiências humanas para poder explorar-se uma imagem holística das questões humanas e sociais (Creswell, 1998; Powers & Knapp, 1990) e, sendo a transição uma dessas experiências, parece adequado integrar a sua utilização na interpretação delas, assim:

O “Modelo Trinitário” de Wright (2005) estabelece a correlação dialética entre alguns conceitos do presente estudo, nomeadamente crenças, sofrimento, espiritualidade e sentido da vida, também no contexto de dor crónica e do sofrimento. A autora conclui que o diálogo e a qualidade da relação estabelecida entre o doente e o enfermeiro influenciam a vivência da dor crónica, e propõe esta área de estudo como uma das mais promissoras para a investigação e intervenção da enfermagem.

Trabelbee (1966, 1969, 1972), fortemente influenciada pela corrente frankeliana<sup>65</sup>, suscitando similaridades entre o programa da *Aufklärung* kantiana e a logoterapia, chama a atenção para a necessidade da efetiva consciencialização quanto ao impacto ignorado da espiritualidade inconsciente, sob forma do religioso, fé ou transcendência, na vida do ser

---

<sup>63</sup>Tal como referido por Frankl, a consciência é o órgão do sentido que implica a capacitação para o compromisso (Guberman & Soto, 2006).

<sup>64</sup>Esta é uma das questões abordada em dois itens, 10 e 15, da escala autotranscendência, aplicada nesta investigação, permitindo avaliar quanto ao estágio do processo de “transição” ou seja, segundo Frankl, quanto à fase de desenvolvimento da descoberta de sentido operado, no contexto.

<sup>65</sup>Ortiz (2009a, p. 75) descreve o modelo de tomada de decisão com sentido, que em função da hierarquia de valores facilita o “Exercício para a Percepção de Sentido (EPS)”, esclarecendo que apenas se constitui como sentido aquilo que simultaneamente e de uma forma mais intensa é favorável às seguintes questões: Isto que capto emociona-me? Isto que percebo é bom para mim? Isto que capto constrói vida?

humano, particularmente daquele que vivencia uma situação limite, como a dor e o sofrimento inevitável. O cuidado espiritual (CoCIP), como anteriormente designado, a competência que orienta para a promoção do sentido de vida e integração do sofrimento inevitável, na vivência da dor crônica reumática, deve, por isso, ser parte integrante do processo de Enfermagem, necessitando de ser aperfeiçoado a fim de orientar para a promoção de confiança, do compromisso, da autoestima e da autoeficácia (Travelbee, 1979).

Tendo sido Travelbee a “primeira enfermeira” a sistematizar um modelo baseado no reconhecimento da importância do sentido de vida no processo de transição, especialmente na doença e dor crônica, deu ênfase à noção de compromisso profissional com o doente que sofre de dor (Starck, 2008, p. 87). Na sua teoria do Relacionamento Enfermeira/Paciente, a autora evidencia a influência dos argumentos de Frankl, que se tornaram basilares no seu modelo: a pessoa é livre, responsável e apenas ela pode construir o seu próprio sentido de vida. Centra-se fundamentalmente na orientação para a promoção dos recursos com vista à criação de sentido, não apenas do sofredor e família, mas também do Enfermeiro.

Também Travelbee reconhece, e integra na sua teoria, a dimensão espiritual como intrínseca do homem, formando a unidade psicobio-espiritual. Utiliza para o efeito alguns conceitos específicos como o de sentido de vida, significado da experiência, autotranscendência, compromisso, atitudes virtuosas, relação interpessoal única e genuína e realização pessoal, que devem ser interpretados à luz do paradigma logoterapêutico, como meio eficaz para a construção de significados existenciais. Os seus pressupostos evidenciam a responsabilidade na promoção da cultura de partilha de experiências, mesmo em condições perentoriamente dramáticas.

Apesar do seu curto percurso de vida, a autora deixou um programa de intervenção de Enfermagem, com métodos e recursos facilitadores do estabelecimento e manutenção de relações de partilha interpessoal (Travelbee, 1969).

Como elemento fundamental da relação pessoa a pessoa, a autora elege o compromisso, entendendo que comprometer-se significa transcender-se e empenhar-se no bem-estar do outro. O compromisso autêntico origina surpresa, pois vai muito além do esperado, integra e ultrapassa todas as dimensões da vida do ser humano (Travelbee, 1979).

Da mesma forma, também Patricia Starck e Pamela Reed defendem que uma vida com sentido facilita a integração de contextos desfavoráveis como a dor e o sofrimento,

encarados como desafios pela liberdade e responsabilidade inerente à tomada de decisão que promove a competência para o *coping* (Reed, 2008; Starck, 2008).

Patricia Starck foi a segunda enfermeira, depois de Travelbee, a sistematizar e aplicar a “*The Meaning Theory*” sob a forma de teoria de médio alcance, baseada nos conceitos fundamentais da teoria do sentido de Frankl, muitos dos quais se encontram definidos no início do capítulo. Neste contexto criou um instrumento de medida da extensão do sentido em contextos de sofrimento, o “*The Meaning in Suffering Test (MIST)*” (Starck, 2008).

A teoria de Starck (2008) assenta no princípio franqueliano de que o espiritual humano não adocece, mantendo a continuidade e unidade para além da morbilidade psicofísica, e nos recursos de autotranscendência e autodistanciamento. Estes recursos espirituais do homem permite-lhe, em quaisquer circunstâncias e condições, colocar-se a uma distância saudável da facticidade psicofísica. A partir de um certo grau de liberdade, a pessoa pode enfrentar a sua enfermidade comprometendo-se a reagir, resistir e adaptar-se, como única resposta aos sintomas, isto é, autonomia apesar da dependência. O ser humano não é livre das condições, mas sim, é livre de tomar a atitude frente a elas. Entre essas condições indica a enfermidade, o sofrimento, pelas quais o ser humano não é responsável mas sim pela atitude que adota frente a eles.

Starck (2010, fevereiro) sugere três níveis intervenção de enfermagem dirigidos ao espírito da pessoa que sofre: 1) através da avaliação do sentido de vida nas vivências de sofrimento, 2) pela validação da força do espírito humano e 3) através da orientação para a libertação, ou seja, para a abertura à transcendência.

Estas intervenções traduzem-se inicialmente na aplicação de perguntas diretas do tipo: Tem passado por um período de bastante sofrimento, não tem? Pode falar-me disso? Pode ajudar-me a entender o que seria estar no seu lugar? Qual foi a pior experiência para si? O que é que o ajudou? Aprendeu alguma coisa? Desse sofrimento extraí-o algum benefício? A autora pode verificar que, muitas pessoas identificavam como bem resultante do sofrimento a maior união da família; o dar mais importância ao que é realmente significativo na vida; e o passar a ter mais cuidado com a própria saúde. A aplicação de testes psicométricos revela-se também útil para avaliar o sentido de vida nas vivências de sofrimento e na busca de sentido.

Para validar a força do espírito humano, parte do princípio que o espírito humano pode, especialmente em situações mais adversas ser, ativado e por isso referem-se questões simples que podem ser a chave para aceder ao auto-relato: Fale-me das coisas da sua vida

que mais o orgulham; alguma vez esteve numa situação em que julgava que não ia conseguir mais? O que é que o levou a prosseguir e não desistir? ou, Para que é que vive?. Pode ainda recorrer-se ao diálogo socrático, que coloca questões reflexivas e hipotéticas.

Por fim Starck (2010) considera que o ser humano nasce com um espírito livre que guia as nossas escolhas e o nosso agir na vida, mas ao longo da vida, este pode ser constrangido, intimidado ou bloqueado e para orientar a sua libertação e o desabrochar do seu espírito, o enfermeiro deve recorrer a histórias de vida, metáforas, parábolas e fábulas de valor.

Também Pamela Reed, com base nos mesmos pressupostos, desenvolveu uma teoria de médio alcance, a “*The Self Transcendent Theory*”, e a “*The Self Transcendent Scale (STS)*” Reed (2008). Esta teoria ilustra a relação entre o conceito de vulnerabilidade e de autotranscendência, de tal forma que, quando “*increased levels of vulnerability, as brought on by health events for example, influence increased levels of self-transcendence*” (Reed, 2008, p. 108). Do ponto de vista do desenvolvimento humano Reed (2008, p. 149) citando Erikson (1986), Frankl (1963) e outros, a autora considera que os eventos da vida como as doenças crónicas que “aumentam a perceção de morte, desajustamento ou vulnerabilidade”, caso não abatam o ser interior podem “desencadear o desenvolvimento progressivo em direção a um renovado sentido de identidade, pela expansão das autofronteiras”.

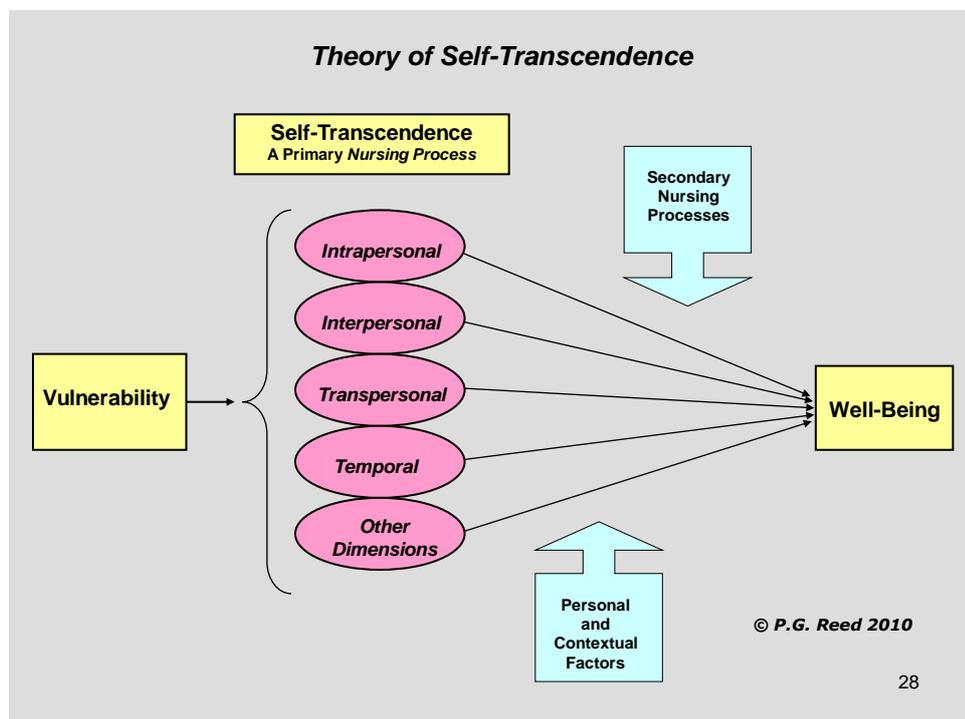
Este pressuposto apoia o processo de transição, orientado para o desenvolvimento e realização pessoal (pela definição e maturação da identidade, associado ao sentido de coerência interna e à valorização da existência humana) objetivada em valores firmes, que fundamentem a esperança e a atitude de transcendência de si, promotora da proatividade que previne a ansiedade e a depressão e cultiva o bem-estar global.

O modelo teórico da autotranscendência de Pamela Reed, encontra-se esquematizado na Figura 2 e foi apresentado no Congresso Internacional de 19 de fevereiro de 2010, realizado no âmbito do Doutoramento em Enfermagem que decorreu na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (Reed, 2010, fevereiro). O modelo teórico compreende três conceitos básicos indicados nas caixas a amarelo. As relações propostas entre conceitos são indicadas pelas setas pretas e as várias formas de expansão de limites pessoais são apresentados nas ovais rosa. A teoria propõe que quando as pessoas vivem contextos que suscitam vulnerabilidade (doença grave, luto,...) é acionada a sua capacidade interna para a cura e bem-estar, ao que a autora denomina de “potencial criativo primário”. A autotranscendência é um exemplo desse processo interior, que se

traduz na capacidade em ampliar as autofronteiras intrapessoais, interpessoais, transpessoais e transtemporais, para alcançar o bem-estar.

Considerando a autotranscendência um valioso recurso terapêutico, a autora desafia os enfermeiros a ajudar a pessoa a desenvolver a sua capacidade para a cura interior que designa por “processo criativo interno”. Em situações de maior vulnerabilidade, os enfermeiros e outros profissionais de saúde devem ajudar a pessoa tendo em conta as 5 dimensões abaixo referidas e por sua vez os cuidados de enfermagem oportunamente dirigidos ao indivíduo ou à família, apoiam e reforçam este “processo criativo interno” promovendo o bem-estar (Reed, 2010, fevereiro).

A teoria da autotranscendência de Pamela Reed introduz ainda contextos complementares de natureza pessoal e ambiental (idade, sexo, etnia, escolaridade, índice de atividade e desenvolvimento da doença, experiências pessoais, eventos e apoio social), importantes para a compreensão da relação entre a autotranscendência e o bem-estar.



*Figura 2*  
Theory of self-transcendence  
(Reed, 2010, fevereiro)

### 3.4 Síntese da Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica assenta no reconhecimento de dor crónica e sofrimento humano enquanto problema para as ciências da saúde e desafio para a teologia e para a filosofia. Da análise e desenvolvimento da perspectiva conjugada destes três paradigmas, delineou-se uma filosofia do cuidado ao sofredor de dor crónica (Kraus et al., *in press*), que evidencia o sentido de vida como a variável capaz de promover a autoeficácia, o autocontrolo, o bem-estar global com o estabelecimento de relações interpessoais gratificantes e a integração do sofrimento (Figura 3).

Sendo a descoberta de sentido na vida (autotranscendência) uma experiência subjetiva da dimensão espiritual, alcançável à medida da vontade, propõe-se, no âmbito dos cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa com dor crónica reumática, o desenvolvimento e a implementação da CoCIP.

Para o controlo da dor crónica e integração do sofrimento: a logoterapia propõe uma das três vias<sup>66</sup> para a consecução de sentido; a filosofia contemporânea pela via da fenomenologia antropológica da práxis subjetiva do profissional ipseidado propõe a relação terapêutica (com o olhar clínico e a linguagem da vida) como “lugar de refúgio da qualidade da experiência afetiva de si” que, pela virtude do “copatos”, o capacita a se “autoafetar pelo *pathos* do outro” (Cardoso, 2010, p. 12); e a teologia ocidental, que vê o sofrimento não apenas como uma experiência que se vive, mas propõe” acima de tudo, um lugar teológico, através do qual cresce e amadurece a fé do povo de Deus (...) e se estrutura a “esperança firme do ponto de chegada” (Lourenço, 2006, p. 66).

Cientes destas posições mas também da evidência científica demonstrada pela utilização dos diversos recursos logoterapêuticos, optou-se por adaptar estes recursos à presente investigação.

---

<sup>66</sup>Vias de realização de sentido de vida: valor de produção, valor de experiência e valor de atitude (Frankl, 2006).

### UMA FILOSOFIA DO CUIDADO AO SOFREDOR DE DOR CRÓNICA

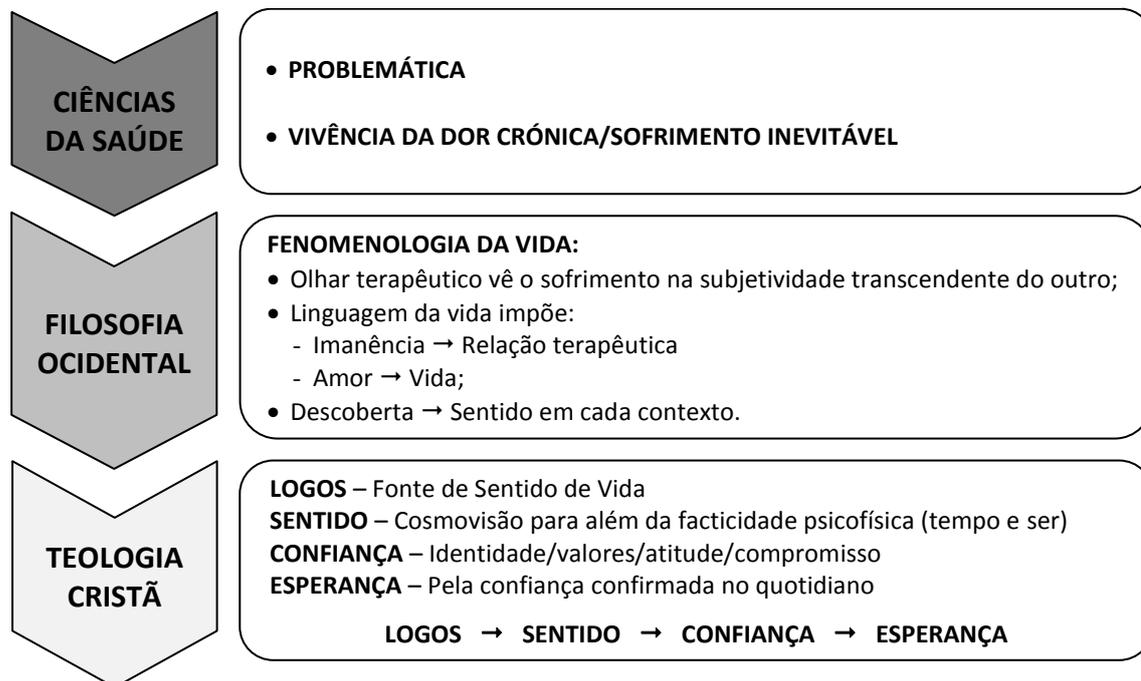


Figura 3

Dolor, sufrimiento y sentido de vida: desafío para la ciencia, la teología y la filosofía

(Kraus et al., *in press*)

Neste sentido, e como contributo reflexivo para a clarificação da emergente estrutura conceptual da CoCIP, apresenta-se uma “Filosofia do Cuidado à Pessoa com Dor Crónica” que não apenas reconhece a facticidade psicofísica do sofredor de dor crónica, mas procura ser um vetor facilitador/orientador para a descoberta de sentido que dignifique a vida (Figura 4).



Figura 4

Uma filosofia de cuidado ao sofredor de dor crónica

Conclui-se, com base no enquadramento teórico, que a CoCIP se apresenta como uma estratégia complementar às medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor, especificamente vocacionada para apoiar o sofredor de dor crónica a descobrir um sentido que dignifique a sua existência e a integrar o sofrimento inevitável.

Os resultados dos estudos preliminares corroboram a “variação terapêutica positiva” do sentido de vida, enquanto vivência afetiva, cognitiva e espiritual, implicada na prevenção do sofrimento, ansiedade, depressão e da atividade da doença, assim como, na promoção do sentido no sofrimento e da perceção de autoeficácia no controlo da dor crónica.

## **PARTE DOIS – ESTUDOS EMPÍRICOS**



## Desenho da Investigação

De acordo com os objetivos propostos e o referencial teórico, apresenta-se na Figura 5 o desenho da investigação para em continuidade estudar a problemática no apuramento da aplicabilidade da CoCIP às intervenções de enfermagem.

O desenho da investigação expõe o modelo para as relações entre o construto multidimensional de sentido de vida e as variáveis associadas à experiência de sofrimento inevitável da pessoa com dor crónica reumática.

Para responder aos objetivos, houve necessidade de dispor dos instrumentos mais ajustados. Para o efeito, elegeu-se o *The Meaning in Suffering Test* (MIST) e o *The Self-Transcendence Scale* (STS), que foram traduzidos e validados de forma a garantirem a sua adequação às características psicométricas da amostra. Outros instrumentos já validados para uma população portuguesa, porém, com características diferentes, tiveram de ser validados para a amostra em estudo, o que se verificou com o Teste dos objetivos de vida (EOVP), a Escala de autoeficácia da dor crónica (CPSSP) e a Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADSP).

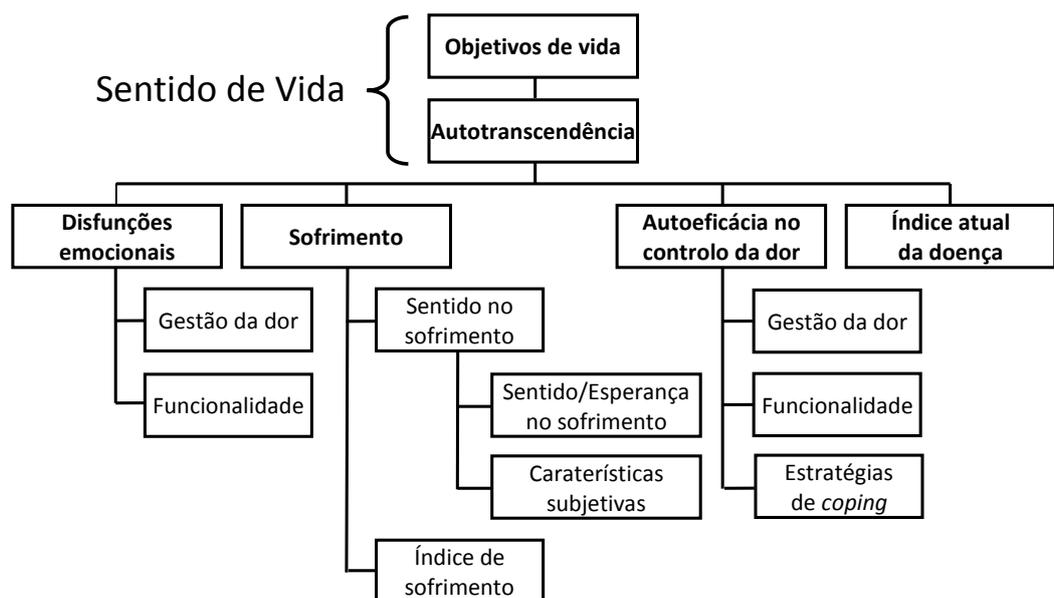


Figura 5  
Desenho da Investigação

Assim, na PARTE DOIS do trabalho, apresentam-se os três estudos empíricos implementados: o ESTUDO 1, metodológico, vem descrito no Capítulo IV e refere-se à consecução dos Objetivos 1 e 2; o ESTUDO 2, transversal e correlacional, está descrito no Capítulo V e responde aos Objetivos 3, 4, 5 e 6; o ESTUDO 3, descritivo e compreensivo, apresentado no Capítulo VI e concretiza o Objetivo 7. Por fim, as aferências resultantes da análise global dos três estudos permitem a concretização do Objetivo 8 da investigação, apresentada no Capítulo VII.



## Capítulo IV Estudo 1 – Validação de Instrumentos de Medida

### 4.1 Metodologia

Fortin define a metodologia como o conjunto dos métodos e das técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica e que descrevem os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação (Fortin, 2009).

A determinação das características psicométricas é fundamental para a sua adequação à população em estudo, pelo que se descreve o processo de validação cultural do *Meaning in Suffering Test* (MIST) e da *Self-Transcendence Scale* (STS) e a adaptação à mesma população, da escala de objetivos de vida (EOV), da autoeficácia na dor crónica (CPSS-P) e da ansiedade e depressão (HADS-P) já validadas para a população portuguesa.

Pretende-se responder aos objetivos anteriormente definidos: Objetivo 1 Realizar a adaptação cultural e validação dos instrumentos de medida, *Meaning in Suffering Test* (MIST) (Starck, 1985) e *Self-Transcendence Scale* (STS) (Reed, 1989) para a população portuguesa com dor crónica reumática; Objetivo 2 Revalidar as versões portuguesas da escala de objetivos de vida, da autoeficácia na dor crónica e da ansiedade e depressão, testando as suas propriedades psicométricas em pessoas com dor crónica reumática.

#### 4.1.1 Tipo de estudo.

Atendendo aos critérios de classificação de estudos segundo Almeida e Freire (2008) e Fortin (2009), trata-se de um estudo metodológico e quantitativo: metodológico de acordo com os objetivos enunciados e quantitativo quanto ao tipo de análise de dados. Os estudos metodológicos, para além de avaliarem o sucesso no alcance dos objetivos dos estudos, visam a obtenção, organização e análise de dados, elaboração, validação de novos instrumentos e técnicas de pesquisa, referindo-se também às técnicas de tradução e validação de instrumentos originários de outra língua (Fortin, 2009). Segundo a autora, este estudo difere de outros métodos de investigação, por não compreenderem o interesse pela relação e efeito entre variáveis.

#### 4.1.2 População alvo e amostra.

Uma população particular submetida a um estudo é definida por Fortin (2009) como população alvo. A autora refere ainda que a população é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de inclusão definidos à priori, e para os quais se deseja fazer generalizações, sendo a amostra um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população (Fortin, 2009). Deste modo, a amostra pode ser considerada como uma réplica da população alvo, cujo número, de acordo com Pais-Ribeiro (2008, p. 45) “depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida”, devendo, no entanto, ser representativa da população em estudo (Fortin, 2009).

Tendo em consideração o referido, a população alvo deste estudo foi constituída por todas as pessoas com o diagnóstico de dor reumática crónica de Portugal. A amostra foi inicialmente selecionada entre os utentes da Unidade de Reumatologia do Serviço de Consulta Externa de Reumatologia do Hospital de Sta. Maria, do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). Atendendo à escassez de utentes com o diagnóstico de fibromialgia, recorreu-se à Unidade da Dor da mesma Instituição e posteriormente aos Núcleos de Leiria e de Coimbra da Delegação da Myos, que permitiu obter uma amostra total de 187 sujeitos.

A decisão por esta amostra teve a ver com a efetiva experiência de dor crónica dos sujeitos, a possibilidade de acesso a dados objetivos sobre o índice de atividade da doença reumática e subjetivos como o relato individual de cada participante. Segundo Wall (2002, p. 221), a competência profissional de cuidar a pessoa com dor crónica deve orientar a descobrir “o seu significado” não apenas na vivência do quotidiano mas, principalmente, na sua existência.

A seriação dos elementos a serem incluídos na amostra final deste estudo teve presente os mesmos critérios de inclusão e exclusão dos estudos originais, com exceção do estudo para validação da escala CPSS que incluiu sujeitos com idade compreendida entre 21 e 59 anos e excluiu os que estavam em condição que requeria intervenção médico-cirúrgica, ou psicológica, os indivíduos com patologia sistémica associada<sup>67</sup> e os que estavam a ser submetidos a terapia cognitivo-comportamental.

---

<sup>67</sup>Segundo Domingues & Cruz (2005) a *World Health Organization* (1999) defende que nestas circunstâncias pode estar implícita a presença de “*red flags*” (desordens metabólicas do osso, tumores, infeções e fraturas).

Os critérios de inclusão na amostra compreendem indivíduos sofreadores de dor reumática crónica, com duração superior a 3 meses<sup>68</sup>, com o diagnóstico de artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática ou fibromiálgica, que são seguidos no Hospital de Sta. Maria (CHLN), nomeadamente na consulta externa ou no hospital de dia de reumatologia, na unidade da dor ou, no caso dos doentes fibromiálgicos, são referenciados pelas direções dos núcleos de Leiria ou Coimbra, da Myos, idade superior a 18 anos com condição mental e física capaz de preencher o questionário ou, na sua impossibilidade física, serem ajudados por alguém da sua confiança, ou pela investigadora se o preferirem.

Como critérios de exclusão estabeleceram-se os definidos pela autora de um dos estudos e referem-se aos indivíduos que apresentam alterações físicas significativas ou comprometimento crítico das funções vitais, perturbação psiquiátrica diagnosticada, história psiquiátrica anterior e/ou recente com seguimento regular em consulta de psiquiatria ou interpoladamente por períodos superiores a um ano e indivíduos que residem permanentemente em casa de terceiros ou numa Instituição (Peralta, 2001). A estes critérios foram adicionados os seguintes: não entenderem português, sendo necessárias explicações adicionais que podem influenciar a resposta, ou sem vontade de participar no estudo, respeitando assim o princípio da autodeterminação.

O método de amostragem é designado não probabilístico por conveniência, permitindo aceder à população de forma mais fácil e rápida. A maior desvantagem deste método é que, “em rigor, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo” (Hill & Hill, 2000, p. 49), por não existir a garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do universo. Esta situação será tida em consideração nas conclusões.

A amostra do estudo é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão, isto é, integram um dos quatro grupos de pessoas com dor reumática crónica, referenciada na Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (2006) por dor músculo-esquelética, seguidos nas instituições referidas.

A razão que motivou a tomada de decisão pelos locais referidos prende-se, principalmente, com razões de acessibilidade à amostra, tanto por parte da direção de enfermagem como da clínica do serviço de reumatologia que disponibilizou os

---

<sup>68</sup>Segundo a definição de dor crónica lombar da autora da *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS), Anderson et al. (1995), estudo replicado por Domingues & Cruz (2005).

colaboradores como, finalmente, pela agilização da aceitação do processo pela Comissão de Ética e Conselho de Administração.

Acedeu-se à maioria da amostra do estudo através do envolvimento de profissionais credenciados, nomeadamente reumatologistas, psicólogos, uma administrativa e de duas voluntárias. Enquadrados no âmbito dos seus habituais cuidados assistenciais, após asseguradas as condições de inclusão na amostra, colaboraram no esclarecimento prévio prestado aos participantes, na distribuição e recolha dos questionários e seu depósito em local seguro.

De acordo com as *guidelines* da MIST, e após parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo II) e autorização do Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Norte (Anexo III), teve lugar uma ação de formação presidida pelo diretor de departamento de reumatologia, Prof. Mário Viana de Queiroz, dirigida a 30 colaboradores, reumatologistas onde, para além de exposta a problemática do estudo, a envolvente contextual com definição de conceitos chave, os objetivos e a metodologia do projeto, foram abordadas questões logísticas, apenas operacionalizáveis com o apoio de todos os colaboradores.

Relativamente ao tamanho da amostra e tendo presente os objetivos do estudo, Pestana & Gageiro (2005, p. 487) salienta que “é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores.” O mínimo de respostas válidas (N) por variável (K) é:  $N=50$  se  $K \leq 5$ ;  $N=10 \times K$ , se  $5 < K \leq 15$ ;  $N=5 \times K$ , se  $K > 15$ .

Assim sendo, para a contabilização do tamanho mínimo da amostra em questão, e tendo presente o instrumento de maior tamanho (25), seriam necessários 125 doentes.

Desta forma, a amostra do estudo acabou constituída por 187 pessoas com dor reumática crónica, das quais 116 (62%) são do sexo feminino e 71 (38%) do sexo masculino. A idade variou entre os 19 e 76 anos com uma média de 49,9 anos e um desvio padrão de 12,1.

#### **4.1.3 Instrumentos.**

Após a definição da população, e selecionada a amostra, procedeu-se à elaboração do instrumento de colheita de dados, com o intuito de alcançar os objetivos propostos inicialmente.

Utilizou-se como instrumento de medida para recolha dos dados que traduzissem os objetivos do estudo um questionário autopreenchido (Fortin, 2009), constituído por dois grupos e aplicado a todos os participantes (Anexo IV).

O tipo de diagnóstico do respondente era previamente assinalado no questionário pela assistente administrativa, o reumatologista, a psicóloga ou pela investigadora, antes da sua aplicação. Após a consulta da pessoa com artrite psoriática e fibromialgia, o reumatologista e a psicóloga clínica registavam igualmente o número correspondente ao índice de atividade da doença, na respetiva escala numérica. O posterior acesso ao processo clínico dos participantes permitiu completar os índices de atividade da doença da amostra de participantes com artrite reumatoide e espondilite anquilosante (DAS28 e BASDAI respetivamente), confirmar o distrito de origem e, em alguns casos, completar a terapêutica.

A primeira parte do questionário refere-se à condição sociodemográfica e clínica, sendo constituído por questões que permitem recolher informação relativa ao contexto dos inquiridos: sexo, idade, estado civil, com quem vive, nível de escolaridade, situação laboral, absentismo devido à dor, tempo com diagnóstico de doença reumática, tempo com dor reumática, outras doenças além da reumática, medicação regular para alívio da dor reumática e outro tipo de tratamento regular para aliviar a dor reumática.

Idade: variável contínua, operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta (Anos);

Sexo: variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta dicotómica fechada, com duas hipóteses de resposta (Feminino ou Masculino);

Estado civil: variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com quatro hipóteses de resposta: Solteiro(a), Casado(a), União de facto, Viúvo(a), Divorciado(a) ou separado(a);

Onde vive: variável nominal, operacionalizada por uma pergunta de resposta aberta, para referenciar o distrito em que reside. (Açores, Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Guarda, Leiria, Madeira, Lisboa, Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu).

Com quem vive: variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com quatro hipóteses de resposta: só, com família, com amigos ou outra situação, sendo neste caso solicitada a sua especificação.

Nível de escolaridade: variável ordinal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com sete hipóteses de resposta: Nunca frequentou a escola, 4ª classe,

6º ano, 9º ano, 12º ano, Bacharelato/Licenciatura e outro nível. Caso seja selecionada a última situação, é pedida a sua especificação.

Situação laboral: variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com oito hipóteses de resposta: Estudante, Trabalhador Estudante, Candidato ao 1º emprego, Doméstico(a), Empregado(a), De Baixa – neste caso questiona-se há quantos meses está nesta situação, Desempregado(a) – neste caso questiona-se se a dor reumática esteve na origem do desemprego, e Reformado(a), se a resposta for sim, questiona-se o motivo.

Absentismo devido à dor: variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta dicotómica fechada (sim/não). Caso a resposta seja sim, é solicitado que indique a média mensal, variável contínua, operacionalizada através de uma pergunta aberta, relativa ao número médio de dias que falta por mês.

Tempo de diagnóstico de doença reumática: variável contínua, operacionalizada através de uma pergunta aberta relativa ao número de anos que tem o diagnóstico de doença reumática.

Tempo que sofre de dor reumática: variável contínua, operacionalizada através de uma pergunta aberta relativa ao número de anos que sofre de dor crónica reumática.

Outras doenças para além da doença reumática: variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta dicotómica fechada com duas hipóteses de resposta, Sim ou Não. Caso seja selecionada a primeira situação, é solicitado a especificação dessa(s) doença(s): variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta que especifique qual das doenças mais interfere na sua qualidade de vida: variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Tomada de medicação regular para aliviar a dor crónica reumática: variável nominal operacionalizada através de uma pergunta dicotómica fechada, com duas hipóteses de resposta, Sim ou Não. Caso seja selecionada a primeira situação, é solicitado que indique quais os medicamentos: variável nominal operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com cinco hipóteses de resposta, analgésicos, relaxantes musculares, antidepressivos, corticosteroides e outros. Neste último caso é pedido que indique qual(ais): variável nominal operacionalizada através de uma pergunta aberta.

Outro tratamento regular para aliviar a dor reumática: variável nominal operacionalizada através de uma pergunta dicotómica de resposta fechada, com duas hipóteses de resposta, Sim ou Não, quanto ao recurso a outro tipo de tratamentos para aliviar da dor reumática crónica (acompanhamento psicológico, fisioterapia, acupuntura,

etc...). Caso seja selecionada a primeira situação, é solicitado que especifique qual: variável nominal operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

A segunda parte do questionário refere-se aos instrumentos que se pretende validar.

Como o estudo do sentido de vida, saúde e desenvolvimento humana ainda se encontra numa fase incipiente (Kraus, et al., 2009) e tendo em conta as dificuldades da temática em relação às variáveis dependentes (sentido de vida e autotranscendência), considerou-se que só nesta linha de orientação se poderia esclarecer, não apenas as questões de investigação, como as dúvidas quanto à existência e aplicabilidade ao contexto cultural português de instrumentos que medissem estas variáveis.

Depois de justificada a razão da escolha e descritos os instrumentos selecionados para o trabalho (MIST, STSI, EOVS; CPSS e HDAS já descritos na PARTE UM deste trabalho), enumeram-se os procedimentos efetuados na tradução e validação transcultural de dois desses instrumentos, essenciais para a avaliação dos conceitos centrais de autotranscendência e sentido no sofrimento, a STS e o MIST, respetivamente, e determinação das características psicométricas dos EOVS, CPSS e HDAS.

#### ***a) Equivalência linguística e conceptual da STS e da MIST***

Para se proceder à validação e adaptação transcultural dos questionários MIST e STS foi previamente solicitada a autorização às autoras que gentilmente a concederam (Anexos V e VI).

Nos procedimentos efetuados para a tradução e validação transcultural dos instrumentos destacaram-se três etapas referentes aos processos inerentes a cada uma das 3 versões (Figura 6).

Os procedimentos iniciaram-se com a tradução dos dois instrumentos por dois tradutores bilingues conhecedores dos objetivos, um dos quais da área da saúde, dando origem à primeira versão das escalas. Durante o período de tradução foram realizados contactos com os tradutores a fim de esclarecer questões relacionadas com a equivalência da tradução, no sentido de assegurar que a versão traduzida mantém o mesmo significado da versão original e, assim, garantir a equivalência dos itens. Foi-lhes explicado o objetivo dos instrumentos e as intenções subjacentes à conceção de cada item. A análise das pequenas diferenças entre as duas versões das traduções foi realizada pelo investigador em colaboração com outros dois investigadores, resultando na primeira versão em português de Portugal dos instrumentos.

A retroversão ou retro-tradução desta primeira versão dos instrumentos foi efetuada

por outros dois tradutores bilingues experientes na área da saúde e logoterapia, sem conhecimento prévio da escala original. Cada tradução teve uma retroversão independente da outra. Depois das escalas terem sido retro-traduzidas e efetuadas as comparações e análises das diferenças entre as duas versões, por peritos na área e no inglês, foram enviadas para apreciação às respetivas autoras que globalmente as aprovaram.

Passando então à 2ª versão das escalas, que foram submetidas a um comité de juízes na área de saúde e linguística. Para a submissão da 2ª versão em português das escalas ao comité de juízes, contou-se com o empenho e dedicação de dois professores do IPL das áreas da saúde e linguística, a quem foi solicitado o seu preenchimento presencial e uma análise crítica das questões constantes dos instrumentos, no sentido de identificar eventuais dificuldades interpretativas.

Não tendo sido sugeridas nenhuma alteração passou-se à 3ª versão das escalas.

Após o V Congresso Nacional de Fibromialgia (2009) em São Paio de Oleiros, onde a investigadora apresentou uma comunicação sobre “Fibromialgia e Sentido na Vida” seguiu-se uma reunião de esclarecimento aos participantes que voluntariamente se disponibilizaram a colaborar no preenchimento dos questionários. Naquela reunião foram abordados os conceitos chave implícitos aos questionários, exposto o método de reflexão falada e referidos os seus objetivos, assim como foi dada a garantia de confidencialidade e de anonimato dos dados e a possibilidade de que, caso não desejassem completar o preenchimento dos questionários, estes seriam destruídos.

Contou-se com a colaboração de 7 voluntários com fibromialgia do sexo feminino e idades compreendidas entre 20 e 56 anos. Observaram-se e registaram-se todos os comportamentos verbais<sup>69</sup> e não-verbais<sup>70</sup> das inquiridas, à medida que o questionário ia sendo preenchido. Por fim, foi-lhes pedido para verificarem se todas as perguntas tinham sido respondidas e nos casos em que se verificaram falhas questionaram-se os seus eventuais motivos. As participantes mostraram-se interessadas e motivadas, os comentários foram muito favoráveis e oportunos, a reunião decorreu num clima informal e calmo, tendo demorado cerca de 30 minutos a preencher os questionários. E assim se concluiu a 3ª versão dos instrumentos.

O pré-teste foi posteriormente realizado com um grupo de dez inquiridos sofredores de dor crónica reumática.

---

<sup>69</sup>Dúvidas expressas em relação às instruções e conteúdos dos itens, alternativas de resposta, supressão ou introdução de novos itens e, ainda, comentários e perceções de interesse.

<sup>70</sup>Expressões faciais apresentadas, a forma de abordagem do questionário e a forma como participaram no processo.

Como resultado da análise dos procedimentos descritos procedeu-se a algumas alterações gráficas, nomeadamente no alinhamento das questões, no tamanho da letra e no espaço disponível para as respostas às perguntas de resposta aberta. Obteve-se desta forma o questionário final que serviu de instrumento de colheita de dados para o presente estudo e que se encontra no Anexo IV.

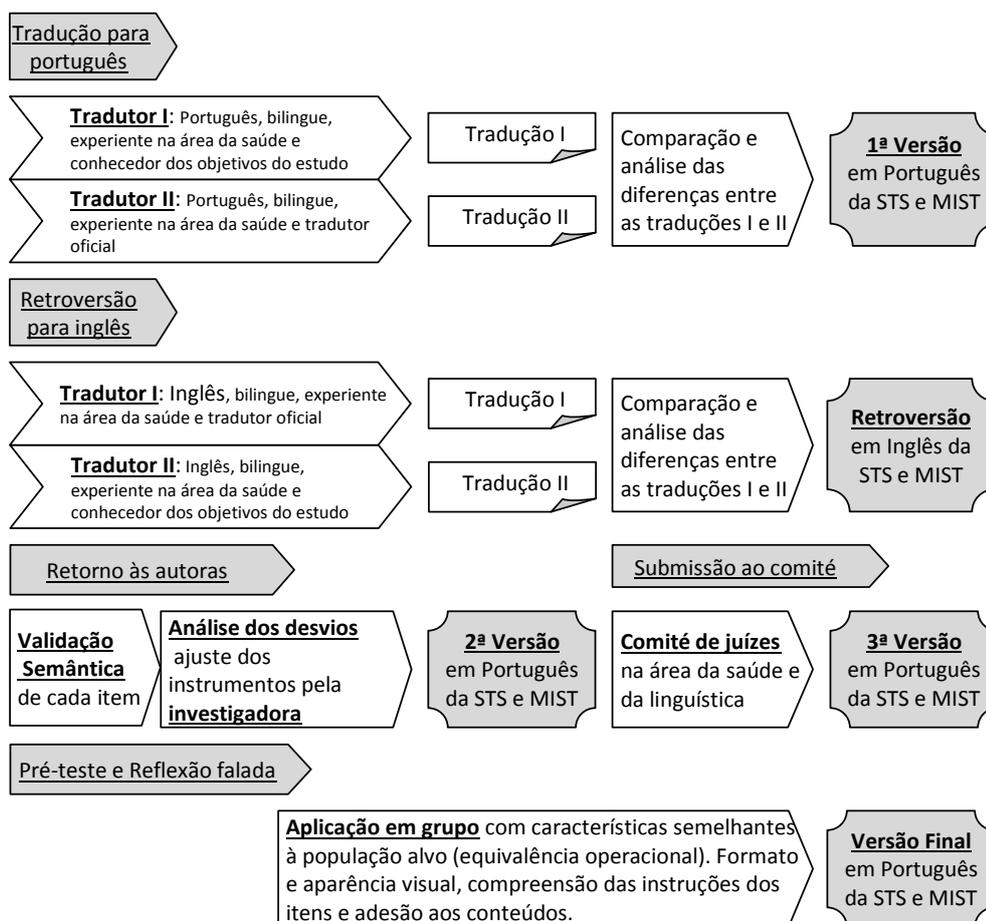


Figura 6  
Procedimentos na tradução e retroversão dos instrumentos

### b) Teste das propriedades psicométricas

O teste das propriedades psicométricas permite atestar a equivalência de medida, isto é, o grau de semelhança entre as versões originais e as adaptadas para outra língua (Pais-Ribeiro, 2008)

Para aferir as características psicométricas foi avaliada a fidelidade e validade dos instrumentos numa amostra de pessoas com dor crónica reumática.

A fidelidade foi analisada através da consistência interna, encontrada com base na média das correlações entre todos os itens do teste, o que corresponde à homogeneidade do

conjunto de enunciados (Pais-Ribeiro, 2008), usando a correlação do item com o total da escala e o coeficiente *alfa de Cronbach*. Uma boa consistência interna indica que cada enunciado da escala mede o mesmo conceito. No contexto da adaptação cultural de instrumentos é fundamental que se obtenham valores aproximados de consistência interna e da fidelidade teste-reteste, de modo a garantir a equivalência das escalas entre as diferentes culturas (Herdman et al., 1998).

Para avaliar o poder de reprodutibilidade dos instrumentos, realizou-se o teste-reteste em dez sujeitos da amostra, que responderam às questões com um intervalo aproximado de 3 semanas. A estabilidade temporal foi analisada através do índice de correlação intraclassa, da comparação de médias das amostras emparelhadas e da análise da força de correlação.

Foi igualmente avaliada a validade do constructo através da análise fatorial e a validade discriminante dos itens de cada um dos fatores das escalas.

#### **4.1.4 Procedimentos formais e éticos.**

Sendo o tema central da ética a reflexão filosófica sobre as necessidades de ajustamento e de justificação dos atos, sem a qual a conduta perde o seu sentido e a razão de ser, cabe à ética, como teoria da moral, averiguar o que transforma uma razão em “boa” razão para validar a conduta humana (Marzá, 1997).

Depois de concluído o processo de adequação transcultural dos questionários MIST e STS à língua portuguesa, elaborado o questionário e o projeto de investigação, apresentou-se um pedido de parecer quanto à pertinência do mesmo ao diretor clínico do Hospital de Dia e à diretora de enfermagem do CHLN. Em resposta ao pedido observou-se não apenas o apoio imediato à iniciativa como o incentivo à candidatura para a realização do estudo naquela instituição. De seguida, efetuou-se o pedido formal da aplicação de um questionário à Comissão de Ética daquela Unidade Hospitalar (Anexo VII) acompanhado do questionário de identificação do projeto (Anexo VIII), cuja resposta célere e afirmativa o aprovou nos termos propostos.

Com a consciência moral de que na investigação social, e especificamente na investigação de Enfermagem, o investigador tem o dever de assegurar todos os direitos inerentes aos participantes, enunciam-se os princípios éticos apresentados por Fortin (2009) e de Polit, Beck & Hungler (2004) (Zink, Braun, Listing, & Wollenhaupt, 2000) e

para os quais se dispensou particular atenção, a saber, princípio de autodeterminação, princípio de intimidade, princípio de anonimato e confidencialidade, princípio de proteção contra o desconforto e prejuízo, assim como, assegurar um tratamento justo e equitativo. De seguida descreverem-se, sucintamente, as principais diligências assumidas.

Para dar cumprimento ao princípio da autodeterminação, foi assegurado que a participação de cada sujeito seja totalmente voluntária, isto é, de livre e espontânea vontade. A pessoa entrevistada e inquirida foi informada que poderia desistir de participar em qualquer momento sem dano para a sua individualidade.

O respeito pela intimidade foi patenteado pelo evitamento da invasão à esfera privada do participante. A pessoa só respondeu após confirmar que não ficaria lesada com o conteúdo, bem como com a extensão, da informação concedida. Dado o caráter de grande parte da informação pretendida (qualitativa), declarações e descrições que envolvem, valores, opiniões, atitudes, emoções e sentimentos, obrigou a um procedimento ainda mais cauteloso na proteção do anonimato e confidencialidade dos dados. Assim, o direito ao anonimato e à confidencialidade foi assegurado pela codificação dos questionários, de forma a que a informação não possa ser associada a quem a forneceu.

A proteção contra o desconforto e prejuízo, também conhecida como princípio da beneficência, foi respeitada ao ser assegurada a proteção dos participantes de algo que, de algum modo, lhes pudesse ameaçar o bem-estar. Quando os participantes foram entrevistados ou inquiridos, foi cumprido o respeito pelas fases da comunicação interpessoal, de forma a garantir uma comunicação eficaz, confortável, livre de interrupções por estranhos, dando ocasião para a expressão de ideias, ainda que não focalizassem o interesse central do estudo.

Quanto ao tratamento justo e equitativo, este esteve presente em todas as etapas de envolvimento com os participantes: antes, durante e após a recolha de informação. A pessoa foi informada sobre a temática da investigação, o fim a que se destina, o tempo previsto para o decurso da entrevista ou o preenchimento do questionário e a forma como seria assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados. O participante foi igualmente informado que poderia desautorizar a utilização dos seus dados em qualquer momento, bem como aceder aos resultados do estudo. Numa linguagem clara e explícita, todos os participantes foram informados sobre os objetivos e métodos, confidencialidade e destino dos dados, sendo necessário assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido.

#### 4.1.5 Recolha e tratamento dos dados.

Considerando que a representatividade é a qualidade essencial de uma amostra, e que esta é a réplica, em miniatura, da população (Fortin, 2009), iniciou-se a recolha dos dados entre janeiro de 2010 e novembro de 2011. Os questionários foram maioritariamente autopreenchidos, tendo cerca de 8% dos respondentes, por impedimento funcional para a escrita, requerido apoio para o seu preenchimento à investigadora ou a voluntárias qualificadas presentes. Sempre que a pessoa mostrava interesse em participar mas não dispunha das condições para o fazer na altura, o que sucedeu em cerca de 20% dos participantes, foi-lhe facultada a possibilidade de levar o questionário juntamente com um envelope/RSF endereçado à investigadora, sendo a percentagem de questionários rececionados de 98%.

Após informação prévia sobre os objetivos, métodos, confidencialidade e destino dos dados, todos os participantes confirmaram com assinatura o termo de consentimento livre e esclarecido. Para assegurar a livre expressão das perceções sobre o conteúdo abordado, foi emitido, no final do questionário, um convite ao comentário.

Adicionalmente, e conforme programado, foram recolhidos os índices de atividade da artrite reumatoide (DAS28) e da espondilite anquilosante (BASDAI).

Segundo Fortin (2009), apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação.

Para Pais-Ribeiro (2008, p. 123) “...os procedimentos de análise de dados podem ser classificados de inúmeras maneiras para salientar os aspetos a que se dá mais relevância na investigação ...”. Este autor refere ainda que “...a análise estatística foi introduzida e desenvolvida no âmbito dos métodos indutivos, mais especificamente na sua variante o empirismo...”.

Deste modo, e após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento da informação obtida. Assim, os dados foram reunidos e lançados sendo posteriormente processados no programa de análise estatística de dados SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.

Para alcançar os objetivos delineados na investigação recorreu-se: à análise descritiva através da utilização de frequências absolutas e relativas; às medidas de tendência central como as médias aritméticas e medianas; e às medidas de dispersão e variabilidade como o desvio padrão e o coeficiente de variação.

Para avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos MIST, STSI, EOV, CPSS e HDAS foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de *Pearson* para cada item com o total (excluindo-se o próprio item) e o *alfa de Cronbach* utilizado como medida de fidelidade interna.

Foram ainda replicados os procedimentos da validade utilizados pelos autores.

## 4.2 Apresentação e Análise dos Dados

Apresentam-se seguidamente os dados relativos ao estudo da validação dos instrumentos de medida.

### 4.2.1 Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

A amostra em estudo é constituída por 187 indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 76 anos apresentando uma média de 49,9 anos e um desvio padrão de 12,1. (Tabela 5).

Tabela 5  
*Características da amostra relativamente à idade*

N	Min.	Máx.	$\bar{X}$	DP
187	19,0	76,0	49,9	12,1

A análise da Tabela 6 permite constatar a predominância do sexo feminino com 62% (116). Quanto ao estado civil, 123 (65,8%) são casados, 26 (13,9%) são solteiros e 38 (20,3%) estão nas restantes situações indicadas.

Tabela 6  
*Características sociodemográficas da amostra*

	N	%
Sexo		
Masculino	71	38,0
Feminino	116	62,0
Estado civil		
Solteiro	26	13,9
Casado	123	65,8
União de facto	16	8,6
Viúvo	7	3,7
Divorciado/Separado	15	8,0
Com quem vive		
Só	16	8,6
Com família	162	86,6
Com amigos	5	2,7
Outro (companheiro)	4	2,1

Relativamente ao modo como as pessoas vivem, 162 (86,6%) vive com a família e 16 (8,6%) vive sozinho.

Relativamente ao nível de escolaridade 56 (29,9%) referem ter formação académica superior e 47 (25,1%) apenas a 4ª classe, com o 9º e o 12º encontram-se em igual número 29 (15,5%) distribuindo-se os restantes elementos pelos outros níveis de ensino indicados na Tabela 7.

Tabela 7  
*Distribuição da amostra relativamente ao nível de escolaridade*

		N	%
Escolaridade			
	Nunca frequentou a escola	3	1,6
	4ª classe	47	25,1
	6º ano	23	12,3
	9º ano	29	15,5
	12º ano	29	15,5
	Bacharelato/Licenciatura	44	23,5
	Outro nível (Mestrado, Pós-graduação)	12	6,4

Sobre o local de residência dos respondentes, verifica-se que provêm na sua maioria do distrito de Lisboa (87; 46,5%), Santarém (23; 12,3%), Leiria (22; 11,8%) e Setúbal (14; 7,5%).

Pela análise da Tabela 8 fica bem evidente a grande concentração de indivíduos da amostra com residência no distrito de Lisboa.

Tabela 8  
*Distribuição da amostra relativamente ao local de residência*

	N	%		N	%		N	%
Aveiro	1	,5	Faro	6	3,2	Santarém	23	12,3
Beja	2	1,1	Guarda	2	1,1	Setúbal	14	7,5
Bragança	1	,5	Leiria	22	11,8	Vila Real	1	,5
Castelo Branco	6	3,2	Lisboa	87	46,5	Viseu	1	,5
Coimbra	5	2,7	Portalegre	2	1,1			
Évora	10	5,3	Porto	2	1,1	Não resp.	2	1,1

A Tabela 9 documenta a situação laboral dos participantes na amostra estudada. Verifica-se que 74 (39,6%) dos respondentes estão empregados, 64 (34,2%) reformados e 11 (5,9%) desempregados, 7 (63,6%) dos quais consideram que a dor esteve na origem do desemprego. Também 24 (37,5%) dos reformados consideram encontrar-se nessa situação (reforma precoce) por motivo da doença.

Tabela 9  
Distribuição da amostra relativamente à situação laboral

Situação laboral	Causa do desemprego		Motivo da reforma			
	N	%	N	%		
Estudante	1	0,5	Dor	7 63,6	Doença	24 37,5
Trab.-estudante	4	2,1	Outra	2 18,2	Idade	6 9,4
Doméstico(a)	14	7,5	Não respondeu	2 18,2	Outra	34 53,1
Empregado	74	39,6				
Baixa	10	5,3				
Desempregado	11	5,9				
Reformado	64	34,2				
Não respondeu	9	5,8				

Sobre as características clínicas da amostra elaborou-se a Tabela 10 que apresenta os dados referentes aos 4 diagnósticos de doença reumática em que se inserem os indivíduos participantes na amostra em estudo. O grupo mais numeroso é o da (gAR) artrite reumatoide com 63 (33,7%) e o mais pequeno é o da (gAP) artrite psoriática 31 (16,6%).

Tabela 10  
Características clínicas da amostra

	N	%
Tipo de Doença		
Artrite reumatoide (AR)	63	33,7
Espondilite anquilosante (EA)	50	26,7
Artrite psoriática (AP)	31	16,6
Fibromialgia (FM)	43	23,0
Outras Doenças		
Sim	93	49,7
Não	94	50,3
Medicação		
Sim	186	99,5
Não	1	0,5

Além, da doença reumática, a causa principal de sofrimento, 93 (49,7%) utentes referem outras doenças e todos eles tomam medicação específica para tratamento.

Apesar de não se apresentar registado em tabela, verificou-se que os indivíduos dos grupos que referiram outras doenças, reconhecem que é a doença reumática a que mais interfere na sua qualidade de vida (90%).

Tabela 11  
Características da amostra quanto à afetação da doença

	Min.	Máx.	$\bar{x}$	DP
Faltas ao serviço por mês	0	30	1,0	3,87
Tempo de diagnóstico	1	55	12,0	9,66
Tempo de dor	2	51	15,9	10,14

Sobre o modo como a doença afeta a atividade laboral dos inquiridos (Tabela 11), verifica-se que em média cada um falta 1 dia por mês ao trabalho o que corresponde a uma taxa média de absentismo de 5,0%.

Sobre outras doenças referidas pelos inquiridos verifica-se (Tabela 12) que a doença mais referida foi a patologia Cardiovascular em 27 (14,4%) casos, seguem-se com igual número de referências as patologias Gastro-Intestinal, Endócrino-metabólica e Respiratória, referenciadas em 15 (8,0%) casos.

Tabela 12  
*Distribuição das respostas da amostra quanto à presença de outras doenças*

Patologia	N	%	Patologia	N	%
Patologia Cardiovascular	27	14,4	Patologia Hematopoiético	3	1,6
Patologias Gastro Intestinal	15	8,0	Patologia Mucocutânea	3	1,6
Patologia Endócrino Metabólica	15	8,0	Patologia Autoimune	2	1,1
Patologia Respiratória	15	8,0	Patologia Músculo-Esquelética	2	1,1
Oftalmopatia	13	7,0	Patologia Osteoarticular	1	0,5
Depressão	11	5,9	Patologia Ginecológica	1	0,5
Ansiedade	6	3,2	Bipolar	1	0,5
Hernias discais	4	2,1	Fibromialgia	1	0,5
Osteoporose	4	2,1	Outra	2	1,1
Patologia Cerebrovascular	3	1,6			

#### 4.2.2 Características psicométricas das escalas.

O processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento de medida deve seguir procedimentos semelhantes aos que foram utilizados na sua construção, no que diz respeito à análise psicométrica (Pais-Ribeiro, 2008).

Para avaliar as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida, é necessário efetuar estudos de validade e fidelidade que no seu conjunto nos indicam o grau de generalização que se poderá alcançar nos resultados (Fortin, 2009).

##### ***Estudo da fidelidade***

A fidelidade refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas com a ajuda de um instrumento de medida, ou seja, com a aplicação desse instrumento aplicado pelos mesmos ou outros avaliadores, às mesmas pessoas em diferentes ocasiões serão obtidos os mesmos valores. Reporta-se portanto a fidelidade à noção de reprodutibilidade da medida, “capacidade do instrumento medir de uma vez para outra um mesmo objeto de uma forma constante”, ou seja, ao grau de correlação de um instrumento com ele próprio (Fortin, 2009, p. 348).

Segundo Anastasi (1990) citado por Pais-Ribeiro (2008, p. 92) “a fidelidade de um instrumento de medida indica a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuíveis a diferenças verdadeiras ou reais das características avaliadas”. Num instrumento de medida podem identificar-se os seguintes tipos de fidelidade: teste-reteste; formas alternativas; duas metades; consistência interna ou *alfa de Cronbach*. Mas todos eles valorizam o grau de consistência ou concordância entre dois conjuntos de notas interdependentes, que se expressa por um coeficiente de correlação (Pais-Ribeiro, 2008). Se o instrumento apresentar uma precisão aceitável, será possível generalizar a partir de aplicações particulares deste, podendo então ser utilizado numa ampla variedade de contextos.

Também Maroco & Garcia-Marques (2006) referem-se a um instrumento de medida fiável realçando a sua capacidade de ser consistente, uma vez que se esperam sempre os mesmos resultados quando aplicado a contextos de estrutura semelhante.

A consistência interna, encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste, corresponde, de acordo com Pais-Ribeiro (2008, p. 93), à “homogeneidade do conjunto dos enunciados”, permitindo assim ficar com uma ideia de como cada item está combinado com o todo. A consistência interna do instrumento será tanto maior quanto mais os itens estiverem correlacionados entre si (Fortin, 2009). Esta fiabilidade pode ser aferida como o maior ou menor grau de certeza, uma vez que qualquer técnica de medida está sujeita a erro atribuível ao acaso.

O *alfa de Cronbach*, é uma medida da consistência global dos itens da escala, que estima a uniformidade com que os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento e varia entre 0 e 1, e quanto mais próximo de 1 estiver o seu valor maior será a fidelidade do constructo. Vários autores consideram que uma boa consistência interna deve apresentar um *alfa de Cronbach* total superior a 0,80 sendo no entanto aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas apresentam um número muito baixo de itens (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2005a). Esta operativa passa por excluir o item, calcular o *alfa de Cronbach* e verificar se o valor obtido vem inferior ao total da escala, justificando assim a sua inclusão.

O *coeficiente de correlação de Pearson (r)* é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 1 indica uma relação linear perfeita positiva e o valor -1 indica uma relação linear perfeita negativa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis. O valor

0 (zero) significa que não há relação linear (Filho & Junior, 2009). Enquanto autores como Dancey & Reidy (2005), citados por Filho & Júnior (2009), se referem a valores de correlação entre 0,10 e 0,30 como correlação fraca, a valores entre 0,40 e 0,60 como correlação moderada e a valores entre 0,70 e 1,0 como correlação forte, outros autores consideram aceitáveis valores de correlação fraca, desde que bastante acima de 0,20 (Nunnally, 1978; Streiner & Norman, 2008).

### ***Estudo da validade***

A validade refere-se ao grau com que o instrumento mede o que presumivelmente deve medir, isto é, de acordo com Pais-Ribeiro (2008, p. 94) “ao que o teste mede e a quão bem o faz. É a garantia que o teste dá em termos de medir o que se propõe medir”. Fortin (2009, p. 354) reforça o conceito de validade de um instrumento fazendo-o corresponder “ao grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida”. Pais-Ribeiro (2008) considera 3 modelos de validade e que alternam consoante a informação fornecida e a intenção do investigador: validade de conteúdo, de critério e de constructo.

Validade de conteúdo: confirma que os atributos incluídos no teste representam o que efetivamente se pretende medir e que os enunciados apresentados são representativos do conceito. A sua descrição detalhada facilita a utilização criteriosa dos itens, evitando os que se mostrem irrelevantes.

Validade de critério: engloba a validade preditiva e a validade concorrente, estabelecendo-se através da relação dos resultados com outros critérios externos.

Validade de constructo: refere-se globalmente à procura da utilidade científica do instrumento face à sua capacidade para medir um conceito bem definido de um constructo teórico (Fortin, 2009).

Hair, et al. (2003) salientam ainda que a validade de um instrumento implica a verificação da sua validade convergente e discriminante, isto é, avaliar até que ponto ela se correlaciona com outras medidas do mesmo constructo e não se correlaciona com as medidas de outros constructos. A validade convergente-divergente do item é por isso considerada por Pais-Ribeiro (2008, p. 98) como um “bom indicador de que o item mede o mesmo constructo da escala a que pertence e não outro”.

Outros autores, como Corrar, Paulo & Filho (2011), concretizam o estudo da validade do constructo salientando que as técnicas estatísticas capazes de identificar, num conjunto de variáveis, estruturas (fatores) não diretamente observáveis, define-se por

Análise Fatorial (AF), sendo a do tipo exploratória a modalidade de AF mais utilizada, na qual “o pesquisador analisa, entende e identifica uma estrutura de relacionamento entre as variáveis a partir do resultado da AF”.

Concretizam ainda que o tipo de pesquisa a implementar definirá a AF quanto às decisões relativas ao seu método, ao tipo ou modo de utilização da AF<sup>71</sup> (ou de análise dos itens), à escolha do número de fatores e ao aumento do poder de explicação da AF, que serão influenciadas pelo tipo de pesquisa a implementar (Corrar et al., 2011).

Um dos principais métodos de extração de fatores é Análise Fatorial Comum que estima os fatores com base apenas na variância comum<sup>72</sup>.

A Análise por Componentes Principais (ACP) é o método mais amplamente usado por ter em conta a variância total dos itens, sendo recomendada quando o objetivo da pesquisa é determinar o menor número de fatores que explique o máximo de variância entre os itens e “quando o conhecimento prévio dos itens sugere que a variância específica e o erro representam uma parcela reduzida na explicação da variância total das variáveis”<sup>73</sup> (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998, p. 101).

Depois de retirada a variância explicada no passo anterior, procura-se de entre as variáveis restantes uma nova combinação linear que explique a maior quantidade de variância e assim sucessivamente resultando em fatores ortogonais, ou seja, não correlacionados entre si (Corrar, et al., 2011).

Existem diversas formas (tipos) de analisar os itens de uma AF: *R-mode fator analysis*; *Q-mode fator analysis*; *O-mode fator analysis*; *T-mode fator analysis* e *S-mode fator analysis*, sendo as duas primeiras as mais comuns e de entre estas a primeira. O *R-mode fator analysis* consiste na AF que agrupa variáveis com o objetivo de identificar estruturas subjacentes apenas perceptíveis na relação intravariável; O *Q-mode fator analysis* refere-se à AF que agrupa casos, indivíduos, ou grupos de acordo com as características comuns percebidas pela correlação das variáveis<sup>74</sup>;

---

<sup>71</sup>Em alternativa, na Análise Fatorial Confirmatória o pesquisador “já parte de uma hipótese de relacionamento preconcebida entre um conjunto de variáveis e alguns fatores latentes” e pretende confirmar se a sua teoria que sustenta a hipótese de relacionamento está correta ou não” (Corrar, et al., 2011, p. 80).

<sup>72</sup>Este método é indicado para pesquisas que têm como principal objetivo “analisar as estruturas subjacentes de de relacionamento entre variáveis” (Corrar, et al., 2011, p. 81).

<sup>73</sup>Os autores entendem que variância comum é a compartilhada entre todos os itens; variância específica ou única é a exclusiva a um item; e erro é a variância causada por fatores aleatórios (incertos).

<sup>74</sup>O *Q-mode fator analysis* apropria-se à AF quando o pesquisador pretende avaliar apenas um caso face a n variáveis ao longo do tempo, isto é, criar relacionamentos entre os diversos anos desse caso; O *T-mode fator analysis* é semelhante ao *O-mode fator analysis*, porém refere-se a vários casos e não apenas a um; por fim, a última variação no modo de utilizar a AF é o *S-mode fator analysis*, cujo objetivo é agrupar os “casos sob a perspectiva de uma variável no decorrer de um período de tempo” (Corrar et al., 2011, p. 85).

A escolha do número de fatores é outro ponto fundamental para a elaboração da AF. Ao preferir fatores, o investigador estará a optar por não “tratar 100% da variância observada pelo conjunto completo de variáveis, mas por uma parcela da variação total dos dados que consegue ser explicada pelos fatores” (Corry, et al., 2011, p. 86).

Assim, se o pesquisador optar por limitar em demasia o número de fatores, poderá estar a analisar “fatores que expliquem uma pequena parcela da variância total dos dados” o que prejudicará as suas inferências; se, pelo contrário, optar por um número grande de fatores, estará a eliminar a vantagem da sumarização dos dados inerente ao objetivo da AF e a criar um novo problema, o de tratar muita informação de forma análoga, prejudicando igualmente as inferências (Corry et al., 2011).

Os mesmos autores indicam duas técnicas para definir o número de fatores, que podem ser utilizadas isoladas ou em simultâneo. O critério do autovalor ou critério de *Kaiser*, partindo do princípio da padronização dos dados de que cada item tem média 0 e variância 1, consideram que apenas os fatores com autovalores<sup>75</sup> (*eigenvalue*) acima de 1 devem ser considerados, de modo a serem tanto ou mais significativos que um item. Graficamente este método pode ser ilustrado pelo critério do gráfico de declive ou *scree plot*, que se apoia no raciocínio de que grande parte da variância será explicada pelos primeiros fatores e que entre estes existe uma diferença significativa; quando esta diferença se torna pequena e a curva suaviza é este ponto que determina o número de fatores a serem considerados. Na prática o número de fatores a ser extraído é aquele que explica um percentual de variância considerado adequado pelo pesquisador.

Finalmente cabe ao pesquisador, através da rotação dos fatores<sup>76</sup>, buscar as soluções que aumentem o poder de explicar o significado dos agrupamentos realizados pela AF. Os autores referem quatro métodos de rotação dos fatores (*Varimax*, *Quarimax*, *Equimax*, *Promax*), sendo o mais utilizado o método *Varimax*, que é ortogonal<sup>77</sup> e facilita a identificação de um item com um fator, por minimizar a possibilidade de um item apresentar cargas fatoriais<sup>78</sup> altas em diferentes fatores.

Outros conceitos importantes a extrair de uma AF são as comunalidades e referem-se à percentagem de variância explicada que uma variável obteve, ou seja, quanto todos os fatores juntos são capazes de explicar o item. Quanto mais próximos de 1 estiverem as

---

<sup>75</sup>Autovalor correspondente ao quanto o fator consegue explicar da variância total.

<sup>76</sup>A rotação de fatores não altera o valor total de variância obtida na etapa anterior, apenas opera um rearranjo dos autovalores.

<sup>77</sup>Rotação ortogonal, mantém os fatores perpendiculares, sem correlação entre si.

<sup>78</sup>As cargas fatoriais são parâmetros que na AF relacionam os fatores com os itens.

comunalidades, maior é o poder de explicação dos fatores. O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) mede o grau de correlação parcial entre as variáveis (*Measure of Sampling Adequacy-MSA*); o *Bartlett's test of sphericity* indica se a matriz de correlação é uma identidade (correlação zero entre as variáveis); a matriz *Anti-image* carrega na sua diagonal o valor do MSA para cada uma das variáveis e nos demais campos mostra a correlação parcial. Uma “boa AF, sem considerar a diagonal da matriz, possui valores muito pequenos de correlação parcial” (Corrar et al., 2011, p. 100).

### **Características psicométricas da MIST-P**

Replicando a estratégia analítica de Starck (1985) relativa à versão anglófona do MIST (20 itens) para a população portuguesa com dor crônica reumática, obteve-se o Teste de Sentido no Sofrimento (MIST-P) que ficou constituída por 12 itens. Os procedimentos que levaram à eliminação de oito itens descrevem-se a seguir.

#### **Fidelidade**

A Tabela 13 apresenta a distribuição das respostas aos itens da escala (média e desvio padrão), as correlações obtidas ( $r$  com e sem o próprio item) e os valores de *alfa de Cronbach*. Verifica-se que as correlações obtidas entre cada item com a sua nota global quando o próprio item é excluído, são positivas, fracas a moderadas (0,377 e 0,639). Todos os valores da correlação se encontram bastante acima de 0,20, respeitando os critérios definidos (Dancey & Reidy, 2005 citado por Filho & Júnior, 2009), e muito significativas.

Oito itens (4, 5, 7, 10, 12, 15, 18 e 20) foram eliminados porque apresentavam valores de correlação de *Pearson* corrigido abaixo do valor considerado aceitável ( $r < 0,20$ ) e porque a sua eliminação melhorava o valor *alfa de Cronbach* do total da escala (Filho & Junior, 2009)”.

Três destes itens pertenciam ao fator “Característica Subjetivas do Sofrimento” do MIST: (5) Acredito que o sofrimento limita as possibilidades da pessoa se realizar plenamente, (12) Acredito que o sofrimento é castigo por causa do pecado e (18) Acredito que o sofrimento acontece se a pessoa tem azar e o destino lhe foi desfavorável; quatro itens pertenciam ao Fator “Respostas pessoais ao sofrimento” do MIST: (4) Acredito que o sucesso na forma de lidar com o sofrimento depende da atitude da pessoa diante da circunstância, (10) Acredito que as minhas experiências de sofrimento obedecem a um padrão que se mantém apesar dos meus esforços para mudar a minha vida, (15) Acredito que as pessoas diferem na quantidade de sofrimento que podem suportar, (20) Acredito que

o sofrimento testa a firmeza do caráter da pessoa; e um item pertencia ao Fator “Sentido no sofrimento” MIST: (7) Acredito que a vida tem sido injusta para mim porque sou vítima do destino.

Quanto aos 6 itens de respostas invertidas do MIST (5, 7, 10, 12, 18 e 20), correspondem a 6 dos 8 itens eliminados, pelo que na MIST-P não existem itens com resposta invertida.

A consistência interna pode ser considerada boa, pois todos os itens exibem um *alfa de Cronbach* acima de 0,800, variando entre 0,809 e 0,830, sendo o seu valor para o total da escala de 0,833 (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pais-Ribeiro, 2008; Pestana & Gageiro, 2005a).

Tabela 13

*Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da MIST-P*

Itens	$\bar{x}$	DP	R do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach sem o item
1.Acredito ter a ajuda espiritual (não necessariamente religiosa) para ultrapassar o fardo do meu sofrimento.	3,882	2,076	,453	,825
2.Acredito que o sofrimento leva a pessoa a encontrar novos objetivos, mais compensadores.	4,000	1,778	,482	,822
3.Acredito que entendo melhor a vida devido ao sofrimento que experimentei.	4,626	1,732	,522	,819
6.Acredito que toda a gente tem um objetivo na vida; uma razão para estar na terra.	5,567	1,566	,416	,826
8.Acredito que há sempre esperança no sofrimento.	4,578	1,675	,484	,822
9.Acredito que o sofrimento pode ensinar lições valiosas sobre a vida.	5,107	1,531	,447	,825
13.Acredito que a minha experiência de sofrimento me tenha dado a possibilidade de completar a minha missão na vida.	2,963	1,876	,639	,809
14.Acredito que algumas coisas boas ocorreram como resultado do meu sofrimento.	3,034	1,893	,498	,821
11.Acredito que o meu sofrimento faça parte de um grande desígnio embora nem sempre eu o entenda.	3,556	2,035	,554	,816
16.Acredito que a ninguém é dado mais sofrimento do que aquele que pode suportar.	3,659	2,072	,489	,822
17.Acredito que o meu sofrimento deu àqueles que eu amo uma oportunidade de se realizarem.	2,460	1,890	,562	,815
19.Acredito que o sofrimento faz parte da condição humana e acontece a todos mais tarde ou mais cedo.	4,529	1,927	,377	,830

Alfa de Cronbach do total: ,833

Pela análise da Tabela 14 verifica-se que a escala da MIST é estável no tempo pois os valores da correlação de *Pearson* entre os dados da 1ª e 2ª aplicação (3 semanas de intervalo) são positivos e bons (0,777 a 0,844) na opinião de Pais-Ribeiro (2008) e Pestana & Gageiro (2005a).

Tabela 14  
Matriz da correlação de Pearson entre fatores e o total da MIST-P da 1ª/2ª aplicação

		(2ª aplicação)		TOTAL
		Sentido e respostas face ao sofrimento	Características subjetivas face ao sofrimento	
(1ª aplicação)	Sentido e respostas face ao sofrimento	0,822**		
	Características subjetivas face ao sofrimento	0,000	0,777**	
	TOTAL		0,000	0,844**

\*\*Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

### Validade

Procedeu-se ao estudo da validade de constructo pelo cálculo de uma análise fatorial exploratória (AFE) segundo a Análise por Componentes Principais (Hair et al., 1998). Depois de retiradas as variâncias explicadas procurou-se de entre os itens novas combinações lineares que explicassem a maior quantidade de variância, resultando em fatores ortogonais. Para analisar os itens da AF recorreu-se à *R-mode fator analysis*, sendo a escolha do número de fatores efetuada pela técnica do autovalor ou critério de *Kaiser* e pela técnica que explica a percentagem da variância considerada adequada pelo pesquisador, indicando o agrupamento dos itens em dois e não três fatores, conforme o estudo original.

Por fim, para aumentar o poder explicativo do significado dos fatores, procuraram-se as soluções pelo método de rotação de fatores *Varimax* (Corrar et al., 2011). Os resultados da AFE comprovam após sucessivas análises, e de acordo com critérios estatísticos e de interpretabilidade segundo a regra de *Kaiser* (raízes latentes iguais ou superiores a 1) (Corrar et al., 2011), uma estrutura fatorial de dois componentes principais.

Nas linhas inferiores da Tabela 15, estão indicadas as percentagens de variância explicada por cada fator e o total da variância explicada (24,943; 22,631 e 47,574) da validação da MIST-P. Os valores *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO=0,822) e o do teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2=635,965$ ;  $p=0,000$ ) permitem não apenas afirmar que a análise fatorial exploratória é admissível, mas considerar que se trata de uma “boa” relação entre fatores e variáveis (Corrar et al., 2011; Pestana & Gageiro, 2005a).

Os valores das comunalidades (proporção da variância de cada variável inicial explicada pelos fatores extraídos) variam entre 0,308 e 0,607.

Tabela 15  
Análise fatorial da MIST-P

Itens	h <sup>2</sup>	Sentido e respostas face ao sofrimento	Características subjetivas face ao sofrimento
1.Acredito ter a ajuda espiritual (não necessariamente religiosa) para ultrapassar o fardo do meu sofrimento.	,308	,434	
2.Acredito que o sofrimento leva a pessoa a encontrar novos objetivos, mais compensadores.	,554	,741	
3.Acredito que entendo melhor a vida devido ao sofrimento que experimentei.	,530	,712	
6.Acredito que toda a gente tem um objetivo na vida; uma razão para estar na terra.	,313	,524	
8.Acredito que há sempre esperança no sofrimento.	,476	,675	
9.Acredito que o sofrimento pode ensinar lições valiosas sobre a vida.	,445	,661	
13.Acredito que a minha experiência de sofrimento me tenha dado a possibilidade de completar a minha missão na vida.	,561	,455	,595
14.Acredito que algumas coisas boas ocorreram como resultado do meu sofrimento.	,381	,512	,345
11.Acredito que o meu sofrimento faça parte de um grande desígnio embora nem sempre eu o entenda.	,583		,734
16.Acredito que a ninguém é dado mais sofrimento do que aquele que pode suportar.	,607		,775
17.Acredito que o meu sofrimento deu àqueles que eu amo uma oportunidade de se realizarem.	,562		,709
19.Acredito que o sofrimento faz parte da condição humana e acontece a todos mais tarde ou mais cedo.	,389		,621
% de variância explicada por fator		24,943	22,631
% total de variância explicada		47,574	
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Measure of Sampling adequacy		,822	
Bartlett's test of sphericity		635,965; p= ,000	

O *scree test* à versão MIST-P permite confirmar a adequação da matriz fatorial aos dados analisados, indicando a inclinação da reta 2 componentes, sendo este o valor a que correspondente um maior afastamento entre os valores próprios (Pestana & Gageiro, 2005a).

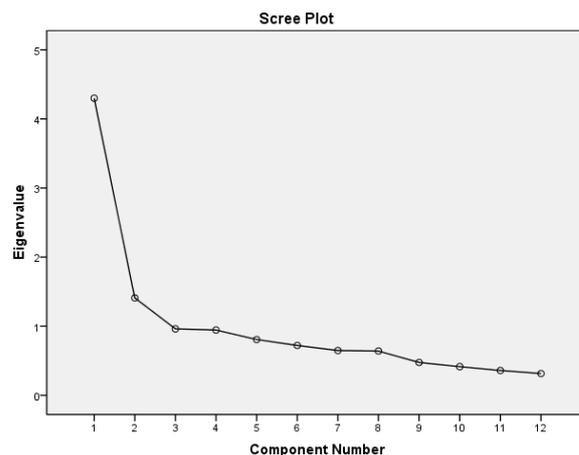


Gráfico 1  
Gráfico de Cattel ou Scree Plot da MIST-P

Os valores das correlações (Tabela 16) entre os fatores e entre os fatores e o total da MIST-P são moderados a altos, o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais. As correlações entre os fatores e entre os fatores e o total são muito significativas ( $p < 0,001$ ). Estes resultados apontam para

a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos subtotais dos fatores.

Tabela 16  
*Matriz da correlação de Pearson entre fatores da MIST-P*

	Sentido e respostas face ao sofrimento	Características subjetivas face ao sofrimento	TOTAL
Sentido e respostas face ao sofrimento	1	,529**	,925
Características subjetivas face ao sofrimento	,529**	1	,812**
TOTAL	,925**	,812**	1

\*\*Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Na Tabela 17 apresenta-se o estudo da validade discriminante dos itens de cada fator da escala MIST-P. Verifica-se que os itens se correlacionam de uma forma bastante forte dentro do seu fator (o que indica uma estrutura bem definida) e moderadamente com o outro fator (com os quais tem alguma relação teórica). Os itens da escala MIST-P apresentam, assim, uma validade discriminante dos itens moderada a forte, onde nenhum item se correlaciona mais com o outro fator do que com aquele a que pertence.

Tabela 17  
*Correlação de Pearson dos itens com o fator a que pertencem e com o fator a que não pertencem da MIST-P*

Itens	Sentido e respostas face ao sofrimento	Características subjetivas face ao sofrimento
1.Acredito ter a ajuda espiritual (não necessariamente religiosa) para ultrapassar o fardo do meu sofrimento.	,607	,349
2.Acredito que o sofrimento leva a pessoa a encontrar novos objetivos, mais compensadores.	,685	,247
3.Acredito que entendo melhor a vida devido ao sofrimento que experimentei.	,677	,333
6.Acredito que toda a gente tem um objetivo na vida; uma razão para estar na terra.	,569	,270
8.Acredito que há sempre esperança no sofrimento.	,651	,292
9.Acredito que o sofrimento pode ensinar lições valiosas sobre a vida.	,610	,263
13.Acredito que a minha experiência de sofrimento me tenha dado a possibilidade de completar a minha missão na vida.	,689	,548
14.Acredito que algumas coisas boas ocorreram como resultado do meu sofrimento.	,633	,372
11.Acredito que o meu sofrimento faça parte de um grande desígnio embora nem sempre eu o entenda.	,456	,765
16.Acredito que a ninguém é dado mais sofrimento do que aquele que pode suportar.	,368	,783
17.Acredito que o meu sofrimento deu àqueles que eu amo uma oportunidade de se realizarem.	,476	,733
19.Acredito que o sofrimento faz parte da condição humana e acontece a todos mais tarde ou mais cedo.	,274	,693

A análise da tabela permite verificar também que a correlação entre os dois fatores da escala com os seus itens tem um padrão de correlação positivo e bastante homogéneo, oscilando o valor dos itens, no F.1 (Sentido e respostas face ao sofrimento) entre 0,569 e 0,689 constituindo uma correlação moderada. Os seus itens correlacionam-se ainda positivamente, de forma fraca a moderada com o F.2 (Características subjetivas face ao sofrimento); no F.2 o valor dos itens varia entre 0,693 e 0,783 oscilando entre uma correlação moderada a predominantemente forte entre si, e uma correlação positiva, fraca a moderada com o F.1.

Foi igualmente determinado o *alfa de Cronbach* de cada um dos fatores da MIST-P, F.1: 0,792 e F.2: 0,731.

### **Características psicométricas da STS-P**

A autotranscendência foi avaliada com a *Self-Transcendence Scale* (STS) de Reed (1989). Selecionou-se este instrumento por se adequar aos objetivos do presente estudo, por ser uma forma curta de medição, por se basear numa investigação fenomenológica e teórica consistente e ter sido utilizado nos países ocidentais, com exceção de Portugal.

Semelhantemente ao estudo da fidelidade efetuado com o MIS-T, a avaliação das características psicométricas da STS (Reed, 1989) inicialmente com 15 itens para a população portuguesa com dor crónica reumática a STS-P ficou com 10 itens.

### **Fidelidade**

Verificando-se que a correlação dos itens 10, 11, 12, 13 e 15 com o total corrigido da escala é baixa (<0,20) e há melhoria do valor de *alfa de Cronbach* do total com a sua eliminação, estes itens foram eliminados (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pais-Ribeiro, 2008; Pestana & Gageiro, 2005a).

Os itens excluídos foram os seguintes: (10) Capaz de deixar para trás coisas que em tempos julguei tão importantes; (11) Aceitando a morte como parte da vida; (12) Encontrando sentido nas minhas crenças espirituais; (13) Permitindo que outros me ajudem quando posso precisar; e (15) Largando as perdas do passado, ficando assim a STS-P constituída por 10 itens. As correlações obtidas entre cada item com a sua nota global quando o próprio item é excluído, são positivas, moderadas a fortes (0,443 e 0,681) e muito significativas (Tabela 18).

Tabela 18

*Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da STS-P*

Itens	$\bar{X}$	DP	r do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach sem o item
1.Tendo passatempos ou interesses de que posso desfrutar.	2,812	,925	,621	,811
2.Aceitando-me a mim próprio à medida que envelheço.	2,968	,763	,446	,828
4.Adaptando-me bem à minha atual situação de vida.	2,656	,864	,681	,805
5.Ajustando-me a alterações nas minhas capacidades físicas.	2,694	,817	,482	,825
9.Tendo um interesse contínuo em aprender.	3,333	,783	,449	,828
14.Apreciando o meu ritmo de vida.	2,565	,850	,557	,818
3.Estando envolvido com outras pessoas ou com a minha comunidade sempre que possível.	2,817	,929	,584	,815
6.Partilhando a minha sabedoria ou experiência com outras pessoas.	2,995	,815	,480	,825
7.Encontrando sentido nas minhas experiências passadas.	2,796	,883	,518	,822
8.Ajudando outros de alguma forma.	3,029	,865	,443	,829

Alfa de Cronbach do Total: ,836

Pela análise da Tabela 19 verifica-se que a escala da STS-P é estável no tempo pois a correlação de *Pearson* entre os valores da 1ª aplicação e da 2ª aplicação (3 semanas de intervalo) apresenta valores que oscilam entre 0,630 e 0,828 considerados razoáveis a bons pelos autores Pais-Ribeiro (2008) e Pestana & Gageiro (2005).

Tabela 19  
Matriz da correlação de *Pearson* entre fatores e o total da STS-P

		(2ª aplicação)		TOTAL
		Sentido e respostas face ao sofrimento	Características subjetivas face ao sofrimento	
(1ª aplicação)	Sentido e respostas face ao sofrimento	0,822**		
		0,000		
	Características subjetivas face ao sofrimento		0,630**	
			0,000	
	TOTAL			0,779**
				0,000

\*\*Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

### Validade

A investigação da validade de constructo foi efetuada através de uma AFE com uma definição prévia de apenas um componente, tal como sugerido pela autora, de acordo com a Análise por Componentes Principais (Hair et al., 1998). Depois de retiradas as variâncias explicadas e procuradas novas combinações lineares com fatores ortogonais e analisados os itens da AF pela *R-mode fator analysis*, procedeu-se à escolha do número de fatores pela técnica do critério do autovalor ou critério de Kaiser. A solução encontrada foi o agrupamento dos itens em dois fatores e não em apenas um conforme a STS original. Por fim, o aumento do poder explicativo do significado da AFE foi encontrado pelo método de rotação de fatores Varimax (Corrar et al., 2011). Após sucessivas análises e de acordo com critérios estatísticos e de interpretabilidade segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a 1) os 10 itens ficaram organizados numa estrutura fatorial de dois componentes principais (Tabela 20).

A organização dos itens em 2 fatores explica 52,92% da variância total, apresentando melhoria relativamente à variância total do estudo da versão da original, que foi de 45,2% (Tabela 2). Os fatores, Ambiente interno (F.1) e Ambiente externo e temporal (F.2) explicam 30,21% e 22,72% da variância, respetivamente. Os valores do teste *Kaiser-Meyer-Olkin* de (KMO=0,853) e da esfericidade de Bartlett de ( $\chi^2=548,595$ ;  $p=0,000$ ) para validação da STS-P, permite também neste caso concluir, de acordo com Pestana & Gageiro (2005a) e Corrar et al. (2011, p. 100), que a AFE não apenas é admissível, como representa uma “boa” relação entre fatores e itens.

Os valores das comunalidades (proporção da variância de cada variável inicial explicada pelos fatores extraídos) variam entre 0,312 e 0,732.

Tabela 20  
Análise fatorial da STS-P

Itens	h2	Ambiente interno	Ambiente externo e temporal
1.Tendo passatempos ou interesses de que posso desfrutar.	,561	,685	
2.Aceitando-me a mim próprio à medida que envelheço.	,402	,625	
4.Adaptando-me bem à minha atual situação de vida.	,732	,831	
5.Ajustando-me a alterações nas minhas capacidades físicas.	,476	,684	
9.Tendo um interesse contínuo em aprender.	,312	,439	
14.Apreciando o meu ritmo de vida.	,546	,719	
3.Estando envolvido com outras pessoas ou com a minha comunidade sempre que possível.	,493	,467	,525
6.Partilhando a minha sabedoria ou experiência com outras pessoas.	,548		,718
7.Encontrando sentido nas minhas experiências passadas.	,630		,772
8.Ajudando outros de alguma forma.	,591		,763
% de variância explicada por fator		30,207	22,717
% Total de variância explicada		52,924	
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Measure of Sampling adequacy		,853	
Bartlett's test of sphericity		548,595; p=	,000

O *scree test* à versão STS-P permite confirmar a adequação da matriz fatorial aos dados analisados, verificando-se pela inclinação da reta dois fatores a reter, uma vez que estes correspondem a um maior afastamento entre os valores próprios (Gráfico 2) (Pestana & Gageiro, 2005a).

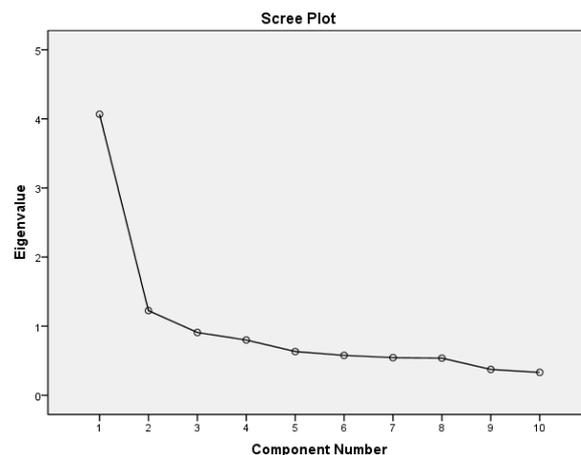


Gráfico 2  
Gráfico de Cattell ou Scree Plot da STS-P

Os valores das correlações entre os fatores e entre estes e o total da STS-P são moderadas a altas, o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais. As correlações entre os fatores e entre estes e o

total são muito significativas ( $p < 0,001$ ). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos totais dos fatores (Tabela 21).

Tabela 21  
Matriz da correlação de Pearson entre os fatores da STS-P

	Ambiente interno	Ambiente externo e temporal	TOTAL
Ambiente interno	1	,642**	,945**
Ambiente externo e temporal	,642**	1	,857**
TOTAL	,945**	,857**	1

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

A Tabela 22 apresenta a validade discriminante dos itens de cada um dos fatores da escala STS-P. Verifica-se que os itens se correlacionam de uma forma mais forte dentro do seu fator, indicando uma estrutura bem definida, e moderada com o outro fator, com os quais têm alguma relação teórica. Pela análise da tabela, constata-se ainda que a correlação entre ambos os fatores com os seus itens é positiva e bastante homogênea, oscilando no F.1 entre 0,580 e 0,821 o que corresponde a uma correlação moderada a forte e no F.2 entre 0,726 e 0,764 constituindo uma correlação forte. A STS-P apresenta uma validade discriminante dos itens que varia de moderada a forte, onde nenhum item se correlaciona mais com o outro fator do que com o seu.

Em síntese, o estudo das propriedades psicométricas da STS-P revelou tratar-se de uma medida da capacidade de desenvolvimento, confirmando assim que a escala é válida e homogênea para medir a autotranscendência.

Tabela 22  
Correlação de Pearson dos itens com o fator a que pertence e com o fator a que não pertence da STS-P

Itens	Ambiente interno	Ambiente externo e temporal
1.Tendo passatempos ou interesses de que posso desfrutar.	,763	,469
2.Aceitando-me a mim próprio à medida que envelheço.	,599	,334
4.Adaptando-me bem à minha atual situação de vida.	,821	,447
5.Ajustando-me a alterações nas minhas capacidades físicas.	,640	,302
9.Tendo um interesse contínuo em aprender.	,580	,370
14.Apreciando o meu ritmo de vida.	,720	,402
3.Estando envolvido com outras pessoas ou com a minha comunidade sempre que possível.	,682	,726
6.Partilhando a minha sabedoria ou experiência com outras pessoas.	,408	,743
7.Encontrando sentido nas minhas experiências passadas.	,432	,764
8.Ajudando outros de alguma forma.	,363	,733

Foi igualmente determinado o *alfa de Cronbach* de cada um dos fatores da STS-P, F.1: 0,796 e F.2: 0,725.

### **Características psicométricas da EOVR**

Optou-se pela Escala Objetivos de Vida (EOV) por ser uma forma compacta, menos confusa para os inquiridos do que o PIL, menos extensa e especialmente indicada quando propostos grande número de testes (Harlow et al., 1987). Conforme os procedimentos dos estudos métricos das escalas anteriores, efetuou-se a replicação do estudo de adaptação da versão anglófona da forma ligeiramente revista da *Purpose in Life Test* (PIL-R) (20 itens) de Harlow, et al. (1987) à população portuguesa de idade adulta avançada a Escala Objetivos de Vida (EOV) (20 itens) de Peralta (2001).

#### **Fidelidade**

Com o objetivo de melhorar a consistência interna foram eliminados cinco itens por apresentarem valores individuais de *alfa de Cronbach* superiores ao global, conseguindo-se com a sua exclusão um valor total melhor (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2005a): (2) A vida parece-me sempre entusiasmante; (7) Depois da reforma, gostaria de fazer algumas das coisas entusiasmantes que sempre quis fazer; (12) Comparado com a minha vida, o mundo parece-me muito mais confuso; (13) Não me considero uma pessoa muito responsável; e (15) Em relação à morte, estou preparado(a) e não tenho medo.

A Tabela 23 mostra igualmente a distribuição das respostas aos itens da escala (média e desvio padrão), as correlações obtidas ( $r$  com e sem o próprio item) e os valores de *alfa de Cronbach*. Pela análise da mesma tabela, pode-se constatar que as correlações obtidas entre cada item com a sua nota global quando o próprio item é excluído são positivas, fracas<sup>79</sup> a forte, predominantemente moderadas (Nunnally, 1978; Streiner & Norman, 2008; Dancy & Reidy, 2005 citados por Filho & Júnior, 2009), sendo a variação da sua amplitude entre 0,290 e 0,717. Os valores de *alfa de Cronbach* dos itens da EOVR oscilam entre 0,837 e 0,859, sendo o valor do total 0,857, o que demonstra uma boa consistência interna (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2005a). Apesar do valor máximo do *alfa de Cronbach* do item 18 da escala ser ligeiramente superior ao do total, este não foi excluído porque a sua eliminação não favorece a homogeneidade da escala e por ser uma variável importante do constructo teórico (Nunnally, 1978; Streiner & Norman, 2008). Dos 15 itens finais da EOVR nove são de resposta invertida: 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 16 e 20.

<sup>79</sup>A fraca correlação foi assumida por ser um valor bastante acima de 0,20 (Nunnally, 1978; Streiner & Norman, 1989).

Tabela 23

Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da EOV

Itens	$\bar{X}$	DP	$\alpha$ do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach sem o item
1*. Geralmente sinto-me muito aborrecido	4,278	2,010	,475	,850
3*. Não tenho nenhuma meta ou aspiração na vida	5,203	1,926	,592	,843
4*. A minha existência pessoal não tem qualquer sentido nem objetivo	5,620	1,889	,717	,837
6*. Se eu pudesse escolher, preferia nunca ter nascido	5,738	1,992	,640	,840
8*. No que diz respeito aos objetivos na vida que queria alcançar não tenho feito progressos	4,278	1,994	,525	,847
9*. A minha vida é vazia e cheia de desespero	5,546	1,982	,643	,840
11*. Ao pensar na minha própria vida, muitas vezes pergunto a mim mesmo porque é que existo	4,882	2,169	,631	,841
16*. Em relação ao suicídio, já tenho pensado seriamente nele como uma saída possível	5,492	2,129	,480	,850
20*. Não descobri nenhuma missão ou objetivos na vida	5,390	1,803	,492	,849
5. Para mim, todos os dias são sempre novos e diferentes	4,331	1,866	,426	,852
10. Se morresse hoje, teria a sensação que valeu a pena viver	5,641	1,767	,347	,856
14. No que diz respeito à liberdade do ser humano para fazer as suas próprias escolhas, acredito que o homem é absolutamente livre de fazer todas as escolhas na vida	4,904	1,852	,330	,857
17. Considero que tenho uma grande capacidade para encontrar um sentido, um objetivo ou uma missão na vida	5,214	1,661	,402	,853
18. A minha vida está nas minhas mãos e eu controlo-a	4,267	1,896	,290	,859
19. Enfrentar as minhas tarefas do dia a dia é uma fonte de prazer e satisfação	4,733	1,686	,389	,854

Alfa de Cronbach do Total: ,857

\*itens de resposta invertida

### Validade

Para o estudo da validade da EOV<sub>R</sub> e mais especificamente da sua estrutura interna, realizaram-se os procedimentos de análise fatorial em componentes principais já descritos nos estudos anteriores e, no sentido de maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método de Varimax. Após sucessivas análises corroborando o pressuposto teórico da escala de dois fatores, optou-se, de acordo com critérios estatísticos e de interpretabilidade segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a 1) e de acordo com Corrar, et al. (2011), por uma estrutura fatorial de dois componentes principais, Vivencial afetivo (F.1) e Existencial cognitivo (F.2) (Tabela 26).

Na parte inferior da tabela, apresenta-se a variância total explicada e a variância explicada pelo agrupamento dos itens nos dois fatores, sendo respetivamente 44,9%; 28,9% e 16,1%, correspondendo a uma melhoria quanto às variâncias do estudo da versão da original (Peralta, 2001) (34%; 21,041% e 13,340%). Observa-se também o resumo dos resultados da análise fatorial quanto à rejeição da hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz identidade ( $\chi^2=948,786$ ;  $p<0,000$ ), e que a medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO=0,840) se aproxima da unidade, garantindo que, de acordo com Pestana & Gageiro (2005) e Corrar, et al. (2011, p. 100), a adequação do modelo fatorial a esta matriz de correlação seja elevada.

Tendo presente a eliminação de alguns dos itens houve necessidade de renomear os fatores passando a designar-se vivencial afetivo e vivencial cognitivo (Tabela 24).

Tabela 24  
Análise fatorial da EOVS

Itens	h <sup>2</sup>	Vivencial afetivo	Existencial cognitivo
1.Geralmente sinto-me muito aborrecido	,354	,581	
3.Não tenho nenhuma meta ou aspiração na vida	,600	,772	
4.A minha existência pessoal não tem qualquer sentido nem objetivo	,738	,846	
6.Se eu pudesse escolher, preferia nunca ter nascido	,558	,703	
8.No que diz respeito aos objetivos na vida que queria alcançar não tenho feito progressos	,410	,620	
9.A minha vida é vazia e cheia de desespero	,582	,734	
11.Ao pensar na minha própria vida, muitas vezes pergunto a mim mesmo porque é que existo	,518	,650	
16.Em relação ao suicídio, já tenho pensado seriamente nele como uma saída possível	,328	,511	
20.Não descobri nenhuma missão ou objetivos na vida	,409	,635	
5.Para mim, todos os dias são sempre novos e diferentes	,354		,534
10.Se morresse hoje, teria a sensação que valeu a pena viver	,277		,489
14.No que diz respeito à liberdade do ser humano para fazer as suas próprias escolhas, acredito que o homem é absolutamente livre de fazer todas as escolhas na vida	,304		,537
17.Considero que tenho uma grande capacidade para encontrar um sentido, um objetivo ou uma missão na vida	,395		,601
18.A minha vida está nas minhas mãos e eu controlo-a	,466		,682
19.Enfrentar as minhas tarefas do dia a dia é uma fonte de prazer e satisfação	,447		,654
% de variância explicada por fator		28,860	16,069
% total de variância explicada		44,929	
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Measure of Sampling adequacy		,840	
Bartlett's test of sphericity		948,786; p= ,000	

O *scree test* à versão EOVS permite confirmar a adequação da matriz fatorial aos dados analisados (Gráfico 3), verificando-se pela inclinação da reta dois fatores a reter, uma vez que estes correspondem a um maior afastamento entre os valores próprios (Pestana & Gageiro, 2005a).

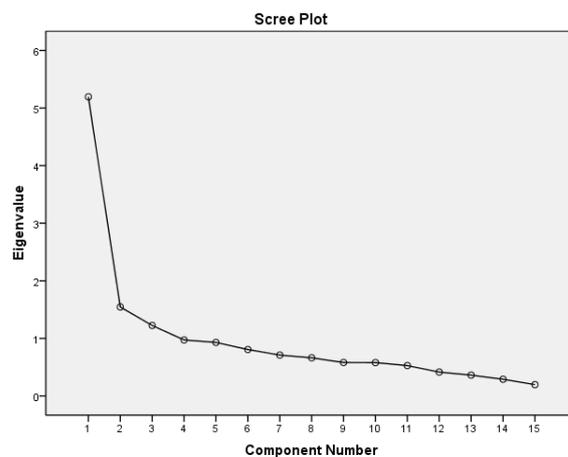


Gráfico 3  
Gráfico de Cattell ou Scree Plot da EOVS

Na Tabela 25 pode observar-se que os valores da correlação entre os diferentes fatores e o total da escala são muito significativas ( $p < 0,001$ ).

Os valores das correlações são moderados a altos, o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais. As correlações entre os fatores e entre os fatores e o total são muito significativas ( $p < 0,001$ ).

Tabela 25  
Matriz da correlação de Pearson entre os fatores e o total da EOY

	Vivencial afetivo	Existencial cognitivo	TOTAL
Vivencial afetivo	1	,469**	,938**
Existencial cognitivo	,469**	1	,747**
TOTAL	,938**	,747**	1

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

A Tabela 26 apresenta a validade discriminante dos itens de cada um dos fatores da escala EOY. Verifica-se que os itens se correlacionam de uma forma mais forte dentro do seu fator, indicando uma estrutura bem definida e moderada com o outro fator, com os quais têm alguma relação teórica. Pela análise da tabela, constata-se ainda que a correlação entre ambos os fatores com os seus itens é positiva e bastante homogênea, oscilando no F.1 entre 0,611 e 0,840 o que corresponde a uma correlação moderada a forte, e no F.2 entre 0,589 e 0,625 constituindo uma correlação moderada. A EOY apresenta uma validade discriminante dos itens que varia de moderada a forte, onde nenhum item se correlaciona mais com o outro fator do que com o seu.

Tabela 26  
Correlação de Pearson dos itens com o fator a que pertence e com o fator a que não pertence da EOY

Itens	Vivencial afetivo	Existencial cognitivo
1. Geralmente sinto-me muito aborrecido	,612	,268
3. Não tenho nenhuma meta ou aspiração na vida	,728	,298
4. A minha existência pessoal não tem qualquer sentido nem objetivo	,840	,350
6. Se eu pudesse escolher, preferia nunca ter nascido	,748	,369
8. No que diz respeito aos objetivos na vida que queria alcançar não tenho feito progressos	,641	,323
9. A minha vida é vazia e cheia de desespero	,749	,373
11. Ao pensar na minha própria vida, muitas vezes pergunto a mim mesmo porque é que existo	,732	,395
16. Em relação ao suicídio, já tenho pensado seriamente nele como uma saída possível	,611	,293
20. Não descobri nenhuma missão ou objetivos na vida	,621	,267
5. Para mim, todos os dias são sempre novos e diferentes	,358	,625
10. Se morresse hoje, teria a sensação que valeu a pena viver	,290	,562
14. No que diz respeito à liberdade do ser humano para fazer as suas próprias escolhas, acredito que o homem é absolutamente livre de fazer todas as escolhas na vida	,260	,589
17. Considero que tenho uma grande capacidade para encontrar um sentido, um objetivo ou uma missão na vida	,320	,619
18. A minha vida está nas minhas mãos e eu controlo-a	,195	,625
19. Enfrentar as minhas tarefas do dia a dia é uma fonte de prazer e satisfação	,299	,633

Foi igualmente determinado o *alfa de Cronbach* de cada um dos fatores da EOVR, F.1: 0,867 e F.2: 0,659.

### **Características psicométricas da HADS-PR**

Enquanto medida de ansiedade e depressão utilizou-se a versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-P) (Pais-Ribeiro et al., 2007; Silva et al., 2006) (14 itens), uma vez que mostrou propriedades métricas positivas, similares às dos estudos internacionais, sugerindo que mede o mesmo constructo da HADS original (Zigmond & Snaith, 1983) (14 itens) e por ser um instrumento de fácil compreensão, resposta rápida e bem aceite por doentes com doença crónica.

### **Fidelidade**

Referindo-se ao estudo da fidelidade da HADS-PR, a Tabela 27 apresenta a distribuição das respostas aos itens da escala (média e desvio padrão) as correlações obtidas (*r* com e sem o próprio item) e os valores de *alfa de Cronbach*.

Tabela 27  
Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da HADS-PR

Itens	$\bar{X}$	DP	r do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach sem o item
1*.Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a):	1,604	,772	,594	,880
3*.Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:	1,305	1,057	,631	,878
5*.Tenho a cabeça cheia de preocupações:	1,791	,912	,620	,878
7.Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado(a):	1,583	,884	,446	,886
9.Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago:	,989	,816	,681	,876
11*.Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado(a):	1,251	,840	,386	,889
13*.De repente tenho sensações de pânico:	,727	,840	,591	,880
2.Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:	,845	,863	,598	,879
4.Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:	,818	,7326	,684	,877
6*.Sinto-me animado(a):	,984	,820	,654	,877
8*.Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar:	1,973	,918	,509	,884
10*.Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:	,973	,889	,502	,884
12.Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:	1,118	,998	,607	,879
14.Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:	,583	,760	,469	,885
Alfa de de Cronbach do Total: ,889				

\*itens de resposta invertida

Pela análise da tabela constata-se que as correlações obtidas entre cada item com a sua nota global quando o próprio item é excluído são positivas, moderadas (Dancey & Reidy, 2005 citados por Filho & Júnior, 2009) e muito significativas e com valores acima dos encontrados, quer no estudo contributivo (Silva et al., 2006) quer no da validação da HADS-P (Pais-Ribeiro et al., 2007), situando-se a variação da sua amplitude entre 0,446 e 0,684, com exceção do item 11 que apresentou uma correlação mais baixa (0,386), tal como também verificado no estudo métrico da HADS-P (Pais-Ribeiro et al., 2007, p. 229).

Verifica-se, igualmente, que a escala apresenta uma boa consistência interna, com valor *alfa de Cronbach* de 0,889, superior aos encontrados nos dois estudos referidos pelos autores (Pais-Ribeiro et al., 2007; Silva, et al., 2006), sendo os valores de *alfa de Cronbach* sem o item todos superiores a 0,876, corroborando a ideia da HADS-PR ser uma escala fiel (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2005a).

### **Validade**

Para o estudo da validade da HADS-PR, apesar dos autores da HADS não remeterem para o método de Análise Fatorial (AF) utilizado, partindo do critério teórico-empírico (Corrar et al., 2011), procedeu-se à Análise por Componentes Principais, replicando o estudo dos autores da HADS-P (Pais-Ribeiro et al., 2007; Silva, et al., 2006), em conformidade com a maioria de estudos similares (Bjelland et al., 2002), fixando-nos numa solução bifatorial. À semelhança dos estudos encontrados, designou-se o primeiro Fator (F.1) por Depressão e o segundo (F.2) por Ansiedade (Tabela 28).

O resumo dos resultados da análise fatorial, na parte inferior da tabela, salienta uma variância total explicada de 50,00%, que corresponde a uma melhoria quanto ao estudo da versão da original (46,63%) (Pais-Ribeiro et al., 2007), e a variância explicada pelo agrupamento dos itens do F.1 e F.2, é respetivamente 25,16% e 24,84%; a rejeição da hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz identidade ( $\chi^2=982,847$ ;  $p<0,000$ ); a medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO=0,905) aproxima-se da unidade, garantindo que, de acordo com Pestana & Gageiro (2005) e Corrar, et al. (2011, p. 100), que a estrutura interna da HADS-PR com a adequação deste modelo fatorial à matriz de correlação, seja elevada.

Tabela 28  
*Análise fatorial da HADS-PR*

Itens	h <sup>2</sup>	Depressão	Ansiedade
1.Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a):	,519		,664
3.Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:	,526		,587
5.Tenho a cabeça cheia de preocupações:	,610		,749
7.Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado(a):	,296		,490
9.Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago:	,600		,668
11.Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado(a):	,456		,675
13.De repente tenho sensações de pânico:	,456		,536
2.Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:	,625	,772	
4.Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:	,606	,679	
6.Sinto-me animado(a):	,534	,462	
8.Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar:	,373	,535	
10.Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:	,434	,638	
12.Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:	,539	,678	
14.Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:	,425	,640	
% of Variance explicada por fator		25,160	24,843
% of Variance explicada		50,004	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure		,905	
Bartlett's Test of Sphericity		982,847; p=	,000

No Gráfico 4, o *scree plot* da escala HDAS-PR permite confirmar a adequação da matriz fatorial aos dados analisados, verificando-se pela inclinação da reta dois fatores a reter, uma vez que estes correspondem a um maior afastamento entre os valores próprios (Pestana & Gageiro, 2005a).

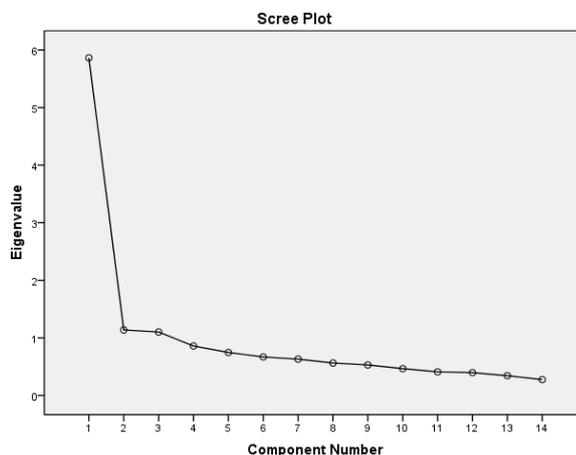


Gráfico 4  
Scree plot da ansiedade e depressão

Na Tabela 29 observa-se que os valores da correlação entre os fatores e entre estes e o total da escala são muito significativos ( $p < 0,001$ ).

Tabela 29

Matriz da correlação de Pearson entre os fatores e entre os fatores e o total da HADS-PR

	Ansiedade	Depressão	TOTAL
Ansiedade	1	,705**	,924**
Depressão	,705**	1	,922**
TOTAL	,924**	,922**	1

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

Os valores das correlações são moderados e fortes, o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais.

As correlações entre os fatores são muito significativas ( $p < 0,001$ ). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos totais dos fatores.

Foi igualmente determinado o *alfa de Cronbach* de cada um dos fatores da HADS-PR, F.1: 0,823 e F.2: 0,815.

### Características psicométricas da CPSS-PR

Por se tratar de um instrumento útil, prático, facilmente administrado, válido e fidedigno, utilizou-se a versão portuguesa da *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS) de

Anderson et al. (1995) adaptada para o contexto português de Portugal por Domingos & Cruz (2005), (CPSS-P), para medir a percepção de autoeficácia dos sofreadores de dor reumática crónica para controlar a dor e as suas consequências. Desta forma responde-se, de algum modo, às sugestões proferidas pelos autores da CPSS quanto à conveniência da investigação aprofundada para avaliar a sensibilidade e fidedignidade interobservadora da escala, replicando o estudo noutra amostra diversificada quanto ao género e profissão. Os resultados do presente estudo apoiam a validade e fidedignidade da CPSS-P aplicada à pessoa com dor crónica reumática (CPSS-PR).

### **Fidelidade**

Com o objetivo de melhorar a fiabilidade e a homogeneidade foram eliminados 3 itens por apresentarem valores individuais de *alfa de Cronbach* superiores ao do total, melhorando assim com a sua exclusão (Pestana & Gageiro, 2005a; Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques; 2006; Pais-Ribeiro, 2008): (2) Em que medida tem a certeza de que consegue continuar a maior parte das suas atividades diárias?; (15) Em que medida tem a certeza de que consegue controlar a sua fadiga?; (19) Em que medida tem a certeza de que consegue gerir os seus sintomas físicos de tal modo que consiga fazer aquilo que gosta?

A Tabela 30 apresenta a distribuição das respostas aos itens da escala (média e desvio padrão) as correlações obtidas ( $r$  com e sem o próprio item) e os valores de *alfa de Cronbach*. Analisando a tabela, constata-se que as correlações obtidas entre cada item com a sua nota global quando o próprio item é excluído são positivas, moderadas a fortes (Dancey & Reidy, 2005 citados por Filho & Júnior, 2009) e muito significativas, situando-se a variação da sua amplitude entre 0,463 e 0,836, com valor inferior semelhante ao do estudo de Domingos & Cruz (2005), (0,460 para o item 19). Apesar do valor do *alfa de Cronbach* do item 5 ser ligeiramente superior ao do total, este não foi excluído porque a sua eliminação não favorece a homogeneidade da escala e por ser uma variável importante do constructo teórico (Nunnally, 1978; Streiner & Norman, 2008), o mesmo se verificou com os itens 3 e 4 com o mesmo valor do total.

### **Validade**

O estudo da validade ou estrutura interna da CPSS-PR foi efetuado por procedimentos de análise fatorial em componentes principais e à rotação ortogonal pelo método de Varimax e de interpretabilidade de acordo com a regra de Kaiser (Corrar, et al., 2011),

obtendo a solução de uma estrutura fatorial com três componentes principais muito similar à dos autores da CPSS (Anderson et al., 1995) e da CPSS-P (Domingos & Cruz, 2005) divergindo porém da encontrada por Salvetti (2004) quanto ao agrupamento de itens por fator. Assim, em conformidade com os primeiros dois autores referidos, a CPSS-PR apresenta a autoeficácia relativa a: (F.1) Gestão da dor com quatro itens (1, 3, 4, e 5) e *alfa de Cronbach* 0,80; (F.2) Funcionalidade com nove itens (6 a 14) e *alfa de Cronbach* 0,947; e (F.3) Estratégias de *coping* (CSE) com seis itens (16, 17, 18, 20, 21 e 22) e *alfa de Cronbach* 0,906. Assim, com exclusão dos itens 2, 15 e 19 a CPSS-PR ficará constituída por 19 itens (Tabela 30).

Tabela 30

*Estatística descritiva, correlação de Pearson e alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da CPSS-PR*

Itens	$\bar{x}$	DP	r do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach sem o item
1.Em que medida tem a certeza de que consegue diminuir bastante a sua dor?	51,070	24,581	,641	,948
3.Em que medida tem a certeza de que consegue impedir que a sua dor interfira no seu sono?	47,754	26,966	,555	,950
4.Em que medida tem a certeza de que consegue uma diminuição entre pequena a moderada da sua dor, usando métodos que não a medicação suplementar?	41,123	25,301	,527	,950
5.Em que medida tem a certeza que consegue fazer uma grande diminuição da sua dor usando métodos que não a medicação suplementar?	33,743	24,493	,463	,951
6.Em que medida tem a certeza de que consegue andar cerca de 800 metros em terreno plano?	66,824	31,342	,656	,949
7.Em que medida tem a certeza de que consegue levantar uma caixa com 4.5 kg?	55,989	32,733	,686	,948
8.Em que medida tem a certeza de que consegue executar um programa de exercícios diários em casa?	46,257	26,939	,752	,947
9.Em que medida tem a certeza de que consegue executar as suas tarefas domésticas?	51,765	27,131	,789	,946
10.Em que medida tem a certeza de que consegue fazer as suas compras de mercearia ou vestuário?	55,401	30,093	,797	,946
11.Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades sociais?	59,198	27,687	,836	,945
12.Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades recreativas ou de tempos livres?	53,423	27,787	,812	,946
13.Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades familiares?	62,674	26,219	,810	,946
14.Em que medida tem a certeza de que consegue executar as suas obrigações de trabalho que tinha antes do início da sua dor crónica?	43,850	29,949	,691	,948
16.Em que medida tem a certeza de que consegue regular as suas atividades de forma que as mesmas não agravem os seus sintomas físicos (e.g. fadiga, dor)?	47,861	23,041	,747	,947
17.Em que medida tem a certeza de que consegue fazer algo para se sentir melhor quando está desanimado?	54,813	22,868	,652	,948
18.Por comparação com outras pessoas com problemas médicos crónicos semelhantes ao seu, em que medida tem a certeza de que consegue gerir a sua dor durante as atividades diárias?	52,032	22,147	,763	,947
20.Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com a frustração característica de problemas médicos do tipo crónico?	51,973	24,505	,700	,948
21.Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com uma dor entre ligeira e moderada?	59,251	22,203	,710	,948
22.Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com uma dor severa?	40,695	23,783	,584	,949

Alfa de Cronbach do Total: ,950

Na parte inferior da Tabela 31 apresenta-se a variância total explicada para o total e pelos Fatores 1, 2 e 3 que são, respetivamente 69,93%; 33,07% e 24,23%; e 12,63%; correspondendo a uma melhoria quanto à variância do estudo de Salvetti (2004) (60,80%). Observa-se também o resumo dos resultados da análise fatorial, quanto à rejeição da hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz identidade ( $\chi^2=2864,523$ ;  $p=0,000$ ), e que a medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO=0,930) se aproxima de 1, garantindo, de

acordo com Pestana & Gageiro (2005) e Corrar, et al. (2011, p. 100), a adequação do modelo fatorial a esta matriz de correlação elevada entre fatores e itens.

Tabela 31  
Análise fatorial da CPSS-PR

Itens	$h^2$	Gestão da dor	Funcionalidade	Estratégias de coping
1.Em que medida tem a certeza de que consegue diminuir bastante a sua dor?	,568			,411
3.Em que medida tem a certeza de que consegue impedir que a sua dor interfira no seu sono?	,456			,487
4.Em que medida tem a certeza de que consegue uma diminuição entre pequena a moderada da sua dor, usando métodos que não a medicação suplementar?	,819			,850
5.Em que medida tem a certeza que consegue fazer uma grande diminuição da sua dor usando métodos que não a medicação suplementar?	,831			,887
6.Em que medida tem a certeza de que consegue andar cerca de 800 metros em terreno plano?	,613	,753		
7.Em que medida tem a certeza de que consegue levantar uma caixa com 4.5 kg?	,703	,805		
8.Em que medida tem a certeza de que consegue executar um programa de exercícios diários em casa?	,665	,724		
9.Em que medida tem a certeza de que consegue executar as suas tarefas domésticas?	,770	,810		
10.Em que medida tem a certeza de que consegue fazer as suas compras de mercearia ou vestuário?	,792	,826		
11.Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades sociais?	,811	,787		
12.Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades recreativas ou de tempos livres?	,781	,790		
13.Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades familiares?	,760	,769		
14.Em que medida tem a certeza de que consegue executar as suas obrigações de trabalho que tinha antes do início da sua dor crónica?	,594	,691		
16.Em que medida tem a certeza de que consegue regular as suas atividades de forma a que as mesmas não agravem os seus sintomas físicos (e.g. fadiga, dor)?	,656		,635	
17.Em que medida tem a certeza de que consegue fazer algo para se sentir melhor quando está desanimado?	,707		,786	
18.Por comparação com outras pessoas com problemas médicos crónicos semelhantes ao seu, em que medida tem a certeza de que consegue gerir a sua dor durante as atividades diárias?	,719		,704	
20.Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com a frustração característica de problemas médicos do tipo crónico?	,735		,787	
21.Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com uma dor entre ligeira e moderada?	,714		,753	
22.Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com uma dor severa?	,593		,695	
% de variância explicada por fator		33,074	24,233	12,625
% total de variância explicada			69,932	
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Measure of Sampling adequacy			,930	
Bartlett's test of sphericity			2864,523; p=	,000

O *scree plot* da escala CPSS-PR (Gráfico 5) permite confirmar a adequação da matriz fatorial aos dados analisados, verificando-se pela inclinação da reta três fatores a reter, uma vez que estes correspondem a um maior afastamento entre os valores próprios (Pestana & Gageiro, 2005a).

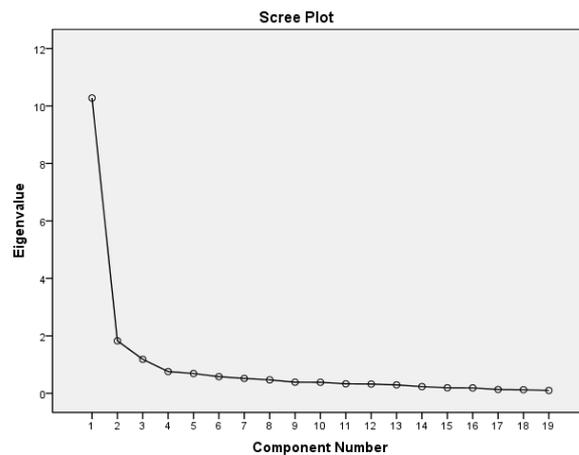


Gráfico 5  
Scree plot da CPSS-PR

Na Tabela 32 observa-se que os valores das correlações são moderados, o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais. As correlações entre os fatores são muito significativas ( $p < 0,001$ ). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos subtotais dos fatores.

Tabela 32  
Matriz da correlação de Pearson entre fatores e entre estes e o total da CPSS-PR

	Gestão da dor	Funcionalidade	Estratégias de coping	TOTAL
Gestão da dor	1	,548**	,652**	,751**
Funcionalidade	,548**	1	,706**	,939**
Estratégias de coping	,652**	,706**	1	,878**
TOTAL	,751**	,939**	,878**	1

Na Tabela 33 apresenta-se o estudo da validade discriminante dos itens de cada fator da escala CPSS-PR com o fator a que pertencem e com os fatores a que não pertencem. Verifica-se que os itens se correlacionam mais com o fator a que pertencem do que com os fatores a que não pertencem, sendo a diferença superior a 0,1 em todos os itens.

Tabela 33  
Correlação de Pearson dos itens com o fator a que pertence e a que não pertence da CPSS-PR

Itens	Gestão da dor	Funcionalidade	Estratégias de coping
1. Em que medida tem a certeza de que consegue diminuir bastante a sua dor?	,768	,520	,641
3. Em que medida tem a certeza de que consegue impedir que a sua dor interfira no seu sono?	,764	,467	,507
4. Em que medida tem a certeza de que consegue uma diminuição entre pequena a moderada da sua dor, usando métodos que não a medicação suplementar?	,841	,394	,499
5. Em que medida tem a certeza que consegue fazer uma grande diminuição da sua dor usando métodos que não a medicação suplementar?	,793	,352	,417
6. Em que medida tem a certeza de que consegue andar cerca de 800 metros em terreno plano?	,375	,779	,498
7. Em que medida tem a certeza de que consegue levantar uma caixa com 4.5 kg?	,430	,813	,486
8. Em que medida tem a certeza de que consegue executar um programa de exercícios diários em casa?	,474	,814	,615
9. Em que medida tem a certeza de que consegue executar as suas tarefas domésticas?	,460	,873	,621
10. Em que medida tem a certeza de que consegue fazer as suas compras de mercearia ou vestuário?	,446	,887	,632
11. Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades sociais?	,505	,893	,685
12. Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades recreativas ou de tempos livres?	,488	,881	,652
13. Em que medida tem a certeza de que consegue participar em atividades familiares?	,517	,866	,650
14. Em que medida tem a certeza de que consegue executar as suas obrigações de trabalho que tinha antes do início da sua dor crónica?	,473	,772	,536
16. Em que medida tem a certeza de que consegue regular as suas atividades de forma a que as mesmas não agravem os seus sintomas físicos (e.g. fadiga, dor)?	,564	,666	,808
17. Em que medida tem a certeza de que consegue fazer algo para se sentir melhor quando está desanimado?	,470	,546	,825
18. Por comparação com outras pessoas com problemas médicos crónicos semelhantes ao seu, em que medida tem a certeza de que consegue gerir a sua dor durante as atividades diárias?	,584	,665	,839
20. Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com a frustração característica de problemas médicos do tipo crónico?	,544	,580	,854
21. Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com uma dor entre ligeira e moderada?	,554	,586	,855
22. Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com uma dor severa?	,513	,457	,768

Como síntese do ESTUDO 1, verifica-se que ambas as escalas *MIST-P* e *STS-P* possuem boas propriedades psicométricas e, apesar de terem perdido alguns itens, são adequadas à utilização na prática clínica.



## Capítulo V Estudo 2 – Sentido de Vida e Fatores Associados

### 5.1 Metodologia

#### 5.1.1 Tipo de estudo e hipóteses.

Ao pretender caracterizar-se o sentido de vida, a ansiedade e a depressão, o índice de sofrimento, de atividade da doença e de autoeficácia, das subamostras de participantes, para controlar a dor e procurar a evidência empírica das relações entre estas variáveis, optou-se por um estudo com desenho correlacional, transversal, que permitisse responder aos objetivos definidos para o ESTUDO 2: Objetivo 3-Determinar as características socio-demográficas, profissionais e clínicas das subamostras de participantes com dor crónica reumática; Objetivo 4-Avaliar o sentido de vida, a autoeficácia, a ansiedade e depressão, o sentido no sofrimento, o índice de sofrimento e a atividade da doença das subamostras de participantes com dor crónica reumática; Objetivo 5-Determinar a correlação entre o sentido de vida e as variáveis sociodemográficas e clínicas (ansiedade e depressão, sentido no sofrimento, atividade da doença e autoeficácia) das subamostras de participantes com dor crónica reumática; Objetivo 6-Identificar fatores preditivos de vida com sentido das subamostras de participantes com dor crónica reumática.

Para responder ao Objetivo 5 definiram-se as cinco hipóteses de investigação que abaixo se descrevem e a seguir se apresentam na Figura 7, relativa ao desenho estudo das hipóteses: H1-Existe uma correlação positiva e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática e a sua autoeficácia no controlo da dor; H2-Existe uma correlação negativa e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática e os seus níveis de ansiedade e depressão; H3-Existe uma correlação positiva e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática e o seu sentido no sofrimento; H4-Existe uma correlação negativa e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática e seus índices de sofrimento (Escala Numérica-EN); H5-Existe uma correlação negativa e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática e seu índice de atividade da doença.

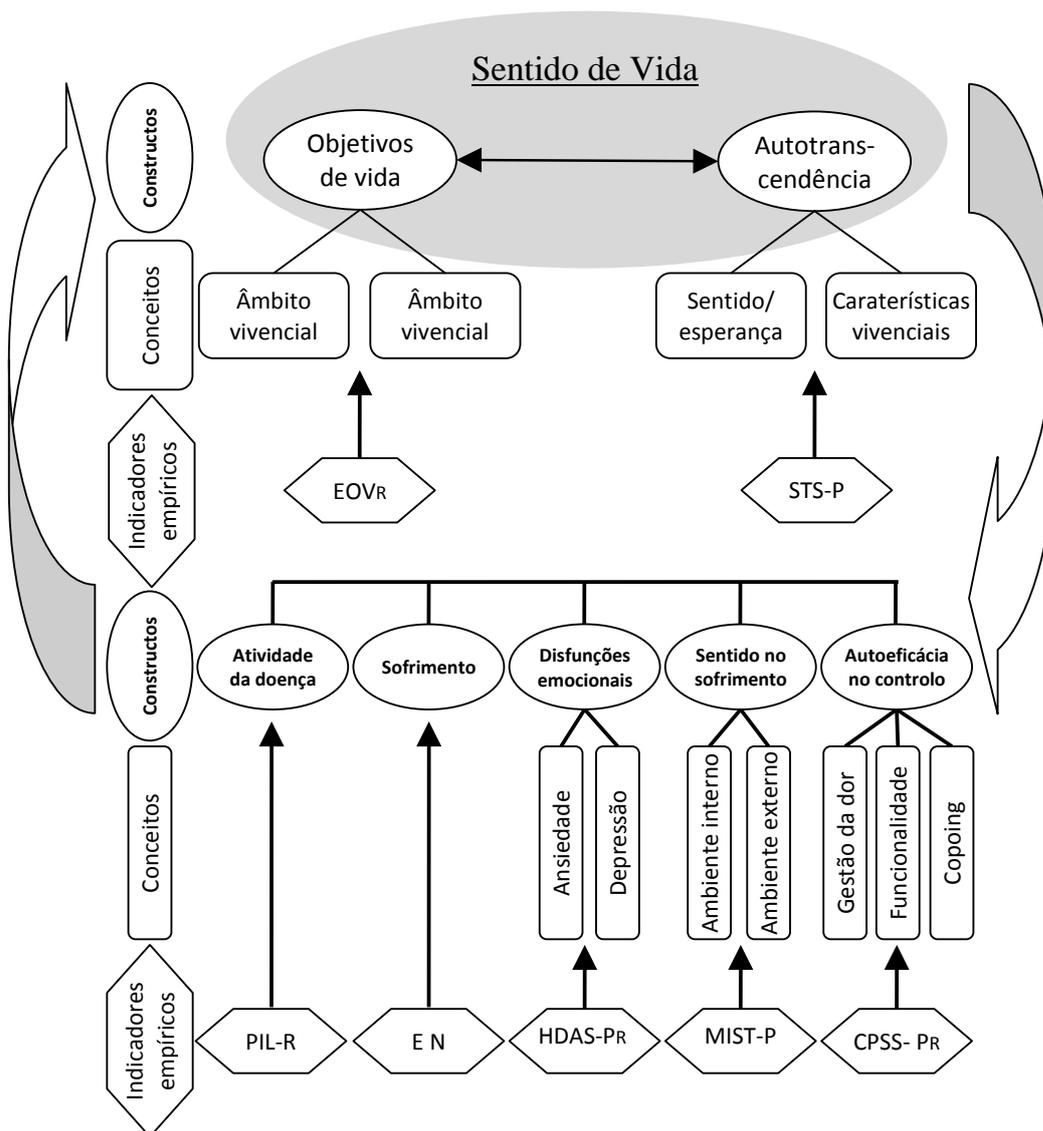


Figura 7  
Esquema representativo da relação entre as variáveis

### 5.1.2 População alvo e amostra.

O estudo foi realizado na mesma população e amostra assim como o processo de amostragem em que foram adaptados e validados os instrumentos descritos no capítulo anterior.

A amostra em estudo é constituída por 187 indivíduos, distribuídos em quatro subamostras ou grupos (g), de acordo com a doença reumática que apresentam (artrite reumatoide (gAR); espondilite anquilosante (gEA); artrite psoriática (gAP); e fibromialgia

(gFM), ou seja, 63 indivíduos integram o gAR; 50 integram o gEA; 31 integram o gAP e 43 integram o gFM.

### 5.1.3 Instrumento de colheita dos dados.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados no Estudo 2, de metodologia quantitativa, compreendem, para além das variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas, também os instrumentos de medida (MIST-P; EOVR; HDAS-PR; STS-P e CPSS-PR) validados no Estudo 1, descritos no Capítulo IV.

Antes de passar à memória descritiva dos instrumentos de medida utilizados, impõe-se agora expor que neste estudo o constructo sentido de vida assume o estatuto de constructo multidimensional, uma vez que é constituído por dois constructos complementares, *objetivos de vida e autotranscendência*, ambos intrinsecamente interligados.

Sendo, por definição e por história, a PIL o instrumento de medida internacionalmente mais conhecido para avaliar a presença e extinção de *sentido de vida* do inquerido, e sendo a EOVR a sua tradução e validação para o contexto cultural português, fica desta forma justificada a sua eleição como elemento constitutivo do constructo multidimensional sentido de vida. Quanto às razões que levaram à inclusão do constructo *autotranscendência*, serão de seguida expostas:

1ª Razão: A valoração de três princípios dialógico de Frankl, nomeadamente,

a) *Visão do homem como uma unidade na totalidade* que inclui corpo, psiquismo e espírito (noos), sendo a componente espiritual, impulsividade inconsciente, ou noética, a determinante para a existência do homem. Frankl integra na espiritualidade não apenas a religiosidade<sup>80</sup> mas a toda a expressão “valorativa, intelectual e artística” (Frankl, 2006, p. 8);

b) *Argumentação da relação direta entre, falta de sentido e sofrimento*, classificando essa síndrome “vazio existencial” ou “neurose noológica” (Harlow et al., 1987, p. 235);

c) *É na “transcendência” que Frankl localiza a realização do sentido* (Frankl, 2006, p. 57).

2ª Razão: A estreita proximidade que, numa perspetiva ontológica e ôntica, se verifica entre a proposta de resolução do problema *dor e sofrimento inevitável* pela via da des-

---

<sup>80</sup>Esta religiosidade, também inconsciente, fê ou transcendente inconsciente, significa que “sempre houve em nós uma tendência inconsciente para a relação com Deus (...) um sentido de relacionamento com Deus, com o transcendente, (...) imanente no homem, embora muitas vezes permaneça latente” (Frankl, 2006, p. 47).

coberta de *sentido de vida* e desenvolvimento da *transcendência*, apresentada por Frankl<sup>81</sup>, e a apresentada por autores das perspectivas filosófica e teológica analisadas, e a associação destes a outros constructos, como suprasentido, verdade e vida, fé, esperança e amor, compromisso, fruto do espírito, autoafeção, ipseidade e *Logos* da Vida (Frankl, 2006; Henry, 2000; Kühn, 2010; Lourenço, 2006; Rainho, 2010).

O constructo de *sentido de vida* assim constituído esteve já presente na definição proposta por (Kraus et al., 2009b), como altamente subjetivo, preditor e indicador de saúde física, mental e espiritual e sustentador da vida sob forma de compromisso e “associado a valores atitudinais, facilita a integração de contextos trágicos, inevitáveis, confere significado existencial, promove a realização pessoal e devolve dignidade à vida e à morte.”.

3ª Razão: O facto de não existir um sentido universal e de cada pessoa ser um ser livre e responsável quanto ao sentido que confere à sua vida, levou Frankl (1965) a identificar três vias de consecução de sentido: valores de criação, valores experiência e valores atitudinais, classificando estes últimos como a via mais contributiva para a realização pessoal (satisfação de necessidades de valor: sentido, eficácia e autoestima, tomadas de decisão e ações quotidianas ou seja autotranscendência) (Allport, 1961; Baumeister, 1991; Maddi, 1970; Seligman, 2002).

Em síntese, é na definição de autotranscendência que se apresenta o motivo maior da justificação da junção dos dois constructos *objetivos de vida* e *autotranscendência*, no *constructo multidimensional sentido de vida*:

Autotranscendência é uma atitude de orientação fundamental do homem para o sentido. Isto faz referência ao facto intrínseco de o ser humano se orientar sempre para alguém. Na medida em que nos entregamos ao mundo, esquecendo-nos das nossas próprias necessidades, na medida em que realizamos um sentido e desenvolvemos valores, só nessa medida nos autorealizamos, porque a existência que não tende para o logos mas para si mesma fracassa e cai na frustração existencial. A autotranscendência é a essência da existência humana. (Guberman & Soto, 2006, p. 17)

Na Tabela 34 apresenta-se a memória descritiva dos instrumentos de medida utilizados no Estudo 2.

---

<sup>81</sup>Propõe a logoterapia, que aposta na inata vontade de sentido e na realização desta para alcançar a “cura da alma” (seeliche Heilung) que difere de salvação da alma (Seelenheil) (Frankl, 2006, p. 57).

Tabela 34  
Memória descritiva dos instrumentos

SENTIDO DE VIDA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA						
Nome da Variável	Instrumento	Subescalas, Categorias e itens	Cotação	Nº itens	Hipóteses Resposta	Temporalidade
Sentido de Vida (*)	Intensidade de sentido de vida					
	(Purpose in life Test-PIL-R) – Escala dos objetivos de vida EOV-R			15	7	Geral
	Parte A:					
	F.1 Vivencial afetivo		Valor médio:			
	Itens	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 15	<91-nível de objetivos de vida reduzido, "vazio existencial" (Frankl, 1985)			
	F.2 Existencial cognitivo		=92 a 112-sentido de vida comum			
	Itens	4, 8, 10, 12, 13, 14	>113-nível de objetivos de vida elevado, e plenitude pessoal (Peralta & Silva, 2006, p. 64)			
	Itens invertidos	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 15				
	Parte C:					
	Perguntas de resposta aberta para identificação do sentido de vida, atitudes face ao sofrimento, êxito e fonte de sentido, através da interpretação do registo das experiências pessoais mais relevantes.					
Atitude para o desenvolvimento pessoal em direção à maturidade (Reed, 2008)						
(Self Transcendence Scale-STS) – Escala de autotranscendência STS-P			10	4	Presente	
F.1 Ambiente interno		Ao maior somatório, melhor autotranscendência.				
Itens	1, 2, 4, 5, 9, 10	Pontuação entre 10 e 40.				
F.2 Ambiente Externo e Temporal		Para obviar que algumas perguntas não sejam respondidas, divide-se o somatório dos pontos pelo nº de itens analisados (Reed, 1989).				
Itens	3, 6, 7, 8					
Intensidade de sentido no sofrimento inevitável						
(Meaning in Suffering Test-MIST) – Teste de sentido no sofrimento MIST-P			12	7 a 10	Geral	
Parte A:						
F.1 Sentido e resp. face ao sofrimento		Pontuação média por participante: É a soma dos valores correspondentes a cada resposta, dividido pelo total de itens respondidos (12 se todos forem respondidos). Escore médio: São as somas totais de cada subescala transformadas em médias, dividindo o valor obtido pelo número de itens do fator (Starck, 1985)				
Itens	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9					
F.2 Carat. subjetivas face ao sofrimento						
Itens	7, 10, 11, 12					
Parte B:						
Perguntas de resposta aberta, úteis para a intervenção						
Perceção de autoeficácia sobre a capacidade para gerir as consequências da dor crónica						
(Chronic Pain Self-Efficacy Scale-CPSS) - Escala de autoeficácia da dor crónica CPSS-Pr			19	10	Geral	
F.1 Gestão da dor		10 a 30-Baixa autoeficácia				
Itens	1, 2, 3, 4	40 a 60-Moderada autoeficácia				
F.2 Funcionalidade		70 a 100-Elevada autoeficácia				
Itens	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	A pontuação de cada fator obtém-se dividindo o somatório das pontuações dos itens do fator pelo respetivo número de itens (Anderson et al., 1995)				
F.3 Estratégias de coping						
Itens	14, 15, 16, 17, 18, 19					
Perturbações emocionais						
(Hospital Anxiety and Depression Scal-HADS) – Escala de ansiedade e depressão hospitalar HADS-Pr			14	4	Última semana	
F.1 Depressão		0 a 7 - normal; 8 a 10 - leve; 11 a 14 - moderada;				
Itens	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14	15 a 21 - grave; 11- Ponto de corte (Carroll et al., 1993)				
F.2 Ansiedade						
Itens	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13					
Itens invertidos	1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13					

Nota (\*): O constructo multidimensional "sentido de vida" é operacionalizado pelo conjunto dos indicadores empíricos EOV-R e STS-P

#### 5.1.4 Procedimentos formais e éticos

Os procedimentos formais e éticos foram os descritos para o estudo de adaptação cultural e validação dos instrumentos de medida.

#### 5.1.5 Tratamento de dados.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19.0. Recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (moda, média e mediana) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimo e máximo).

Tendo em conta o tamanho das subamostras e de acordo com o teorema do limite central, usaram-se técnicas de estatística paramétrica para o tratamento das variáveis em estudo (Pestana & Gageiro, 2005a).

Recorreu-se a correlações de *Pearson* para medir a intensidade da associação entre as variáveis e análise da variância (ANOVA) para comparação de médias e variabilidade inter grupos. Os testes Post-hoc foram utilizados para comparar pares de médias, sem aumentar o nível de significância. Utilizou-se o teste Hochberg GT2 sempre que se pretendeu comparar grupos com  $n$  diferentes, e em paralelo o Games-Howell devido à incerteza de igualdade de variâncias (Pestana & Gageiro, 2005a), utilizou-se igualmente a regressão linear múltipla.

Na utilização do modelo de regressão linear múltipla, verificaram-se os pressupostos necessários à sua prossecução (Pestana & Gageiro, 2005b).

A linearidade do fenómeno em estudo foi comprovada através da observação do diagrama de dispersão, dos gráficos dos resíduos estandardizados ( $Y=Z_{resid}$ ), com a variável dependente estandardizada ( $X=Z_{pred}$ ), e da variável dependente estandardizada ( $Y=Z_{pred}$ ) com a variável dependente não estandardizada ( $X=Dependent$ ), que evidenciaram uma distribuição aleatória à volta da linha horizontal zero.

Quanto à homocedasticidade dos resíduos, verifica-se que se distribuíram de forma aleatória à volta da linha horizontal zero, sendo igualmente verificada a inexistência de autocorrelação de resíduos comprovados pelo teste de Durbin-Watson, cujos valores próximos de 2 são abonatórios de covariância nula (valores oscilaram entre 1,4 e 2,4).

A normalidade dos resíduos foi comprovada através da aplicação do teste de kolmogorov-smirnov para os grupos com mais de 50 e de Shapiro Wilk para grupos <50. O

fracasso na normalidade pode concluir as estimações de coeficientes de regressão instáveis e a distorção de taxas de erro de tipo I.

A multicolinearidade indica associação linear entre duas ou mais variáveis exógenas, ou seja, a independência das variáveis explicativas, cuja intensidade foi analisada através da correlação entre as variáveis independentes, tolerância e fator de inflação da variância (*Variance Inflation Factor – VIF*), *Condition Index* e proporção das variâncias. Assumiu-se tolerância mínima de 0,1 e valores limites de VIF 10. Consideraram-se valores de *Condition Index* superiores a 15 como indicadores de problemas e superiores a 30 como indicadores de elevada intensidade de multicolinearidade, sobretudo quando acompanhados por uma proporção de variância explicada superior a 0,9 (Pestana & Gageiro, 2005b).

De salientar igualmente que todas as variáveis do modelo são de nível intervalar.

Na análise recorreu-se ao  $R^2_{\text{Ajustado}}$ . O  $R^2$  é habitualmente interpretado em termos percentuais, indicando a variação de uma variável que em média é determinada pela outra. Quanto mais perto de um, maior é a variação de uma variável que é explicada pela outra – valores <0,20 é muito fraca; entre 0,20 e 0,40 é fraca, entre 0,4 e 0,7 é moderada, entre 0,7 e 0,9 é elevada e entre 0,9 e 1 é muito elevada. No entanto, em ciências como as ciências comportamentais considera-se relevante um  $R^2$  entre 10% e 25% (Pestana e Gageiro, 2005a).

Na totalidade dos itens dos questionários, a percentagem de ‘não respostas’ foi inferior a 5,5%. Para efeitos de tratamento estatístico, as não respostas foram substituídas pelo valor médio dos casos válidos da variável (Pestana & Gageiro, 2005a). O nível de significância dos testes foi estabelecido para 0,05.

## 5.2 Apresentação e Análise dos Dados

Antes do início do tratamento de dados optou-se por verificar se o sentido de vida dos inquiridos variava consoante a sua patologia reumática.

Pela análise da variância (ANOVA) para comparação de médias e variabilidade intergrupos constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre todas as áreas do sentido de vida, consoante a patologia dos inquiridos (Tabela 35)

Tabela 35  
Diferenças na média e desvio padrão do SV e resultados do teste Anova

	$\bar{X}$	Mediana	DP	F	Sig.		$\bar{X}$	Mediana	DP	F	Sig.
Vivencial afetivo						Ambiente interno					
AR	45,90	48,00	12,34			AR	20,04	20,00	4,07		
EA	52,08	53,00	8,55	8,03	,000	EA	21,04	21,00	3,79	6,14	,00
AP	47,19	53,00	12,71			AP	20,50	20,50	3,47		1
FM	40,06	42,00	13,54			FM	17,69	18,00	4,17		
Existencial cognitivo						Ambiente externo e temporal					
AR	30,06	31,00	5,78			AR	12,14	12,00	2,48		
EA	29,84	31,00	6,59	2,81	,041	EA	11,36	11,50	2,37	3,00	,03
AP	29,32	30,00	5,82			AP	12,20	12,00	2,82		2
FM	26,62	27,00	7,50			FM	10,81	11,00	2,63		
TOTAL-EOVR						TOTAL-STSP					
AR	75,96	77,00	15,22			AR	32,19	32,00	5,99		
EA	81,00	82,00	13,42	7,26	,000	EA	32,40	33,00	5,63	4,75	,00
AP	76,51	81,00	16,24			AP	32,70	32,00	5,73		3
FM	66,69	67,00	18,62			FM	28,51	29,00	6,20		

Os testes Post-Hoc utilizados para comparar pares de médias (teste Post-Hoc *Hochberg GT2*), porque se compararam grupos independentes com diferentes tamanhos, e em paralelo, utilizou-se o *Games-Howell* devido à incerteza de igualdade de variâncias (Pestana & Gageiro, 2005a), verificou-se que as diferenças eram essencialmente entre os inquiridos com FM e os inquiridos com outras patologias reumáticas, nomeadamente ao nível das seguintes áreas: Vivencial afetivo entre AR e AE (diferença de média: 6,17;  $p=0,012$ ), EA e FM (diferença de média: 12,01;  $p=0,00$ ); Existencial cognitivo AR e FM (diferença de média: 3,44;  $p=0,045$ ); Total objetivos de vida EA e FM (diferença de média: 9,27;  $p=0,041$ ), AR e FM (diferença de média: 9,27;  $p=0,00$ ); Autotranscendência (ambiente externo e temporal) AR e FM (diferença de média: 1,32890;  $p=0,05$ ); Autotranscendência (ambiente interno) entre a FM e AR (diferença de média: 2,34994;  $p=0,026$ ), FM e EA (diferença de média: 3,34233;  $p=0,01$ ), FM e AP (diferença de média: 2,80233;  $p=0,014$ ); Total da autotranscendência, as diferenças observadas são entre a FM e AR (diferença de média: 3,67885;  $p=0,016$ ), FM e EA (diferença de média: 3,89437;  $p=0,012$ ), FM e AP (diferença de média: 4,18837;  $p=0,021$ ).

Como demonstrado, e atendendo às várias diferenças observadas entre os participantes com patologia reumática distinta, decidiu-se efetuar o estudo agrupando a amostra total em subamostras, de acordo com a doença reumática dos inquiridos (gAR; gEA; gAP e gFM).

### 5.2.1 Características sociodemográficas, profissionais e clínicas das subamostras.

Os dados da Tabela 36 permitem salientar que os doentes do sexo feminino predominam no gAR (85%) sendo exclusivos no gFM (100%) e que a maioria dos participantes, dos quatro contextos clínicos, são casados e vivem com a família.

Tabela 36  
*Características sociodemográficas das subamostras*

	gAR (n=63)		gEA (n=50)		gAP (n=31)		gFM (n=43)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo								
Masculino	9	14,3	38	76,0	21	67,7	0	0,0
Feminino	54	85,7	12	24,0	10	32,3	43	100,0
Estado civil								
Solteiro	6	9,5	12	24,0	5	16,1	3	7,0
Casado	45	71,4	28	56,0	22	71,0	28	65,1
União de facto	3	4,8	5	10,0	2	6,5	6	14,0
Viúvo (a)	4	6,3					3	7,0
Div./ Sep.	5	7,9	5	10,0	2	6,5	3	7,0
Com quem vive								
Só	5	7,9	2	4,0	4	12,9	5	11,6
Com família	58	92,1	42	84,0	25	80,6	37	86,0
Com amigos			4	8,0	1	3,2		
Companheiro(a)			2	4,0	1	3,2	1	2,3

Relativamente à escolaridade, 36,5% dos participantes com AR e 37,2% dos participantes com FM têm a 4ª classe; 30,0% dos inquiridos sofredores de EA têm habilitações superiores, assim como 25,8% dos participantes sofredores de AP (Tabela 37).

Tabela 37  
*Distribuição das respostas das subamostras relativamente ao nível de escolaridade*

	gAR (n=63)		gEA (n=50)		gAP (n=31)		gFM (n=43)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nunca freq. a escola	2	3,2			1	3,2		
4ª classe	23	36,5	5	10,0	3	9,7	16	37,2
6º ano	11	17,5	6	12,0	4	12,9	2	4,7
9º ano	6	9,5	10	20,0	5	16,1	7	16,3
12º ano	5	7,9	9	18,0	8	25,8	7	16,3
Bach. / licenciatura	11	17,5	15	30,0	8	25,8	10	23,3
Outro nível	5	7,9	5	10,0	2	6,5	1	2,3

A idade dos respondentes varia entre 19 e 76 anos, tendo os gEA e gAP aproximadamente menos 10 anos, sendo estes os grupos que, naturalmente, apresentam menos faltas ao trabalho (Tabela 38). Verifica-se que em média decorre um período de quatro anos entre o tempo reportado ao início da dor crónica e à data em que foi confirmado o respetivo diagnóstico.

Tabela 38  
Caraterísticas sociodemográficas, profissionais e clínicas das subamostras

	gAR (n=63)				gEA (n=50)				gAP (n=31)				gFM (n=43)			
	Min	Máx	$\bar{x}$	DP												
Idade	26	76	53,5	12,2	19	67	42,8	11,1	29	72	47,9	11,8	32	71	54,4	9,5
Faltas por mês	0	30	1,1	4,3	0	15	0,5	2,2	0	4	0,6	1,3	0	30	5,6	1,8
Tempo de diagnóstico	1	55	12,9	9,2	1	30	11,7	8	1	37	9,2	11,3	1	51	11,3	12,3
Tempo com dor reumática	2	50	15,7	9,6	2	44	16,4	10,6	3	40	15,5	10,8	2	51	15,9	10,2

Pela análise da Tabela 39 verifica-se que elementos das diferentes subamostras referem ter outras doenças para além da reumática, sendo encontrados os seguintes valores: gFM (65,1%), gAR (57,1%), gAP (48,4%) e finalmente o gEA (28,0%). Constata-se ainda que a quase totalidade dos doentes faz medicação para a dor.

Embora não se apresente registado em tabela, verificou-se que os elementos dos grupos que referiram outras doenças reconhecem ser a doença reumática a que mais interfere na sua qualidade de vida (90%).

Tabela 39  
Distribuição das subamostras relativamente às características clínicas

	gAR (n=63)		gEA (n=50)		gAP (n=31)		gFM (n=43)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Outras doenças	36	57,1	14	28,0	15	48,4	28	65,1
Medicação para a dor	63	100,0	49	98,0	31	100,0	43	100,0

Sobre o tipo de medicação mais utilizado verifica-se uma forte incidência na utilização de analgésicos e de medicação biológica, estando esta última apenas ausente na subamostra gFM, sendo este também o grupo que mais se refere à utilização de Antidepressivos (30,8%). A medicação com Corticosteroides apresenta a sua utilização máxima no gAR, (Tabela 40) sendo tomada por 69 (36,9%) participantes.

Tabela 40  
Distribuição das respostas das subamostras relativamente ao tipo de medicação

	gAR (n=63)		gEA (n=50)		gAP (n=31)		gFM (n=43)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analgésico	62	35,6	50	41,3	30	44,1	42	35,9
Relaxante	5	2,9	7	5,8	2	2,9	31	26,5
Antidepressivo	12	6,9	8	6,6	5	7,4	36	30,8
Corticósteroides	42	24,1	10	8,3	9	13,2	8	6,8
Biológica	53	30,5	46	38,0	22	32,4	0	0
Total	174	100,0	121	100,0	68	100,0	117	100,0

A Tabela 41 regista a distribuição das subamostras quanto à medicação biológica tomada pelos participantes, verificando-se ser o Infliximab (Remicade) a medicação biológica mais utilizada pelo total das subamostras (65; 34,8%) e que, de entre estas, é a subamostra gEA a que congrega mais doentes (32; 64%) que o tomam.

Tabela 41  
*Distribuição das subamostra relativamente ao tipo de medicação biológica*

	gAR (n=63)		gEA (n=50)		gAP (n=31)		gFM (n=43)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não discriminada	10	15,9	4	8,0	9	29,0	43	100,0
Abatacept(Orencia)	3	4,8		0,0	0	0,0	0	0,0
Adalimumab (Humira)	4	6,3	5	10,0	4	12,9	0	0,0
Etanercept (Enbrel)	14	22,2	9	18,0	7	22,6	0	0,0
Infliximab (Remicade)	22	34,9	32	64,0	11	35,5	0	0,0
Rituximab (Mabthera)	6	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tocilizumab	4	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	63	100,0	50	100,0	31	100,0	43	100,0

A Tabela 42 apresenta as respostas das subamostras à questão sobre a utilização de outro tipo de tratamentos, nomeadamente estratégias não farmacológicas, para o controlo da dor, ao que 33 (76,7%) dos elementos da subamostra gFM afirmaram sua utilização, sendo o recurso à Psicoterapia a estratégia mais referida (32,6%), seguindo-se a Fisioterapia (25,6%) estratégia também partilhada por elementos da subamostra gEA (20%) e, por último, a Hidroterapia (18,6%).

Tabela 42  
*Distribuição das respostas das subamostras relativamente a outros tratamentos para a dor*

	gAR (n=63)		gEA (n=50)		gAP (n=31)		gFM (n=43)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Outro tratamento								
Sim	10	15,9	16	32,0	5	16,1	33	76,7
Não	53	84,1	34	68,0	26	83,9	10	23,3
Tipo de tratamento								
Acumpunctura	1	1,6	1	2,0	1	3,2	3	7,0
Aromoterapia	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0
Fisioterapia	3	4,8	10	20,0	2	6,5	11	25,6
Ginástica	0	0,0	1	2,0	1	3,2	2	4,7
Hidroterapia	3	4,8	5	10,0	0	0,0	8	18,6
Homeopatia	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Massagens	1	1,6	1	2,0	0	0,0	2	4,7
Meditação	1	1,6	0	0,0	0	0,0	2	4,7
Mesoterapia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3
Psicoterapia	0	0,0	2	4,0	0	0,0	14	32,6
Reflexologia	1	1,6	1	2,0	1	3,2	3	7,0

### 5.2.2 Sentido de vida, ansiedade e depressão, autoeficácia, índice de sofrimento e atividade da doença.

Na Tabela 43 estão apresentados os valores, por subamostra de participantes, dos totais e fatores dos instrumentos que avaliam o sentido de vida. Ao realizar a sua análise por subamostras de participantes verifica-se que em média, são os elementos do gEA que apresentam valores mais elevados de ambiente interno ( $\bar{x}=21,0$ ; DP=3,8), vivencial afetivo ( $\bar{x}=52,1$ ; DP=8,6) e objetivos de vida ( $\bar{x}=81,9$ ; DP=13,4), os do gAP no ambiente externo e temporal ( $\bar{x}=12,2$ ; DP=2,8) e na autotranscendência ( $\bar{x}=32,7$ ; DP=5,7), mas são os elementos da subamostra gAR que apresentam valor médio mais elevado de existencial cognitivo ( $\bar{x}=30,1$ ; DP=5,8).

Tabela 43  
Caraterização das subamostras quanto ao sentido de vida

	gAR (n=63)				gEA (n=50)				gAP (n=31)				gFM (n=43)			
	Min	Máx	$\bar{x}$	DP												
Vivencial afetivo	15	63	45,9	12,3	29	63	52,1	8,6	18	61	47,2	12,7	12	62	40,1	13,5
Existencial cognitivo	41	19	30,1	5,8	12	41	29,8	6,6	14	38	29,3	5,8	10	38	26,6	7,5
Total-Objetivos de vida	104	39	76	15,2	41	102	81,9	13,4	38	98	76,5	16,2	27	100	66,7	18,6
Ambiente interno	9	28	20	4,1	14	28	21	3,8	10	27	20,5	3,5	9	25	17,7	4,2
Ambiente externo e temporal	7	16	12,1	32,2	7	16	11,4	2,4	8	18	12,2	2,8	4	15	10,8	2,6
Total-Autotranscendência	18	44	32,2	6,0	22	43	32,4	5,6	19	43	32,7	5,7	13	40	28,5	6,2

Os dados apresentados na Tabela 44 permitem afirmar que é a subamostra de participantes gAR que apresenta em média, maior valor, de sentido e resposta ao sofrimento ( $\bar{x}=35,4$ ; DP=8,8), de caraterísticas subjetivas face ao sofrimento ( $\bar{x}=16,3$ ; DP=6,1) e de índice de sentido no sofrimento ( $\bar{x}=1,8$ ; DP=13,3).

Tabela 44  
Caraterização das subamostras de participantes quanto ao sentido no sofrimento

	Min.	Máx.	$\bar{x}$	DP
gAR (n=63)				
Sentido e respostas face ao sofrimento	17	52	35,4	8,8
Caraterísticas subjetivas face ao sofrimento	4	27	16,3	6,1
Total	24	77	51,8	13,3
gEA (n=50)				
Sentido e respostas face ao sofrimento	11	51	31,6	10,0
Caraterísticas subjetivas face ao sofrimento	4	27	10,8	5,1
Total	15	78	42,4	13,7
gAP (n=31)				
Sentido e respostas face ao sofrimento	18	51	33,9	8,0
Caraterísticas subjetivas face ao sofrimento	4	25	14,1	5,6
Total	28	76	48,0	11,5
gFM (n=43)				
Sentido e respostas face ao sofrimento	19	50	33,7	8,8
Caraterísticas subjetivas face ao sofrimento	7	25	15,1	4,9
Total	28	75	48,8	11,7

Pela observação dos dados da Tabela 45, verifica-se que é a subamostra de participantes do gEA que apresentam, em média, valores mais elevados de autoeficácia, na funcionalidade ( $\bar{x}$  =604,6; DP=202), nas estratégias de *coping* ( $\bar{x}$  =339,4; DP=116,8) e no total de autoeficácia ( $\bar{x}$  =1125; DP=344), no entanto, é subamostra de participantes do gAP que exhibe, em média, melhores resultados de autoeficácia na gestão da dor ( $\bar{x}$  =183,9; DP=76,8).

Tabela 45  
Caraterização das subamostras de participantes quanto à autoeficácia para o controlo da dor

gAR (n=63)				gEA (n=50)				gAP (n=31)				gFM (n=43)			
Min	Máx	$\bar{x}$	DP	Min	Máx	$\bar{x}$	DP	Min	Máx	$\bar{x}$	DP	Min	Máx	$\bar{x}$	DP
Gestão da dor															
40	370	180,6	84,9	40	360	181	81,2	50	380	183,9	76,8	40	360	147,7	70,7
Funcionalidade															
170	900	465,3	194,7	100	890	604,6	202	150	880	532,3	230,8	90	880	385,8	201,8
Estratégias de <i>coping</i>															
60	580	311,6	106,3	80	580	339,4	116,8	160	560	337,4	102,5	60	510	239,1	105
Total-Autoeficácia															
330	1700	957,6	341,9	260	1780	1125	344	520	1800	1053,5	354,1	190	1750	772,6	342,8

Na tabela seguinte indica-se que são as subamostras de participantes do gEA ( $\bar{x}$  =10; DP=2,3) e do gAP ( $\bar{x}$  =10; DP=2,4) que apresentam, em média, valores mais elevados de índice de sofrimento, enquanto o seu valor mais baixo é apresentado pela subamostra de participantes do gAR ( $\bar{x}$  =6,4; DP=2,2), sendo também a subamostra dos participantes do gAP que apresenta o índice médio da atividade da doença mais elevado ( $\bar{x}$  =8,5; DP=2,1) e a dos participantes do gEA a que apresenta o valor do índice de atividade da doença mais baixos ( $\bar{x}$  =3,0; DP=2,2).

Tabela 46

*Distribuição das respostas das subamostra de participantes quanto ao sofrimento e atividade da doença*

	gAR (n=63)				gEA (n=50)				gAP (n=31)				gFM (n=43)			
	Min	Máx	$\bar{x}$	DP	Min	Máx	$\bar{x}$	DP	Min	Máx	$\bar{x}$	DP	Min	Máx	$\bar{x}$	DP
Índice de sofrimento-EN	2	10	6,4	2,2	1,5	10	6,4	2,3	2	10	6,4	2,4	3	10	7	1,8
Índice de atividade	0,69	7,80	4,1	1,5	0,0	8,24	3,0	2,2	1	4,7	8,5	2,1	1,5	10	6,5	1,7

A análise dos resultados da Tabela 47 permite referir que é a subamostra de participantes do gFM que apresenta valores médios mais elevados de ansiedade ( $\bar{x}=11,9$ ; DP=3,4) e depressão ( $\bar{x}=9,5$ ; DP=4,1).

Tabela 47

*Distribuição das subamostras de participantes quanto à ansiedade e depressão*

	gAR (n=63)				gEA (n=50)				gAP (n=31)				gFM (n=43)			
	Min	Máx	$\bar{x}$	DP												
Ansiedade	1	19	8,9	4,2	1	18	7,8	3,9	0	18	8,7	4,5	6	19	11,9	3,4
Depressão	0	17	7,4	4	0	17	6	3,7	0	17	6,1	4,3	1	20	9,5	4,1

Pode ainda ser comprovado que é a subamostra de participantes do gFM que apresenta maior percentual de ansiedade (26%) e depressão grave (9%). Para se perceber qual é o número de participantes por subamostra de patologia reumática que apresenta, em média, níveis de depressão e ansiedade mais elevados, apresentam-se os dados nos dois gráficos seguintes. É de salientar que, segundo Carroll et al. (1993), consideram-se os seguintes parâmetros na classificação: Normal de 0 a 7; Baixo de 8 a 10; Moderado de 11 a 14 e Severo de 15 a 21 e Ponto de Corte, 11.

Pela análise dos Gráficos 6 e 7 verifica-se que o maior percentual, moderado e severo dos parâmetros de ansiedade e depressão, estão presentes na subamostra de participantes ao gFM.

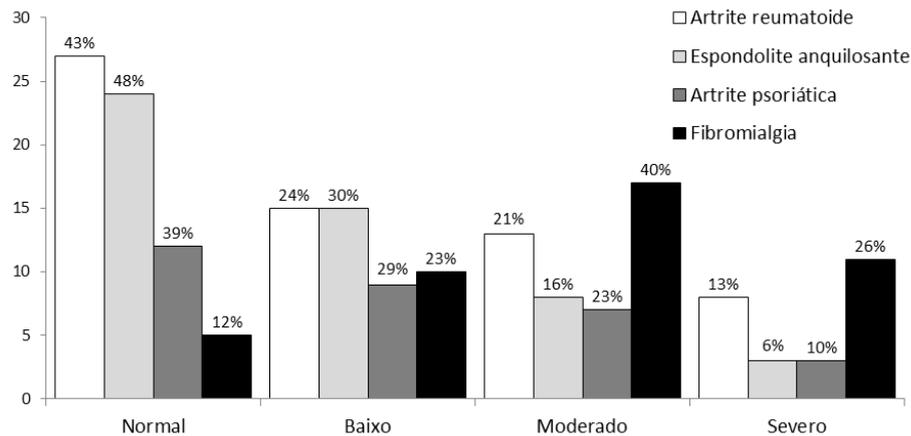


Gráfico 6

Distribuição das subamostras de participantes quanto à ansiedade por grau

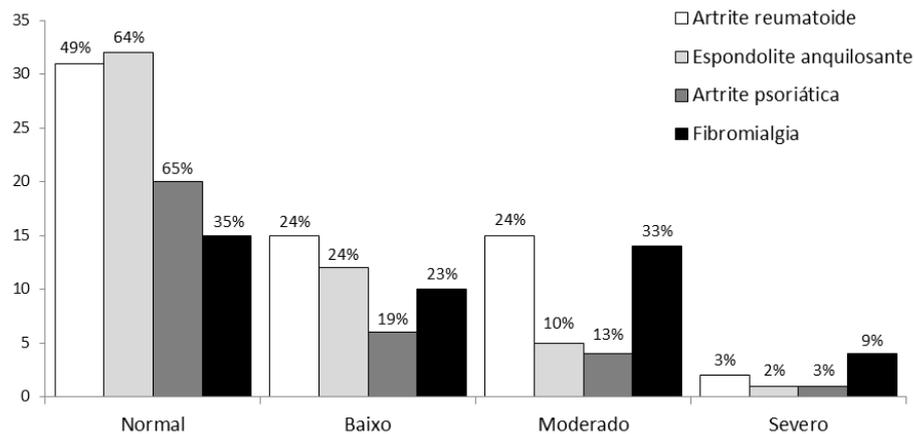


Gráfico 7

Distribuição das subamostras de participantes quanto à ansiedade por grau

### 5.2.3 A relação entre sentido de vida e variáveis associadas.

H1: Existe uma correlação positiva e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática e a sua autoeficácia no controlo da dor;

Relativamente à relação entre o sentido de vida e a autoeficácia na dor verifica-se que as correlações são positivas. Em todos os participantes quanto maior é o sentido de vida melhor são as estratégias de *coping*, funcionalidade e gestão da dor.

Nos doentes com EA e AP, objetivos de vida mais elevados estão correlacionados de forma positiva e estatisticamente significativa, em todas as áreas da autoeficácia, com as

seguintes exceções: no gEA-ambiente externo e temporal e autotranscendência total com gestão da dor; no gAP-sentido de vida em geral com gestão da dor; vivencial afetivo e ambiente externo e temporal para as estratégias de *coping*.

Como se pode constatar, a hipótese é aceite para valores totais das escalas do sentido de vida tendo em conta o total da autotranscendência, com a exceção do total dos objetivos de vida do gFM.

Tabela 48  
Resultados da correlação de Pearson entre o sentido de vida e a autoeficácia por subamostra de participantes

Sentido de Vida	Autoeficácia			Total
	Gestão da dor	Funcionalidade	Estratégias de <i>coping</i>	
<b>gAR</b>				
Vivencial afetivo	,036	,302*	,315*	,279*
Existencial cognitivo	,136	,068	,252*	,151
Objetivos de vida-Total	,081	,271*	,351**	,284*
Ambiente interno	,431**	,441**	,602**	,545**
Ambiente externo e temporal	,267*	,253*	,441**	,348**
Autotranscendência-Total	,404**	,405**	,592**	,515**
<b>gEA</b>				
Vivencial afetivo	,302*	,476**	,485**	,515**
Existencial cognitivo	,319*	,460**	,627**	,559**
Objetivos de vida-Total	,349*	,529**	,617**	,603**
Ambiente interno	,340*	,555**	,549**	,593**
Ambiente externo e temporal	,085	,309*	,311*	,307*
Autotranscendência-Total	,264	,504**	,500**	,528**
<b>gAP</b>				
Vivencial afetivo	,202	,505**	,325	,467**
Existencial cognitivo	,258	,359*	,516**	,439*
Objetivos de vida-Total	,250	,524**	,440*	,523**
Ambiente interno	,083	,392*	,491**	,421*
Ambiente externo e temporal	,027	,372*	,323	,346
Autotranscendência-Total	,064	,421*	,456*	,425*
<b>gFM</b>				
Vivencial afetivo	,169	,208	,211	,222
Existencial cognitivo	,091	,128	,332*	,196
Objetivos de vida-Total	,160	,203	,287	,241
Ambiente interno	,432**	,502**	,586**	,564**
Ambiente externo e temporal	,311*	,284	,392**	,351*
Autotranscendência-Total	,422**	,458**	,560**	,528**

Segundo Rapley & Fruin (1999), o conceito de autoeficácia pode ser muito útil no controlo da dor crónica e na modificação de comportamentos pouco adaptativos na relação com a dor.

H2: Existe uma correlação negativa e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática e os seus níveis de ansiedade e depressão;

Os participantes dos diversos grupos de patologias que apresentam maiores níveis de

sentido de vida apresentam menores níveis de ansiedade e depressão pois na tabela seguinte pode verificar-se que estas duas variáveis apresentam valores de correlações fracas a moderadas negativas e significativas ( $p < 0,05$ ). Apenas não tem significado estatístico: a dimensão ambiente externo e temporal com a ansiedade no gEA, no gAP e gFM; a dimensão existencial cognitivo e ansiedade no gAR e no gFM; o ambiente externo e temporal com a depressão; e a autotranscendência total com a depressão.

Tabela 49  
Resultados da correlação de Pearson entre o sentido de vida e a ansiedade e depressão por subamostra de participantes

Sentido de Vida	Ansiedade e Depressão		
	Ansiedade	Depressão	Total
<b>gAR</b>			
Vivencial afetivo	-,508**	-,591**	-,593**
Existencial cognitivo	-,235	-,357**	-,319*
Objetivos de vida-Total	-,501**	-,615**	-,602**
Ambiente interno	-,581**	-,691**	-,686**
Ambiente externo e temporal	-,401**	-,396**	-,431**
Autotranscendência-Total	-,561**	-,634**	-,645**
<b>gEA</b>			
Vivencial afetivo	-,451**	-,572**	-,566**
Existencial cognitivo	-,544**	-,618**	-,644**
Objetivos de vida-Total	-,554**	-,668**	-,677**
Ambiente interno	-,424**	-,619**	-,576**
Ambiente externo e temporal	-,230	-,411**	-,354*
Autotranscendência-Total	-,382**	-,589**	-,537**
<b>gAP</b>			
Vivencial afetivo	-,534**	-,738**	-,682**
Existencial cognitivo	-,484**	-,521**	-,541**
Objetivos de vida-Total	-,591**	-,764**	-,728**
Ambiente interno	-,466**	-,736**	-,648**
Ambiente externo e temporal	-,311	-,548**	-,462*
Autotranscendência-Total	-,435*	-,716**	-,620**
<b>gFM</b>			
Vivencial afetivo	-,448**	-,476**	-,511**
Existencial cognitivo	-,244	-,482**	-,413**
Objetivos de vida-Total	-,424**	-,540**	-,538**
Ambiente interno	-,401**	-,331*	-,400**
Ambiente externo e temporal	-,102	-,094	-,107
Autotranscendência-Total	-,312*	-,262	-,314*

H3: Existe uma correlação positiva e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática e o seu sentido no sofrimento;

A aplicação da correlação de *Pearson* ao sentido de vida e sentido no sofrimento permite constatar que os participantes de todas as subamostras apresentam, para valores mais altos de sentido de vida (com exceção do vivencial afetivo e total objetivos no gAR), valores também mais altos de sentido e respostas face ao sofrimento. Porém, é no gFM que a correlação evidencia diferenças estatisticamente mais significativas, nomeadamente entre

todas as áreas da autotranscendência com o sentido e respostas face ao sofrimento ( $p < 0,01$ ), e o total de sentido no sofrimento ( $p < 0,05$ ).

Observa-se, porém, que grande parte dos resultados da correlação entre o sentido de vida e as características subjetivas face ao sofrimento variam em sentido inverso, sendo alguns estatisticamente significativos.

Tabela 50  
Resultados da correlação de Pearson entre o sentido de vida e o sentido no sofrimento por subamostra de participantes

Sentido de Vida	Sentido no sofrimento		
	Sentido e respostas face ao sofrimento	Características subjetivas face ao sofrimento	Total
<b>gAR</b>			
Vivencial afetivo	-,194	-,359**	-,294*
Existencial cognitivo	,123	,039	,100
Objetivos de vida-Total	-,110	-,276*	-,200
<hr/>			
Ambiente interno	,144	-,214	-,002
Ambiente externo e temporal	,342**	,067	,258*
Autotranscendência-Total	,240	-,117	,105
<hr/>			
<b>gEA</b>			
Vivencial afetivo	,278	-,315*	,084
Existencial cognitivo	,330*	-,177	,174
Objetivos de vida-Total	,339*	-,288*	,139
<hr/>			
Ambiente interno	,243	-,077	,148
Ambiente externo e temporal	,433**	,236	,404**
Autotranscendência-Total	,346*	,048	,270
<hr/>			
<b>gAP</b>			
Vivencial afetivo	,202	-,348	-,030
Existencial cognitivo	,167	-,028	,103
Objetivos de vida-Total	,218	-,282	,013
<hr/>			
Ambiente interno	,426*	-,110	,245
Ambiente externo e temporal	,333	-,054	,207
Autotranscendência-Total	,422*	-,093	,250
<hr/>			
<b>gFM</b>			
Vivencial afetivo	,188	-,199	,058
Existencial cognitivo	,339*	-,049	,235
Objetivos de vida-Total	,273	-,164	,137
<hr/>			
Ambiente interno	,457**	,024	,355*
Ambiente externo e temporal	,475**	,323*	,495**
Autotranscendência-Total	,508**	,153	,448**

H4: Existe uma correlação negativa e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crônica reumática e seus índices de sofrimento (EN);

A Tabela 51 mostra que no gAR e no gAP todas as correlações entre o sentido de vida e o índice de sofrimento variam no sentido inverso. Apenas têm significância estatística ( $p < 0,05$ ) as do gEA e do gAP que são também invertidas, sendo fracas para a totalidade dos objetivos de vida e o vivencial afetivo no gEA e moderadas para o vivencial afetivo e existencial cognitivo no gAP.

Tabela 51  
Resultados da correlação entre o sentido de vida e o índice de sofrimento por subamostra de participantes

Sentido de Vida	Índice de Sofrimento (EN)			
	gAR	gEA	gAP	gFM
Vivencial afetivo	-,112	-,319*	-,412*	-,160
Existencial cognitivo	-,082	-,271	-,422*	-,252
Objetivos de vida-Total	-,121	-,298*	-,227	,058
Ambiente interno	-,144	,018	-,274	-,022
Ambiente externo e temporal	-,186	-,066	-,173	-,118
Autotranscendência-Total	-,042	,149	-,344	,134

H5: Existe uma correlação negativa e significativa entre o sentido de vida das subamostras de participantes com dor crônica reumática e seu índice de atividade da doença.

Os participantes das subamostras gAR, gEA e gAP que apresentam um valor mais elevado de objetivos de vida, apresentam um menor índice de atividade de doença, sendo as correlações fracas e negativas. No gFM essa diferença apenas não se verifica para a autotranscendência. Observa-se também que estas correlações são estatisticamente significativas para os gAR, gEA e gAP relativamente aos objetivos de vida total e ao ambiente interno. No caso dos participantes do gFM apenas têm significado estatístico a diferença relativa ao ambiente externo e temporal.

Tabela 52  
Resultados da correlação entre o sentido de vida e o índice de atividade da doença por subamostra de participantes

Sentido de Vida	Índice de atividade da doença		
	R	P	
gAR	Vivencial afetivo	-,383*	,003
	Existencial cognitivo	-,222	,094
	Objetivos de vida-Total	-,394*	,002
	Ambiente interno	-,325*	,013
	Ambiente externo e temporal	-,201	,131
Autotranscendência-Total	-,305*	0,02	
gEA	Vivencial afetivo	-,399*	,006
	Existencial cognitivo	-,245	,098
	Objetivos de vida-Total	-,374*	,010
	Ambiente interno	-,307*	,036
	Ambiente externo e temporal	-,306*	,037
Autotranscendência-Total	-,241	,103	
gAP	Vivencial afetivo	-,352	,052
	Existencial cognitivo	-,310	,090
	Objetivos de vida-Total	-,387*	,032
	Ambiente interno	-,352*	,035
	Ambiente externo e temporal	-,386*	,201
Autotranscendência-Total	-,240	,056	
gFM	Vivencial afetivo	-,026	,867
	Existencial cognitivo	-,078	,619
	Objetivos de vida-Total	-,051	,748
	Ambiente interno	,010	,948
	Ambiente externo e temporal	,313*	,041
Autotranscendência-Total	,140	,372	

(\*\*)p<0,001

(\*)p<0,05

#### 5.2.4 Variáveis explicativas do sentido de vida.

Dados os resultados da relação entre as diversas variáveis e o sentido de vida decidiu-se explorar a influência das variáveis endógenas (explicativas) na variável exógena através da regressão linear múltipla.

Para determinar a influência das variáveis explicativas (endógenas) na variância do sentido de vida (objetivos de vida e auto transcendência) partiu-se da hipótese de que para controlar a dor crónica a variável exógena é determinada pelas variáveis endógenas (ansiedade, depressão, índice de sofrimento, índice de atividade da doença, sentido no sofrimento e autoeficácia).

As variáveis endógenas que não influenciaram significativamente a variância do sentido de vida foram progressivamente eliminadas do modelo, através do método *Backward*. Usou-se o método de *Stepwise* na opção *Backward deletion*, garantindo um mínimo de 15 observações por cada variável independente (Pestana & Gageiro, 2005a; 2005b). Na *Backward deletion* a equação começa com todas as variáveis e vai-se eliminando as variáveis que não contribuam significativamente para a regressão.

A Tabela 53 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla para cada variável dependente, com as variáveis endógenas que as influenciam, para a subamostra de participantes portadores de AR. A percentagem da variância explicada, expressa em valores de  $R^2_{\text{Ajustado}}$  oscilou entre 0,112 na subescala existencial cognitivo (objetivos de vida) e 0,506 na subescala ambiente interno (autotranscendência). Todos os modelos aplicados às subescalas apresentaram valores de F com significância estatística ( $p=0,00$ ) e todos os valores do t de *Student* revelaram-se significativos para o nível fixado ( $p<0,10$ ).

O modelo apresentado mostrou-se satisfatório dado que explica, numa percentagem entre os 11% e os 50%, os fatores ou variáveis endógenas, explicativas das variações no sentido e vida, sendo que os fatores explicativos da variação deste na subamostra de participantes portadores de AR são: depressão (para todas as subescalas do sentido de vida); estratégias de  *coping* (para a auto transcendência); sentido no sofrimento (para as subescalas vivencial afetivo e ambiente externo e temporal); e índice da doença (para o vivencial afetivo).

De salientar que pelo fato dos valores de  $\beta$  serem positivos e negativos estas variáveis endógenas favorecem ou limitam o sentido de vida.

Mantendo-se as restantes variáveis constantes por cada ponto de aumento da depressão: ocorre uma variação limitativa de 0,643 pontos nos objetivos de vida; 0,539 no

vivencial afetivo; 0,357 no existencial cognitivo; 0,451 na autotranscendência; 0,524 no ambiente interno; e 0,247 no ambiente externo temporal.

Tabela 53  
Resultados da análise de regressão linear múltipla para explicar o sentido de vida da subamostra de participantes com EA

Var. dependente	Var. explicativa	$\beta$	P	$R^2$	$R^2_{Ajustado}$	F (p)
Objetivos de vida		-0,643	0,000	0,413	0,403	39,469 0,000
	Vivencial afetivo					
	Depressão	-0,539	0,000			
	Índice de doença	-0,212	0,060	0,471	0,441	16,013 0,000
	Sentido do sofrimento	-0,240	0,021			
Existencial cognitivo						
	Depressão	-0,357	0,006	0,127	0,112	8,169 0,006
Autotranscendência						
	Depressão	-0,451	0,000	0,464	0,444	23,792 0,000
	Estratégias de <i>coping</i>	0,326	0,007			
Ambiente interno						
	Depressão	-0,524	0,000	0,523	0,506	30,204 0,000
	Estratégias de <i>coping</i>	0,294	0,010			
Ambiente externo e temporal						
	Depressão	-0,247	0,080			
	Estratégias de <i>coping</i>	0,273	0,055	0,257	0,216	6,238 0,001
	Sentido no sofrimento	0,207	0,086			

A Tabela 54 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla para cada variável dependente, com as variáveis independentes que as explicam para a subamostra da pessoa portadora de espondilite anquilosante. A percentagem da variância explicada, expressa em valores de  $R^2_{Ajustado}$  oscilou entre 0,360 na subescala ambiente externo e temporal (autotranscendencia) e 0,690 nos objetivos de vida. Todos os modelos aplicados às subescalas apresentaram valores de F com significância estatística ( $p=0,00$ ) e todos os valores do t de *Student* revelaram-se significativos para o nível fixado ( $p<0,10$ ).

O modelo apresentado mostrou-se moderado dado que explica uma percentagem entre os 36% e os 69%, sendo que os fatores preditivos do sentido de vida na pessoa portadora de espondilite anquilosante são: depressão (nos objetivos de vida e nas subescalas e no índice total da autotranscendência), índice de sofrimento (todas as subescalas do sentido de vida com exceção da subescalas ambiente interno da Auto transcendência); índice de doença (subescalas Existencial cognitivo, Auto transcendência e Ambiente externo e temporal), ansiedade (existencial cognitivo); características subjetivas no sofrimento (todas as subescalas com exceção do ambiente interno) e sentido no sofrimento e estratégias de *coping* (todas as escalas dos objetivos de vida).

De salientar que, pelo fato dos valores de  $\beta$  serem positivos e negativos, estas variáveis endógenas facilitam ou limitam o sentido de vida.

Tabela 54  
 Resultados da análise de regressão linear múltipla para explicar o sentido de vida da subamostra de participantes com EA

Var. dependente	Var. explicativa	$\beta$	p	$R^2$	$R^2_{\text{Ajustado}}$	F (p)
Objetivos de vida	Depressão	-0,219	,054	0,723	0,690	21,433 0,000
	Índice de sofrimento	-0,190	,029			
	Estratégias de <i> coping </i>	0,292	,008			
	Caract. subjetivas do sofrimento	-0,790	,000			
	Sentido do sofrimento	-0,174	,000			
Vivencial afetivo	Índice de sofrimento	-,174	,096	0,576	0,535	14,243 0,000
	Estratégias de <i> coping </i>	,277	,017			
	Caract. subjetivas do sofrimento	-,956	,000			
	Sentido do Sofrimento	,785	,000			
Existencial cognitivo	Índice de Doença	0,217	,084	0,615	0,557	10,634 0,000
	Ansiedade	-0,262	,034			
	Índice de sofrimento	-0,260	,027			
	Estratégias de <i> coping </i>	0,384	,003			
	Caract. subjetivas do sofrimento	-0,593	,003			
	Sentido do sofrimento	0,561	,004			
Autotranscendência	Índice de doença	-0,281	,046	0,455	0,404	8,781 0,000
	Depressão	-0,593	,000			
	Índice de sofrimento	0,240	,072			
	Caract. subjetivas do sofrimento	0,253	,039			
Ambiente interno	Depressão	-0,448	,002	0,447	0,422	17,809 0,000
	Estratégias de <i> Coping </i>	0,305	,030			
Ambiente externo e temporal	Índice de doença	-0,360	,015	0,416	0,360	7,478 0,000
	Depressão	-0,434	,001			
	Índice de sofrimento	0,373	,008			
	Caract. subjetivas do sofrimento	0,393	,003			

A Tabela 55 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla para cada variável exógena com as variáveis endógenas, para a subamostra da pessoa portadora de AP. A percentagem da variância explicada, expressa em valores de  $R^2_{\text{Ajustado}}$  oscilou entre 0,247 na subescala vivencial cognitivo (objetivos de vida) e 0,622 no ambiente interno (autotranscendência). Todos os modelos aplicados às subescalas apresentaram valores de F com significância estatística ( $p=0,00$ ) e todos os valores do t de *Student* revelaram-se significativos para o nível fixado ( $p<0,10$ ).

O modelo apresentado mostrou-se satisfatório dado que explica uma percentagem de variação entre os 24% e os 62%, sendo que os fatores preditivos do sentido de vida na pessoa portadora de AP são: depressão (em todas as escalas e subescalas do sentido de vida), sentido no sofrimento (escala e subescalas da autotranscendência) e estratégias de  *coping*  (vivencial afetivo).

De salientar que, pelo fato dos valores de  $\beta$  serem positivos e negativos, estas variáveis endógenas facilitam ou limitam o sentido de vida, sendo a depressão a única variável endógena de todas as escalas e subescalas do sentido de vida.

Mantendo-se as restantes variáveis constantes, por cada ponto de aumento da depressão diminui 0,764 pontos os objetivos de vida; 1,026 o vivencial afetivo; 0,521 o existencial cognitivo; 0,752 a autotranscendência; 0,772 o ambiente interno; e 0,577 o ambiente externo temporal.

Tabela 55  
Resultados da análise de regressão linear múltipla para explicar o sentido de vida da subamostra de participantes com AP

Var. dependente	Var. explicativa	$\beta$	P	$R^2$	$R^2_{\text{Ajustado}}$	F (p)
Objetivos de vida						
	Depressão	-0,764	0,000	0,584	0,570	40,762 0,000
Vivencial afetivo						
	Depressão	-1,026	0,000	0,625	0,599	23,369 0,000
	Estratégias de <i> coping </i>	-0,405	0,020			
Vivencial cognitivo	Depressão	-0,521	0,003	0,272	0,247	10,821 0,000
Autotranscendência						
	Depressão	-0,752	0,000	0,621	0,593	22,119 0,000
Sentido no sofrimento	0,331	0,010				
Ambiente interno						
	Depressão	-0,772	0,000	0,648	0,622	24,896 0,000
Sentido no sofrimento	0,328	0,008				
Ambiente externo e temporal						
	Depressão	-0,577	0,001	0,372	0,326	8,004 0,002
Sentido no sofrimento	0,269	0,091				

A Tabela 56 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla para cada variável dependente com as variáveis independentes que as explicam para a subamostra da pessoa portadora de fibromialgia. A percentagem da variância explicada expressa em valores de  $R^2_{\text{Ajustado}}$  oscilou entre 0,295 na subescala vivencial cognitivo (objetivos de vida) e 0,512 no ambiente interno (auto transcendência). Todos os modelos aplicados às subescalas apresentaram valores de F com significância estatística ( $p=0,00$ ) e todos os valores do t de *Student* revelaram-se significativos para o nível fixado ( $p<0,10$ ).

O modelo apresentado mostrou-se satisfatório dado que explica uma percentagem entre os 30% e os 51%, sendo que os fatores preditivos do sentido de vida na pessoa portadora de fibromialgia são: depressão (em todas as escalas e subescalas dos objetivos de vida); sentido no sofrimento (todas as escala e subescalas do sentido de vida); estratégias de  *coping*  (Existencial cognitivo, Autotranscendência e Ambiente externo e temporal); ansiedade (Autotranscendência e Ambiente interno); índice de sofrimento (vivencial

afetivo); funcionalidade (existencial cognitivo e autotranscendência); e Características subjetivas do sofrimento (vivencial afetivo, ambiente interno).

De salientar que, pelo fato dos valores de  $\beta$  serem positivos e negativos, estas variáveis explicativas promovem ou diminuem o sentido de vida, sendo sentido no sofrimento a única variável explicativa de todas as escalas e subescalas do sentido de vida.

Mantendo-se as restantes variáveis constantes, por cada ponto de aumento do sentido no sofrimento aumenta: 0,248 pontos os objetivos de vida; 0,4380 vivencial afetivo; 0,324 o existencial cognitivo; 0,440 a autotranscendência; 0,561 o ambiente interno; e 0,391 o ambiente externo temporal.

Tabela 56  
Resultados da análise de regressão linear múltipla para explicar o sentido de vida da subamostra de participantes com FM

Var. dependente	Var. explicativa	$\beta$	p	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Ajustado</sub>	F (p)																																																																						
Objetivos de vida	Depressão	-,587	,000	0,351	0,319	10,827 0,000																																																																						
	Sentido no sofrimento	,248	,063				Vivencial afetivo	Depressão	-,396	,008	0,362	0,295	5,385 0,002	Índice de sofrimento	-,288	,037	Caract. subjetivas do sofrimento	-,378	,072	Sentido no sofrimento	,438	,030	Existencial cognitivo	Depressão	-,604	,000	0,491	0,437	9,163 0,000	Funcionalidade	-,658	,003	Estratégias de <i>coping</i>	,626	,004	Sentido no sofrimento	,324	,010	Auto transcendência	Ansiedade	-,262	,033	0,519	0,482	14,052 0,000	Estratégias de <i>coping</i>	,430	,001	Sentido no sofrimento	,440	,000	Ambiente interno	Ansiedade	-,284	,021	0,559	0,512	12,027 0,000	Funcionalidade	,432	,001	Caract. subjetivas do sofrimento	-,292	,079	Sentido no sofrimento	,561	,001	Ambiente externo e temporal	Índice de Doença	,303	,019	0,441	0,398	10,272 0,000	Estratégias de <i>Coping</i>	,392
Vivencial afetivo	Depressão	-,396	,008	0,362	0,295	5,385 0,002																																																																						
	Índice de sofrimento	-,288	,037																																																																									
	Caract. subjetivas do sofrimento	-,378	,072																																																																									
	Sentido no sofrimento	,438	,030				Existencial cognitivo	Depressão	-,604	,000	0,491	0,437	9,163 0,000	Funcionalidade	-,658	,003	Estratégias de <i>coping</i>	,626	,004	Sentido no sofrimento	,324	,010	Auto transcendência	Ansiedade	-,262	,033	0,519	0,482	14,052 0,000	Estratégias de <i>coping</i>	,430	,001	Sentido no sofrimento	,440	,000	Ambiente interno	Ansiedade	-,284	,021	0,559	0,512	12,027 0,000	Funcionalidade	,432	,001	Caract. subjetivas do sofrimento	-,292	,079	Sentido no sofrimento	,561	,001	Ambiente externo e temporal	Índice de Doença	,303	,019	0,441	0,398	10,272 0,000	Estratégias de <i>Coping</i>	,392	,003	Sentido no sofrimento	,391	,003												
Existencial cognitivo	Depressão	-,604	,000	0,491	0,437	9,163 0,000																																																																						
	Funcionalidade	-,658	,003																																																																									
	Estratégias de <i>coping</i>	,626	,004																																																																									
	Sentido no sofrimento	,324	,010				Auto transcendência	Ansiedade	-,262	,033	0,519	0,482	14,052 0,000	Estratégias de <i>coping</i>	,430	,001	Sentido no sofrimento	,440	,000	Ambiente interno	Ansiedade	-,284	,021	0,559	0,512	12,027 0,000	Funcionalidade	,432	,001	Caract. subjetivas do sofrimento	-,292	,079	Sentido no sofrimento	,561	,001	Ambiente externo e temporal	Índice de Doença	,303	,019	0,441	0,398	10,272 0,000	Estratégias de <i>Coping</i>	,392	,003	Sentido no sofrimento	,391	,003																												
Auto transcendência	Ansiedade	-,262	,033	0,519	0,482	14,052 0,000																																																																						
	Estratégias de <i>coping</i>	,430	,001																																																																									
	Sentido no sofrimento	,440	,000				Ambiente interno	Ansiedade	-,284	,021	0,559	0,512	12,027 0,000	Funcionalidade	,432	,001	Caract. subjetivas do sofrimento	-,292	,079		Sentido no sofrimento	,561	,001				Ambiente externo e temporal	Índice de Doença	,303	,019	0,441	0,398	10,272 0,000	Estratégias de <i>Coping</i>	,392	,003	Sentido no sofrimento	,391	,003																																					
Ambiente interno	Ansiedade	-,284	,021	0,559	0,512	12,027 0,000																																																																						
	Funcionalidade	,432	,001																																																																									
	Caract. subjetivas do sofrimento	-,292	,079																																																																									
	Sentido no sofrimento	,561	,001				Ambiente externo e temporal	Índice de Doença	,303	,019	0,441	0,398	10,272 0,000	Estratégias de <i>Coping</i>	,392	,003	Sentido no sofrimento	,391	,003																																																									
Ambiente externo e temporal	Índice de Doença	,303	,019	0,441	0,398	10,272 0,000																																																																						
	Estratégias de <i>Coping</i>	,392	,003																																																																									
	Sentido no sofrimento	,391	,003																																																																									

### 5.2.5 Síntese do estudo 2.

Em síntese, o estudo das hipóteses revelou que a hipótese H1 é aceite para o total da STS-P e EOVS-PR com o total da CPSS-PR, para todas as subamostras de participantes, com exceção do total da EOVS-PR para o gFM; a hipótese H2 aceita-se para o total da STS-P e

EOV-PR com o total da HADS-PR, para todas as subamostras de participantes, com exceção do total do fator ambiente externo e temporal da EOV-PR, no gFM; para a hipótese H3, com exceção do fator vivencial afetivo e do total de objetivos de vida do gAR, todos os participantes das subamostras apresentam, para valores mais altos de sentido de vida, valores também mais altos de sentido e respostas face ao sofrimento, porém, a hipótese apenas é aceita no gFM, nomeadamente, para todas as medidas da STS-P com o sentido de vida e respostas face ao sofrimento, e o total da MIST-P; quanto à hipótese H4, o sentido de vida dos participantes das subamostras gAR e gAP varia no sentido inverso ao seu índice de sofrimento (EN), porém, a hipótese apenas é aceita para os gEA e gAP, nomeadamente, e para ambos, nas correlações com o vivencial afetivo, com o total de objetivos de vida para o gEA e com o existencial cognitivo para o gAP; finalmente, sobre a hipótese H5 todos os participantes das subamostras apresentam uma correlação negativa entre o seu sentido de vida e o seu índice de atividade de doença, à exceção do gFM face à STS-P, porém, a hipótese apenas é aceita para os gAR, gEA e gAP relativamente ao total de objetivos de vida e ao ambiente interno.

Para melhor entendimento dos fatores preditivos de sentido de vida por subamostra de participantes, realizou-se a Figura 8 onde se apresentam os 4 modelos dinâmicos emergentes, explicativos das correlações dos fatores preditivos de vida com sentido, acordo com a variância e significância estatística específica para cada uma das subamostras de participantes.

Modelos Dinâmicos Explicativos da Correlação entre Fatores Preditivos de Vida com Sentido

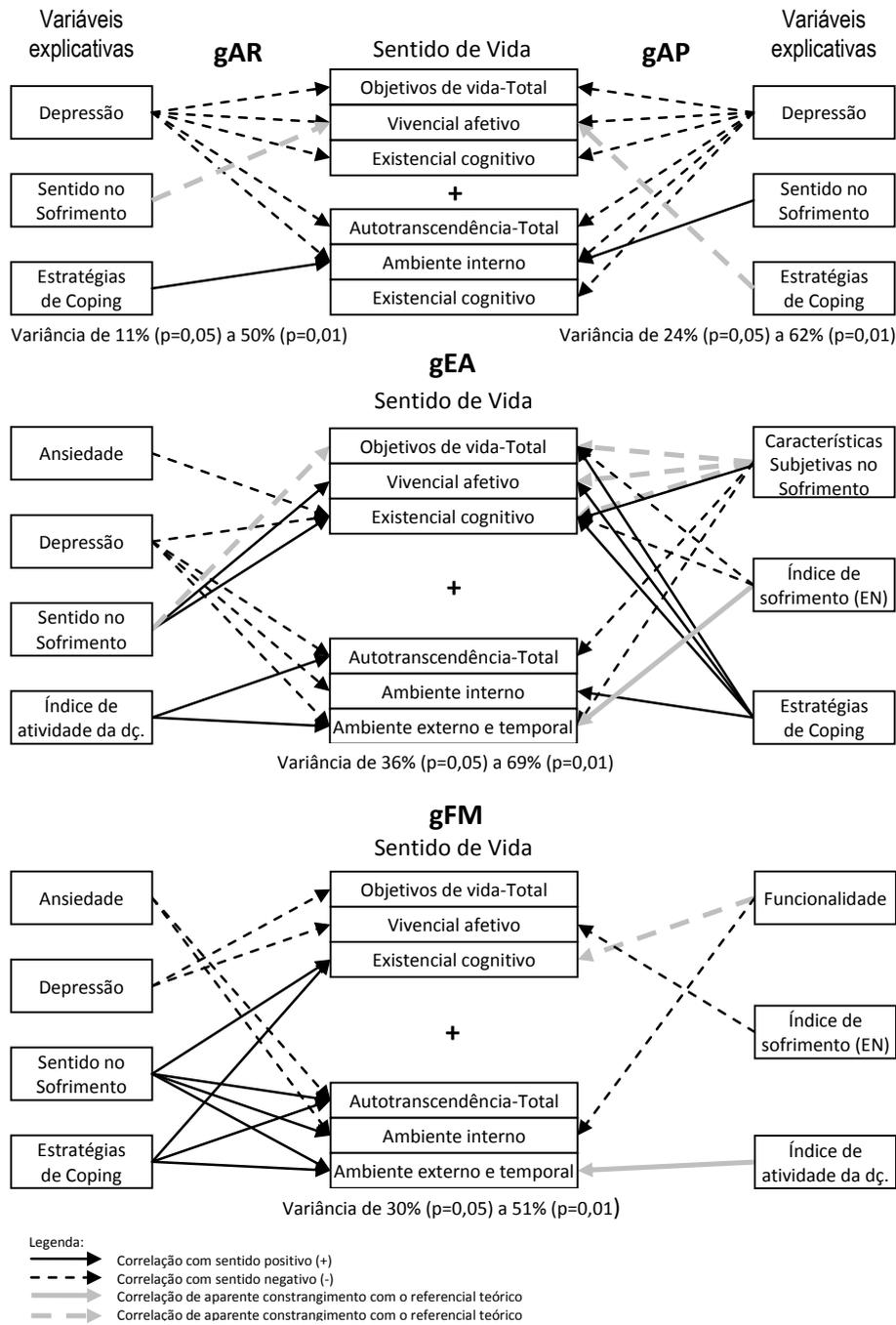


Figura 8 Modelos dinâmicos

Em continuidade, orientou-se a investigação de forma a identificar, no Estudo 3, quais são as fontes gerais e específicas de sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática, assim como as suas histórias de sofrimento inevitável (Objetivo 7).

## **Capítulo VI Estudo 3 – Fontes de Sentido e História de Sofrimento**

A percepção de desesperança face à impossibilidade de controlar a sua vida é para a pessoa com doença reumática um fator promotor de dor e incapacidade (Wall, 2002; Queiroz, 2006). Neste sentido, os profissionais de saúde são chamados a assumir a responsabilidade de contribuir para a definição de programas de intervenção, capazes de ajudar a pessoa a encontrar sentido na sua vida, expresso na qualidade das emoções interiores que cultiva, nas atitudes e comportamentos que adota na vivência da sua dor, e a retomar o controlo nas áreas em que continua a ter autonomia para decidir (PNCDR, 2004).

### **6.1 Metodologia**

Em conformidade com o formulado no Objetivo 7, pretende-se com este estudo identificar as fontes gerais e específicas de sentido de vida e a história de sofrimento inevitável das subamostras de participantes com dor crónica reumática.

Procurando dar resposta ao dilema da desesperança do ser humano confrontado com situações de limite, partiu-se do princípio logoterapêutico de Frankl que estabelece a relação entre a desesperança, depressão, sofrimento e falta de sentido de vida “...o homem não desespera por sofrer mas por sofrer sem sentido” (Frankl, 1985, p. 131; Lukas, 1986; Starck, 2008).

#### **6.1.1 Tipo de estudo.**

Considerando as características, de ordem espiritual, dos constructos investigados no ESTUDO 3, reconhece-se que, por inerência, a sua abordagem reclama por uma metodologia fenomenológica. Atendendo ao objetivo do estudo, procurou-se respeitar este imperativo metodológico, recorrendo à utilização das técnicas mais adequadas à sua consecução. Desta forma, trata-se de um estudo descritivo e compreensivo.

### **6.1.2 População e amostra.**

Dando continuidade à opção metodológica adotada no Estudo 2, mantém-se neste estudo a divisão dos participantes por subamostras em função da doença reumática crónica a que pertencem, sendo os procedimentos de amostragem os já mencionados no Capítulo IV.

Para identificar as fontes gerais e específicas de sentido de vida recorreu-se, numa primeira etapa do estudo, à análise e codificação das respostas dadas por todos os participantes (N=187) à pergunta aberta da PIL C, sob a forma de descrições livres. A análise de conteúdo foi efetuada com recurso à metodologia logoterapêutica recomendada por Noblejas (1999, p. 84) mediante a utilização da Escala de Sentido e Atitude de Lukas (1983). De acordo com as instruções destas escalas, as fontes ou categorias avaliativas de sentido são identificadas de entre as descrições que, inequivocamente, expressam a existência de sentido na vida, utilizando-se para o efeito a Escala de Sentido.

Foi possível verificar a expressão de sentido de vida num total de 94 descrições livres, através das quais se identificaram as fontes gerais de sentido (N=94).

Ainda de acordo com as mesmas recomendações, e tendo presente que o sentido de vida se realiza na atitude positiva perante o êxito e o próprio sofrimento inevitável (Frankl, 1990; Lukas, 1983), procedeu-se, numa segunda etapa, à análise da atitude expressa na totalidade das descrições livres dos participantes (N=187), utilizando-se para o efeito a Escala de Atitude.

Ambas as escalas, de Sentido e de Atitude, de Lukas (1983) são “exaustivamente definidas e exemplificadas, garantindo uma adequada interpretação” do sentido e da atitude (Noblejas, 1999, p. 84).

Numa terceira etapa do estudo, o acervo das fontes de sentido identificadas em 16 descrições que expressam, simultaneamente, um ótimo sentido de vida e uma ótima atitude perante o êxito e o próprio sofrimento inevitável, constituem as 16 fontes específicas de sentido (N=16), que se passa a designar por subamostra de participantes com coerência de sentido e atitude (gS&A).

### 6.1.3 Instrumentos e procedimentos de análise de dados.

Para implementar as três etapas do estudo mencionadas no ponto anterior, indispensáveis à identificação das fontes gerais e específicas de sentido de vida, foi necessário proceder à análise de conteúdo das descrições livres, das subamostras de participantes com patologia reumática, em resposta à pergunta aberta da Parte C da PIL.

Como já referido, esta análise de conteúdo foi efetuada com recurso à Escala de sentido e à Escala de Atitude, desenvolvidas por Lukas (1983) para identificar a realização de sentido, o esforço desenvolvido e o progresso em termos de satisfação atingida, permitindo distinguir entre realização interior de sentido e consciência de êxito, e distinguir entre atitude positiva perante o sofrimento e êxito, respetivamente.

Para completar o Objetivo 7, implementou-se a quarta e última etapa do estudo, nomeadamente, conhecer a história de sofrimento inevitável das subamostras de participantes com dor crónica reumática. Para o efeito recorreu-se à análise das respostas à pergunta 1 da parte B) da MIST-P (Starck, 2008), que informa quanto ao índice de sofrimento segundo a escala numérica (já descritas na Tabela 46), e à análise e codificação das três respostas mais cotadas, às perguntas abertas e mistas (fechadas e abertas) da MIST-P parte B). Pela análise destas perguntas percebeu-se que fazia sentido serem agrupadas segundo as mesmas categorias do Guia Orientador de Boa Prática da “História de Dor” da Ordem dos Enfermeiros (2008).

Desta forma o guião para a entrevista sobre a história de sofrimento inevitável, orienta para a recolha de dados sobre: Conhecimento/Perceção e Expectativas (perguntas 2, 8 e 10); Estratégias de *coping* (pergunta 3); Fatores de alívio e gestão do sofrimento inevitável (perguntas 4, 11 e 12); Impacto sobre o quotidiano, as emoções, os objetivos de vida e a qualidade das relações (perguntas 5, 6, 7, 13, 14 e 15); Características do sofrimento inevitável e sintomas associados (perguntas 1, 9 e 16) e Opção religiosa (pergunta 17). Para o efeito transcreveram-se as três respostas mais referidas por cada uma das subamostras a cada uma dessas questões, permitindo identificar a história do sofrimento inevitável de cada uma das amostras de participantes com dor crónica reumática.

#### ***Critérios gerais de codificação do sentido e da atitude***

As descrições livres das fontes ou categorias de realização de sentido de vida, por subamostra de participantes de doença reumática, foram avaliadas com as escalas de

sentido e de atitude de Elisabeth Lukas. Ambas as escalas são, segundo Noblejas (1999, p. 84), “exaustivamente definidas e exemplificadas, para assegurar uma adequada interpretação”.

De acordo com as instruções, iniciou-se a análise de conteúdo com a escala de sentido, que identifica a realização de sentido e distingue a realização interior de sentido da consciência de êxito, sendo cotada de 0 a 4 (Lukas, 1988). Voltaram a analisar-se as mesmas descrições, mas agora com recurso à escala de atitude<sup>82</sup>, que avalia a atitude relatada, segundo o ponto de vista logoterapêutico enquanto atitude positiva, perante o próprio sofrimento e perante o próprio êxito, sendo a sua cotação de 0 a 2.

Constatou-se que, no geral, as categorias de realizações de sentido propostas por Lukas (Frankl, 1994) são coincidentes com as fontes de sentido de vida identificadas por Peralta (2001): bem-estar pessoal/aquisições materiais – vida agradável, comer-beber; realização/aquisições pessoais – autoeducação, presença bem-sucedida; família/filhos, casa, independência económica; ocupação principal/formação, educação, ocupação, trabalho; sociedade/amor, contacto social, deveres sociais; interesses/ciência, conhecimento, hobbies, desporto, viagens; experiências/querer viver experiências, natureza, arte,...; serviços e ideais/religião, política, reforma, compromisso e atitude; necessidade vital/saúde, autossuficiência, abastecimento na necessidade.

Atendendo a que, segundo Krippendorff (1990), a AC pode assegurar o equilíbrio entre duas tendências, a qualitativa e a quantitativa, Vala (1986) salienta que se podem efetuar análises quantitativas “das ocorrências”, “avaliativas” ou “estruturais” partindo da hipótese de que “a linguagem representa e reflete diretamente aquele que a utiliza”. Vala (1986, p. 119) apresenta a análise avaliativa como a que melhor se adequa ao “estudo das atitudes da fonte relativamente a determinado objeto”, permitindo que os indicadores manifestos na comunicação possam ser utilizados para fazer inferências a respeito da fonte da emissão” (Bardin, 1977, p. 155). Para assegurar os critérios de validação da AC, Daval (1963) e Vala (1986) recomendam vários processos, sendo o mais comum aquele que implica a colaboração de juízes externos. Para o efeito deve solicitar-se a uma ou duas pessoas que, partindo de um bom conhecimento do sistema de categorias e respetivas definições, isto é, dos mesmos critérios de análise, procedam à categorização de uma amostra

---

<sup>82</sup>Citando Lukas (1983), Noblejas (1999, p. 181) salienta que a mudança definitiva de uma atitude exige, normalmente, grande esforço de argumentação, exemplificação e contraposição por parte do logoterapeuta. No seu trabalho, ele pode dispor do apoio técnico como o diálogo socrático (“técnica de perguntas ingénuas” para reconduzir a contraposição segundo a variante desenvolvida por Elisabeth Lukas, ou para “sacar del inconsciente” e facilitar a autocompreensão, para a definição de objetivos e compromissos significativos).

aleatória do corpus documental. De seguida comparam-se as codificações dos colaboradores com a realizada pelo investigador. Uma vez realizada essa análise procede-se a um cálculo, tendo em conta os acordos e desacordos. A fórmula mais simples e mais frequentemente utilizada é a seguinte:  $F = 2 C12 \div (C1 + C2)$

Ou seja, o dobro do número de acordos entre os codificadores (C12) é dividido pelo total de categorias efetuadas por cada um (C1+C2). Se o resultado rondar os 0,80, já se pode considerar satisfatório. É evidente que a fidelidade dos resultados depende em grande parte da experiência e do conhecimento dos codificadores e de uma correta formulação e definição das categorias.

Porém, Graneheim & Lundman (2004) defendem a importância do painel de peritos no apoio à produção do conceito ou na resolução de problemas de codificação, daí a importância do recurso à reflexão falada para garantir a concordância na forma como os dados são codificados.

### ***Crítérios de codificação do sentido***

As categorias avaliativas da análise de conteúdo referentes à escala de sentido são:

0 – Valor de sentido ótimo: em relação à pontuação final;

1 – Valor de sentido bom: quando apesar de identificar aspetos negativos os positivos prevalecem com determinação;

2 – Valor de sentido indeterminado ou não reconhecido: quando não responde ou quando o que escreveu não contém nenhuma informação sobre o sentido de vida; é o menos falso;

3 – Valor de sentido indeterminado ou não reconhecido: quando manifesta *insatisfação ligeira a moderada, frente à vida* (embora o negativo seja relativizado pelo positivo, não chega a compensá-lo), mas existe uma base para supor que se trata de um *estado transitório* identificar-se um tom geral negativo;

4 – Valor de sentido quando manifesta que não encontra sentido na vida. Indicadores claros da situação são as expressões de desesperança, o que não significa que tenha de ser uma situação de fracasso na vida – pode ser no êxito, ou quando se detetam expressões de ódio, negação à reconciliação, de angústia existencial ou indiferença por tudo que a vida lhe oferece.

### ***Crítérios de codificação da atitude***

As categorias avaliativas da análise de conteúdo referentes à escala de atitude são:

- 0 – Quando apresenta atitude positiva perante o próprio sofrimento e o êxito;
- 1 – Quando apresenta atitude positiva apenas perante um dos critérios, o próprio sofrimento ou o êxito;
- 2 – Quando não refere qualquer informação, nem quanto a atitude positiva perante o próprio sofrimento, nem perante o próprio êxito.

### ***Procedimentos de análise***

Para assegurar os critérios de validação da análise de conteúdo (AC) já explicitados, preconizados por Daval (1963) e Vala (1986), procedeu-se à categorização de uma amostra aleatória de descrições livres, por um leque nacional, internacional e interdisciplinar, de três juízes externos, todos informados quanto ao sistema de categorias e respetivas definições: 1º juiz – Maria Angeles Noblejas, psicóloga clínica, doutorada em Psicologia Evolutiva e da Educação, logoterapeuta, Vice-Presidente da Associação Espanhola de Logoterapia (AESLO) e docente de logoterapia, com vasta experiência na codificação de descrições livres da PIL C); 2º juiz – Ana Leonor Alves Ribeiro, enfermeira, professora coordenadora na Escola de Enfermagem de São João do Porto, com uma vasta produção técnico-científico no âmbito da dor; 3º juiz – Rui Mota Cardoso, Professor Catedrático da FMUP, Investigador Sénior, Coordenador do IPATIMUP, Responsável pela Residência em Saúde Mental da licenciatura em Medicina da Universidade do Minho, e que tem investigado em especial temas relacionados com a angústia e a depressão.

A seleção da amostra aleatória do corpus documental seguiu a regra de contagem de 30 em 30, num total de 6 questionários, sendo o primeiro questionário selecionado o nº 29. Depois de esclarecidas questões metodológicas, enviaram-se estes questionários por correio eletrónico ao 1º juiz, que codificou as descrições e as enviou à investigadora, procedendo-se então à comparação dos resultados com os da codificação original, tendo-se obtido um valor de F=100% de concordância com a codificação da investigadora.

Para reforçar a validade da análise de conteúdo e depois de informados sobre a metodologia da nova análise de conteúdo, foram efetuadas mais duas avaliações, uma por cada um dos juízes portugueses. Após comparação destes resultados com os da classificação original, obteve-se uma coincidência entre 81% e 94% das classificações dos 2º e 3º juízes e a da investigadora, ou seja, perante as 18 possibilidades de classificação, 17 foram coincidentes.

Uma vez efetivada a validação quantitativa da análise de conteúdo, efetuada pela aplicação das instruções e fórmula sugerida por Daval (1963) e Vala (1986), procedeu-se à

reflexão falada com os dois juízes nacionais, que reconfirmaram a classificação efetuada.

Este processo tal como exposto por Graneheim & Lundman (2004) assegura o estabelecimento da concordância partilhada entre todas as codificações avaliadas pelos juízes e a investigadora, e garante a concordância na forma pela qual os dados foram codificados.

## **6.2 Descrição e Apresentação dos Resultados**

Seguidas as instruções sobre a validação da análise de conteúdo, para identificar as fontes gerais e específicas do sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática, resultaram os seguintes dados: 100% para o 1º juiz e a investigadora, ou seja, verificou-se uma coincidência total entre as possibilidades de classificação; e entre 81% e 94% tanto para o 2º e 3º juiz e a investigadora, ou seja, apenas uma das 18 possibilidades de classificação não foi coincidentes. Considerando que os autores citados consideram satisfatórios valores próximos de 80%, poder-se-à inferir que a validade da globalidade da análise de conteúdo efetuada será muito boa (Daval, 1963; Graneheim & Lundman, 2004; Vala, 1986).

Conforme já descrito, as fontes gerais de sentido emergem de entre as 94 (50%) descrições classificadas na escala de sentido, com bom ou ótimo sentido de vida (0 ou 1), enquanto as fontes específicas de sentido surgem a partir das descrições que, em simultâneo, expressam um ótimo valor de sentido de vida (0) na escala de sentido e um ótimo valor de atitude perante o próprio sofrimento e êxito (0) na escala de atitude.

As fontes específicas de sentido foram, assim, relatadas por 16 (8,6%) participantes, que se passa a designar por subamostra gS&A, e cujas características sociodemográficas, profissionais e clínicas se apresentam na Tabela 58.

Pela análise da Tabela 58 verifica-se, curiosamente, que a subamostra gFM é a única que não integra o grupo dos 16 participantes do gS&A. Quanto à idade, verifica-se também que o gEA ( $\bar{x}=47,16$ ;  $DP=13,91$ ) continua a ser a subamostra clínica com participantes mais novos, seguindo-se o gAP ( $\bar{x}=51,5$ ;  $DP=9,01$ ) e por fim o gAR ( $\bar{x}=58,66$ ;  $DP=11,40$ ). Em termos de habilitações literárias, são os participantes do gAR maioritariamente do sexo feminino e casados ( $N=5$ ; 83,3%) que detêm a formação mais baixa, sendo o gAP o que refere ter a formação mais alta.

Relativamente à atividade profissional salienta-se que todos os participantes do

gAR estão reformados exceto o mais novo (34 anos), enquanto nos gEA e gAP são apenas dois os participantes (33% e 50% respectivamente) empregados, encontrando-se os restantes de baixa e reformados; Sobre a confissão religiosa, todos os participantes das subamostras gAR e gEA mencionam seguir a religião católica, com exceção de três (50,0%) do gEA, dois dos quais (33,3%), referem não perfilhar nenhuma religião, e um (16,6%) apresenta-se como agnóstico. O gAP integra apenas um (25,0%) participante que se identifica como católico, enquanto que os restantes três (75,0%) aludem não perfilhar qualquer religião.

Verifica-se ainda que todos os participantes que apresentam um ótimo valor de sentido e uma atitude positiva perante o sofrimento e o êxito, tomam medicação biológica, e em conformidade com os critérios apresentados, são os participantes da subamostra gEA que apresentam, em média, o menor índice de atividade de doença reumática.

Tabela 57  
*Caraterísticas sociodemográficas, profissionais e clínicas do gS&A*

Idade	Sexo	Atividade Laboral	Tempo de dor (anos)	Medicação	Habilitações Literárias	Patologia Reumática	Religião	Índice de Atividade da Dç
27	M	Empregado	1,50	Bio	Bach/Lic	EA	Agnóstico	BASDAI: 2,31
66	F	Reformada	28,00	Bio	9º ano	AR	Católica	DAS 28: 4,11
51	M	Empregado	12,00	Bio	Bach/Lic	AP	Nenhuma	EN: 3
37	M	Empregado	32,00	Bio	Doutoramento	AP	Nenhuma	EN: 4
67	M	Reformado	35,00	Bio	4ª Classe	EA	Católica	BASDAI: 3,35
63	F	Reformada	40,00	Bio	4ª Classe	AR	Católica	DAS 28: 5,00
34	F	Empregada	7,00	Bio	Bach/Lic	AR	Católica	DAS 28: 5,27
60	F	Reformada Inv.	13,00	Bio	9º ano	AP	Católica	EN: 5,5
52	M	Baixa	15,00	Bio	12º ano	EA	Nenhuma	BASDAI: 1,625
59	F	Reformada Inv.	23,00	Bio	4ª Classe	AR	Católica N/P	DAS 28: 3,814
58	M	Reformado	34,00	Bio	Bach/Lic	AP	Nenhuma	EN: 6,1
51	F	Reformada Inv.	16,00	Bio	4ª Classe	EA	Católica	EN: 5,0
68	F	Reformada	20,00	Bio	3ª Classe	AR	Católica	DAS 28: 3,46
55	M	Reformado Inv.	27,00	Bio	Bach/Lic	EA	Nenhuma	BASDAI: 0,8
31	M	Empregado	12,00	Bio	Mestrado	EA	Católica	BASDAI: 0,4
62	M	Reformado	14,00	Bio	4ª Classe	AR	Católica	DAS 28: 2,256

A Tabela 58, completada pelo Gráfico 8, caracteriza o sentido de vida por subamostra de participantes de acordo com a escala de sentido de Lukas (1988). Pela sua análise verifica-se que é na subamostra gEA que nenhum dos participantes manifesta expressões de desesperança (4) (independentemente de serem de êxito ou fracasso), nem insatisfação perante a vida (3).

Observa-se que as descrições livres de cada uma das subamostras estão maioritariamente classificadas na categoria (2) na escala de sentido: gAR (26; 41,3%), gEA (22; 44,0%), gAP (15; 48,4%) e gFM (17; 39,5).

Tabela 58

Caraterização do sentido de vida da totalidade da amostra e subamostra de participantes de acordo com a escala de sentido de Lukas (1988)

	0		1		2		3		4		T (N=187)					
	N	(N)/ (N=187)	(N)/ N(g dç)	N	(N)/ (N=187)	(N)/ N(g dç)	N	(N)/ (N=187)	(N)/ N(g dç)	N		(N)/ (N=187)	(N)/ N(g dç)			
gAR	19	10,2%	30,2%	14	7,5%	22,2%	26	13,9%	41,3%	3	1,6%	4,8%	1	0,5%	1,6%	63
gEA	14	7,5%	28,0%	14	7,5%	28,0%	22	11,8%	44,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	50
gAP	9	4,8%	29,0%	6	3,2%	19,4%	15	8,0%	48,4%	0	0,0%	0,0%	1	0,5%	3,2%	31
gFM	5	2,7%	11,6%	13	7,0%	30,2%	17	9,1%	39,5%	7	3,7%	16,3%	1	0,5%	2,3%	43

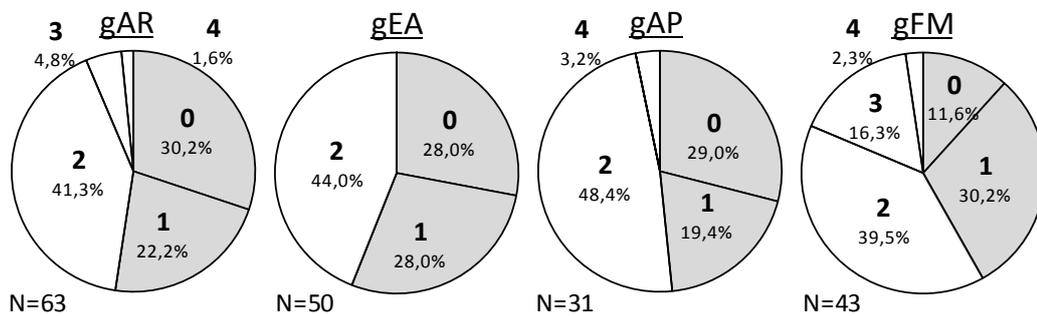


Gráfico 8

Caraterização do sentido de vida por subamostra de participantes de acordo com a escala de sentido Lukas (1988)

A Tabela 59, completada pelo Gráfico 9, caracteriza as descrições livres das subamostras de participantes quanto à atitude positiva perante o próprio sofrimento e o êxito (Lukas, 1988), mostra que é no gAR que a maior percentual de participantes (33; 17,6%) não profere nenhuma informação relativa a esta atitude (2), e que nenhum dos participantes da subamostra gFM revela apresentar esta atitude (0). Também nesta tabela é a categoria (2) a mais cotada: gAR (33; 52,4%), gEA (31; 62,0%), gAP (17; 54,8%) e gFM (27; 62,8).

Tabela 59  
Caraterização da atitude da totalidade da amostra e subamostra de participantes de acordo com a escala de atitude de Lukas (1988)

	0		1		2		T (N=187)			
	N	(N)/ (N=187)	(N)/ N(g dç)	N	(N)/ (N=187)	(N)/ N(g dç)				
gAR	6	3,2%	9,5%	24	12,8%	38,1%	33	17,6%	52,4%	63
gEA	6	3,2%	12,0%	13	7,0%	26,0%	31	16,6%	62,0%	50
gAP	4	2,1%	12,9%	10	5,3%	32,3%	17	9,1%	54,8%	31
gFM	0	0,0%	0,0%	16	8,6%	37,2%	27	14,4%	62,8%	43

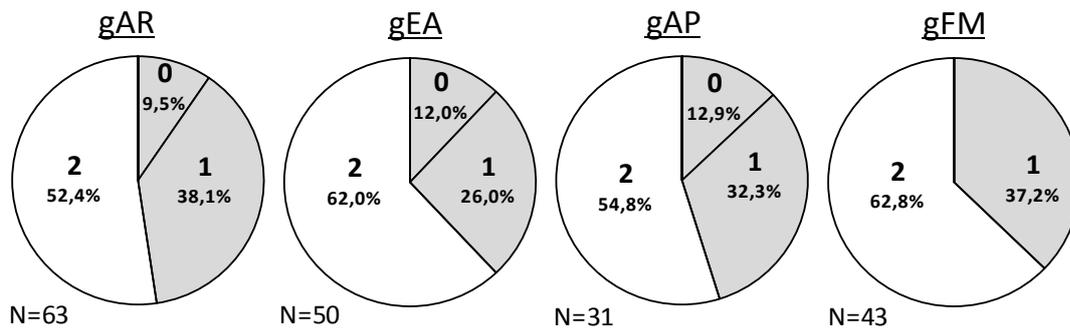


Gráfico 9

Caraterização da atitude por subamostra de participantes de acordo com a escala de atitude Lukas (1988)

As fontes gerais de sentido resultam da categorização das metas, ambições e objetivos na vida (PIL C), expressas pelo total da amostra (N=187). Foram selecionadas todas as descrições que fazem referência ao sentido, isto é, as que foram avaliadas na categoria “0” ou “1” da escala de sentido de Lukas (1983) num total de 94 descrições.

A Tabela 60, identifica as fontes gerais de sentido por subamostra de participantes com dor crónica reumática, contidas nesta amostra (N=94), sendo a família a mais significativa para os participantes das subamostras gAR (N=17; 18,1%), gEA (N=8; 8,5%) e gAP (N=4; 4,3%) e necessidade vital para o gFM (N=5; 5,3%).

A análise do Gráfico 10 permite concluir que a família é a fonte geral de sentido mais significativa para as subamostras gAR (51,5%), gEA (28,6%) e gAP (26,7%), e para a subamostra gFM (27,8%) é a supressão da necessidade vital.

A análise do Gráfico 10 permite concluir que a família é a fonte geral de sentido mais significativa para as subamostras gAR (51,5%), gEA (28,6%) e gAP (26,7%), e para a subamostra gFM (27,8%) é a supressão da necessidade vital.

Tabela 60  
 Identificação das fontes gerais de sentido por subamostra de participantes de acordo com categoria avaliativa "0" e "1" na escala de sentido de Lukas (1988)

	gAR (N=33)		gEA (N=28)		gAP (N=15)		gFM (N=18)		T (94)				
	N	(N)/ (N=94)	(N)/ (N=33)	N	(N)/ (N=94)	(N)/ (N=28)	N	(N)/ (N=94)		(N)/ (N=18)			
<b>A</b> -Auto-realização	6	6,4%	18,2%	3	3,2%	10,7%	1	1,1%	6,7%	3	3,2%	16,7%	6
<b>B</b> -Bem-estar pessoal	1	1,1%	3,0%	2	2,1%	7,1%	2	2,1%	13,3%	1	1,1%	5,6%	6
<b>F</b> -Família	17	18,1%	51,5%	8	8,5%	28,6%	4	4,3%	26,7%	3	3,2%	16,7%	17
<b>I</b> -Interesses	0	0,0%	0,0%	1	1,1%	3,6%	1	1,1%	6,7%	1	1,1%	5,6%	3
<b>N</b> -Necessidade vital	2	2,1%	6,1%	2	2,1%	7,1%	2	2,1%	13,3%	5	5,3%	27,8%	11
<b>O</b> -Ocupação principal	0	0,0%	0,0%	5	5,3%	17,9%	1	1,1%	6,7%	3	3,2%	16,7%	9
<b>S</b> -Serviços/Compromissos e ideais	4	4,3%	12,1%	3	3,2%	10,7%	2	2,1%	13,3%	1	1,1%	5,6%	10
<b>So</b> -Sociedade	3	3,2%	9,1%	4	4,3%	14,3%	2	2,1%	13,3%	1	1,1%	5,6%	10

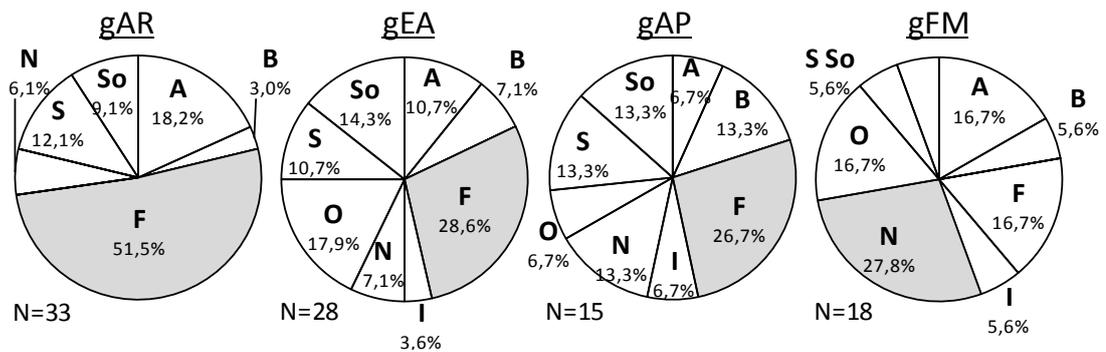


Gráfico 10  
 Identificação das fontes gerais de sentido por subamostra de participantes de acordo com categoria avaliativa "0" e "1" na escala de sentido de Lukas (1988)

Na Tabela 61 são identificadas as fontes específicas de sentido, que resultam da categorização das metas, ambições e objetivos na vida, expressas nas descrições livres da subamostra gS&A (N=16), ou seja, pelos participantes que, em simultâneo, demonstram, um ótimo sentido e uma atitude positiva perante o próprio sofrimento e êxito, tendo por isso, sido avaliadas com a categoria avaliativa "0" tanto para a escala de sentido como para a escala de atitude (Lukas, 1983).

Pela observação desta Tabela 61 observa-se que as fontes específicas de sentido da subamostra gS&A (N=16) são 6 e coincidem com as gerais, com exceção dos Interesses e Necessidades vitais, que não se fez representar.

Verifica-se também que a Família continua a ser assumida como uma impotente fonte específica de sentido do gAR (N=4; 66,7%) do gS&A, porém, já não com o peso maioritário que lhe é atribuído no seio das fontes gerais de sentido, sendo os Serviços/

Compromissos e Ideias, para as subamostras gEA (N=2; 33,3%) e gAP (N=4; 50,0%) e a Sociedade para o gEA (N=2; 33,3%) as fontes específicas de sentido mais evocadas.

A análise da tabela permite ainda concluir que o gFM é a única subamostra que não integra o gS&A.

Tabela 61  
Identificação das fontes específicas de sentido por subamostra de participantes de acordo com categoria avaliativa "0" na escala de sentido e de atitude de Lukas (1988)

	gAR (N=6)		gEA (N=6)			gAP (N=4)			gFM (N=0)			T (16)	
	N	(N)/ (N=16)	(N)/ (N=16)	N	(N)/ (N=16)	(N)/ (N=6)	N	(N)/ (N=16)	(N)/ (N=4)	N	(N)/ (N=16)		(N)/ (N=0)
<b>A</b> -Auto-realização	1	6,3%	16,7%	0	0,0%	0,0%	1	6,3%	25,0%	0	0,0%	0,0%	2
<b>B</b> -Bem-estar pessoal	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	1	6,3%	25,0%	0	0,0%	0,0%	1
<b>F</b> -Família	4	25,0%	66,7%	1	6,3%	16,7%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	5
<b>O</b> -Ocupação principal	0	0,0%	0,0%	1	6,3%	16,7%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	1
<b>S</b> -Serviços/Compromissos e ideais	1	6,3%	16,7%	2	12,5%	33,3%	2	12,5%	50,0%	0	0,0%	0,0%	5
<b>So</b> -Sociedade	0	0,0%	0,0%	2	12,5%	33,3%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	2

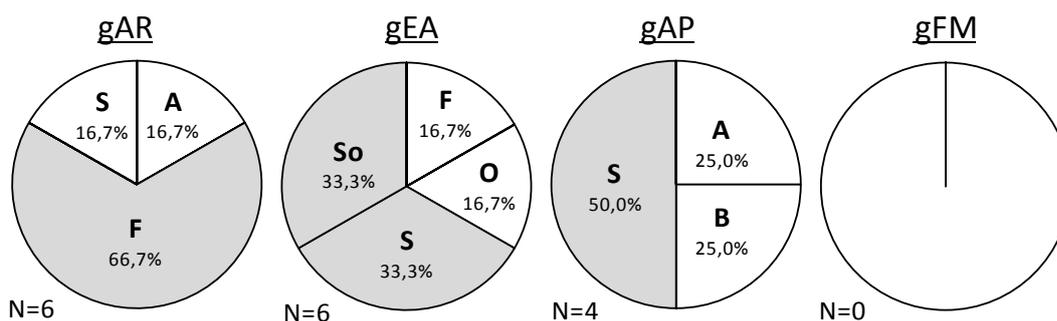


Gráfico 11  
Identificação das fontes específicas de sentido por subamostra de participantes de acordo com categoria avaliativa "0" na escala de sentido e de atitude de Lukas (1988)

Pretendendo-se agora conhecer a história de sofrimento inevitável, associada à vivência da dor crônica reumática de cada subamostra de participantes (N=187; gAR, gEA, gAP e gFM), de acordo com Starck (1985) procedeu-se ao cálculo da média do seu índice de sofrimento (EN), à transcrição de todas as respostas e à seleção das três respostas mais cotadas de cada uma das 16 perguntas mistas (fechadas e abertas) da Parte B da MIST-P.

O resultado da análise das 3 respostas mais cotadas por cada uma das subamostras de participantes (gAR, gEA, gAP e gFM) às 16 perguntas mistas (fechadas e abertas) da Parte B da MIST-P, está expresso na Tabela 62.

Pela observação da tabela foi possível obter a seguinte informação: as características do sofrimento inevitável (quantidade/qualidade do sofrimento inevitável, e comportamento

adotado pelo sofredor quando em sofrimento); os fatores de alívio e gestão do sofrimento inevitável; as estratégias de  *coping*  mais adotadas face ao sofrimento inevitável; o impacto do sofrimento inevitável no quotidiano, quanto à forma como este afeta as atividades de vida (interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, atividades sociais, de lazer e humor), emoções, objetivos de vida e a qualidade das relações com os outros; o conhecimento/perceção acerca da doença/expetativas acerca da dor crónica reumática, do próprio sofrimento inevitável e do tratamento.

Tabela 62  
História do sofrimento inevitável

	N	%	gAR (N=63)		gEA (N=50)		gAP (N=31)		gFM (N=43)	
			N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Conhecimento percepção e expectativas.</b>										
2.O que pensa que o sofrimento ensina, se é que ensina alguma coisa.										
Tenho mais cuidado com a minha saúde.			42	66,7%	37	74,0%				
Dou mais atenção à minha família.	128	68,4%					24	77,4%		
Estou a aprender a ter autodomínio.									29	67,4%
8.Selecione três pessoas da lista abaixo que acha que sofreram.										
Jesus Cristo.			45	71,4%			21	67,7%		
Martin Luther King.	131	70,1%								
Minha mãe.					35	70,0%			35	81,4%
10.Quais são os seus valores e as suas crenças em relação ao sofrimento?										
Vive um dia de cada vez.	102	54,5%	33	52,4%	23	46,0%	16	51,6%	30	69,8%
<b>Estratégias de coping.</b>										
3.Na vivência do sofrimento, o que costuma fazer para lidar com a situação.										
Falar com outras pessoas.							21	67,7%		
Tomar medicamentos.	122	65,2%			27	54,0%			35	81,4%
Manter a calma e isolar-me.			29	46,0%						
<b>Fatores de alívio e gestão do sofrimento inevitável.</b>										
4.Caso haja alguma coisa, o que o tem ajudado a ultrapassar o sofrimento?										
Desligar e ficar sozinho(a).			63	100,0%						
O carinho de familiares ou amigos.	143	76,5%			37	74,0%	25	80,7%		
Medicamentos.									35	81,4%
11.Que tipo de recursos utiliza para gerir o seu sofrimento.										
Família.			49	77,8%	35	70,0%	25	80,6%		
Medicamentos.	136	72,7%							35	81,4%
12.Que intervenções de Enfermagem ou outra ajuda profissional, o(a) ajudam quando está a sofrer?										
Conversar.	118	63,1%	34	54,0%					28	65,1%
Administrar medicação.					31	62,0%	18	58,1%		
<b>Impacto sobre o quotidiano, as emoções, os objetivos de vida e a qualidade das relações.</b>										
5.Que aspetos "bons" ou positivos resultaram do seu sofrimento?										
Estou a ter mais cuidado com a saúde.					30	60,0%	23	74,2%		
Agora vivo um dia de cada vez.	116	62,0%	44	69,8%					33	76,7%
6.Que aspetos "maus" ou negativos resultaram do seu sofrimento?										
Não consigo fazer tantas atividades físicas como gostava.	157	84,0%	53	84,1%	38	76,0%	26	83,9%	40	93,0%
7.De que forma tem o seu sofrimento afetado sua saúde física, mental e espiritual?										
Tenho dores físicas.	157	84,0%	51	81,0%	37	74,0%	28	90,3%	41	95,3%
13.Por favor descreva qual sente ser, o seu objetivo na vida.										
Desempenho familiar (especifique p. f.).	104	55,6%	33	52,4%	28	56,0%	17	54,8%		
Ser eu próprio.							17	54,8%	28	65,1%
14.Esta experiência de sofrimento afeta a sua capacidade de atingir o seu objetivo na vida?										
Sim.							13	41,9%	26	60,5%
Às vezes.	84	44,9%	29	46,0%	22	44,0%	13	41,9%		
15.Consegue realizar ações meritórias por outras pessoas apesar de estar em sofrimento?										
Escutar os outros.							23	74,2%		
Rezar/orar pelos outros.	144	77,0%	24	38,1%						
Expressar o meu amor por outros.					26	52,0%			34	79,1%
<b>Características do sofrimento inevitável e sintomas associados.</b>										
9.Que características atribui ao estado de sofrimento?										
Dor.	166	88,8%	58	92,1%	41	82,0%	28	90,3%	39	90,7%
16.Como é o seu comportamento quando está em sofrimento?										
Impaciente.	99	52,9%	34	54,0%	23	46,0%	17	54,8%	25	58,1%
17.Opção religiosa.										
Católico(a).			56	88,9%	28	56,0%	17	54,8%	33	76,7%
Protestante.			0	0,0%	1	2%	1	3,3%	2	4,7%
Outra (refira p.f.).(*)			3	4,8%	2	4,0%	2	6,5%	2	4,7%
Nenhuma.			4	6,3%	17	34,0%	9	29,0%	3	7,0%
(Não responderam)			0	0,0%	2	4,0%	2	6,5%	3	7,0%
(*) Católico não praticante (1/gAR, 2/gFM); Evangélico (1/gAR, 1/gAP); Muçulmano (1/gAR); Agnóstico (1/gEA); Igreja Nosso Senhor de Jesus Cristo no Mundo (1/gEA); Ortodoxo (1/AP); Testemuha de Jeová (1/gAP)										

### 6.2.1 Síntese do Estudo 3.

Em síntese, a identificação das fontes de sentido de vida e da história do sofrimento inevitável apresentam-se como o acervo da análise de conteúdo das descrições livres, dos participantes sobre o seu sentido de vida e a sua atitude a ele associada, segundo a metodologia logoterapêutica proposta por Lukas (1988) e Noblejas (1999, p. 84).

Desta forma, foi possível analisar e conhecer as fontes gerais e específicas de sentido de vida e as atitudes perante o próprio sofrimento e o êxito, para cada uma das subamostras em estudo, assim como as suas histórias de sofrimento inevitável. É com base nestas histórias que se propõem um guião geral para a abordagem da espiritualidade na entrevista clínica, recurso facilitadores da recolheita de dados para a aplicação do processo de enfermagem à pessoa com dor crónica, e definição da intervenção que promova a descoberta de sentido de vida (CoCIP).

Em resumo, apresentam-se os tópicos do guião da entrevista sobre a História do Sofrimento Inevitável: Conhecimento/Perceção e Expetativas; Estratégias de *coping*; Fatores de alívio e gestão do sofrimento inevitável; Impacto sobre o quotidiano, as emoções, os objetivos de vida e a qualidade das relações; Características do sofrimento inevitável e sintomas associados; e, por fim, a questão (facultativa) sobre a opção religiosa.



## Capítulo VII Resultados e Discussão dos Três Estudos

O objetivo principal do presente estudo era explorar, do ponto de vista empírico, a questão da importância do sentido de vida no alívio do sofrimento inevitável da pessoa com dor crónica. A concretização deste objetivo foi delineada em duas etapas, recorrendo-se a metodologia quantitativa (instrumento de autoavaliação) e a descritiva.

Procede-se agora a uma síntese e apreciação crítica dos resultados, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, tentando evidenciar os seus significados e implicações.

Começa-se por discutir os resultados referentes ao ESTUDO 1 sobre a tradução e validação dos instrumentos, *The Meaning in Suffering Test* (MIST) e a *Self-Transcendence Scale* (STS), fazendo referência às características sociodemográficas e clínicas mais relevantes da amostra e respondendo, assim, ao Objetivo 1. Seguidamente, discutem-se os resultados do ESTUDO 2 ao nível das diferentes relações que se estabelecem entre o sentido de vida da pessoa com dor crónica (por subamostras da patologia reumática) e as variáveis associadas e/ou explicativas para alcançar os Objetivos 2 a 6 da presente investigação.

Por último, discutem-se os resultados do ESTUDO 3 quanto à avaliação das fontes do sentido de vida e identificação das histórias de sofrimento inevitável da pessoa com dor crónica reumática dando assim resposta ao Objetivo 7.

Com o acervo das discussões de todos os estudos e em termos de conclusão, apresentam-se, no final, os contributos para a implementação dum futuro programa de intervenção para a promoção do sentido da pessoa com dor crónica.

### 7.1 Estudo 1

Relativamente à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, ela é constituída por 187 indivíduos, com idades compreendidas entre os 19 e os 76 anos apresentando uma idade média de 49,9 anos e um desvio padrão de 12,1. Estes dados estão em conformidade com as estatísticas nacionais e internacionais quando indicam que a dor

crónica de causa musculoesquelética atinge pessoas de todas as idades mas que incide com prevalência pontual na população adulta (BJD, 2005; Caseiro, 2007; PNCDR, 2004; Queiroz, 2006; WHO, 2003), verificando-se a tendência para o aumento da prevalência da dor com o aumento da idade que, em conformidade com (ONSA, 2005), será na proporção de 39,2% para idade entre 55 a 64 anos.

Quanto às características sociodemográficas e clínicas mais relevantes da amostra, corroborando o resultado apresentado pelo PNCDR (2004), ONSA (2005), Queiroz (2006) e ONDOR (2010b), verifica-se a predominância de doença reumática crónica nas mulheres da amostra (N=116; 62%).

Quanto ao estado civil, na sua maioria 123 (65,8%) são casados, 26 (13,9%) são solteiros, e 38 (20,3%) distribuem-se pelas restantes situações indicadas nos resultados. Relativamente ao modo como vivem, 162 (86,6%) vivem com a família e 16 (8,6%) vivem sozinhos.

Relativamente ao nível de escolaridade 56 (29,9%) referem ter formação académica superior e 47 (25,1%) apenas a 4ª classe, com o 9º e o 12º ano encontram-se em igual número 29 (15,5%), distribuindo-se os outros inquiridos pelos restantes níveis de ensino indicados nos resultados.

Sobre o local de residência, verifica-se que os respondentes provêm na sua maioria do distrito de Lisboa 87 (46,5%), Santarém 23 (12,3%), Leiria 22 (11,8%) e Setúbal 14 (7,5%).

Quanto à situação laboral, 74 (39,6%) dos participantes na amostra estão empregados e 64 (34,2%) estão reformados. Dos respondentes que estão desempregados, 11 (63,6%) consideram que a dor esteve na origem da sua situação. Quanto aos reformados, e tendo em conta a idade média 24 (37,5%), também consideram que se encontram nesta situação precocemente, por motivo da doença. Estes resultados são corroborados pelos dados nacionais referentes aos estudos epidemiológicos realizados desde 1976 (PNCDR, 2004) e pelos resultados do estudo internacional, empreendido em 25 países europeus pela “*The Works Foundation*” que concluiu que 40% dos trabalhadores têm que abandonar a atividade profissional devido à dor reumática (TWF, 2009).

Quanto aos quatro diagnósticos de doença reumática que afetam os indivíduos da amostra, aferiu-se que a subamostra mais numerosa é o grupo de indivíduos com artrite reumatoide (gAR) com 63 (33,7%) participantes e a mais pequena é o grupo com artrite psoriática (gAP) com 31 (16,6%). A subamostra do grupo de indivíduos com espondilite

anquilosante (gEA) é composta por 50 (26,7%) e a subamostra do grupo com fibromialgia (gFM) é composta por 43 (23,0%).

De acordo com o relatório de execução do projeto de Registo Nacional de Doentes Reumáticos, da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, constata-se existir uma relação direta entre a grandeza relativa de cada uma das três subamostras de grupos de doentes com doença reumática e as subamostras de doentes inscritos, a nível nacional, nas bases de dados: BioReportAR (gAR: 725), BioReportEA (gEA: 138) e BioReportAP (gAP: 70), em tratamento com fármacos biotecnológicos, nos Serviços e Unidades de Reumatologia (ONDOR, 2010). Quanto à subamostra gFM, uma vez que não existe nenhuma terapêutica nem base de dados específica para a sua monitorização não se pôde proceder à comparação com estatísticas nacionais. Por outro lado, esse procedimento seria viciado, uma vez que devido ao reduzido o número de indivíduos com fibromialgia existentes na instituição de acolhimento (apenas 13 que correspondem a 30% da subamostra gFM) houve necessidade de recorrer a doentes dos grupos MYOS de Coimbra e Leiria.

Tendo em conta que não se conhece com rigor a prevalência<sup>83</sup> da dor reumática crónica, que a nível europeu, de acordo com previsões apresentadas no relatório *“European Action Towards Better Musculoskeletal Health-Guide to the Prevention and Treatment of Musculoskeletal Conditions for the Healthcare Practitioner and Policy Maker”*, se estimou ser, aproximadamente, 25% da população em geral (BJD, 2005), e a nível nacional cerca de 30% com base nas estimativas apresentadas no (PNCDR, 2004) e cerca de 24% segundo o ONSA (2005), com tendência para se aproximar ao valor referenciado pelo PNCDR, uma vez que foca o aumento da prevalência da doença reumática crónica com a idade, poder-se-á concluir que os dados referentes às três subamostras gAR, gEA e gAP se constituem, com um intervalo de confiança de 95%, como um reforço para a legitimação da extrapolação dos resultados do presente estudo para a população nacional.

Sendo as doenças músculo-esqueléticas responsáveis por cerca de metade do absentismo laboral e 60% das situações de incapacidade permanente (TWF, 2009), e apesar de em Portugal não ser sistematicamente publicada informação sobre a incapacidade laboral por doença reumática (ONDOR, 2010), verifica-se que a média dos

---

<sup>83</sup>Com a finalidade de colmatar a ausência de informações sobre as doenças reumáticas em Portugal, iniciou-se em 2011 um Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal EpiReumaPt (ReumaCensus), promovido pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia, com término previsto para 2013/2014.

dias de absentismo por mês com que a doença afeta a atividade laboral dos inquiridos da amostra do presente estudo é de 1 dia com um desvio padrão de 3,87.

O tempo médio de diagnóstico corresponde a 12 anos com um desvio padrão de 9,66 sendo o tempo médio com dor de 15,9 anos e um desvio padrão de 10,14.

Além da doença reumática, 93 (49,7%) respondentes afirmam ter outras doenças, entre as quais as patologias cardiovasculares em 27 (14,4%) casos, seguindo-se com igual número de referências as patologias gastrointestinais, endócrino-metabólicas e respiratórias, em 15 (8,02%) casos. Estes resultados estão de acordo com os referidos como causas da morbilidade que carecem ou não de internamento hospitalar (ONDOR, 2010). No entanto, 90% dos participantes afirmam que a doença reumática é aquela que mais interfere na sua qualidade de vida. Salienta-se ainda que todos os participantes tomam regularmente medicação específica para alívio da dor reumática, sendo estes dados consentâneos com a justificação, gravidade atribuída e os encargos decorrentes do consumo destes fármacos por Portugal (ONDOR, 2010b; PNCDR, 2004).

A adaptação transcultural e validação do instrumento de medida *Meaning in Suffering Test* (MIST) (Starck, 1985) para a população portuguesa com dor crónica reumática, foi exercida replicando a estratégia analítica de Starck (1985) relativa à versão anglófona do *Meaning in Suffering Test* (MIST)<sup>84</sup>, obtendo-se o Teste de Sentido no Sofrimento (MIST-P), constituído por 12 itens.

Os resultados obtidos pela análise fatorial realizada permitiram considerar legítima uma solução em dois fatores, identificando duas medidas de Sentido no Sofrimento: F.1 – Sentido e Respostas Face ao Sofrimento; e F.2 – Características Subjetivas Face ao Sofrimento; que se constituem como indicadores de validade de constructo.

Verificou-se que os valores de *alfa de Cronbach* encontrados para o total da escala e o F.1 da MIST-P (0,833; 0,792) são superiores aos da escala original (0,810; 0,730) (Starck, 1985, p. 2) sendo o F.2 semelhante nas duas escalas (0,731; 0,729). O valor do *alfa de Cronbach* total da escala MIST-P é também superior ao encontrado por Kuuppelomaki & Lauri (1998) que é igual ao do estudo original.

Comparando os três fatores da escala original MIST (Starck, 1985) com os dois fatores da MIST-P, reconhece-se que o F.1 da MIST-P “Sentido e respostas face ao sofrimento” é a síntese dos F.2 e F.3 da MIST e que o F.2 da MIST-P “Características

---

<sup>84</sup>MIST: Constituída por 20 itens, distribuídos numa estrutura de três fatores (Sentido no sofrimento; Respostas pessoais e Características subjetivas do sofrimento). Amostra: N=94; com os seguintes valores de *alfa de Cronbach*: Total 0,810; F.1 0,560; F.2 0,730 e F.3 0,729.

subjetivas face ao sofrimento” corresponde ao F.1 da MIST, com a exceção do item 17 (Acredito que o meu sofrimento deu àqueles que amo uma oportunidade de se realizarem), que na MIST-P pertence ao F.2 e na MIST ao F.3.

Conclui-se que as medidas finais da versão portuguesa da MIST revelam uma boa consistência interna, pois todos os itens da MIST-P exibem um *alfa de Cronbach* acima de 0,800, variando entre 0,809 e 0,830, sendo o valor da consistência interna de 0,833 (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pais-Ribeiro, 2008; Pestana & Gageiro, 2005a), com uma boa estabilidade temporal, pois a correlação de *Pearson* entre os valores da 1ª e da 2ª aplicação oscilaram entre 0,777 e 0,844 (Pestana & Gageiro, 2005a; Pais-Ribeiro, 2008), o que permite a utilização do Teste de Sentido no Sofrimento (MIST-P) na avaliação e operacionalização do constructo Sentido no Sofrimento.

O Teste de Sentido no Sofrimento assenta numa perspetiva existencial e fenomenológica e pode ser utilizado no âmbito da investigação como um instrumento para medir o constructo sentido no sofrimento e, do ponto de vista clínico, no rastreio, na caracterização do perfil individual de indivíduos e na orientação para a estratégia de intervenção (Gutmann, 1996; Melton & Schulenberg, 2008, p. 37; Schulenberg, 2004; Starck, 1985, 2008).

A avaliação dos resultados obtidos no MIST permite identificar indivíduos que manifestam sofrimento inevitável não integrado que, segundo Frankl (2005a), significa não atribuir um significado à situação “vazio existencial” e aqueles evoluírem para um estado de frustração existencial e neurose noogénica.

Starck (2010) apresenta três intervenções de enfermagem, cuidados espirituais, dirigidos especificamente à pessoa que sofre: a) avaliar o sentido da sua vida; b) validar a sua força espiritual; e c) orientar para o relacionamento, a que designa por *libertação* do espírito. A esta libertação, Frankl (1992 e 1999) designa por autotranscendência ou atitude dialógica como algo que, por natureza, sela a “relação interpessoal Eu-Tu” e “em última instância, culmina no ato de fé e de total autotranscendência em direção ao Tu primitivo (Ur-Du) que constitui o fundamento ontológico da responsabilidade” (Frankl, 2005b, pp. 95-96), homólogo ao conceito de *intencionalidade* de Husserl, de *autoafeção* de Henry (2000) e Kühn (2010)<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup>Atribuindo à obra de Viktor Frankl “O Homem em busca de Sentido” o marco da emergência e credibilidade do conceito sentido de vida no campo científico, Rolf Kühn refere que, na génese da fenomenologia husserliana “a ideia de uma teologia sempre esteve presente ao nível do seu ego transcendente” e que essa ideia vai ser “ignorada, perversa ou esquecida em certos momentos da história, para provocar a crise de tal verdade transcendental originária” (Kühn, 2010, p. 105).

Carlos Díaz reflete sobre essa capacidade do ser humano e exemplifica com o interesse por alguém. Refere que interessar-se por alguém implica esperar algo desse alguém mas, em simultâneo, dar-lhe os recursos necessários para que possa responder ao esperado, ou seja “quem espera, dá, quem não espera, esteriliza, nega na realidade a possibilidade de uma relação criadora: só se pode falar de esperança quando existe essa interação entre quem dá e quem recebe, essa comunicação é o selo de toda a vida espiritual” (Díaz, 2004, p. 20).

Conclui-se que os estudos de validade do constructo Sentido no Sofrimento, realizados com populações diferentes (americanos e agora portugueses) permitem não apenas avaliar e correlacionar o sentido no sofrimento da pessoa com dor crónica reumática com outros constructos, mas orientar quanto à adequação das intervenções de enfermagem enquanto cuidados espirituais. Neste sentido salienta-se o interesse de se proceder a um maior número de trabalhos empíricos com amostras de maior dimensão, e em contextos clínicos mais diversificados, como por exemplo, a vivência da pessoa com insuficiência renal crónica, em estudo.

A adaptação transcultural e validação do instrumento de medida *Self-Transcendence Scale* (STS) (Reed, 1989) para a população portuguesa com dor crónica reumática realizou-se com o instrumento original que foi construído a partir da escala “*Developmental Resources of Later Adulthood*” (DRLA) de 36 itens, no sentido de se constituir um recurso básico para promover a saúde mental e espiritual da pessoa idosa, mas nas últimas duas décadas demonstrou adequar-se a todas as faixas etárias, desde a adolescência até ao final-da-vida, tanto na cultura americana como na asiática (Reed, 2010). Desta forma, a intensidade da autotranscendência identifica as características do desenvolvimento pessoal quanto à maturidade sobre a visão da vida e expansão dos autolimites, de especial utilidade em pessoas deprimidas, enlutadas, em contextos traumáticos com dificuldade de integrar a perda, a dor e o sofrimento inevitável, orientando-as na descoberta de um novo sentido na vida e a adquirir bem-estar (Reed, 2010, fevereiro).

A adequação e avaliação das características psicométricas da *Self-Transcendence Scale* (STS) (Reed, 1989) para a população portuguesa com dor crónica reumática, resultou na Escala de Autotranscendência (STS-P) constituída por 10 itens.

Os resultados da análise fatorial realizada ao conjunto dos 10 itens da Escala da Autotranscendência (STS-P) permitiram considerar legítima a solução de dois fatores, identificando duas medidas de autotranscendência (Ambiente interno e Ambiente externo e

temporal), que se constituem como indicadores de validade do constructo autotranscendência.

Comparando algumas medidas finais dos estudos de Reed (1989), (Bean & Wagner, 2006; Chen & Walsh, 2009; Coward, 1990, 1991; Hoshi, 2008; Reed, 1991; Thomas et al., 2010; Ya-Chuan, 2009) com as do presente estudo, quanto ao número de itens, fatores e valor de *alfa de Cronbach*, conclui-se que a versão STS-P apresenta uma boa consistência interna (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pais-Ribeiro, 2008; Pestana & Gageiro, 2005a) e corrobora os resultados dos estudos citados.

Comparando o tamanho da amostra e o valor das medidas finais da STS-P com os valores referentes à STS original de Reed e os de outras versões estudadas, verifica-se o seguinte:

O estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa (STS-P) é de todos os estudos referidos o que integrou a maior amostra, com 187 indivíduos, seguindo-se a amostra do estudo da versão inglesa original<sup>86</sup> (Reed, 1989) com 130, depois a amostra da versão japonesa<sup>87</sup> (STS-J) (Hoshi, 2008) com 104 e, por fim, a amostra da versão chinesa<sup>88</sup> (STS-C) (Ya-Chuan, 2009) com 93;

A versão portuguesa (STS-P), com 10 itens, é a que tem o mais baixo número de itens de todas as versões estudadas, seguindo-se a versão japonesa (STS-J) com 14 e, por fim, a versão chinesa (STS-C), igual à versão original, com 15;

Quanto ao número de fatores, a versão portuguesa (STS-P) apresenta dois fatores, valor intermédio entre o número de fatores da versão original (três Fatores) e da versão japonesa (STS-J) (um Fatores), sendo quatro o número de Fatores da versão chinesa (STS-C);

O valor do *alfa de Cronbach* do total das escalas das versões de STS analisadas situa-se entre 0,93 e 0,79, correspondendo estes valores à versão original de Reed e japonesa<sup>89</sup> (STS-J), respetivamente, e 0,836 e 0,89 aos valores de *alfa de Cronbach* do total das versões portuguesa (STS-P) e da chinesa (STS-C) situados no intervalo intermédio.

Quanto à estabilidade temporal, a STS-P, e face aos critérios aceites, pode considerar-se razoável a boa, pois os valores da correlação de *Pearson* entre a 1ª e a 2ª aplicação oscilaram entre 0,630 e 0,828 (Pais-Ribeiro, 2008; Pestana & Gageiro, 2005a), o

---

<sup>86</sup>Amostra de idosos: 72 saudáveis, 14 clinicamente depressivos e 44 residentes de lares.

<sup>87</sup>Amostra de idosos residentes de lares.

<sup>88</sup>Amostra de idosos da comunidade.

<sup>89</sup>Com a eliminação do item 15 o *alfa de Cronbach* passou de 0,77 para 0,79.

que permite a utilização da Escala de Autotranscendência (STS-P) na avaliação e operacionalização do constructo autotranscendência.

Tal como a MIST-P, também a STS-P assenta numa perspetiva existencial e fenomenológica podendo por isso ser utilizados no âmbito da investigação como instrumentos para medir o constructo autotranscendência, do ponto de vista clínico, no rastreio e na caracterização do perfil individual de indivíduos, fornecer importantes elementos orientadores terapêutico para a saúde e bem-estar psicoespiritual.

A escala descreve ainda intervenções para a interação com a pessoa, tais como a orientação para a autotranscendência que é apoiada pela estimulação à livre expressão do altruísmo, através de atividades de voluntariado, ou a reflexão sobre a perspetiva espiritual apoiada com a integração num grupo de aprendizagem ativa, ou o envolvimento em atividades artísticas, criativas e a busca de oportunidades para partilhar seus benefícios com os outros (Reed, 2008, 2010, fevereiro).

A Escala Objetivos de Vida (EOV)<sup>90</sup> adaptada e validada por Peralta (2001) para a população portuguesa de Portugal, a partir da forma revista da *Purpose in Life Test* (PIL-R) de (Harlow et al., 1987).

Na pesquisa de subsídios para responder à questão em torno da estrutura fatorial da PIL, encontrou-se, já no estudo de adaptação transcultural da PIL à língua chinesa (PIL-J) de Shek (1988)<sup>91</sup>, uma solução de dois fatores (Qualidade de vida, ou sentido vivencial e Sentido existencial), sendo posteriormente testada noutros estudos sobre o sentido de vida e bem-estar em amostras chinesas de estudantes universitários e do ensino secundário (Shek, 1992, 1993). Com o presente estudo, foi possível não só responder ao Objetivo 2 de aferir e validar as propriedades psicométricas da EOV em pessoas com dor crónica reumática, como contribuir para o reforço da solução de dois fatores da Parte A da PIL, proposta e testada por Shek (1992, 1993).

Comparando os resultados das medidas finais do estudo da estrutura fatorial do PIL (Reker & Cousins, 1979; Walters & Klein, 1980) com as medidas finais do estudo de adaptação da PIL-R à população portuguesa, na Escala Objetivos de Vida (EOV-P) (Peralta, 2001) e nas medidas de EOV-PR verifica-se que os valores de *alfa de Cronbach* obtidos no primeiro e segundo fator do estudo de Peralta (2001) variam entre 0,781 e

---

<sup>90</sup>EOV: Constituída por 20 itens, distribuídos numa estrutura de dois fatores. Amostra: N=169 com idade entre os 20 e os 80 anos ( $\bar{x}$  =43,66 e DP=12,12).

<sup>91</sup>PIL-J: Constituída por 20 itens, distribuídos numa estrutura de dois fatores. Amostra: N=2140 alunos do ensino secundário com idade entre os 11 e os 20 anos.

0,383, sendo por isso considerados, respetivamente, como aceitável e fraco (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pais-Ribeiro, 2008; Pestana & Gageiro, 2005a), e apresentam a mesma tendência dos coeficientes obtidos na primeira rotação da EOVR-PR. Com a exclusão dos 5 itens, os valores da EOVR-PR apresentam uma acentuada melhoria, situando-se os novos *alfa de Cronbach* entre 0,867 e 0,659, considerados como bom e aceitável, respetivamente. Também o valor do *alfa de Cronbach* total de 0,857 da EOVR apresenta uma melhoria considerável face ao de 0,656 do estudo de Peralta (2001).

Conclui-se que os resultados da EOVR-PR, resultante da revalidação e a aferição das propriedades psicométricas da EOVR-P à população portuguesa com dor crónica reumática, corroboram as medidas dos estudos de Peralta (2001) (EOVR-P) e de Harlow, Newcomb & Bentler (1987) (PIL-R), e que as características psicométricas da EOVR (15 itens) confirmou tratar-se de uma escala homogénea e válida para medir a presença e intensidade de sentido de vida.

Efetuiu-se a replicação do estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-P)* adaptada por Pais-Ribeiro et al. (2007) e (Silva et al., 2006) a pessoas com dor reumática crónica, de que resultou a solução da HADS-PR. Comprovou-se que, tal como 11 dos 19 estudos da revisão da literatura de Bjelland et al. (2002), também a HADS-PR encontrou uma estrutura de dois fatores (Ansiedade e Depressão) que se constituem como indicadores de validade de constructo das medidas.

Verificou-se também que os *alfa de Cronbach* (Ansiedade: 0,815 e Depressão: 0,823) encontrados para a HADS-PR corroboram os valores globalmente referenciados por Bjelland et al. (2002) referido por Pais-Ribeiro et al. (2007, p. 229) “para a ansiedade 0,76 a 0,93 e para a depressão de 0,67 a 0,90”.

Salienta-se que a estrutura da versão HADS-PR replica a versão original da HADS (Zigmond & Snaith, 1983) com a exceção do item 7 que deveria integrar o fator da Ansiedade, mas que num estudo da adequação da versão da HADS-P surge no fator da Depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007; Silva et al., 2006). Por esta razão, refere que “apesar do esforço de Zigmond e Snaith em eliminar itens que pudessem ser influenciados pela doença física do indivíduo”, o item 7 “que parece ser afetado por esta”, ou seja, em alguns estudos a escala poderá não apresentar os resultados teoricamente expectáveis, podendo esta situação dever-se à localização da HADS no conjunto de outros questionários, enviesando as respostas (Silva et al., 2006, p. 200).

Conclui-se que globalmente a medida de ansiedade e de depressão da HADS-PR mostra propriedades métricas positivas, similares às dos estudos internacionais, sugerindo que mede o mesmo constructo da HADS original (Zigmond & Snaith, 1983) e HADS-P (Pais-Ribeiro et al., 2007; Silva et al., 2006).

A partir da replicação da versão em português de Portugal da *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS-P) (Domingos & Cruz, 2005)<sup>92</sup>, que se desenvolveu da *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS) (Anderson et al., 1995)<sup>93</sup>, resultou a CPSS-PR<sup>94</sup> que pretende medir a perceção de autoeficácia da população portuguesa com dor reumática crónica, para controlar a dor e suas consequências.

Constata-se que os valores de *alfa de Cronbach* da CPSS-PR corroboram os critérios de homogeneidade dos itens (Hill & Hill, 2005; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2005a) o que permite afirmar que é um instrumento fiável.

Comparando os valores de *alfa de Cronbach* da versão original CPSS (Anderson et al., 1995) da AEDC (Salvetti, 2004) e da CPSS-P (Domingos & Cruz, 2005) com a CPSS-PR, verifica-se que apresenta uma boa consistência interna, com valor de 0,950 para o *alfa de Cronbach* do total da escala, valor máximo relativamente aos que se encontraram nas escalas citadas que são respetivamente entre 0,84 a 0,94 e 0,94 a 0,93.

Comparando os valores de *alfa de Cronbach* das 3 escalas com a CPSS-PR, verifica-se que ela apresenta para o fator F.1 (Gestão da dor) o valor mais baixo (0,80), e as outras respetivamente 0,86; 0,76 e 0,83. Para o fator F.2 (Funcionalidade) a CPSS-PR apresentou o valor mais alto de *alfa de Cronbach* (0,95) sendo os das outras escalas respetivamente 0,91; 0,92 e 0,88. No fator F.3 (Estratégias de  *coping*) a CPSS-PR apresenta o valor mais alto (0,91) de *alfa de Cronbach* em linha com as outras escalas que são respetivamente 0,91; 0,89 e 0,90 e 0,91.

O estudo permitiu confirmar que a CPSS-PR não é apenas um instrumento homogéneo e válido para medir a autoeficácia da pessoa para controlar a sua dor reumática crónica e suas consequências, como apresenta medidas finais que corroboram os estudos de referência, completando a consecução do Objetivo 2 do ESTUDO 1.

---

<sup>92</sup>CPSS-P: Constituída por 22 itens, distribuídos numa estrutura de três fatores, com N=30 indivíduos com dor lombar e idade compreendida entre os 20 e os 59 anos.

<sup>93</sup>CPSS: Constituída por 22 itens, distribuídos numa estrutura de três fatores com N=125 indivíduos com dor lombar crónica.

<sup>94</sup>CPSS-PR: Constituída por 19 itens, distribuídos numa estrutura de três fatores com N=187 indivíduos com dor reumática crónica e idade compreendida entre os 19 e os 76 anos ( $\bar{x}$  =49,9; DP=12,1).

## 7.2 Estudo 2

Depois de discutidos os resultados do ESTUDO 1, inerentes ao Objetivo 1 (Tradução transcultural e validação do MIST e da STS) e ao Objetivo 2 (Revalidar as versões portuguesas da escala de objetivos de vida, da autoeficácia na dor crónica e da ansiedade e depressão testando as suas propriedades psicométricas em pessoas com dor crónica reumática), apresenta-se de seguida a discussão dos resultados do ESTUDO 2.

Quanto ao consumo de medicamentos, os resultados corroboram os dados do ONDOR, uma vez que, enquanto para as subamostras gAR, gEA e gAP se conhecem e estão implementadas estratégias de avaliação do efeito da terapêutica, para a subamostra gFM, apesar de se conhecer um vasto conjunto de fármacos utilizados por doentes com esta patologia, não existem substâncias com indicação formal para a fibromialgia, o que “impede a caracterização da evolução do consumo de medicamentos com esta indicação terapêutica” (ONDOR, 2010b, p. 106);

Sobre o sexo, os resultados expõem que a subamostra dos indivíduos do gFM, exclusivamente constituída por elementos do sexo feminino, corrobora com os dados do estudo desenvolvido no âmbito das atividades do ONDOR que estima “uma prevalência de fibromialgia de 0,4% (IC 95%: 0,1 a 1,0) nas mulheres e de 0,0% (IC 95% (unilateral): 0,0 a 0,6) nos homens.” (ONDOR, 2010b, p. 106);

Quanto às habilitações literárias, constata-se que os indivíduos do gAR e gFM apresentam níveis mais baixos (4<sup>o</sup> classe, 36,5% e 37,2%) face aos indivíduos do gEA e gAP que referem habilitação superior (25,8% e 30,0%);

A observação da idade dos participantes permite constatar que é o gFM o que integra os participantes com médias mais altas de idade, seguindo-se os participantes do gAR, depois do gAP e o do gEA com 54,4; 53,5; 47,9 e 42, respetivamente;

Os participantes que em média faltam mais dias por mês ao trabalho são os do gFM (5,6) e gAR (1,1);

Quanto ao tempo de diagnóstico, os participantes dos quatro grupos apresentam um tempo médio de 4 anos entre o tempo reportado com dor crónica e a data em que foi confirmado o respetivo diagnóstico.

No que respeita à medicação verifica-se um forte recurso a analgésicos e medicação biológica, com exceção do gFM. Este dado está em conformidade com o referido por ONDOR 2 (2010b, p. 107) quando refere que, apesar dos doentes com fibromialgia recorrerem a um vasto conjunto de fármacos, não existe nenhum fármaco com indicação

específica para a síndrome, o que “impede a caracterização da evolução”. Por outro lado, e indo ao encontro do referido no PNCDR, a fibromialgia para além de provocar incapacidade física e emocional causa perturbações cognitivas e as típicas histórias de ansiedade e depressão (PNCDR, 2004);

O consumo de medicamentos, em continuidade com a questão anterior, confirma o referido no PNCDR, mostrando que é a subamostra gFM que mais recorre ao uso de terapêutica Antidepressivos (30,8%) (PNCDR, 2004);

Quanto ao uso de outro tipo de tratamentos para a dor, constata-se que é precisamente na subamostra gFM que em 76,7% dos casos se recorre a medidas não farmacológicas, nomeadamente à Psicoterapia (32,6%), mas também à Fisioterapia (25,6%) e à Hidroterapia (18,6%), sendo a Fisioterapia também utilizada pela subamostra gEA (20%).

A análise do sentido de vida dos doentes, por subamostras, em função da patologia reumática crónica, mostrou que, em média:

O gAP apresenta maior tendência para a transcendência, exibindo valores mais altos, quer para o total do indicador empírico STS-P, quer para os seus dois fatores (ambiente interno e ambiente externo e temporal). Com base em Reed (2008), pode concluir-se que é o gAP que demonstra estar mais predisposto para o desenvolvimento pessoal, em direção à maturidade sobre a visão da vida e a expansão dos autolimites;

O gEA apresenta maior tendência para buscar objetivos na vida, exibindo valores mais altos quer para o total do indicador empírico EOVR, quer para o fator vivencial afetivo, referente ao âmbito mais psicofísico, ôntico. Com base em Peralta (2008), pode-se concluir que é o gAP que demonstra estar mais preparado para avaliar as suas vivências (experiência de vida) e o tipo de relação que estabelece com a sua própria vida, tal como foi efetivamente por ele vivida;

O gAR apresenta maior tendência para buscar objetivos na vida, exibindo valor mais alto no fator existencial cognitivo do indicador empírico EOVR, referente ao âmbito mais ontológico. Com base em Peralta (2008), pode concluir-se que é o gAR que demonstra estar mais apto a tomar consciência do significado e do sentido da existência do ser humano.

A análise da autoeficácia dos doentes, por subamostras em função da patologia reumática crónica, mostrou que, em média:

O gEA apresenta melhores valores quer para o total do indicador empírico CPSS-PR, quer para dois dos seus três fatores (autoeficácia para a função física e autoeficácia

para o controlo dos sintomas). Com base em Anderson et al. (1995), pode concluir-se que é o gEA que demonstra estar melhor preparado para, em função da perceção que tem sobre a capacidade de realizar determinada tarefa ou atividade, lidar com a sua dor crónica. Por outro lado, os autores determinaram que a um elevado nível de autoeficácia corresponde em primeiro lugar um reduzido grau de incapacidade, ou seja, um mais elevado nível de funcionalidade, mas também em seguida uma boa resposta ao tratamento. Analisando a primeira proposição constata-se, com base nas características profissionais da subamostra, que é de facto o gEA que, em média, menos falta ao trabalho (0,5 dias por mês), o que corrobora o resultado quanto à relação entre funcionalidade e incapacidade (Anderson et al., 1995). Porém, aferindo esta relação à luz de todo o referencial teórico-científico convencional do estudo, verifica-se que, segundo ONSA (2005), também o fator idade exerce um importante efeito sobre a incapacidade/faltas ao trabalho, uma vez que os autores associam a invalidez à doença reumática crónica, que tende a agravar-se com a idade. Atendendo a que o gEA é de todas as subamostras a mais jovem, conclui-se para a primeira proposição que os resultados do estudo corroboram ambos os autores citados. Sobre a segunda proposição, a resposta será apresentada, perante os resultados da caracterização das subamostras quanto aos índices de atividade da doença, na alínea d).

O gAP revela possuir, em média, melhores resultados de gestão da dor e, com base na mesma autora, pode concluir-se que é o gEA que demonstra estar melhor preparado para lidar com a sua dor crónica, em função da perceção que tem, acerca da sua capacidade de gerir essa dor (Anderson et al., 1995).

A análise do sentido no sofrimento por subamostras de participantes, em função da patologia reumática crónica, mostrou que, em média, é o gAR que apresenta maior tendência para valores mais altos, tanto para o total como para ambos os fatores (sentido e resposta face ao sofrimento e características subjetivas face ao sofrimento) do indicador empírico MIST-P. Com base em Starck (2008), pode concluir-se que é o gAR que está mais competente para encontrar sentido nas experiências de sofrimento.

A análise do valor médio do índice de sofrimento (EN) dos doentes, por subamostras em função da patologia reumática crónica, mostrou que o gEA ( $\bar{x}=10,0$ ;  $DP=2,3$ ) e o gAP ( $\bar{x}=10,0$ ;  $DP=2,4$ ) apresentam valor médio igual à pontuação máxima atribuível às experiências de sofrimento, sendo igualmente o gAP que apresenta maior índice de atividade da doença ( $\bar{x}=8,5$ ;  $DP=2,1$ ) e o gEA um índice mais baixo de atividade da doença ( $\bar{x}=3,0$ ;  $DP=2,2$ ).

Para completar a análise e responder à 2ª proposição de Anderson et al. (1995) (alínea b), quanto à relação direta entre autoeficácia e resposta ao tratamento (que pode ser medido através do índice de atividade da doença) do gEA, conclui-se que os resultados corroboram a proposição dos autores, concluindo-se, portanto, que o gEA demonstra estar melhor preparado para, em função da percepção que tem acerca da sua capacidade de realizar determinada tarefa ou atividade, lidar com a sua dor crónica.

A análise da ansiedade e da depressão dos doentes, por subamostras em função da patologia reumática crónica, mostrou que, em média, é o gFM que apresenta valores percentuais mais elevados de ansiedade (26%) e depressão grave (9%), quer para o fator da ansiedade ( $\bar{x}=11,9$ ;  $DP=3,4$ ) quer para o fator da depressão ( $\bar{x}=9,3$ ;  $DP=4,1$ ), do indicador empírico HADS-PR. Com base nestes resultados e nos pressupostos de Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso (2006, p. 194) pode concluir-se que é o gFM que evidencia maior tendência “para as mudanças do estado emocional ansiedade e depressão”. Esta conclusão face à relação, em termos médios, entre estado emocional dos elementos do gFM e a sua doença reumática crónica, corrobora a afirmação de (PNCDR, 2004) quando associa à fibromialgia histórias típicas de ansiedade e depressão. Este resultado é igualmente corroborado pela Teoria do Sentido de Frankl (1992), que ao estabelecer uma relação direta entre saúde e bem-estar emocional, evidencia a sua intrínseca relação com a descoberta de um sentido para a vida. Constata-se também que para todas as medidas dos indicadores empíricos diretamente relacionados com o sentido de vida (EOVR, STS-P e MIST-P) são as características do gFM, face às características das restantes subamostras do estudo, que apresentam valores médios mais baixos.

Quanto à determinação da correlação entre o sentido de vida e as variáveis sociodemográficas e clínicas (ansiedade e depressão, sentido no sofrimento, atividade da doença e autoeficácia) das subamostras de participantes com dor crónica reumática para a qual se recorreu à verificação das hipóteses conclui-se o seguinte:

Os resultados mostram que as correlações entre as medidas da percepção do sentido de vida (Objetivos de vida e Autotranscendência) e as medidas da percepção da autoeficácia para o controlo da dor crónica reumática (Gestão da dor, Funcionalidade e Estratégias de *coping*) são todas positivas, pelo que, para todos os participantes da amostra, quanto melhor for a percepção do seu sentido de vida melhor é a sua percepção quanto à autoeficácia para controlar a dor.

Apesar de existirem poucos estudos que permitam comparar dados sobre o sentido de vida da pessoa com dor reumática, os autores da CPSS, Anderson et al. (1995),

corroboram estes resultados, uma vez que também encontraram nos seus estudos correlações significativas, inversas entre a autoeficácia e a desesperança e diretas entre a autoeficácia e a adaptação à experiência de dor crónica, ou seja, integração do sofrimento (Meleis et al., 2000; Reed, 2008; Starck, 2008),

Também Scott, Smith & Kingsley (2005) que utilizaram o PIL para estudar o sentido de vida em doentes com artrite reumatoide, identificaram uma clara relação entre o sentido de vida e o estilo otimista, tal como Plach, Heidrich, & Waite (2003) e Schleicher et al. (2005) identificaram uma relação positiva e significativa entre sentido de vida e funcionalidade.

Verificou-se no presente estudo para as subamostras gAR, gEA e gAP, que uma mais elevada perceção de objetivos de vida está de forma positiva e estatisticamente significativa correlacionada com todas as vertentes da autoeficácia, exceto para o gAP nas dimensões vivencial afetiva e ambiente externo e temporal com estratégias de *coping*, o que está em consonância com estudos recentes realizados na área, que identificaram uma relação positiva e significativa entre o sentido de vida e o estilo otimista (Treharne, Lyons, Booth, & Kitas, 2007a).

Quanto à relação entre o sentido de vida e a funcionalidade demonstrada por Plach et al. (2003) e Schleicher et al. (2005) ela é corroborada no presente estudo, uma vez que, apesar de, a par com o gAR e gEA, o gAP apresentar o mesmo índice de sofrimento (EN=6,4), é precisamente este (gAP) que detém o valor médio mais elevado de índice de atividade da doença (8,4) de todas as subamostras, porém, demonstra uma relação com sentido positivo e estatisticamente significativa entre as seis dimensões do sentido de vida com a funcionalidade, e os fatores de cariz mais ontológico do sentido de vida (Existencial cognitivo e ambiente interno) com as estratégias de *coping* e o total da escala da autoeficácia.

Por outro lado Treharne et al. (2007a) reforçam que as relações entre a gravidade da doença reumática (índice de atividade) e o estado de saúde percebido (autoeficácia) são mediadas por fatores psicológicos como “*coping*”, depressão, ansiedade, e que a variação no que diz respeito à sua natureza direcional implica complexos processos dinâmicos, o que explica/justifica o facto de a hipótese não ter encontrado significância estatística para a totalidade das medidas em todas as subamostras em estudo.

De acordo com os resultados do estudo, as correlações existentes entre a perceção de sentido de vida e os níveis dos estados de ansiedade e depressão das subamostras são negativas e significativas o que significa que os participantes das subamostras que

apresentam níveis mais elevados de percepção de sentido de vida apresentam menores níveis de ansiedade e depressão.

Quanto ao sentido das correlações entre percepção de sentido de vida e estado e ansiedade e depressão das subamostras em estudo, os resultados são corroborados por todo o referencial teórico apresentado, nomeadamente por Covic, Adamson, & Hough (2000b), Débats & Wezeman (1993), Frankl, (2006), Kraus et al. (2011, *in press*), Marujo, Neto & Perloiro (1999) e Treharne et al. (2007a).

Quanto à significância estatística das correlações, apenas não se verifica em 11% dos resultados, nomeadamente entre a dimensão ambiente externo e temporal com a ansiedade nas subamostras gEA e gAP, o que se explica pelo fato de serem as subamostras mais jovens ( $\bar{x}=42,8$ ; DP=11,1 e  $\bar{x}=47,9$ ; DP=11,8) e as que apresentam o índice máximo de sofrimento (EN=10), sendo a relação entre sofrimento e estado emocional (ansiedade e depressão) corroborada por Lourenço (2006), Rainho (2010) e Frankl (1992).

Quanto à correlação negativa mas não significativa entre a dimensão existencial cognitiva e a ansiedade das subamostras gAR e gFM, é corroborada pelo PNCDR pois refere que de todas as subamostras o gFM é aquele que tem “história de depressão/ansiedade” (PNCDR, 2004, p. 35).

Quanto ao sentido da correlação existente entre o sentido de vida e o sentido no sofrimento verifica-se que esta é positiva para os participantes de todas as subamostras, (com exceção da correlação entre o total de objetivos de vida e o vivencial afetivo da subamostra gAR) com o sentido e respostas face ao sofrimento.

Isto significa que a uma maior percepção de sentido de vida corresponde uma maior percepção de sentido e respostas face ao sofrimento. Sendo esta medida (sentido e respostas face ao sofrimento) a que mais avalia a vivência subjetiva do sofrimento inevitável, implicitamente relacionada com valores, crenças e experiências subjetivas do próprio inquirido, é também a que de uma forma mais direta traduz a atitude de transcendência em situações limite defendida por Frankl (2005b), Lukas (2000), Ortiz, (2009a) e Starck (2008).

Porém, é a subamostra gFM que, em conformidade com o esperado, apresenta correlações positivas e estatisticamente significativas entre todas as medidas do sentido de vida e do sentido de sofrimento, com exceção das dimensões ambiente interno e total autotranscendência com as características subjetivas face ao sofrimento. Estes resultados são corroborados por Starck (1983, 1985, 2008), Lukas, (2000), Reed (2008), Peralta e Silva (2008), Henry (2000) e Kühn, (2010). Associando estes dados ao fato de, em

simultâneo, ser a subamostra gFM a que, em conformidade com o PNCDR (2004), apresenta um maior índice de ansiedade e depressão, não se constitui como contradição ao referencial teórico, uma vez que os valores médios da ansiedade e depressão são moderados e baixos, respetivamente, o que pode, em conformidade com Bruzzone (2003), significar que é o desenvolvimento pessoal demonstrado ao nível da autotranscendência (se bem que maioritariamente alcançado à custa de medidas não farmacológicas) o fator que assegura os níveis baixos a moderado-baixos das disfunções emocionais dos participantes do gFM.

A explicação para a divergência quanto ao sentido esperado e observado em grande parte dos resultados da correlação entre o sentido de vida e as características subjetivas face ao sofrimento (alguns com significância estatística), encontra resposta no estudo de Schulenberg & Melton (2010). Neste estudo os autores concluíram que o resultado das medidas dos questionários PIL, LPQ e MIST, quando aplicados conjuntamente, são geralmente significativas e positivas, enquanto as correlações entre o SONG, o PIL, o LPQ e o MIST são geralmente negativas e significativas. Esta divergência entre o sentido das medidas de sentido é muitas vezes interpretada como sugerindo que as respostas que mais traduzem a valorização do sentido percebido num instrumento sejam associadas a uma “menor necessidade de encontrar um sentido adicional” noutra instrumento (Schulenberg & Melton, 2010, p. 102). A justificação destes autores pode explicar os resultados do presente estudo onde se relacionaram as medidas de sentido PIL, MIST e STS.

Os resultados apresentam sentido correspondente ao esperado na totalidade das correlações entre as medidas do sentido de vida e o índice de sofrimento (EN) das subamostras gAR e gAP. Confirma o mesmo resultado nas restantes correlações, com exceção do total de autotranscendência para as subamostras gEA e gFM e do total de objetivos de vida para a subamostra gFM. Porém, as correlações apenas são estatisticamente significativas para as dimensões vivencial afetivo e total de objetivos de vida do gEA e das dimensões vivencial afetivo e objetivos de vida total das subamostras gEA e gAP, respetivamente, ou seja, menor índice de sofrimento está associado a maior vivencial afetivo para as subamostras gEA e gAP, de acordo com o quadro de referências teóricas (Reed, 2010; Wall, 2002; Portugal, 2004; Queiroz, 2006).

Os resultados mostram que os participantes das subamostras gAR, gEA e gAP que apresentam um valor mais elevado de objetivos de vida total apresentam menor índice de atividade de doença, pois os valores das correlações são fracas, negativas e estatisticamente significativas. No caso dos participantes do gFM essas diferenças não têm significado

estatístico. De salientar ainda que nos participantes do gAR que apresentam valor mais elevado de autotranscendência também apresentam menor valor de atividade de doença (Damon, Menon, & Cotton, 2003; Pieter et al., 2008; Pimenta, 1999). Conclui-se que apesar da condição estar presente em grande parte das dimensões, a hipótese não é aceite.

O estudo da regressão linear múltipla quanto à influência exercida pelas várias variáveis endógenas sobre a variância das medidas do sentido de vida mostrou que os modelos apresentados são satisfatórios, pois explicam entre os 11% e os 50% que para a subamostra gAR os fatores preditivos de vida com sentido são:

A depressão – para todas as medidas das medidas do sentido de vida, com exceção da variável mais ôntica da autotranscendência, o ambiente externo e temporal);

As estratégias de *coping* – para as três medidas do indicador empírico da autotranscendência;

O sentido no sofrimento – para o ambiente externo e temporal;

A influência exercida por todos estes fatores sobre as medidas do sentido de vida varia de acordo com o sentido teoricamente previsto, isto é, a variância em sentido inverso para o caso da depressão e do índice de doença, e variância no mesmo sentido para as estratégias de *coping* e o sentido no sofrimento.

Salienta-se ainda que a esperada variação nas medidas do sentido de vida não se verifica na variação exercida pelo indicador sentido no sofrimento sobre a subescala vivencial afetivo, uma vez que, de acordo com os autores Starck (2008), Peralta & Silva (2006) e Crumbaugh & Maholick (1964, 1969), seria de esperar que ambas as medidas variassem no mesmo sentido.

Esta aparente contradição pode encontrar uma explicação no estudo de Schulenberg (2004), tendo concluído que correlações entre o PIL, o LPQ e o MIST são geralmente significativas e positivas, enquanto as correlações entre o SONG, o PIL, o LPQ e o MIST são negativas e significativas. Os autores atribuem esta diferença ao facto da correlação do SONG com as outras medidas de sentido ser por vezes, interpretada pelo inquirido, como sugerindo que a descrição mais elaborada do sentido percebido, num dos instrumentos, induz a uma “menor necessidade de encontrar um sentido adicional no outro instrumento” (Schulenberg & Melton, 2010, p. 102). Assim, atendendo a que os instrumentos EOVR, STS-P e MIST-P são indicadores empíricos que, em conjunto, focam a estrutura moral e espiritual do inquirido, poderá ocorrer o mesmo fenómeno, pelo que se sugere que seja objeto de estudo posterior.

Para uma percentagem entre os 36% e os 69% para a subamostra gEA os fatores preditivos de vida com sentido são: a depressão – para todas as medidas do sentido de vida, com exceção do vivencial afetivo e do existencial cognitivo; a ansiedade – para o existencial cognitivo; as estratégias de *coping* – para todas as medidas do sentido de vida, com exceção da medida autotranscendência e ambiente externo e temporal; as características subjetivas no sofrimento – para a autotranscendência e o ambiente externo e temporal; o sentido no sofrimento – para o vivencial afetivo e o existencial cognitivo; o índice de sofrimento – para todas as subescalas dos objetivos de vida e o índice de atividade da doença – para o total e a medida mais ôntica da autotranscendência.

Salienta-se que o sentido da variância das medidas de sentido de vida é o oposto ao da depressão, ansiedade, índice de sofrimento e de atividade da doença, e o mesmo que o das estratégias de *coping*, das características subjetivas no sofrimento e do sentido no sofrimento, o que corrobora o referencial teórico consultado (Anderson et al., 1995; Pais-Ribeiro et al., 2007). As características subjetivas no sofrimento imprimem variações com sentido contrário ao esperado relativamente às medidas dos objetivos de vida, tal como o sentido no sofrimento relativamente ao total dos objetivos de vida, e o índice de sofrimento relativamente ao ambiente externo e temporal. Estes dados poderão ser abordados à luz das conclusões de Schulenberg & Melton (2010), quanto à possível modulação dos resultados das medidas do MIST, quando este é aplicado em conjunto com outras escalas afins, porém sugerem-se estudos adicionais para aferir os resultados.

Para um valor de variância entre 24% e 62% na subamostra gAP e em conformidade com os autores consultados (Reed, 2008), os fatores preditivos são: a depressão para vida com sentido – para todas as medidas do sentido de vida e o total do sentido no sofrimento – para o total de autotranscendência, o ambiente interno e o ambiente externo e temporal.

Também nesta subamostra são identificadas situações que aparentam conflito com o referencial teórico e que carecem de explicação, nomeadamente o sentido da variância imprimido pelas estratégias de *coping* ao vivencial afetivo, que é inverso do esperado. Ora, segundo Park & Folkman (1997), a um menor índice de sentido de vida está associado uma menor facilidade para o *coping* adaptativo. Porém, apesar do *coping* passivo ter sido associado a níveis mais elevados de dor, incapacidade física e depressão em pacientes com artrite reumatoide (Covic, Adamson, & Hough, 2000a; Treharne, Lyons, Booth, & Kitas, 2007b), em nenhum dos estudos analisados foi evidenciada a relação das estratégias de *coping* com esta medida dos objetivos de vida. No entanto, uma abordagem heurística

comprova que são os participantes do gAP que: em média apresentam, a seguir ao gFM, o valor mais alto para a idade ( $\bar{x}=47,9$ ; DP=11,8); exibem, a par com o gEA, o mais alto índice de sofrimento (EN: 10); e asseguram o mais elevado índice de atividade de doença (EN: 8,4). Ou seja, estão a vivenciar um período de intensa atividade da doença reumática, o que reforça a tese dos autores citados, porém, não respondem à tendência da variância no sentido oposto entre a medida vivencial afetivo e as estratégias de *coping*, suas predictoras.

Pela aplicação dos princípios hermenêuticos ao enquadramento científico, filosófico e teológico do indicador empírico “vivencial afetivo” da teoria do sentido de Frankl (1990), destaca-se que o mentor e autor da análise existencial (interpretação e caracterização da existência concreta), definida por Guberman & Soto (2006, p. 11) como “análise sobre a existência” e não da existência, sublinha o seu caráter mais ontológico e não ôntico. A observância de ambos os indicadores empíricos do conceito de Objetivos de Vida de Peralta & Silva (2006) resultantes da tradução transcultural da *Purpose in Life Test* (PIL) (Harlow, Newcomb & Bentler, 1987) explica que a medida “existencial cognitivo” explora o perfil mais ontológico do inquirido, enquanto a medida “vivencial afetivo” se detém pelo seu estudo ôntico.

Desta forma, conclui-se que a variância no sentido oposto entre o vivencial afetivo e as estratégias de *coping* assume aqui um significado mais flexível, uma vez que o esperado se reporta a esta potencialidade da dimensão espiritual a que Frankl (2006, p. 45) denomina de “homo religiosus” (existencial cognitivo, ou ontológico), e não ao concreto, psicofísico (vivencial afetivo, ou ôntico). A partir da obra de Frankl, vários autores têm desenvolvido o estudo sobre as vias de consecução do sentido, afirmando que o modo como o indivíduo percebe/investe na sua vida está diretamente relacionado com as suas crenças/valores, dependendo destes a via que, em primeira instância, o indivíduo estará disposto a comprometer-se a alcançar determinado nível de desenvolvimento pessoal (Acevedo, 2000; Bruzzone, 2008; Frankl, 1999a). A diferença entre os resultados relativos ao plano ontológico e ôntico dos participantes parece esclarecer o aparente conflito entre a variância no sentido oposto entre o vivencial afetivo e as estratégias de *coping*, uma vez que esta medida do sentido de vida se refere ao subjetivo (ôntico, “aqui e agora”) sem considerar a tomada de decisão de caráter existencial (ontológico/espiritual). Desta forma, foca-se aqui a questão entre o niilismo e o sentido, que segundo (Etchebere, 2011) foram dois grandes eixos da filosofia do século XX. Segundo o autor, a origem da questão está na conceção que o homem tem de si. Segundo Frankl “o el hombre se concibe como imagen y semejanza de Dios o deriva en una mera caricatura de sí mismo” (Frankl, 1983, p. 63). O

autor não hesita em afirmar que Deus é “el ser en sí mismo” porque “en Dios hay una congruencia de existencia y modo de ser, de existir y de esencia” (Frankl, 1987, p. 245). Esta discrepância entre o ser e a essência do homem e o Ser e Essência de Deus é a razão pela qual, segundo Frankl (2004) citado por Etchebehere (2011, p.155), a vida do homem se descreve num devir em direção ao modelo que é Deus e “que no pertenece al plano óntico, sino que se encuentra en el plano ontológico.”. Na mesma linha de Frankl (1999), Etchebehere (2011, p. 155) cita a frase célebre de Wittgenstein, “creer en Dios es ver que la vida tiene sentido”.

Em plena concordância com a afirmação anterior, Rainho (2010), Lourenço (2006) e Kraus, et al. (*in press*), completam a interpretação quanto ao plano de revelação/relação de Deus<sup>95</sup> *ao* e *com* o homem, através da Pessoa e Obra de Jesus Cristo. Em termos filosóficos, esta condição pode se expressa da seguinte forma: “acesso ao ontológico pelo ôntico<sup>96</sup>”. Os autores demonstram que essa assunção é extensível a quem adotar a atitude de gratidão e aceitação da dádiva de Deus, Jesus Cristo, o único mediador entre Deus e os homens, e que é a estes que Deus capacita para o estabelecimento de *relações transcendentales, por esencia e significativas*<sup>97</sup>, em ambos os níveis e planos (horizontal e vertical; ôntico e ontológico). Neste sentido amplia-se o axioma de Carlos Díaz sobre o ato de amar: “quem ama, espera (...) quem espera, dá, quem não espera, esteriliza, nega na realidade a possibilidade de uma relação criadora” só se pode falar em esperança quando “existe essa interação entre quem dá e quem recebe, essa comunicação é o selo de toda a vida espiritual” (Díaz, 2004, p. 20).

Em termos filosófico-teológicos, a rotação antropológica face ao niilismo<sup>98</sup>, capacita o homem a viver um sentido que vai para além dos seus limites/finitude. Perante a decisão/atitude de responder afirmativamente ao Seu chamamento, do *Logos*, Deus dá uma nova visão do plano ontológico (existencial cognitivo e ambiente interno do homem) que estrutura a esperança, mesmo no plano ôntico (vivencial afetivo, ambiente externo e temporal) e capacita para orientar outros nessa descoberta (Henry, 2000; Kraus et al., *in press*; Kühn, 2010; Lourenço, 2006; Rainho, 2010).

<sup>95</sup> Porém, é importante que a identidade de Deus seja observada na sua totalidade, isto é, além de Amor, *O que É*, é Santo, Fiel e Justo.

<sup>96</sup> Ôntico refere-se ao ente, aquele que é estudado pelas ciências positivas (René, 2011, p. 35).

<sup>97</sup> Segundo Lima (2000, p. 212) esta será uma atitude altamente acessível à memória e por isso “altamente provável de ocorrer comportamento”.

<sup>98</sup> Quando o homem oculta os valores por considerar não existir sentido na vida e “no responde, no intenta transcender su realidad hacia un deber ser.” (René, 2011, p. 161).

No presente estudo, a virtude de viver com esperança foi definida pelo constructo sentido de vida e constitui a base estruturante da competência para o CIP. Nesta discussão procurou-se refletir sobre os resultados face ao quadro teórico, todavia, a resposta à questão permanece aberta, privilegiando o desenvolvimento da linha de investigação sobre o sentido de vida/esperança e a saúde no cuidar a pessoa com dor crónica/sofrimento inevitável.

Continuando a identificar os fatores preditivos de vida com sentido, agora quanto ao gFM, verifica-se que, para variância entre os 30% e os 51%, são os seguintes:

A ansiedade – para o total da autotranscendência e para a vertente a mais ontológica da autotranscendência, o ambiente interno (Reed, 2008);

A depressão – para a totalidade das medidas dos objetivos de vida (Débats & Wezeman, 1993);

A funcionalidade – para o ambiente interno (Anderson et al., 1995; Kolcaba, 2003; Plach et al., 2003);

As estratégias de *coping* – para a vertente mais ontológica dos objetivos de vida, o existencial cognitivo, para o total da autotranscendência e para a vertente a mais ôntica da autotranscendência (Anderson et al., 1995);

O total de sentido no sofrimento – para a totalidade das medidas dos objetivos de vida e a totalidade das medidas da autotranscendência (Starck, 2008).

No entanto, verificam-se nesta subamostra três situações que carecem atenção especial. *Primeira Situação*: As características subjetivas no sofrimento (plano ontológico), que segundo os dados do estudo, operam uma variação no sentido oposto no vivencial afetivo e no ambiente interno. Estes dados, em oposição ao preconizado por Peralta & Silva (2006) podem ser compreendidos através da referida explicação proposta por Schulenberg & Melton (2010), segundo a qual a conjugação de questionários afins ao MIST terá influenciado as respostas. *Segunda Situação*: De acordo com os mesmos autores, o índice de doença deveria variar em sentido oposto ao das medidas de autotranscendência o que não se verifica e se considera explicado pela razão acima mencionada.

Por fim, o último fator preditivo que merece ser analisado é a funcionalidade. Observado que o referencial teórico coloca a dimensão espiritual em relevo, atribuindo-lhe um papel de destaque não apenas no desenvolvimento e na realização pessoal, mas na sua repercussão sobre a saúde física e psíquica e (Frankl, 2001 e 2006) seria expectável que a funcionalidade refletisse uma variação positiva sobre o sentido de vida, o que,

efetivamente, se observa, com significância estatística, para o ambiente interno (ôntico). Porém, o mesmo não se verifica em relação à correlação entre a funcionalidade e o existencial cognitivo (ontológico) que é significativa, mas negativa. Esta aparente fragilidade face ao referencial teórico parece encontrar explicação no facto da subamostra gFM não ter um regime terapêutico específico para o alívio da dor e a par da moderada atividade da doença de (EN: 6) e do elevado índice de sofrimento (EN: 7), 9% dos participantes da subamostra apresentarem depressão grave, corroborando os resultados dos estudos do PNCDR (2004). Porém, uma análise dos resultados permite concluir que, de acordo com o expectável, a funcionalidade é, simultaneamente, fator preditivo para o ambiente interno, estabelecendo com este uma correlação positiva e significativa. Ora, atendendo a que, a par do existencial cognitivo, também o ambiente interno avalia o desenvolvimento ontológico, pode concluir-se que o referencial teórico é suportado à custa da correlação positiva e significativa que a funcionalidade estabelece com o ambiente interno. Porém, este resultado evidencia a necessidade de estudar mais em pormenor o gFM.

Depois da discussão dos estudos das hipóteses e das regressões lineares multivariadas, analisados os resultados e em especial as situações suscetíveis de gerar inquietação face ao quadro teórico exposto, prosseguiu-se no estudo dos resultados de forma a identificar os fatores que simultaneamente sejam preditivos de medidas de sentido da pessoa com dor crónica reumática e com elas estabeleçam uma correlação coerente e estatisticamente significativa.

Deste modo, emergiram 4 modelos dinâmicos explicativos da correlação entre fatores preditivos de vida com sentido da pessoa com dor crónica reumática de acordo com a variância e significância estatística específica para cada uma das subamostras: gAR (11% a 50% com  $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,01$ ); gEA (36% a 69% com  $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,01$ ); gAP (24% a 62% com  $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,01$ ); gFM (30% a 51% com  $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,01$ ).

Conclui-se que os resultados da análise e discussão do ESTUDO 2 resultam em incentivos para um futuro programa de intervenção tendo por base as variáveis explicativas do fenómeno.

### **7.3 Estudo 3**

Para dar resposta à primeira parte deste objetivo (identificação das fontes de sentido), e face ao quadro concetual subjacente à análise de conteúdo da pergunta aberta da Parte C da PIL, utilizou-se uma metodologia logoterapêutica, recomendada por Noblejas (1999), que pressupõe a prévia categorização das descrições livres dos participantes em categorias avaliativas de sentido e de atitude (Lukas, 1988).

Constatou-se que a categoria avaliativa referente à impossibilidade de identificar ou reconhecer um sentido de vida é, para todas as subamostras de participantes, a categoria mais classificada, o que corrobora os pressupostos da autora das escalas (Lukas, 1988).

Observou-se também que nenhum dos participantes da subamostra gEA manifestou expressões de desesperança, nem de insatisfação perante a vida, o que é corroborado pelo referencial teórico proposto por Frankl e Elisabeth Lukas.

Constatou-se ainda que, apesar de identificarem aspetos negativos da vida, são os participantes das subamostras gAR e gEA os que apresentam as melhores avaliações em termos de categoria de sentido (Ótimo e Bom) o que, segundo o referencial teórico (Frankl, 1994; Lukas, 1988), significa dizer que estes participantes reconhecem com determinação que os aspetos positivos das suas vidas prevalecem em relação aos negativos.

É de salientar que são precisamente estas duas subamostras que integram o maior número de participantes que referem professar uma religião, corroborando os resultados dos estudos de Wiech et al. (2009, p. 467), que propõem que a religião funciona como um sistema de crenças, que atua como reforço analgésico “ajudando os crentes a reinterpretar o significado emocional da dor, possibilitando o distanciamento emocional e a sua posterior integração na vida com sentido”.

Constatou-se, de igual modo, que são apenas 16 os participantes que expressam a atitude positiva perante o próprio sofrimento e êxito, referente ao paradigma logoterapêutico (Lukas, 1986a; Frankl, 1994; Noblejas, 1999). Verificou-se que, em simultâneo com esta atitude (0), estes 16 participantes também exibem a categoria avaliativa de sentido correspondente a um ótimo valor de sentido (0), ou seja, todos os participantes que apresentam uma atitude positiva perante êxito e o próprio sofrimento inevitável apresentam também um ótimo sentido de vida, sendo esta conclusão corroborada por todo o referencial teórico apresentado.

Quanto à efetiva consecução da primeira parte do Objetivo 7, identificaram-se oito fontes gerais de sentido (N=94; 50%) (família; necessidade vital; serviços/compromisso e

ideais a par com a sociedade; ocupação principal; bem-estar pessoal a par com a autorrealização; e por último, interesses) e seis, as fontes específicas (N=16; 8,6%) de sentido (família a par com os serviços/compromissos e ideais; autorrealização a par com a sociedade; e bem-estar pessoal a par com a ocupação principal). Estas fontes de sentido reproduzem as fontes de sentido propostas por Elisabeth Lukas e Elisabeth Peralta (Frankl, 1994; Lukas, 1983; Noblejas, 1999; Peralta, 2001; Reed, 2008; Starck, 2008).

Verifica-se, curiosamente, que a maior parte (12; 75% ) das fontes específicas de sentido traduzem a capacidade de descentração de si e de se focar no outro, o que corrobora o conceito de transcendência defendida por Frankl (1994) e explica o resultado de nenhum participante da subamostra gFM que apresenta os valores médios mais elevados de depressão ( $\bar{x}=9,3$ ; DP=4,1) integrar a subamostra de participantes que manifestam um ótimo sentido de vida associado a uma atitude positiva perante o êxito e o próprio sofrimento inevitável (gS&A).

Conclui-se que a metodologia de análise de conteúdo, pela definição das categorias avaliativas de sentido e atitudes expressas nas descrições livres dos participantes, proposta por Lukas (1986a), facilita a identificação das fontes específicas de sentido que, por sua vez, aludem ao nível de transcendência do sofredor, constituindo-se um importante *recurso para a intervenção de enfermagem* na orientação para a descoberta de sentido de vida (CoCIP).

Para dar resposta à segunda parte deste objetivo (identificação da história de sofrimento inevitável das subamostras de participantes com dor crónica reumática) avaliou-se o resultado das respostas às 17 questões de resposta mista, (aberta e fechada) da Parte B) do MIST-P.

### ***História de sofrimento inevitável do gAR***

Conhecimento/perceção e expectativas: A maioria dos participantes da subamostra refere que o sofrimento inevitável lhes ensinou a ter mais cuidado com a saúde, indica o nome de Jesus Cristo como o de alguém que consideram que sofreu e referencia os seus valores e crenças em relação ao sofrimento com a epígrafe “Viver um dia de cada vez”; Estratégias de *coping*: A maioria dos participantes da subamostra refere que para lidar com o sofrimento procura manter a calma e isolar-se; Fatores de alívio e gestão do sofrimento inevitável: Para gerir o seu sofrimento a totalidade dos participantes da subamostra refere que tem necessidade de “Desligar e ficar sozinho”, sendo para a maioria a família o recurso mais importante: Intervenções de enfermagem apontadas como úteis para a gestão do

sofrimento: A maioria dos participantes considera ser o diálogo; Impacto sobre o cotidiano, as emoções, os objetivos de vida e a qualidade das relações: A maioria dos participantes reconhece que aprendeu a apreciar a vida e agora vive um dia de cada vez, porém, a grande maioria salienta o aspecto negativo de não conseguir realizar todas as atividades físicas que gostaria, considerando ser, devido à dor física, a componente física a que mais é afetada pelo sofrimento. Cerca de metade da subamostra refere que o seu objetivo de vida é o desempenho familiar e para muitos, a sua capacidade de o atingir, tem por vezes sido afetada pelo sofrimento. Apesar de sofrer, muitos confessam realizar ações meritórias pelos outros, nomeadamente rezam/oram; Características do sofrimento inevitável e sintomas associados: Sendo em média o índice de sofrimento desta subamostra, elevado, está para a maior parte dos seus elementos associado à dor e é por muitos expresso por comportamentos de impaciência; Opção religiosa: A maior parte dos participantes professa a fé católica (56; 88,9%), mas poucos são os que afirmam não ter religião (4; 6,3%) e três (3; 4,8%) salientam outra: a evangélica, muçulmana e católica não praticante.

#### ***História de sofrimento inevitável do gEA***

Conhecimento/percepção e expectativas: A maioria dos participantes da subamostra refere que o sofrimento inevitável lhes ensinou a ter mais cuidado com a saúde, indica sua mãe como alguém que consideram que sofreu e referencia os seus valores e crenças em relação ao sofrimento com a epígrafe “Viver um dia de cada vez”; Estratégias de *coping*: A maioria dos participantes refere que para lidar com o sofrimento recorre à medicação.

Fatores de alívio e gestão do sofrimento inevitável; Gestão do seu sofrimento: A maior parte dos participantes salienta o carinho de familiares e amigos como um fator primordial de alívio, indicando a família como o recurso mais importante; Intervenção de enfermagem: A maioria dos participantes considera ser a administração de medicação, a intervenção mais útil para a gestão do seu sofrimento; Impacto sobre o cotidiano, as emoções, os objetivos de vida e a qualidade das relações: A maioria dos participantes reconhece que aprendeu a ter mais cuidado com a sua saúde, porém, a grande maioria salienta o aspecto negativo de não conseguir realizar todas as atividades físicas que gostaria, considerando ser, devido à dor física, a componente física, a que mais é afetada pelo sofrimento; cerca de metade da subamostra refere que o seu objetivo de vida é o desempenho familiar e para muitos (44%) a sua capacidade de o atingir tem, por vezes, sido afetada pelo sofrimento; apesar de sofrer, a maioria confessa realizar ações meritórias

pelos outros, nomeadamente expressar o seu amor; Caraterísticas do sofrimento inevitável e sintomas associados: Sendo em média o índice de sofrimento destes participantes elevado, está para a grande maioria dos participantes associado à dor e é por muitos expresso por comportamentos de impaciência; Opção religiosa: A maior parte dos participantes (N=28; 56,0%) professa a fé católica, muitos (17; 34,0%) indicam não seguir nenhuma religião, um (2,0%) afirma-se protestante, dois (4,0%), mencionam ser agnósticos e pertencentes à Igreja de Nosso Senhor Jesus Cristo no Mundo, respetivamente, e dois não responderam.

### ***História de sofrimento inevitável do gAP***

Conhecimento/Perceção e Expetativas: A maioria dos participantes da subamostra refere que o sofrimento inevitável lhe ensinou a dar mais atenção à família, indica o nome de Jesus Cristo como o de alguém que consideram que sofreu e referencia os seus valores e crenças em relação ao sofrimento com a epígrafe “Viver um dia de cada vez”; Estratégias de  *coping*: A maioria dos participantes refere que o conviver com outras pessoas lhes tem ajudado a melhor lidar com o sofrimento; Fatores de alívio e gestão do sofrimento inevitável: Na gestão do seu sofrimento a maior parte dos participantes salienta o carinho de familiares e amigos como um fator primordial de alívio, indicando a família como o recurso mais importante; quanto à intervenção de enfermagem considerada mais útil pela maioria dos participantes para a gestão do sofrimento é a administração de medicação; Impacto sobre o quotidiano, as emoções, os objetivos de vida e a qualidade das relações: A maioria dos participantes reconhece como aspeto positivo do sofrimento o facto de este orientar para um maior cuidado com a saúde e como aspeto negativo o não conseguir realizar todas as atividades físicas que gostariam, sendo devido às dores físicas, a componente física a mais afetada pelo sofrimento inevitável. Cerca de metade da subamostra refere, equitativamente, que o seu objetivo de vida é o desempenho familiar ou “ser que eu próprio”, considerando porém muitos que o sofrimento tem e tem por vezes (42% de igual modo) afetado a sua capacidade de atingir este objetivo. Apesar do sofrimento muitos confessam realizar ações meritórias pelos outros, nomeadamente escutar os outros; Caraterísticas do sofrimento inevitável e sintomas associados: Sendo em média o índice de sofrimento destes participantes elevado, está para a grande maioria dos participantes, associado à dor e referem expressar por comportamentos de impaciência; Opção religiosa: A maior parte dos participantes professa a fé católica (17; 54, 8%); 9 (29,0%) indicam não seguir nenhuma religião; 2 (6,5%) mencionam em outra opção, 1

ser evangélico e o outro ser testemunha de Jeová; 2 não responderam; e 1 (3,3%) afirma ser protestante.

### ***História de sofrimento inevitável do gFM***

Conhecimento/Percepção e Expetativas: A maioria dos participantes da subamostra refere que o sofrimento inevitável lhe ajudou a ter mais autodomínio, apresenta que as mães são exemplos privilegiados de alguém que sofre(u) e referencia seus valores e crenças em relação ao sofrimento com a epígrafe “Viver um dia de cada vez”; Estratégias de  *coping*: A maioria dos participantes refere que a medicação tem sido a estratégia mais eficaz no lidar com o seu sofrimento; Fatores de alívio e gestão do sofrimento inevitável: Para a grande maioria dos participantes a gestão do seu sofrimento tem sido efetuada pelo recurso à terapêutica farmacológica, sendo para a maioria o diálogo com o profissional de enfermagem a intervenção considerada mais útil na gestão do seu sofrimento; Impacto sobre o quotidiano, as emoções, os objetivos de vida e a qualidade das relações: A maioria dos participantes reconhece como aspeto positivo do sofrimento o facto de este orientar para um maior cuidado com a saúde, e como aspeto negativo o não conseguir realizar todas as atividades físicas que gostaria sendo, devido às dores físicas, a componente física a mais afetada pelo sofrimento inevitável. A maioria refere que o objetivo da sua vida é o “ser que eu próprio”, considerando, porém, que o sofrimento tem afetado a sua capacidade de o atingir. Apesar do sofrimento, muitos confessam realizar ações meritórias pelos outros, nomeadamente expressar o seu amor por outros; Caraterísticas do sofrimento inevitável e sintomas associados: Sendo em média o índice de sofrimento desta subamostra 7 (DP=1,8), está para a grande maior dos participantes associado à dor e é, de acordo com a maioria, expressa por comportamentos de impaciência; Opção religiosa: A maior parte dos participantes professa a fé católica (33; 76,7%), 3 (7,0%) afirmam não ter religião e 3 (7,0%) não responderam, 2 (4,7%) afirmam ser protestantes e 2 salientam em outra, serem católicos não praticantes.

Pela análise das histórias de sofrimento inevitável apresentadas pode concluir-se que apresentam as seguintes caraterísticas comuns: Conhecimento/Percepção e Expetativas – Aprender a viver um dia de cada vez; Impacto sobre o quotidiano, as emoções, os objetivos de vida e a qualidade das relações – Não se consegue realizar todas as atividades físicas que gostaríamos sendo, devido às dores físicas, o domínio físico o referenciado como o mais afetado pelo sofrimento; Caraterísticas do sofrimento inevitável e sintomas associados – O valor do índice de sofrimento atribuído pela totalidade das subamostras ao

seu sofrimento é elevado sendo a característica definidora a ele associada, a dor, expressa por comportamentos de impaciência.

Apresenta-se seguidamente uma conclusão integrativa dos três estudos.



## Conclusão Final Integrativa

A inquietação central do estudo iniciou-se com a consciência do elevado número de pessoas de todas as idades que sofrem de forma intensa e persistente de dor crónica que lhes ocupa o seu espaço de vida e limita as suas realizações. De acordo com a literatura, 30% da população adulta na Europa sofre severos danos na sua qualidade de vida, devido ao sofrimento por dor crónica reumática. Para este sofrimento profundo, por vezes incompreendido, nem sempre há respostas terapêuticas eficazes, ficando a dúvida de como ajudar estas pessoas. Os profissionais de saúde e investigadores orientam o seu esforço para a procura de respostas de ajuda a estes doentes, que controle a doença mas que também alivie o sofrimento.

Trazer um novo contributo para este problema em Portugal foi o grande objetivo deste estudo, no contexto de tese de doutoramento “sentido de vida da pessoa com dor crónica”. A investigação emergiu como uma oportunidade para gerar propostas científicas que pudessem ser implementadas na prática. Desde o princípio, a motivação ficou fortalecida pela perceção da aceitação dos profissionais de saúde (médicos reumatologistas, enfermeiros, psicólogos e voluntárias qualificadas da Liga de Amigos do HSM do CHLN), que acolheram a investigação, apoiaram a recolha de dados e participaram com as suas orientações.

Inicialmente foi formulada a questão de investigação “qual o significado do sentido de vida para a saúde e para a vivência da dor crónica não maligna?”. Para responder a esta questão seguiu-se a metodologia de revisão sistemática, que permitiu extrair e sintetizar evidência sobre a importância do sentido de vida na ajuda ao sofrimento das pessoas com dor, tendo sido publicado um artigo em revista indexada.

A partir daí, conseguiu-se uma melhor compreensão do conceito e abriram-se as portas de acesso à comunidade científica neste campo. Em reunião científica internacional, aproximou-se um conjunto de autores que dedicam a sua investigação ao estudo do sofrimento e das respostas através da promoção do sentido de vida. Entre estas referências destacou-se a Associação Espanhola de Logoterapia. Desta reunião resultaram importantes indicações sobre o estado de arte da literatura científica que implicava a integração de contributos das ciências da saúde, educação, filosofia, antropologia, ética e teologia.

Muita desta literatura apresentava-se em língua alemã, o que não se constituiu como problema uma vez que é a língua materna da autora deste estudo. Desta reunião resultaram também as indicações sobre os instrumentos disponíveis suscetíveis de virem a ser adaptados, bem como autores especializados em metodologia de análise adequada ao paradigma logoterapêutico. Foram feitas várias viagens de contacto com grupos de interesse relacionados com a problemática, que ajudaram a perceber a utilidade do estudo, tendo sido publicado um capítulo, em parte de livro, em colaboração internacional, com alguns dados preliminares da investigação.

**O desenho de investigação integrou duas questões de investigação e sete objetivos.**

O estudo foi desenvolvido numa amostra de 187 indivíduos com dor crónica reumática, oriundo de vários distritos de Portugal, subdividida em quatro subamostras (grupo de participantes com artrite reumatoide (gAR); grupo de participantes com espondilite anquilosante (gEA); grupo de participantes com artrite psoriática (gAP); e grupo de participantes com fibromialgia (gFM).

**O primeiro e segundo objetivos** visavam o cuidado com o rigor dos instrumentos de medida a utilizar. A tradução e validação das escalas MIST (sentido no sofrimento) e STS (autotranscendência), escalas da autoria de duas enfermeiras baseadas em teorias de médio alcance com enfoque logoterapêutico. Ambas as escalas assentam numa perspetiva existencial e fenomenológica e, apesar de terem perdido alguns itens, revelaram boas propriedades psicométricas que lhes conferiram adequação à prática clínica. Fornecem ainda importantes dados específicos para a orientação terapêutica no âmbito da saúde e bem-estar psicoespiritual. Em relação à revalidação e aferição das propriedades psicométricas das escalas EOY-PR (objetivos de vida), HADS-PR (ansiedade e depressão) e CPSS-PR (autoeficácia) para a população portuguesa com dor crónica reumática, como resultado da análise estatística, foram corroboradas as medidas originais dos estudos nas versões portuguesas. Conclui-se que as características psicométricas confirmam tratarem-se de escalas homogéneas e válidas para medir, respetivamente, a presença/ausência e intensidade de sentido de vida (pela conjugação dos objetivos de vida à autotranscendência), a intensidade do sofrimento inevitável, o estado emocional e a perceção quanto à crença sobre a capacidade para gerir as consequências da dor crónica.

**A análise e discussão dos resultados permitiu extrair as seguintes conclusões específicas para cada subamostra, em função de cada um dos seguintes objetivos:**

**O terceiro e quarto objetivos** pretendiam determinar as características sociodemográficas, profissionais e clínicas de cada subamostra de participantes e avaliar, para cada uma delas, as variáveis em estudo (autoeficácia, ansiedade e depressão, sentido no sofrimento, índice de sofrimento (EN), e índice de atividade da doença).

Os participantes da subamostra com artrite reumatoide (gAR) constituem o grupo mais numeroso, maioritariamente do sexo feminino e casados, a viver com a família. A par de um elevado índice de sofrimento, esta subamostra detém o mais elevado tempo de diagnóstico e o mais elevado valor médio de absentismo (dias falta/mês) devido à dor. Os participantes desta subamostra (gAR) compensam as referidas dificuldades pela maior capacidade em encontrar sentido no sofrimento inevitável, sendo esta a subamostra que apresenta os valores médios mais elevado em todas as suas dimensões (sentido e respostas face ao sofrimento, características subjetivas face ao sofrimento e total sentido no sofrimento) e também na componente mais ontológica dos objetivos de vida, o existencial cognitivo. Apresentam um valor intermédio quanto aos valores de autoeficácia (gestão da dor, funcionalidade e estratégias de *coping*), recorrendo numa baixa mas variada escala a medidas não farmacológicas de controlo da dor, nomeadamente fisioterapia e hidroterapia. Beneficiam ainda de uma regular consulta de vigilância médica e de uma terapêutica específica (biotecnológica) cujo efeito é registado e monitorizado na base de dados, nacional.

Os participantes da subamostra com espondilite anquilosante (gEA) são os mais novos, maioritariamente do sexo masculino, casados e a viver com a família. Comparativamente às outras subamostras apresentam o valor médio mais elevado de tempo com dor mas o nível mais baixo de sentido no sofrimento. Em contrapartida apresentam o mais baixo índice de absentismo (dias de falta/mês) devido à dor, e o mais alto nível de sentido de vida na vertente ontológica da autotranscendência (ambiente interno) e ôntica dos objetivos de vida (vivencial afetivo). Apresentam ainda os mais baixos índices de ansiedade e depressão e os valores mais altos de todas as subamostras, para as medidas de autoeficácia, funcionalidade e estratégias de *coping*. Beneficiam também de uma consulta regular de vigilância médica e dispõem, igualmente, de uma terapêutica (biotecnológica) específica cujo efeito é registado e monitorizado em bases de dados nacional. São dos que mais recorrem à terapêutica não farmacológica, nomeadamente, fisioterapia e hidroterapia.

Os participantes da subamostra com artrite psoriática (gAP) têm idade intermédia face aos participantes das outras subamostras, são também maioritariamente do sexo

masculino, casados e a viver com a família. Em relação aos restantes grupos, apresentam o mais elevado índice de atividade da doença e valores intermédios de tempo de dor, de tempo de diagnóstico, absentismo (dias de falta/mês) e de sentido no sofrimento. Por outro lado, apresentam os valores médios mais elevados na dimensão ôntica do sentido de vida, o ambiente externo e temporal, relativa à autotranscendência, e de autoeficácia, quanto à gestão da dor. Beneficiam igualmente de uma consulta regular de vigilância médica e de terapêutica específica (biotecnológica) cujo efeito é registado e monitorizado na base de dados, nacional.

Os participantes da subamostra com fibromialgia (gFM) são os mais velhos, exclusivamente do sexo feminino, maioritariamente casados e a viver com a família. Apresentam o mais elevado índice de sofrimento e ainda os índices mais elevados de depressão e ansiedade (9% de depressão grave), agravado com o fato de apresentarem valores mais baixos para todas as medidas de autoeficácia, e também os que manifestam o mais baixo nível do sentido de vida. São por isso os que mais recorrem à terapêutica farmacológica antidepressiva, os únicos que não dispõem de um diagnóstico e terapêutica específica, atribuem como causa da dificuldade em gerir o seu projeto de saúde, mais recorrem às medidas não farmacológicas de controlo da dor entre as quais se destaca a psicoterapia.

**O quinto objetivo** visava determinar a correlação entre o sentido de vida e as variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas (autoeficácia, ansiedade e depressão, sentido no sofrimento, índice de sofrimento (EN) e atividade da doença) das subamostras de participantes com dor crónica reumática. Definiram-se as cinco hipóteses de investigação.

Concluiu-se que, de uma forma geral, relativamente à relação entre o sentido de vida e a autoeficácia na dor se verifica que as correlações são todas positivas, apresentando significância, da seguinte forma específica para cada uma das subamostras: entre todas as dimensões dos objetivos de vida dos participantes com artrite reumatoide (gAR) e suas estratégias de *coping*, e entre todas as dimensões da sua autotranscendência com todas as dimensões da sua autoeficácia; Entre todas as dimensões dos objetivos de vida dos participantes com espondilite anquilosante (gEA) e todas as dimensões da sua autoeficácia, e entre todas as dimensões da sua autotranscendência com todas as dimensões da sua autoeficácia, com exceção da gestão da dor; Entre todas as dimensões dos objetivos de vida da subamostra de participantes com artrite psoriática (gAP) e a funcionalidade e o total da autoeficácia e todas as dimensões da sua autotranscendência e a funcionalidade;

Entre todas as dimensões da autotranscendência da subamostra de participantes com fibromialgia (gFM) e a sua autoeficácia com exceção da funcionalidade.

Concluiu-se que os participantes dos diversos grupos de patologias que apresentam níveis mais elevados de sentido de vida apresentam também níveis de ansiedade e depressão mais baixos. Quanto à significância destas relações conclui-se que se verifica da seguinte forma para cada uma das subamostras: entre todas as dimensões dos objetivos de vida da subamostra de participantes com artrite reumatoide (gAR) e a depressão, e entre todas as dimensões da sua autotranscendência e a ansiedade e a depressão; entre todas as dimensões dos objetivos de vida da subamostra de participantes com espondilite anquilosante (gEA) e a ansiedade e a depressão com exceção da relação entre a sua autotranscendência e a ansiedade; Estes mesmos resultados verificam-se na subamostra de participantes com artrite psoriática (gAP); entre todas as dimensões dos objetivos de vida da subamostra de participantes com fibromialgia (gFM) e a depressão.

Concluiu-se que os participantes de todas as subamostras apresentam para valores mais elevados de sentido de vida, com exceção dos objetivos de vida nos participantes com artrite reumatoide (gAR), valores também mais elevados da medida mais ontológica do sentido no sofrimento, o sentido e respostas face ao sofrimento. Quanto à significância dessas relações conclui-se que apenas na subamostra com fibromialgia (gFM) as correlações entre todas as dimensões da sua autotranscendência e o seu sentido e respostas face ao sofrimento não apenas são significativas, como muito significativas.

Apesar da grande maioria das correlações entre o sentido de vida e o índice de sofrimento variarem no sentido inverso, conclui-se que apenas têm significância estatística as seguintes: entre a dimensão mais ôntica dos objetivos de vida, vivencial afetivo, da subamostra de participantes com espondilite anquilosante (gEA) e o índice de sofrimento; e entre as duas dimensões, ôntica e ontológica, dos objetivos de vida, vivencial afetivo e existencial cognitivo, respetivamente, da subamostra de participantes com artrite psoriática (gAP) e o índice de sofrimento.

Os participantes das subamostras gAR, gEA e gAP que apresentam um valor mais elevado de objetivos de vida e apresentam menor índice de atividade de doença, sendo as correlações fracas e negativas. Essa diferença apenas não se verifica no gFM face à sua autotranscendência. Quanto à significância dessas relações conclui-se que existe uma correlação negativa e significativa da seguinte forma para cada subamostra: entre os objetivos de vida, na sua vertente mais ôntica, vivencial afetivo, e a autotranscendência, na sua vertente mais ontológica, ambiente interno, da subamostra de participantes com artrite

reumatoide (gAR) e seu índice de atividade da doença; entre os objetivos de vida, na sua vertente mais ôntica, vivencial afetivo, e as duas medidas da autotranscendência, a ontológica, ambiente interno, e a mais ôntica, ambiente externo e temporal, da subamostra de participantes com espondilite anquilosante (gEA) com o seu índice de atividade da doença; e entre as duas medidas da autotranscendência, a ontológica, ambiente interno, e a mais ôntica, ambiente externo e temporal, da subamostra de participantes com artrite psoriática (gAP) com o seu índice de atividade da doença.

Perante o resultado da inversão do sentido da correlação em algumas dimensões da escala sentido no sofrimento (MIST-P), face ao esperado, tal como outro estudo da literatura internacional, propõe-se que para futuros estudos, esta escala não seja usada, em simultâneas, com a escala objetivos de vida (EOV-PR), uma vez que, nestas condições pode sofrer o fenómeno de enviesamento as respostas.

**O sexto objetivo** visava identificar os fatores preditivos do sentido de vida das subamostras de participantes com dor crónica reumática.

Na subamostra gAR, através do estudo de regressão linear múltipla conclui-se que a depressão e as estratégias de *coping* explicam entre 11% e 50% da variância no sentido de vida em todas as suas dimensões, com exceção da medida de vertente mais ôntica da autotranscendência, o ambiente externo e temporal. No caso da subamostra gAP a depressão e o sentido no sofrimento explicam entre 24% e 62% da variância do sentido de vida em todas as suas dimensões. Na subamostra gEA 36% a 69% da variância do sentido de vida é explicada pelos fatores ansiedade, depressão, sentido no sofrimento, índice de sofrimento e estratégias de *coping*. Na subamostra gFM 30% a 51% da variância do sentido de vida é explicada pelos fatores preditivos ansiedade, depressão, sentido no sofrimento, funcionalidade e índice do sofrimento

**O sétimo objetivo** foi definido com a intenção de aumentar a compreensão do fenómeno experienciado pelos participantes, na perspetiva das fontes gerais e específicas de sentido e da história do sofrimento inevitável. A informação extraída da questão de resposta aberta “descreva as metas, ambições e objetivos na vida e quais os progressos que está a fazer para os atingir”, foi analisada a partir da metodologia de análise seguida por Elizabeth Lucas, que considera duas dimensões “sentido de vida e atitude perante o próprio sofrimento e êxito”. Por outro lado, a informação sobre a história do sofrimento inevitável foi extraída com recurso às questões da escala de Patricia Starck, sendo as categorias adaptadas a partir da História da Dor da Ordem dos Enfermeiros.

A família, sentido de autorrealização, sentido de compromisso/serviço e valores,

responsabilidade social, suprimento das necessidades vitais e bem-estar pessoal, são a hierarquia de fontes gerais de sentido expressas pelo gAR. De entre os elementos do grupo selecionaram-se aqueles que apresentavam a melhor categoria avaliativa de sentido de vida e atitude (o que significa que inequivocamente demonstram ter um sentido de vida determinado), revelando como fontes específicas de sentido de vida a família, a autorrealização e o serviço/compromissos e valores. Pela análise da história do sofrimento inevitável conclui-se que os participantes deste grupo, para lidar com o sofrimento inevitável, tendem a isolar-se, viver um dia de cada vez, pedir proteção divina (seguem majoritariamente a religião católica) e apoiar-se na família, sendo o diálogo, a intervenção de enfermagem (ou de outro profissional de saúde) apontada como a mais útil para a gestão do seu sofrimento.

A família, ocupação principal, responsabilidade social, sentido de autorrealização, sentido de compromisso/serviço e ideias, suprimento das necessidades vitais, bem-estar pessoal e interesses, são a hierarquia de fontes gerais de sentido expressas pelo gEA. De entre os elementos do grupo selecionaram-se aqueles que apresentavam a melhor categoria avaliativa de sentido de vida e atitude (o que significa que inequivocamente demonstram ter um sentido de vida determinado) revelando como fontes específicas a responsabilidade social, o serviço, compromissos e ideias, a família e ocupação principal. Pela análise da história sofrimento inevitável conclui-se que os participantes deste grupo, também majoritariamente seguidores da religião católica, para lidar com o sofrimento inevitável recorrem à medicação, identificam a própria mãe como alguém que sofreu, agora vivem um dia de cada vez, apontam como mais úteis para a gestão do seu sofrimento o apoio da família, sendo também nesta amostra, o diálogo a intervenção de enfermagem (ou de outros profissionais de saúde) apontada como a mais útil para a gestão do seu sofrimento.

A família, suprimento das necessidades vitais, bem-estar pessoal, sentido de compromisso/serviço e ideias, responsabilidade social, sentido de autorrealização, ocupação principal e interesses, são a hierarquia de fontes gerais de sentido expressas pelo gAP. De entre os elementos do grupo selecionaram-se aqueles que apresentavam a melhor categoria avaliativa de sentido de vida e atitude (o que significa que inequivocamente demonstram ter um sentido de vida determinado) revelando como fontes específicas o serviço, compromissos e ideias, sentido de autorrealização e bem-estar pessoal. Pela análise da história sofrimento inevitável conclui-se que estes participantes, igualmente majoritariamente seguidores da religião católica, para lidar com o sofrimento inevitável recorrem ao convívio com outras pessoas, identificam Jesus Cristo como alguém que

sofreu, e agora vivem um dia de cada vez, apontando como mais úteis para a gestão do seu sofrimento o apoio da família, e identificam o diálogo como a intervenção de enfermagem (ou de outros profissionais de saúde) que mais poderia auxiliar na gestão do seu sofrimento.

O suprimento das necessidades vitais, a família, bem-estar pessoal, sentido de autorrealização, ocupação principal, sentido de compromisso/serviço e ideias, responsabilidade social, e interesses são a hierarquia de fontes gerais de sentido expressas pelo gFM. De entre os elementos do grupo selecionaram-se aqueles que apresentavam a melhor categoria avaliativa de sentido de vida e atitude (o que significa que inequivocamente demonstram ter um sentido de vida determinado) não revelando nenhuma fonte específica de sentido de vida. Pela análise da história do sofrimento inevitável conclui-se que os participantes deste grupo, da mesma forma maioritariamente seguidores da religião católica, para lidar com o sofrimento inevitável recorrem à medicação, identificam a figura de mãe como alguém que sofreu, e dão agora mais valor ao presente, vivendo um dia de cada vez. Apontam como mais úteis para a gestão do seu sofrimento a medicação, sendo também o diálogo a intervenção de enfermagem (ou de outros profissionais de saúde) a apontada como mais útil para a gestão do seu sofrimento.

**Quando extraímos os resultados de cada grupo em função de cada objetivo e os sintetizamos, obtemos um perfil individual que permite verificar as suas particularidades e ao mesmo tempo desenhar orientações para o cuidado.**

Os participantes da subamostra com artrite reumatoide (gAR) têm um índice de sofrimento elevado. Beneficiam no entanto de um conjunto de condições facilitadoras, pois encontram sentido no sofrimento e sentido nos objetivos de vida, mantendo-se ativos e com vigilância farmacológica. Porém, para lidar com o sofrimento inevitável tendem a isolar-se ou a deprimir-se. Esta investigação indica que o profissional de saúde, na ajuda a estes doentes, pode centrar-se na vertente ontológica, existencial cognitiva, que neste grupo é mais sensível que a vertente ontológica, o vivencial afetivo. Por esta via, pode fortalecer o compromisso do doente com os seus objetivos de vida e orientar para estratégias de  *coping* . Por outro lado, os doentes deste grupo com sentido de vida mais firme valorizam muito a família, serviço, carreira e compromissos, pelo que os profissionais devem orientar o diálogo para a gestão e integração do sofrimento no contexto deste capital sociofamiliar e laboral.

Os participantes da subamostra com espondilite anquilosante (gEA) apresentam um tempo médio mais elevado com dor e um baixo sentido no sofrimento, que procuram

compensar com medidas não farmacológicas e vigilância médica regular. Contrariamente ao grupo gAR podem ser ajudados através da descoberta de sentido de vida, que contrabalance o baixo sentido no sofrimento, particularmente através do ambiente interno da autotranscendência e do vivencial afetivo dos objetivos de vida. A investigação indicou neste grupo que a autotranscendência é um fator protetor da ansiedade e depressão e, por outro lado, os objetivos de vida, vivencial afetivo, protetores da intensidade do sofrimento. O risco de deprimir parece ser menor neste grupo, respondendo também muito bem às medidas de autoeficácia, funcionalidade e estratégias de *coping*. Na ajuda a estes doentes para lidar com o sofrimento inevitável, o profissional de saúde deve centrar-se na dimensão emocional e planear o processo de gestão do sofrimento de forma solidária com as fontes gerais de sentido expressas por estes doentes, particularmente a família e a ocupação.

Os participantes da subamostra artrite psoriática (gAP) têm o mais elevado índice de atividade da doença. No entanto, apresentam potencial de gestão de dor, são regulares ao trabalho e apoiam-se na vigilância médica. Podem ser ajudados através da vertente ôntica da autotranscendência. Para ajuda no sofrimento, considerando a atividade da doença, a ação terapêutica deve valorizar os objetivos de vida, nas duas dimensões, vivencial afetivo e existencial cognitivo, e particularmente as medidas da autotranscendência ontológica, ambiente interno, e ambiente externo e temporal. A investigação indica também que a ação combinada entre os objetivos de vida com as medidas de autoeficácia e gestão do sofrimento, pode ajudar a promover o sentido do sofrimento e a evitar situações de depressão. As necessidades vitais e o bem-estar pessoal são valores importantes para estes doentes e a família é o seu principal suporte. Porém, para enfrentar o sofrimento inevitável, particularmente os que têm melhor sentido de vida e atitude, focam-se mais no serviço e no compromisso e preferem recorrer ao convívio com outras pessoas e ao apelo divino.

Os participantes da subamostra com fibromialgia (gFM) têm a característica de serem exclusivamente do sexo feminino. Apresentam o mais elevado índice de sofrimento e ainda os índices mais elevados de depressão e ansiedade. São um grupo que precisa de uma nova compreensão, considerando que se sentem desapoiados, têm a crença de que ninguém acredita na sua dor e correm o risco de viver uma vida infeliz e sem sentido. Para ajudar estes doentes, é preciso entender que o seu sofrimento está associado à sua falta de sentido de vida e, por outro lado, estão fragilizados nos seus recursos de autoeficácia. É hoje um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde repensar as estratégias de ajuda a estes doentes. O suprimento das necessidades vitais, acima da família, são uma fonte de

sentido importante para estes doentes. Valorizam a medicação como processo de gestão da dor. No entanto, não existe terapêutica específica para o seu caso. Compete aos profissionais de saúde a gestão do sofrimento inevitável destas pessoas. A investigação conclui que se trabalharmos as diversas dimensões da autoeficácia ao mesmo tempo que se demonstra compreensão pelas suas queixas recorrentes, será possível ajudar estas pessoas a definir objetivos de vida, transcenderem muitas das suas desesperanças, promover a sua funcionalidade, integrar o sofrimento inevitável e prevenir a depressão.

**As implicações para a teoria e para a educação, para a clínica e para a investigação.**

Do ponto de vista clínico, o futuro de esperança para as pessoas com sofrimento inevitável de dor crónica depende efetivamente do progresso da ciência e da tecnologia. No entanto, o contributo dos profissionais de saúde na ajuda ao ajustamento destas pessoas a uma vida com sentido é imprescindível. É fundamental que os profissionais tomem as suas decisões e construam os seus planos de ajuda apoiados nas evidências científicas. Concluiu-se que, resultante da força da correlação e do poder explicativo de alguns fatores associados ao sentido de vida, apesar de existirem alguns traços comuns entre os grupos, existem diferenças que obrigam a um cuidado diferenciado. Acredita-se que cada dia destas pessoas é uma busca permanente das forças remanescentes, uma confrontação permanente com os seus recursos resilientes, procura de coerência com compromissos e ideais e uma esperança sempre renovada na família e nos profissionais de saúde.

Percebemos, então, que do ponto de vista profissional, a abordagem deve ser interdisciplinar, de modo a manter uma proximidade sustentada, envolvendo o hospital, a família e a comunidade, e orientar a descoberta de sentido de vida da pessoa com história de sofrimento inevitável, assim como o processo de transição para fontes de sentido mais compensadoras. Esta investigação traz também uma forte mensagem da necessidade de uma cultura profissional de serviço incondicional e um apelo à máxima expressão da conciliação entre ciência e essência, (na medida em que neste contexto apenas pode ser proactivo o profissional que tenha, ele próprio, uma fonte de sentido firme), na conjugação da componente psicofísica com a espiritual.

Do ponto de vista educativo, um trabalho sobre o currículo académico dos estudantes de saúde deve também ser considerado, avaliando a vantagem de se compreender o conceito de sentido de vida nas suas múltiplas dimensões. Particularmente interessante, seria desenvolver a consciência da importância da transposição dos princípios que resultaram desta investigação e de outras no contexto da logoterapia, para a

---

aprendizagem clínica. Estas medidas por certo trariam vantagens para os futuros profissionais se compreenderem melhor a si próprios e à especificidade e singularidade do sofrimento inevitável da pessoa que cuidam, desenvolvendo, deste modo, competências de ensino e orientação de estratégias mais preventivas e protetoras de gestão e integração deste sofrimento, e controlo da dor crónica.

Como contributo para a investigação extraem-se várias conclusões importantes que podem orientar de futuro os investigadores que desejem continuar a aprofundar, do ponto de vista teórico e aplicado, esta problemática. A primeira orientação vai no sentido da necessidade de se ter um conhecimento mais preciso das dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com estes doentes, particularmente aqueles que manifestam mais intensidade de sofrimento e perceção de serem incompreendidos. Será mantido o empenho em aumentar a colaboração entre sociedades científicas e investigadores que se interessam por este problema, tentar perceber quais as evidências científicas que implementam e as ferramentas de ajuda que mais valorizam na ajuda específica a estes doentes. Nesta investigação entende-se que fica dado um contributo importante, com os instrumentos validados, para a continuidade de estudos descritivos, correlacionais, experimentais e de análise qualitativa. Entende-se também que, em continuidade é importante valorizar a investigação participativa e transformativa, uma vez que estas pessoas precisam de ser compreendidas no seu contexto e ajudadas a se envolverem em objetivos e atividades significativas para a sua vida, de forma a integrarem o seu sofrimento.

Com base nos resultados desta investigação, propõe-se desenhar e implementar um programa de promoção do sentido de vida de doentes com dor crónica e verificar a sua efetividade em populações com fibromialgia, por se terem revelado neste estudo como um grupo que procura respostas científicas e sobretudo uma maior compreensão da complexidade da sua vida de sofrimento que, por vezes, consideram sem sentido. Mas também em populações com espondilite anquilosante, por ter ficado demonstrado ser este o grupo que mais beneficia com este programa, nomeadamente em relação à diminuição dos índices de depressão e da atividade da doença, à integração do sofrimento inevitável (sentido no sofrimento) e consequentemente do índice de sofrimento, resultando em estratégias de *coping* mais eficazes para o efetivo controlo da dor crónica reumática.

Este programa assentará no referencial teórico da filosofia do cuidado ao sofredor de dor crónica e terá como modelo de ação a “*Competência para o Cuidado Incondicional Proactivo* (CoCIP), na orientação para a descoberta do sentido de vida e integração do sofrimento inevitável.



## Referências Bibliográficas

- Acevedo, G. (2000). Logoterapia: “Un Modo Humano de Hacer Terapia”. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 4, 15-23.
- Acevedo, G. (2008). *Conciencia & Resiliencia*. Argentina: Centro Viktor Frankl para difusión de la Logoterapia.
- Adamas, N., & Field, L. (2002). Controlo da dor (1): Aspectos psicológicos e sociais. *Nursing*, 169, 36-41.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Amaral, M. T. M. P., & Vieira, M. (2006). *Encontrar Um Novo Sentido da Vida - Estudo Explicativo da Adaptação Após Lesão Medular*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Anderson, K. O., Dowds, B. N., Pelletz, R. E., Edwards, W. T., & Peeters-Asdourian, C. (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*.
- Andrade, T. A. M. (2007). *Estudo sobre as atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2003). The hidden suffering among breast cancer patients: a qualitative metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 13(4), 510-527.
- Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil*, 22(17), 794-801.
- Ärzte Zeitung. (2012). Früher Therapiestart wichtigster Faktor. *Ärzte Zeitung online*, Retrieved from [http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett\\_und\\_weichteilkrankheiten/rheuma/article/819209/rheuma-remission-frueher-therapiestart-wichtigster-faktor.html](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett_und_weichteilkrankheiten/rheuma/article/819209/rheuma-remission-frueher-therapiestart-wichtigster-faktor.html)
- Ata Reumatológica Portuguesa (2012) Portuguese recommendations for the use of biological therapies in patients with psoriatic arthritis, 37: 26-39.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1998). *Self-Efficacy*. *Encyclopedia of human behaviour* (Vol. 4). New York: Academic Press.

- Barkham, N., Kong, K., & Tennant, A. (2005). The unmet need for antitumour necrosis factor (anti-TNF) therapy in ankylosing spondylitis. *Rheumatology*, *44*(1277), 81.
- Barros, H. (2010). Lucas, R., & Monjardino, M. T. In Observatório Nacional das Doenças Reumáticas-Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas (Ed.). In: *O Estado da Reumatologia em Portugal* (Vol. 1), Porto.
- Bastos, A., Quesado, A., Padilha, M., Ferreira, L., & Kraus, T. (2005). Áreas de Intervenção dos Enfermeiros, na Adaptação da Pessoa à Situação de Doença. *SINAIS VITAIS*, *60*, 49-54.
- Batist, J., & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, *36*, 409-427.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Bean, K. B., & Wagner, K. (2006). Self-transcendence, illness distress, and quality of life among liver transplant recipients. *The Journal of Theory Construction & Testing*, *10*(2), 47-53.
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. R. (2005). The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions answers. *Trends in Cognitiv Sciences*, *9*, 139-152.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Béfécadu, É. (1993). La souffrance: Clarification conceptuelle. *Revue Canadiene de Recherche en Sciences Infirmières*, *25*(1), 7-21.
- Bíblia. (1999). *Velho e Novo Testamento* (João Ferreira de Almeida, Trans.). Lisboa: Sociedade Bíblica de Portugal.
- Biologika. (2012). Moderne Rheumatherapie verlängert das Leben. Retrieved from <http://derstandard.at/1343744416493/Biologika-Rheumatherapie-verlaengert-Leben-Chronische-Polyarthritis>
- BJD. (2005). The Bone and Joint Decade Report. *European Action Towards Better Musculoskeletal Health: Guide to the Prevention and Treatment of Musculoskeletal Conditions for the Healthcare Practitioner and Policy Maker*, from <http://www.boneandjointdecade.org>
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity if the Hospital Anxiety and Depression Scale: an update literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 69-77.
- Braun, J., Brandt, J., Listing, J., Zink, A., Alten, R., & Krause, A. (2002). Treatment of ative ankylosing spondylitis with infliximab-a double-blind, placebo-controlled multicenter trial. *Lancet*, *359*(1187), 93.
- Braun, J., & Sieper, J. (2000). Inception cohorts for spondyloarthropathies. *Z Rheumatol*, *59*(11).
- Breitbart, W. (2001). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced câncer. *Supportive Care in Cancer*. doi: 10.1007/s005200100289
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment. *European Journal of Pain*, *10*, 287-333.

- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making Sense of Life's Changes*. Cambridge: Da Capo Press.
- Bruzzone, D. (2008). *Pedagogía de las Alturas: Logoterapia e Educacion* (Lúcia Armella de Carral, Trans. 1ª ed.). México: Edições LAG.
- Buescher, K. L., Johnston, J. A., Parker, J. C., Smarr, K. L., Buckelew, S. P., Anderson, S. K., & Walker, S. E. (1991). Relationship of Self-Efficacy to Pain Behavior. *The Journal of Rheumatology*, 18, 968-972.
- Cagini, S. (2008). Estudos e Pesquisas em Psicologia. *UREJ*, 2, 473-504.
- Caldas, A. C. (2008). *Viagem ao Cérebro e a algumas suas competências*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Cardoso, A. (2010). Apresentação (Helena de Jesus, José Rosa & Adelino Cardoso, Trans.). In R. Kühn (Ed.), *Ipseidade e praxis subjetiva*. Lisboa: Edições Colibri.
- Carroll, B. (2001). A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*, 6(1), 81-98.
- Carroll, B., Kathol, R., Noyes, R., Wald, T., & Clamon, G. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.
- Caseiro, J. M. (2007). *Dor em Reumatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Castro, A. A. (2007). Revisão Sistemática. In: *Elaboração e Apresentação de Comunicação Científica* Retrieved 10 Abr., 2009, from <http://www.metodologia.org/>
- Chamberlain, K., & Zika, S. (1988). Measuring meaning in life: An examination of three scales. *Personality and Individual Differences*, 9, 589-596.
- Chen, S., & Walsh, S. M. (2009). Effect of a creative-bonding intervention on Taiwanese nursing students' self-transcendence and attitudes toward elders. *Research in Nursing & Health*, 32, 204-216.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In Aspen (Ed.), *Nursing Research Methodology: Issues and Implemenation* (pp. 237-257). Rockville: Chinn P.L.
- Chickering, A. (1969). *Education and identity*. San Francisco: Jossey Bass.
- Chin-A-Loy, S. S., & Fernsler, J. I. (1998). Self-transcendence in older men attending a prostate cancer support group. *Cancer Nursing*, 21(5), 358-363.
- Corrar, L. J., Paulo, E., & Filho, J. M. D. (2011). *Análise Multivariada Para o Curso de Administração, Ciências Contábeis e Ecomomia*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Covic, T., Adamson, B., & Hough, M. (2000a). The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology*, 39, 1027 - 1030.
- Covic, T., Adamson, B., & Hough, M. (2000b). The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology*, 39, 1027-1030.
- Coward, D. (1990). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly*, 3, 162-169.

- Coward, D. (1991). Self-transcendence and emotional well-being in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 18, 857-863.
- Coward, D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: II. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 291-300.
- Coward, D., & Reed, P. (1996). Self-transcendence: a resource for healing at the end of life. *Issues Ment Health Nursg*, 17, 275-288.
- Crandall, J., & Rasmussen, R. (1975). Purpose in life as related to specific values. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 483-485.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among the Five Traditions*. London: Sage publications.
- Crumbaugh, J. C. (1968). Cross-validation of purpose-in-life test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74-81.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*: TN: Psychometric Affiliates.
- Damasio, A. R. (1996). *The somatic marker hypothesis and the possible functions and the préfrontal cortex*. London: Philosophical Transactions of the Royal Society of London.
- Damon, W., Menon, J., & Cotton, B. K. (2003). The development of purpose during adolescence. *Appl Dev Sci*, 7, 119-128.
- Daval, R. (1963). *Traité de Psychologie Sociale* (Vol. I). Paris: P.U.F.
- Débats, D. L. v. d. L., P. M., & Wezeman, F. R. A. (1993). On the Psychometric Properties of the Life Regard Index (LRI): A Measure of Meaningful Life. *Personality and Individual Differences*, 14, 337-345.
- Decaux, A. (2004). *O Aborto de Deus - Vida de São Paulo* (Victor Antunes, Trans.). Lisboa: Quetzal Editores.
- DeGood, D. E., & Shutty, M. (1992). *Assessment of pain beliefs, coping, and self-efficacy; Handbook of pain assessment*: Turk DC, Melzack R, editors.
- Díaz, C. (2004). *Esperanza alegre* (2ª ed.): Fundación Emmanuel Mounier.
- Dolce, J. J. (1987). Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behav Res Ther*, 25(4), 289-299.
- Domingos, J., & Cruz, E. (2005). Adaptação e Validação de um instrumento de medida para medir as crenças de autoeficácia em utentes com dor lombar crónica. *Revista da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal*.
- Dufton, B., & Perlman, D. (1986). The association between religiosity and the purpose in life test: does it reflect purpose or satisfaction? *Journal of Psychology and Theology*, 14, 42-48.

- Durlak, J. (1972). Relationship between individual attitudes toward life and death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38(3), 463.
- Duval, G. (1994). *Diccionario General de Citas*. Madrid: Ediciones del Prado.
- Dyck, M. (1987). Assessing logotherapeutic constructs: conceptual and psychometric status of the Purpose in Life and Seeking of Noetic Goals tests. *Clinical Psychology Review*, 7, 439-447.
- Ebersole, P., & Quiring, G. (1988). Social desirability in the Purpose-In-Life test. *The Journal of Psychology*, 123(3), 305-307.
- Ellermann, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-transcendence and depression in middle age adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23(7), 698-713.
- Erikson, E. H. (1977). *Childhood and society*. Norton: Triad/Paladin.
- Erikson, E. H. (1986). *Vital involvement in old age* (Vol. Norton). New York.
- Etchebehere, P. R. (2011). *El Espíritu desde Viktor Frankl - Una Lectura En Perspetiva Filosófica* (3ª ed.). Buenos Aires: Agape Libros.
- Filho, D. B. F., & Junior, J. A. S. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 18(1), 115-146.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1965). *The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy*. New York: Vintage Books.
- Frankl, V. E. (1983). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. (2ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Nova Iorque: Pocket Books.
- Frankl, V. E. (1987). *El Hombre Doliente. Fundamentos Antropológicos de la Psicoterapia*. Barcelona: Editorial Herder.
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y Análisis Existencial*. Barcelona: Editorial Herder.
- Frankl, V. E. (1992). *Dar sentido à vida. Petrópolis: Vozes*.
- Frankl, V. E. (1994). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Frankl, V. E. (1999a). *El hombre en busca del sentido último*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Frankl, V. E. (1999b). *La idea psicológica del hombre*. Madrid: Rialp.
- Frankl, V. E. (2001). *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Barcelona: Editorial Herder.
- Frankl, V. E. (2003). *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona: Herder.

- Frankl, V. E. (2005a). *Em Busca de Sentido - Um Psicólogo no Campo de Concentração* (Walter O. Schlupp & Carlos C. Avalino, Trans. 21ª ed.): Ed. Sinodal e Ed. Vozes.
- Frankl, V. E. (2005b). *Logoterapia e análise existencial*: Morcelliana, Brescia.
- Frankl, V. E. (2006). *A Presença Ignorada de Deus* (Walter O. Schlupp & Helga H. Reinhold, Trans. 9ª ed.): Ed. Sinodal e Ed. Vozes.
- Freitas, M. D. C. (1991). *Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia* (Vol. 3º). S. Paulo: Editorial Verbo Lisboa.
- Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnoses* (12 ed.). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Gorman, J. D., Sack, K. E., & Davis, J. C. J. (2002). Treatment of ankylosing spondylitis by inhibition of tumor necrosis factor. *N Engl J Med*, 346(1349), 56.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Quantitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gremese, E., Salaffi, F., Bosello, S. L., Ciapetti, A., Bobbio-Pallavicini, F., Caporali, R., & Ferraccioli, G. (2012). Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. Retrieved from doi:10.1136/annrheumdis-2012-201456
- Guberman, M., & Soto, E. P. (2006). *Dicionário de Logoterapia*. Lisboa: Paulus Editora.
- Gutmann, D. (1996). *Logotherapy for the helping professions: Meaningful social work*. New York: Springer.
- Haase, J. E., Britt, T., Coward, D. D., Keidy, N. K., & Penn, P. E. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self-transcendence. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24(2), 141-147.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black. (1998). *Multivariate data analysis* (5ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Hair, J. F. J. R., Babin, B., Money, A. H., & Samouel, P. (2003). *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Halama, P., & Dedova, M. (2007). Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studia Psychologica*, 49(3), 191-200.
- Hall, B. A. (1998). Patterns of spirituality in persons with advanced HIV disease. *Research in Nursing and Health*, 21, 143-153.
- Harlow, L. L., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1986). Depression, Self-derogation, Substance Use, and Suicide Ideation: Lack of Purpose in Life as a Mediatorial Factor. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 5-21.
- Harlow, L. L., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1987). Purpose in life test assessment using latent variable methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 235-236.

- Heidegger, M. (2011). *Speaks*. Retrieved 6/10, 2011, from <http://www.youtube.com/watch?v=4F0V9l8bUqc&feature=related>
- Henry, M. (2000). *Incarnation-une Philosophie de la Chair*. Paris: Seuil.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Holthom, N., & Barraclough, J. (2000). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care? *Palliative Medicine*, 14(3), 219-220.
- Hoshi, M. (2008). *Self-Transcendence, Vulnerability, and Well-Being in Hospitalized Japanese Elders*. Doctoral Thesis, The University of Arizona, Arizona.
- Howard, B. S., & Howard, J. R. (1997). Occupation as spiritual activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(3), 181-185.
- Hunnibell, L. (2006). *Self-transcendence and the three aspects of in hospice and oncology nurses*. Doctoral Thesis, Case Western Reserve University. Retrieved from <http://proquest.umi.com>
- IASP (1979). Terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- International Council of Nurses. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)-Versão 1*, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Jaeger, W. (1991). *Cristianismo primitivo e Paideia Grega* (Teresa LouroPérez, Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Kenyon, G. M. (2000). *Philosophical Foundations of Existential Meaning*. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.) *Exploring Existential Meaning: Optimizing Human Development Across the Life Span*. Sage: Thousand Oaks, CA.
- Kittel, G. (Ed.) (1966) Die Vokabeln Lóyos im Griechentum. In *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament*: (Vols. A-N, pp. 71-147). Stuttgart: Verlag Von W. Kohlhammer.
- Klaas, D. (1998). Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 4(2), 452-462.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Spriggen Publishing Company.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 146-154.
- Kralik, D., Koch, T., & Brady, B. (2000). Pen pals: correspondence as a method for data generation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 909-917.
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Kraus, T., Dixe, M., & Rodrigues, M. (in press). Dolor, Sufrimiento y Sentido de Vida: Desafío Para la Ciencia, la Teología y la Filosofía. In Lehmann, O. O. (Ed.), *Acompañar la finitud: Optimismo, sentido y transcendencia ante la incertidumbre del dolor, el sufrimiento y la muerte*. (pp. 217-254). Buenos Aires: San Pablo.

- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2006). *Cuidar a Pessoa com Dor: estudo das atitudes e dos fatores de contexto educativo dos estudantes de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2007). Atitudes dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor: Construção e Validação de uma Escala de Avaliação. *Revista DOR*, 15(1), 52-56.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2009a). Modelos Teóricos de Enfermagem para a Promoção do Sentido de Vida. *Referência*, II(10), p.144, 1.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2009b). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Referência*, 10, 77-88.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2010a). Sentido de la vida, Perturbaciones emocionales y la Autoeficacia sobre el Control del Dolor Crónico. In Instituto de Salud Carlos III (Ed.), *Libro de Ponencias del XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería* (pp. 50-53). Burgos: Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en Enfermería (Investén-isciii).
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2010b). Sentido de vida em doentes com dor crónica. *INFAD-Revista de Psicologia-International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(XXII), 457-468.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2011). *Auto-Eficácia no Controlo da Dor Crónica Reumática*. Paper presented at the V Seminário de Investlgação em Enfermagem e I Seminário Internacional de Investigação em Saúde, Porto.
- Kühn, R. (2010). *Ipseidade e praxis subjetiva* (Helena de Jesus José Rosa, Adelino Cardoso, Trans.). Lisboa: Edições Colibri.
- Kurita, G., & Pimenta, C. (2004). Adesão ao tratamento da dor crónica e o locus de controle da saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 38 (3), 254-261.
- Kuuppelomaki, M., & Lauri, S. (1998). Cancer patient's report experiences of suffering. *Cancer Nursing*, 21, 364-369.
- Lima, L. P. d. (2000). Atitudes: Estrutura e mudança. In Jorge VALA & Maria Benedicta MONTEIRO (Eds.), *Psicologia Social* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lourenço, J. D. (2006). *O Sofrimento no Pensamento Bíblico "Releituras Hermenêuticas" de Isaías 53*. Lisboa: Universidade Católica Editora, Unipessoal, lda.
- Lukas, E. (1983). *Tu vida tiene sentido*. Madrid: Editorial SM.
- Lukas, E. (1986). Logo-test. Test zur Messung von 'Innere Sinnerfüllung' und 'existentieller Frustration'. *Deuticke*.
- Lukas, E. (1988). *Para validar la logoterapia*. En V. Frankl, *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Lukas, E. (2000). *También tu sufrimiento tiene sentido. Alivio en lacrisis a través de la logoterapia*. México: Editorial LAG.
- Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós.

- Maddi, S. R. (1970). The search for meaning. In M. PAGE (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 137-186). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90.
- Marques, M. S. (2003). *A Segunda Navegação-Aspetos Clínicos da Ética na dor Oncológica*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Márquez, J. O. (2004). Bases de Anatomia e Fisiopatologia. *Dor diagnóstico e tratamento*, 1(1), 3-10. Retrieved from [http://www.tudosobredor.com.br/dor\\_1.pdf](http://www.tudosobredor.com.br/dor_1.pdf)
- Martins, M. C. C. (2007). O Enfermeiro e o Alívio do Sofrimento - Uma Revisão da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 11(1), 34-41.
- Marujo, H., Neto, L. M., & Perloiro, M. F. (1999). *Educar para o otimismo*. Lisboa: Editorial Presença.
- Marzá, D. G. (1997). Dever. In Adelia CORTINA (Ed.), *10 Palavras Chave da Ética* (pp. 69-97). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Maslow, A. H. (1971). *The Further Reaches of Human Nature*. New York: Viking.
- McCormick, D. P., Holder, B., Wetsel, M. A., & Cawthon, T. W. (2001). Spirituality and HIV disease: An integrated perspective. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(3), 58-65.
- Mcintyre, T. M. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento do doente. In Teresa Mendonça MCINTYRE & CARMO (Eds.), *O Sofrimento do Doente* (pp. 17-31). Vila Chã: Associação de Psicólogos Portugueses. Leituras Multidisciplinares.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (1997). Theoretical nursing development & progress. In Lippincott (Ed.). New York.
- Mellors, M. P., Riley, T. A., & Erlen, J. A. (1997). HIV, self-transcendence, and quality of life. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 8(2), 59-69.
- Melton, A. M. A., & Schulenberg, S. E. (2008). On the measurement of meaning: Logotherapy's empirical contributions to Humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 36(31-44). doi: 10.1080/08873260701828870
- Melzack, R., & Wall, P. (1987). *O Desafio da Dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2ª ed.): Seattle: IASP Press.
- Mersky, R. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da dor; Modalidades de tratamento; Psicologia da dor*. Loures: Lusociência.
- Miller, R. W. T. (2003). *Spirituality, religion and health: an emerging research field*: American Psychologist.

- Molasso, W. (2006). Exploring Frankl's purpose in life with college students. *Journal of College and Character*, VII(1), 1-10.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises. In Rudolf H. Moos (Ed.), *Coping with life crisis - an integrated approach*. New York: Plenum Press.
- Musick, M. A., Traphagan, J. W., Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development*, 7(2), 73-86.
- Newcomb, M. D., & Harlow, L. L. (1986). Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 564-577.
- Noblejas, F. M. A. (1994). *Logoterapia: Fundamentos, Principios y Aplicación - Una Experiencia de Evaluación del "Logro Interior de Sentido"*. Tese de Doutoramento, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Noblejas, F. M. A. (1999). Estructura Fatorial del Test PIL y Logo-test. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 3, 67-84.
- Nobre, Â. D. A. D. L. (2009). *Semiotic Learning - a conceptual framework for facilitating learning in knowledge-intensive organisations*. Doctor of Philosophy, Universidade de Évora, Évora.
- Nunnally, M. F. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.). New York: MC Graw Hill.
- ONDOR (2010a). O Estado da Reumatologia em Portugal, 1, from <http://ondor.med.up.pt>
- ONDOR (2010b). O Estado da Reumatologia em Portugal, 2, from <http://ondor.med.up.pt>
- ONSA (2005). Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Plano Nacional de Saúde - Orientações estratégicas. Contributos. Posições da Ordem dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor Guia Orientador de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem*
- Ortiz, M. E. (2007). *Psicotersapia y Sentido de Vida*. Bogotá: Herder.
- Ortiz, M. E. (2009a). *Buscando el Sentido de la Vida (Manual de Trabajo)*. Bogotá: Ediciones Aquí y Ahora.
- Ortiz, M. E. (2009b). *Buscando el Sentido de la Vida (Manual del Facilitador)*. Bogotá: Ediciones Aquí y Ahora.
- Pagola, J. A. (2008). *Jesus - uma Abordagem Histórica* (Bernardino Henriques, Trans.). Coimbra: Gráfica de Coimbra 2.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto: Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088
- Pais, V., & Cardoso, R. M. (2012). Abordagem da Espiritualidade. In Unidade de Psicologia Médica - Departamento de Neurociências e Saúde Mental - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Ed.), *Competências Clínicas da Comunicação* (pp. 184-191). Porto.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology, 30*, 115-144.
- Park, C. L., Marion, M. R., Suresh, D. P., Bliss, D. E., & Rosen, R. I. (2008). Coping, Meaning in Life, and Quality of Life in Congestive Heart Failure Patients. [Estudo Pré experimental]. *Qual Life Res, 17*, 21-26. doi: 10.1007/s11136-007-9279-0
- Peralta, E. (2001). *Estudo sobre os objetivos de vida na idade adulta avançada*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Peralta, E., & Silva, M. E. D. (2006). Teste dos objetivos de vida (PIL-R). In M. M. Gonçalves (Ed.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população Portuguesa* (2ª ed., pp. 61-73). Coimbra: Quarteto.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2005a). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2005b). *Descobrendo a regressão com a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Phillips, W. (1980). Purpose in life, depression, and locus of control. *Journal of Clinical Psychology, 36*(3), 661-667.
- Pieter, J. M. V., Geertruida, H. d. B., Theodora, P. M. V. V., Andreas, J. P., John, V., & Wilma, O. (2008). Purpose in life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol, 27*, 899-908. doi: 10.1007/s10067-007-0822-8
- Pimenta, C. A. D. M. (1999). *Atitudes de doentes com dor crónica frente à dor*. Tese de Doutoramento, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pimentel-Santos, F. M., Pinto, P., Santos, H., Barcelos, A., Cunha, I., Branco, J., & Ferreira, P. (2011). Portuguese version of the bath indexes for ankylosing spondylitis patients: a cross-cultural adaptation and validation. *Clinical Rheumatology*. doi: 10.1007/s10067-011-1864-5
- Plach, S. K., Heidrich, S. M., & Waite, R. M. (2003). Relationship of social role quality to psychological well-being in women with rheumatoid arthritis. *Res Nurs Health, 26*, 190-202.
- PNCD (2008). *Plano Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Cuidados de Saúde. Divisão de Prevenção e Controlo da Doença.
- PNCDR (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas.

- PNLCD (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Powers, B., & Knapp, T. (1990). *A Dictionary of Nursing Theory and Research*. London: Sage Publications.
- Queiroz, M. V. d. (2006). *Doenças reumáticas: manual de autoajuda para adultos*. Lisboa: DGS.
- Quintás, A. L. (2003). *Inteligencia Creativa. El descubrimiento personal de los valores*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- Rainho, M. (2010). *O Misterioso Jesus*. Lisboa: Grupo Bíblico Universitário de Portugal
- Rapley, P., & Fruin, D. J. (1999). Self-efficacy in chronic illness: the juxtaposition of general and regimen-specific efficacy. *Int J Nurs Pract*, 5(4), 209-215.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health*, 10, 335-344.
- Reed, P. G. (1989). Mental health of older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 11, 143-163.
- Reed, P. G. (1991). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*, 40(1), 5-11.
- Reed, P. G. (2008). Theory of Self-Transcendence. In Mary Jane Smith & Patricia R Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer.
- Reed, P. G. (2010, fevereiro). *Self-Transcendence Theory and Well-Being*. Paper presented at the Conferencia Internacional - Dor Crónica e Sofrimento - Que Sentido? - Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Rego, C. M. (2010 ). *Artrite Reumatoide Fisiopatologia e Terapêutica biológica*. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã. Retrieved from <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/886/catarinamesiasregoa.pdf>
- Reker, G. T., & Cousins, J. B. (1979). Fator structure, construct validity and reliability of the Seeking of Noetic Goals (SONG) and Purpose in Life (PIL) tests. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 85-91.
- ReumaCensus. (2011). Ordem dos Médicos, from <https://www.ordemosmedicos.pt/index.php?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=1b5230e3ea6d7123847ad55a1e06fffd>
- Ricoeur, P. (1986). *Le Mal. Undéfi à la philosophie et à la théologie*. Génève
- Rogers, M. E. (1980). Nursing: A science of unitary man. In J.P. Riehl & C. Roy (Ed.), *conceptual models for nursing practice* (2 ed., pp. 329-337). New York: Appleton Century Crofts.
- RRHR (2003). *Rede de referência hospitalar de reumatologia*: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

- Runquist, J. J., & Reed, P. G. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adults. *Journal of Holistic Nursing*, 25(1), 5-13.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.
- Salvetti, M. D. G. (2004). *Crença de Autoeficácia e Validação da "Chronic Pain Self-Efficacy Scale"*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo.
- Salvetti, M. D. G., & Pimenta, C. A. D. M. (2007). Dor crônica e a crença de autoeficácia. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41(1), 135-140.
- Sato, F., & Tanaka, H. (1974). An experimental study on the existential aspect of life: I. The cross-cultural approach to purpose in life. *Tohoku Psychological Folia*, 33, 20-46.
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., . . . Zdzienicka, B. (2006). The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 291-298. doi: 10.1007/s10865-005-9044-1
- Schleicher, H., Alonso, C., Shirtcliff, E. A., Muller, D., Loevinger, B. L., & Coe, C. L. (2005). In the face of pain: The relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Psychother Psychosom*, 74, 231-239.
- Schnell, T. (2008). Existential indifference: Attributes of a new category of meaning in life. *International Journal of Psychology*, 43(3-4), 695-713.
- Schulenberg, S. E. (2004). A psychometric investigation of logotherapy measures and the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *North American Journal of Psychology*, 6, 477-492.
- Schulenberg, S. E., & Melton, A. M. A. (2010). A Confirmatory Factor-Analytic Evaluation of the Purpose in Life Test: Preliminary Psychometric Support for a Replicable Two-Factor Model. *J Happiness Stud.*, 11, 95-111. doi: 10.1007/s10902-008-9124-3
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Scott, D., Smith, C., & Kingsley, G. (2005). What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? Best Pract Res. *Clin Rheumatol.*, 19(1), 117-136.
- Sebastião, L. (1995). *O Sofrimento, que solução para os nossos dias*. Coimbra.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness. Using the New Positive Psychology to Realize your potential for Lasting Fulfillment*. New Cork: The Free Press.
- Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.S.A.
- Seybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 21-24.

- Shek, D. T. L. (1988). Reliability and factorial structure of the Chinese version of the purpose in life questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 384-392. doi: 10.1002/1097-4679(198805)44:3<384::AID-JCLP2270440312[3.0.CO;2-1
- Shek, D. T. L. (1992). Meaning in life and psychological well-being: An empirical study using the chinese version of the purpose in life questionnaire. *The Journal of Genetic Psychology*, 153, 185-200.
- Shek, D. T. L. (1993). The chinese Purpose in Life Test and psychological well-being in chinese college students. *International Forum for Logotherapy*, 16, 35-42.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da hospital anxiety and depression scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychological Reports*, 41, 193-204.
- Silva, J. C. d. (2007). A Dor Crónica em Reumatologia. In Biblioteca da Dor (Ed.), *Dor em Reumatologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Snaith, R., & Zigmond, A. (1994). The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Starck, P. L. (1985). Guidelines - The Meaning in Soffring Test
- Starck, P. L. (2008). The Human Spirit: The Search For Meaning And Purpose Through Sufering. *Humane Medicine*, 8(2).
- Starck, P. L. (2010, fevereiro). *Meaning in Suffering*. Conferencia Internacional - Dor Crónica e Sofrimento - Que Sentido? - Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.
- Stephen, B., Quadrello, T., McGee, R., Mahdon, M., Vavrovsky, A., & Barham, L. (2009). Fit For Work? Musculoskeletal Disorders in the European Workforce, from [http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=100193&Itemid=279](http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=100193&Itemid=279)
- Stinson, C. K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 208-218.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health and Measurement Scales. A practical guide for their development and use* (4 ed.). London: Oxford University Press.
- Strong, J., Unruh, A., Wright, A., & Baxter, G. (2002). *Pain. A textbook for therapists*. London: Churchill Livingstone.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500-509.
- Thomas, J., Burton, M., Quinn Griffin, M., & Fitzpatrick, J. (2010). Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *Nursing-Journal of Holistic*, 28, 115-122.

- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Travelbee, J. (1969). *Intervention in psychiatric nursing: Process in the one- to-on relationship*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Travelbee, J. (1972). To find meaning in illness. *Nursing*, 72(2), 6-7.
- Travelbee, J. (1979). *Intervención en Enfermería Psiquiátrica*. Carvejal: Cali.
- Treharne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., & Kitas, G. D. (2007a). Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: coping resources as buffers of perceived stress. *Br J Health Psychol* 12, 323-345.
- Treharne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., & Kitas, G. D. (2007b). Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: coping resources as buffers of perceived stress. *Br J Health Psychol* 12, 323 - 345.
- TWF (2009). The Works Foundation. Retrieved from [http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=100193&Itemid=279](http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=100193&Itemid=279)
- Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In A. S. Silva & M. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Afrontamento.
- Van der Bijl, J., J., & Shortridge-Baggett, L., M. (2001). The theory and measurement of self-efficacy construct. *Sch Inq Nurs Pract.*, 189-207(3).
- Van Loon, A., & Kralik, D. (2005). *A Self-help Companion for the Healing Journey of Survivors of Child Sexual Abuse*. Adelaide: Royal District Nursing Service Foundation Research Unit.
- Van Riel, P. L. (2011). How to use DAS28. Retrieved from <http://www.das-score.nl>
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.
- Vilela, J. A. (2002). *Ética Profissional de la Enfermería*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Walker, L., Heys, S., Walker, M., Ogston, K., Miller, I., Hutcheon, A., . . . Eeremin, O. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 35(13), 1783- 1788.
- Wall, P. (2002). *Dor a Ciência do Sofrimento* (2ª ed.). Porto: Ambar.
- Walters, L. H., & Klein, A. (1980). A croos-validated investigation of the Crumbaugh Purpose-in-Life Test. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 1065-1071.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WHO. (2003). The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millenium. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_919.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_919.pdf).
- Wiech, K., Farias, M., Kahane, G., Shackel, N., Tiede, W., & Tracey, I. (2009). An FMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. *Pain*, 467-476.

- Wiech, K., Ploner, M., & Tracey, I. (2008). Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends Cogn Sci* 13, p.306-318.
- Wiech, K., R, K., N, W., B, P., E, S. K., & J, D. R. (2006). Anterolateral prefrontal cortex mediates the analgesic effect of expected and perceived control over pain. *J Neurosci*, 26(11501-9).
- Wiech, K., Seymour, B., Kalisch, R., Stephan, K., E, Koltzenburg, M., & Driver, J. (2005). Modulation of pain processing in hyperalgesia by cognitive demand. *NeuroImage*, 69, 27-59.
- Worden, J., & Weisman, A. (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 6, 243-249.
- Wright, L. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença*. Coimbra: Ariadne Editores.
- Ya-Chuan, H. (2009). *A Cultural Psychosocial Model For Depression in Elder Care Institutions: The Roles of Socially Supportive Activity and Self-Transcendence*. Doctoral Thesis, The University of Arizona.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zink, A., Braun, J., Listing, J., & Wollenhaupt, J. (2000). Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis-results from the German rheumatological database. *J Rheumatol*, 27(613), 22.

## **Anexos**



## Conferencia Internacional

**Tema:** *Dor Crónica e Sofrimento – Que Sentido?*

**Data:** 19 de Fevereiro de 2010

**Âmbito:** Doutoramento em Enfermagem<sup>1</sup>

**Recursos:**

Universidade Católica Portuguesa

Instituto Politécnico de Leiria

Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT)

**Programa:**

**Manhã**

9:00h ▪ **Abertura**

9:30h – 10:20h ▪ **Dor Crónica e Sofrimento** – Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas,  
Neurologista, Universidade Católica Portuguesa,  
Lisboa.

10:30h – 11:20h ▪ **Sentido de Vida e Esperança** – Prof. Doutor Carlos Díaz,  
Filósofo e Licenciado em Direito, Universidade Complutense,  
Madrid

Intervalo

11:50h – 12:30h ▪ **Meaning in Suffering** – Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Stark, American  
Nurse Theorist, Health Science Center at  
Houston, University of Texas.

**Tarde**

14:00h – 15:00h ▪ **O que é “Vida com Sentido?”** – Doutora M<sup>a</sup> Ángeles Noblejas,  
Pedagoga em Ciências da Educação e Logoterapeuta,  
Madrid

15:00h – 15:40h ▪ **Self-Transcendence Theory and Well-Being** - Prof<sup>a</sup> Doutora  
Pamela G. Reed, American Nurse Theorist, College of  
Nursing,  
University of Arizona

Intervalo

16:00h – 17:00h ▪ **Workshop – Vida com Sentido** – Doutora M<sup>a</sup> Ángeles Noblejas

17:15h ▪ **Encerramento**

---

<sup>1</sup> **Doutoranda:** Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

**Orientador:** Prof. Doutor Manuel Alves Rodrigues

**Co-Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria dos Anjos Dixe



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
PulidoValente

**Presidência**

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**Vice-Presidente**

Prof. Doutora Maria Luísa Figueira

**Membros**

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge

Dra. Elisa Pedro

Padre Fernando Simão

Dra. Gabriela Martins Mendes

Dra. Graça Magueira

Médico Enf. Isabel Corte-Real

Dr. Mário Miguel Rosa

Exma. Senhora

Prof. Adjunta Teresa Kraus  
Rua Floristas Gravadores, 18  
2430-104 Marinha Grande

Lisboa, 14 de Dezembro de 2009

**Assunto:** Estudo "Sentido de vida da pessoa com dor crónica não oncológica", no âmbito do Doutoramento em Enfermagem

Pela presente, informamos que o projecto citado em epígrafe, obteve na reunião realizada em 9 de Dezembro de 2009, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE**

**ÉTICA**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Tel. 217 805 000 - Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1799-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chlv.pt



## Anexo III

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



Exma. Senhora  
Professora Teresa Kraus  
Rua Floristas Gravadores, 18  
2430 - 104 Marinha Grande

Refª DIRCLN - 04.JAN.2010 - 0001

Assunto: Estudo "Sentido de vida da pessoa com dor crónica não oncológica".

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o estudo em epigrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 28 de Dezembro de 2009.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Clínico

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel. 217 805 000 – Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel. 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)



## Anexo IV

### DIAGNÓSTICOS E ÍNDICES DE ACTIVIDADE:

- Artrite Reumatoide: DAS 28 \_\_\_\_\_  
 Espondilite Anquilosante: BASDAI \_\_\_\_\_

		Escala Numérica											
<input type="checkbox"/> Artrite Psoriática:	Sem Actividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Actividade Máxima
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	Sem Actividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Actividade Máxima

Caro(a) Sr(a)

A sua participação é da máxima importância, na medida em que será um precioso contributo para aumentar o conhecimento dos processos motivacionais e actitudinais associados à capacidade de lidar com a dor crónica e o sofrimento inevitável.

Em seguida apresentam-se diferentes questionários em relação aos quais lhe pedimos que responda com a **máxima sinceridade**.

Recordamos que **não existem respostas certas nem erradas**, pois o que importa conhecer é apenas aquilo que sente ou pensa. Todas as suas respostas são **confidenciais**. É muito importante que responda, de **forma completa**, a todos os questionários.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Teresa Kraus

(Doutoranda em Enfermagem)

Telem.: 939 667 254

e-mail: [tkraus@esslei.ipleiria.pt](mailto:tkraus@esslei.ipleiria.pt)

### CONDIÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

#### 1. Sexo?

- Feminino  
 Masculino

#### 3. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 União de facto  
 Viúvo(a)  
 Divorciado(a) ou separado(a)

#### 4. Com quem vive?

- Só  
 Com família  
 Com amigos  
 Outro (especifique p. f.) \_\_\_\_\_

#### 2. Idade? \_\_\_\_ Anos

#### 5. Qual é o seu nível de escolaridade?

- Nunca frequentou a escola  
 4ª classe  
 6º ano  
 9º ano  
 12º ano  
 Bacharelato/Licenciatura  
 Outro nível (especifique p. f.) \_\_\_\_\_

#### 6. Qual é a sua situação laboral?

- Estudante  
 Trabalhador Estudante  
 Candidato ao 1º emprego  
 Doméstico(a)  
 Empregado(a)  
 De Baixa há \_\_\_\_ Meses  
 Desempregado (a)  
 A sua dor reumática esteve na origem do seu desemprego?  Sim  Não  
 Reformado(a). Qual o motivo? \_\_\_\_\_

7. Devido à sua dor reumática, em média, quantos dias por mês, falta ao trabalho ou fica impossibilitado(a) de desenvolver as suas actividades habituais? \_\_\_\_\_ (Dias por mês)

8. Há quanto tempo tem o diagnóstico de doença reumática? \_\_\_\_\_ (Anos)

9. Há quanto tempo sofre de dor reumática? \_\_\_\_\_ (Anos)

**10. Tem outras doenças além da doença reumática?**  Sim **Quais são essas doenças?** \_\_\_\_\_  
 Não **Qual é a doença que mais interfere na sua qualidade de vida?** \_\_\_\_\_

**11. Toma medicação com regularidade para aliviar a sua dor reumática?**  Sim **Que tipo de medicamentos toma?**  
 Analgésicos  Corticosteróides  
 Relaxantes Musculares  Outros. Qual(ais)? \_\_\_\_\_  
 Não  Antidepressivos \_\_\_\_\_

**12. Faz regularmente outro tipo de tratamentos para aliviar a sua dor reumática (acompanhamento psicológico, fisioterapia, acupuntura, etc.)?**  Sim **Quais são esses tratamentos?** \_\_\_\_\_  
 Não \_\_\_\_\_

**TESTE DOS OBJECTIVOS DE VIDA**

*(Parte A)*

Para cada uma das seguintes afirmações, escolha a opção de resposta que lhe parecer mais próxima daquilo que pensa ou sente em cada caso. Dê apenas uma resposta por cada afirmação. Faça uma cruz (X) no número que melhor corresponde ao seu grau de concordância, usando a seguinte chave:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Nem Discordo nem Concordo	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo totalmente

1. Geralmente sinto-me muito aborrecido	1	2	3	4	5	6	7
2. Não tenho nenhuma meta ou aspiração na vida	1	2	3	4	5	6	7
3. A minha existência pessoal não tem qualquer sentido nem objectivo	1	2	3	4	5	6	7
4. Para mim, todos os dias são sempre novos e diferentes	1	2	3	4	5	6	7
5. Se eu pudesse escolher, preferia nunca ter nascido	1	2	3	4	5	6	7
6. No que diz respeito aos objectivos na vida que queria alcançar não tenho feito progressos	1	2	3	4	5	6	7
7. A minha vida é vazia e cheia de desespero	1	2	3	4	5	6	7
8. Se morresse hoje, teria a sensação que valeu a pena viver	1	2	3	4	5	6	7
9. Ao pensar na minha própria vida, muitas vezes pergunto a mim mesmo porque é que existo	1	2	3	4	5	6	7
10. No que diz respeito à liberdade do ser humano para fazer as suas próprias escolhas, acredito que o homem é absolutamente livre de fazer todas as escolhas na vida	1	2	3	4	5	6	7
11. Em relação ao suicídio, já tenho pensado seriamente nele como uma saída possível	1	2	3	4	5	6	7
12. Considero que tenho uma grande capacidade para encontrar um sentido, um objectivo ou uma missão na vida	1	2	3	4	5	6	7
13. A minha vida está nas minhas mãos e eu controlo-a	1	2	3	4	5	6	7
14. Enfrentar as minhas tarefas do dia-a-dia é uma fonte de prazer e satisfação	1	2	3	4	5	6	7
15. Não descobri nenhuma missão ou objectivos na vida	1	2	3	4	5	6	7

## TESTE DOS OBJECTIVOS DE VIDA

(Parte C)

Num parágrafo, escreva resumidamente as suas metas, ambições e objectivos na vida.  
Quais os progressos que está a fazer para os atingir?

---

---

---

---

---

---

---

---

Versão portuguesa da forma revista (PIL-R), por Harlow, L.L., Newcomb, M.D. & Bentier, P.M., 1987.  
©( Cnmh, J.C. & Maholick, L.T., 1969). Adaptação e validada por Elizabeth Peralta, autorizada por Psychometnc Affihiates.

## ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DA DOR CRÓNICA

Gostaríamos de conhecer a forma como a sua dor o(a) afecta. Para cada uma das questões que se seguem, p.f. assinale com uma cruz (X) o número que melhor corresponde à percentagem (%) de certeza com que é capaz de executar as seguintes tarefas.

	Muito pouca certeza			Certeza moderada				Muita certeza		
1. Em que medida tem a certeza de que consegue diminuir bastante a sua dor?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. Em que medida tem a certeza de que consegue impedir que a sua dor interfira no seu sono?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Em que medida tem a certeza de que consegue uma diminuição entre pequena a moderada da sua dor, usando métodos que não a medicação suplementar?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. Em que medida tem a certeza que consegue fazer uma grande diminuição da sua dor usando métodos que não a medicação suplementar?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. Em que medida tem a certeza de que consegue andar cerca de 800 metros em terreno plano?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6. Em que medida tem a certeza de que consegue levantar uma caixa com 4.5 quilogramas?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7. Em que medida tem a certeza de que consegue executar um programa de exercícios diários em casa?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

	Muito pouca certeza			Certeza moderada				Muita certeza		
8. Em que medida tem a certeza de que consegue executar as suas tarefas domésticas?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9. Em que medida tem a certeza de que consegue fazer as suas compras de mercearia ou vestuário?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10. Em que medida tem a certeza de que consegue participar em actividades sociais?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11. Em que medida tem a certeza de que consegue participar em actividades recreativas ou de tempos livres?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12. Em que medida tem a certeza de que consegue participar em actividades familiares?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13. Em que medida tem a certeza de que consegue executar as suas obrigações de trabalho que tinha antes do início da sua dor crónica?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14. Em que medida tem a certeza de que consegue controlar a sua fadiga?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
15. Em que medida tem a certeza de que consegue fazer algo para se sentir melhor quando está desanimado?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
16. Por comparação com outras pessoas com problemas médicos crónicos semelhantes ao seu, em que medida tem a certeza de que consegue gerir a sua dor durante as actividades diárias?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
17. Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com a frustração característica de problemas médicos do tipo crónico?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
18. Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com uma dor entre ligeira e moderada?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
19. Em que medida tem a certeza de que consegue lidar com uma dor severa?	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Versão portuguesa da Chronic Pain Self-Efficacy Scale – CPSS (Anderson et al., 1995). Adaptada e validada por Domingos & Cruz (2005).

---

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

---

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a):

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado(a):

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado(a):

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente  
 Não dou a atenção que devia  
 Talvez cuide menos que antes  
 Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado(a):

- Muito  
 Bastante  
 Não muito  
 Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes  
 Não tanto como antes  
 Bastante menos agora  
 Quase nunca

13. De repente tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes  
 Bastantes vezes  
 Por vezes  
 Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes  
 De vez em quando  
 Poucas vezes  
 Quase nunca

Versão portuguesa da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Snaith e Zigmond (1994), instrumento adaptado e validado por Pais-Ribeiro et al (2007).

### TESTE DE SENTIDO NO SOFRIMENTO

#### (Parte A)

O objectivo deste teste é avaliar a percepção do doente quanto à medida de sentido que atribui às suas experiências de sofrimento.

Por favor seleccione com uma cruz (X) o número que melhor representa a *frequência* dos seus sentimentos sobre cada afirmação que se segue. **Tente evitar o neutro (4)** escolhendo ou 3 ou 5 sempre que possível. Antes de iniciar este teste, **recorde o sofrimento que acredita ter experimentado e como actualmente, se sente em relação a ele.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência	Constantemente

1. Acredito ter a ajuda espiritual (não necessariamente religiosa) para ultrapassar o fardo do meu sofrimento.	1	2	3	4	5	6	7
2. Acredito que o sofrimento leva a pessoa a encontrar novos objectivos, mais compensadores.	1	2	3	4	5	6	7
3. Acredito que entendo melhor a vida devido ao sofrimento que experimentei.	1	2	3	4	5	6	7
4. Acredito que toda a gente tem um objectivo na vida; uma razão para estar na terra.	1	2	3	4	5	6	7
5. Acredito que há sempre esperança no sofrimento.	1	2	3	4	5	6	7
6. Acredito que o sofrimento pode ensinar lições valiosas sobre a vida.	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência	Constantemente
7. Acredito que o meu sofrimento faça parte de um grande desígnio embora nem sempre eu o entenda.						
1	2	3	4	5	6	7
8. Acredito que a minha experiência de sofrimento me tenha dado a possibilidade de completar a minha missão na vida.						
1	2	3	4	5	6	7
9. Acredito que algumas coisas boas ocorreram como resultado do meu sofrimento.						
1	2	3	4	5	6	7
10. Acredito que a ninguém é dado mais sofrimento do que aquele que pode suportar.						
1	2	3	4	5	6	7
11. Acredito que o meu sofrimento deu àqueles que eu amo uma oportunidade de se realizarem.						
1	2	3	4	5	6	7
12. Acredito que o sofrimento faz parte da condição humana e acontece a todos mais tarde ou mais cedo.						
1	2	3	4	5	6	7

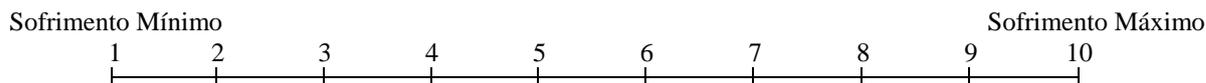
---

**TESTE DE SENTIDO NO SOFRIMENTO**

*(Parte B)*

---

1. Numa escala de 1 a 10, assinale com uma cruz (×) que pontuação daria às suas experiências de sofrimento?



**Assinale com uma cruz (×) tudo o que é aplicável.**

2. O que pensa que o sofrimento ensina, se é que ensina alguma coisa.

\_\_\_\_ 2.10 Tenho mais cuidado com a minha saúde.

\_\_\_\_ 2.20 Dou mais atenção à minha família.

\_\_\_\_ 2.30 Estou a aprender a ser paciente.

\_\_\_\_ 2.40 Estou mais próxima do meu Deus.

\_\_\_\_ 2.50 Estou a descobrir uma força interior em mim.

\_\_\_\_ 2.60 Estou a aprender a ser tolerante.

\_\_\_\_ 2.70 Estou a aprender a ter auto-domínio.

\_\_\_\_ 2.80 Estou a aprender a apreciar mais a vida.

\_\_\_\_ 2.90 Estou a aprender a perdoar.

\_\_\_\_ 2.11 Outros (refira p.f.) \_\_\_\_\_

3. Na vivência do sofrimento, o que costuma fazer para lidar com a situação.

- 3.10 Falar com outras pessoas.
- 3.20 Ouvir música.
- 3.30 Rezar/orar ou ler a Bíblia.
- 3.40 Procurar ajuda de outras pessoas.
- 3.50 Pensar noutros assuntos.
- 3.60 Tomar medicamentos.
- 3.70 Manter a calma e isolar-me.
- 3.80 Conversar comigo próprio encorajando-me.
- 3.90 Tornar-me activo – passear, caminhar, dançar.
- 3.11 Outros (refira p. f.) \_\_\_\_\_

4. Caso haja alguma coisa, o que o tem ajudado a ultrapassar o sofrimento?

- 4.10 O carinho de familiares ou amigos.
- 4.20 Recordar bons tempos.
- 4.30 Medicamentos.
- 4.40 Desligar e ficar sozinho(a).
- 4.50 Adoptar uma atitude positiva.
- 4.60 Falar com o meu Deus.
- 4.70 Aguentar.
- 4.80 Focar a atenção em qualquer outra coisa.
- 4.90 Dormir.
- 4.11 Outros (refira p. f.) \_\_\_\_\_

5. Que aspectos “bons” ou positivos resultaram do seu sofrimento?

- 5.10 Estou a ter mais cuidado com a minha saúde.
- 5.20 Agora vivo um dia de cada vez.
- 5.30 Aproximei-me da minha família.
- 5.40 Aproximei-me de Deus.
- 5.50 Agora dou mais valor à vida.
- 5.60 Tenho uma oportunidade de ajudar os outros.
- 5.70 Desenvolvi um desejo de viver.
- 5.80 Tornei-me mais independente.
- 5.90 Estou a tornar-me mais tolerante.
- 5.11 Outros (refira p. f.) \_\_\_\_\_

6. Que aspectos “maus” ou negativos resultaram do seu sofrimento?

- 6.10 Não consigo fazer tantas actividades físicas como gostava.
- 6.20 Estou dependente de terceiros.
- 6.30 Tornei-me amargo(a) e revoltado(a).
- 6.40 O meu corpo mudou.
- 6.50 Não consigo ir à igreja/local de culto.
- 6.60 Não consigo trabalhar.
- 6.70 Não consigo estar com os meus amigos para passar bons momentos.
- 6.80 Sofri uma perda na minha família (divórcio, etc.).
- 6.90 Tenho problemas financeiros.
- 6.11 Outros (refira p. f.) \_\_\_\_\_

7. De que forma tem o seu sofrimento afectado sua saúde física, mental e espiritual?

- 7.10 Tenho dores físicas.
- 7.20 Estou deprimido(a).
- 7.30 Estou desencorajado(a) / desanimado(a).
- 7.40 Perdi peso.
- 7.50 Afectou a minha vida sexual.
- 7.60 Amadureci.
- 7.70 Melhorei a relação com a minha família.
- 7.80 Tenho mais energia.
- 7.90 Estou mais atento(a) ao que se passa à minha volta.
- 7.11 Outros (refira p. f.) \_\_\_\_\_

8. Selecciona três pessoas da lista abaixo que acha que sofreram.

- 8.10 Jesus Cristo.
- 8.20 Martin Luther King.
- 8.30 Minha mãe.
- 8.40 Meu pai.
- 8.50 Outro (indicar o nome p. f.) \_\_\_\_\_

9. Que características atribui ao estado de sofrimento?

- 9.10 Dor.
- 9.20 Dependência.
- 9.30 Fora de controlo.
- 9.40 Solidão.
- 9.50 Deprimente ou desesperado.
- 9.60 Impotência para agir.
- 9.70 Repugnância.
- 9.80 Zanga.
- 9.90 Assustador.
- 9.11 Outro (comentar por favor) \_\_\_\_\_

10. Quais são os seus valores e as suas crenças em relação ao sofrimento?

**(Selecciona três hipóteses de resposta e ordene-as por ordem de preferência, 1º, 2º e 3º).**

- 10.10 Vive um dia de cada vez.
- 10.20 Ajudar um ao outro.
- 10.30 Mais vale prevenir do que remediar.
- 10.40 Conforme semeias assim colhes.
- 10.50 Para a próxima, vai correr melhor.
- 10.60 Não se sente a falta de água até que a fonte seque.
- 10.70 Ser corajoso e ter esperança no Senhor.
- 10.80 Ver o lado bom da situação.
- 10.90 Honra e proveito não cabem num saco.
- 10.11 Não há mal que bem não traga.
- 10.12 Existe uma luz ao fundo do túnel
- 10.13 Outro (refira p. f.) \_\_\_\_\_

11. Que tipo de recursos utiliza para gerir o seu sofrimento.

**(Assinale três).**

- 11.10 Família.
- 11.20 Amigos.
- 11.30 Medicamentos.
- 11.40 Igreja/Oração.
- 11.50 Música.
- 11.60 Exercício Físico.
- 11.70 Tratamento prescrito pelo médico.
- 11.80 Conversar com outras pessoas.
- 11.90 Bebidas alcoólicas.
- 11.11 Outro (refira p. f.) \_\_\_\_\_

12. Que intervenções de Enfermagem ou outra ajuda profissional, o(a) ajudam quando está a sofrer?

- 12.10 Conversar.
- 12.20 Exercitar.
- 12.30 Explicar o que se deve esperar.
- 12.40 Administrar medicação.
- 12.50 Sorrir.
- 12.60 Massajar.
- 12.70 Encorajar.
- 12.80 Vigiar-me de perto.
- 12.90 Cuidar/proporcionar conforto.
- 12.11 Outros (refira p. f.) \_\_\_\_\_

13. Por favor descreva qual sente ser, o seu objectivo na vida.

- 13.10 Desempenho familiar (especifique p. f.) \_\_\_\_\_
- 13.20 Realização profissional (especifique p. f.) \_\_\_\_\_
- 13.30 Boa vizinhança.
- 13.40 Cidadania.
- 13.50 Ser eu próprio.

14. Esta experiência de sofrimento afecta a sua capacidade de atingir o seu objectivo na vida?

- 14.10 Sim.
- 14.20 Não.
- 14.30 Às vezes.

15. Consegue realizar acções meritórias por outras pessoas apesar de estar em sofrimento?

**(Se sim, escolha pelo menos três hipóteses de resposta).**

- 15.10 Escrever cartas/postais.
- 15.20 Fazer voluntariado.
- 15.30 Escutar os outros.
- 15.40 Rezar/orar pelos outros.
- 15.50 Partilhar alimentos.
- 15.60 Fazer recados para outros.
- 15.70 Oferecer presentes.
- 15.80 Dar dinheiro.
- 15.90 Expressar o meu amor por outros.
- 15.11 Outra (refira p. f.) \_\_\_\_\_

16. Como é o seu comportamento quando está em sofrimento?

**(Mencione pelo menos três hipóteses de resposta).**

- 16.10 Calmo(a), paciente, sereno(a).
- 16.20 Choroso(a), ansioso(a).
- 16.30 Depressivo(a), inactivo(a).
- 16.40 Impaciente.
- 16.50 Irritável.
- 16.60 Rabugento(a), queixoso(a).
- 16.70 Zangado(a).
- 16.80 Maior entrega ao trabalho.
- 16.90 Mais falador(a).
- 16.11 Outro (refira p. f.) \_\_\_\_\_

17. Opção religiosa.

**(Resposta facultativa).**

- Judeu(ia).
- Católico(a).
- Protestante.
- Outra (refira p. f.) \_\_\_\_\_
- Nenhuma

## ESCALA DA AUTO-TRANSCENDÊNCIA

Por favor, indique até que ponto cada um dos itens abaixo indicados, fazem descrição de si. Não há respostas certas ou erradas. Estamos interessados na sua opinião sincera. Responda a cada pergunta de acordo com a forma como se vê a si próprio nesta fase de sua vida. Faça uma cruz (X) no número que corresponde à resposta mais adequada.

Nesta fase de minha vida, vejo-me como:	De modo nenhum	Um pouco	Em parte	Muito
1. Tendo passatempos ou interesses de que posso desfrutar.	1	2	3	4
2. Aceitando-me a mim próprio à medida que envelheço.	1	2	3	4
3. Estando envolvido com outras pessoas ou com a minha comunidade sempre que possível.	1	2	3	4
4. Adaptando-me bem à minha actual situação de vida.	1	2	3	4
5. Ajustando-me a alterações nas minhas capacidades físicas.	1	2	3	4
6. Partilhando a minha sabedoria ou experiência com outras pessoas.	1	2	3	4
7. Encontrando sentido nas minhas experiências passadas.	1	2	3	4
8. Ajudando outros de alguma forma.	1	2	3	4
9. Tendo um interesse contínuo em aprender.	1	2	3	4
10. Apreciando o meu ritmo de vida.	1	2	3	4

Versão portuguesa da Escala da Auto-transcendência (ESAT), instrumento adaptado e a validar por Kraus, Rodrigues e Dixe (2009), a partir da Self-Transcendence Scale, Pamela Reed (1987)

*Muito obrigada por ter completado este questionário. Nas linhas abaixo, por favor escreva algum comentário adicional que nos possa ajudar a compreender os seus pontos de vista.*

---



---



---



---



---



---



## Anexo V

**De:** Edmonsond, Kristi A [<mailto:Kristi.A.Edmonsond@uth.tmc.edu>]

**Enviada:** sexta-feira, 24 de Julho de 2009 14:49

**Para:** Teresa Kraus

**Assunto:** RE: Meaning in Suffering Test (MIST)

Dr. Starck is giving you permission to translate.

Kristi Edmonsond



## SELF-TRANSCENDENCE SCALE

Pamela G. Reed, PhD, RN, FAAN

Professor

University of Arizona College of Nursing

1305 N. Martin St.

Tucson, AZ USA 85721-0203

FAX: 520-626-7891 Email: [preed@nursing.arizona.edu](mailto:preed@nursing.arizona.edu)

Reed's *Self-Transcendence Scale* (STS) emphasizes developmental abilities rather than decremental experiences of adult development and aging, but may also be applied to other phases of the lifespan or other life situations. The (STS) measures a major psychosocial and spiritual resource of developmental maturity, self-transcendence. "Self-transcendence" refers to the capacity to expand personal boundaries and be oriented toward perspectives, activities, and purposes beyond the self without negating the value of the self and the present context. Self-transcendence is defined as the expansion of self-boundaries in multi-dimensional ways: (a) inwardly in introspective activities; (b) outwardly through concerns about others' welfare; (c) temporally whereby the perceptions of one's past and future enhance the present (Reed, 1991); and (d) transpersonally through connections with a higher or greater dimension (Reed, 2003). The STS has been translated into various languages. The STS is a one-dimensional scale, consisting of 15 items that together identify characteristics of a matured view of life that expand boundaries of the self. The STS is administered as an interview to elicit perceptions of the degree to which the participants experience each item in their current life. It may also be administered as a questionnaire. Responses are based upon a 4-point scale ranging from 1 for "not at all" to 4 for "very much." The final score reflects overall level of self-transcendence and takes into account intraindividual differences in self-transcendence experiences; a low score on one item may be offset by a high score on another item. A sample of items includes: "Sharing my wisdom and experience with others"; "helping others in some way"; and "finding meaning in my past experiences." Items were developed to avoid bias toward the physically able or healthy person, and instead to measure the person's ability to derive a sense of well-being through cognitive, creative, social, spiritual, and introspective avenues.

The STS was developed from a 36-item scale, the "Developmental Resources of Later Adulthood" (DRLA) scale (Reed, 1986). Self-transcendence was the primary factor, accounting for up to 80% of the variance in the DRLA in previous research. The STS was constructed to measure the developmental resource, *self-transcendence*, with less redundancy, using a more appropriate scaling technique, and with better ease of administration for older or ill adults than is afforded by a lengthier instrument. Reliability as estimated by Cronbach's alpha ranges from .80 to .88 (Coward, 1990). Content validity is adequate as based on a thorough literature review of empirical and theoretical literature to specify the domain of content and careful construction and refinement of the items. Support for construct validity has been found in the relationship of STS scores to other measures and in groups who scored on the STS as theorized, in a phenomenological study of self-transcendence, and in secondary analysis of data from correlational and longitudinal studies on developmental resources (e.g. Coward, 1990; Reed, 1991; and see other references). The STS has been used with adolescents and adult populations in addition to older adults with good results (e.g. Ellermann & Reed, 2001) and potentially can be adapted for other developmental phases as well.

## SCORING THE SELF-TRANSCENDENCE SCALE

The possible scores for each item range from 1 to 4, with:  
*Not at all* = 1 to *Very much* = 4, as indicated on the questionnaire.

### To calculate the STS total score:

- Sum the participant's scores on each of the 15 items, for a total score of 15 – 60.
- In some previous studies, a total score ranging from 1.0 to 4.0 was obtained because researchers divided the sum by the number of items answered. Multiplying this total score by 15 will generate a total score ranging from 15 to 60 if you want to compare your scores with those found in other studies.

## ACQUIRING PERMISSION FOR USE

Contact Pamela Reed via Email (preed@nursing.arizona.edu). Complete and return the Request Form (next page) by email. **STS Request Form**

I, ***insert your name here***, requests permission to copy the *Self-Transcendence Scale* (STS) for use in my research (*indicate master's thesis, dissertation, or other research*) titled, ***insert title or brief description of project here and indicate the nature of the research (e.g. thesis, dissertation, other)***.

In exchange for this permission, I agree to submit to Dr. Reed Items 1 and 2 below, and 3 if available:

1. An abstract or copy of my study purpose and findings, description of the sample, the range of STS scores and the mean STS score in my group of participants, and correlations between the STS scale scores and other measures used in my study. (This will be used by Dr. Reed to assess construct validity).
2. The reliability coefficient as computed on the scale from my sample (Cronbach's alpha). Any other information or findings that could be helpful in assessing the reliability or validity of the instrument would be greatly appreciated (e.g. problems with items, comments from participants, other findings).  
These data will be used to establish a normative data base for clinical populations. No other use will be made of the data submitted. Credit will be given to me in reports of normative statistics that make use of the data I submitted for pooled analyses.

**Date:**

**Name:**

**Position:**

**Mailing Address:**

**Email address:**

*Permission is hereby granted to copy the STS for use in the research described above.*

Pamela G. Reed, PhD, RN, FAAN

Date: \_\_\_\_\_

**Please email this completed form to Dr. Pamela Reed at preed@nursing.arizona.edu and keep a copy for your files.**

## SELF-TRANSCENDENCE SCALE Selected References

### **Publications by Reed**

- Reed, P.G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research, 35*, 368-374.
- Reed, P.G. (1989). Mental health of older adults. *Western Journal of Nursing Research, 11*, (2), 143-163.
- Reed, P.G. (1991). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research, 40* (1), 5-11.
- Reed, P.G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science, 13* (4), 64-77.
- Reed, P.G. (1996). Transcendence: Formulating nursing perspectives. *Nursing Science Quarterly, 9* (1), 2-3.
- Reed, P.G. (1998). The place of transcendence in nursing's Science of Unitary Human Beings: Theory and research. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 187-196). New York: NLN.
- Reed, P.G. (2003). The theory of Self-Transcendence. In M.J.. Smith & P. Liehr, (Eds.). *Middle range theories in nursing*. New York: Springer.
- Reed, P.G. (2008). The theory of self-transcendence. In M.J.. Smith & P. Liehr, (Eds.). *Middle range theories in nursing* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 105-130). New York: Springer.
- Reed, P.G., & McGaffic, C.M. (1994). Postformal reasoning: Measurement of a mental health pattern in later life. Unpublished paper. (Presented at WSRN).
- Young, C.A, & Reed, P.G. (1995). Elders' perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self-transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing, 9* (5), 338-347.
- Coward, 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.
- Ellermann, C. R., & Reed, P.G. (2001). Self-transcendence and depression in middle age adults. *Western Journal of Nursing Research, 23* (7), 698-713.
- Coward, D. (2005). Pamela G. Reed: Self-transcendence theory. In Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6<sup>th</sup> ed.(pp. 643-662). St. Louis: Mosby.
- Decker, I.M., & Reed, P.G. (2005). Developmental and contextual correlates of elders' anticipated end-of-life treatment decisions. *Death Studies, 29*, 827-846.
- Runquist, J. J. & Reed, P.G. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adults. *Journal of Holistic Nursing, 20* (2), 118-122..

### **Selected Publications by Other Authors**

- Acton, G.J. (2002). Self-transcendent views and behaviors: Exploring growth in caregivers of adults with dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 28* (12), 22-30.
- Acton, G. J., & Wright, K. B. (2000). Self-transcendence and family caregivers of adults with dementia. *Journal of Holistic Nursing, 18*, 143-158.
- Coward, D. D. (1990). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly, 3*(4), 162–169.
- Coward, D. D. (1991). Self-transcendence and emotional well-being in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 18*(5), 857–863.
- Coward, D. D. (1994). Meaning and purpose in the lives of persons with AIDS. *Public Health Nursing, 11*(5), 331–336.
- Coward, D. D. (1995). Lived experience of self-transcendence in women with AIDS. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 24*, 314-318.
- Coward, D. D. (1996). Correlates of self-transcendence in a healthy population. *Nursing Research, 45* (2), 116-121.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: Part II. *Oncology Nursing Forum, 30*(2), 291-300.
- Chin-A-Loy, S. S., & Fernsler, J. I. (1998). Self-transcendence in older men attending a prostate cancer support group. *Cancer Nursing, 21*(5), 358–363.
- Enyert, G., & Burman, M.E. (1999). A qualitative study of self-transcendence in caregivers of terminally ill patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care, 16* (2), 455-462.
- Hunnibell, L. S., Reed, P.G., Quinn Griffin, M., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-transcendence and burnout in hospice and oncology nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care, 10* (3), 172-179.
- Joffrion, L. P., & Douglas, D. (1994). Grief resolution: Facilitating self-transcendence in the bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing, 32*(3), 13–19.
- Kilpatrick, J.A.W. (2002). Spiritual perspective, self-transcendence, and spiritual well-being in female nursing students and female nursing faculty. Unpublished doctoral dissertation. Widener University, Wilmington, Delaware.
- Klaas, D. (1998). Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *International Journal of Psychiatric Nursing Research, 4*(2), 452–462.
- McGee, E. M. (2004). I'm better for having known you: An exploration of self-transcendence in nurses. Unpublished doctoral dissertation, Boston College, Boston.
- Mellors, M.P., Riley, T.A., & Erlen, J. A. (1997). HIV, self transcendence, and quality of life. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 8*(2), 59–69.
- Neill, J. (2002) Transcendence and transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *Advances in Nursing Science, 24*, 27–47.

- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health, 9*(4), 354–362.
- Palmer, B., Quinn Griffin, M., Reed, P.G., & Fitzpatrick, J.J. (under review). *Critical Care Nursing Quarterly*.
- Ramer, L., Johnson, D., Chan, L., & Barrett, M. T. (2006). The effect of HIV/AIDS disease progression on spirituality and self-transcendence in a multicultural population. *Journal of Transcultural Nursing, 17* (3), 280-289.
- Reese, C.G., & Murray, R.B. (1996). Transcendence: The meaning of great-grandmothering. *Archives of Psychiatric Nursing, 10* (4), 245-251.
- Runquist, J. (2008). Persevering through postpartum fatigue. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 36*, 28-37.
- Stinson, C.K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing, 15* (2), 208-218.
- Upchurch, S. (1999). Self-transcendence and activities of daily living: The woman with the pink slippers. *Journal of Holistic Nursing, 17*(3), 251–266.
- Upchurch, S., & Mueller, W.H. (2005). Spiritual influences on ability to engage in self-care activities among older African Americans. *International Journal of Aging and Human Development, 60* (1), 77-94.
- Vachon, M., Fillion, L., & Achille, M. (2009). A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *Journal of Palliative Medicine, 12* (1), 53-59.
- Wright, K. (2003). *Quality of life, self-transcendence, illness distress, and fatigue in liver transplant recipients*. Unpublished doctoral dissertation. University of Texas at Austin.

## Self-Transcendence Scale

©Pamela Reed, PhD, RN, FAAN 1987

**DIRECTIONS:** Please indicate the extent to which each item below describes you. There are no right or wrong answers. I am interested in your frank opinion. As you respond to each item, think of how you see yourself at this time of your life. Circle the number that is the best response for you.

Not Very Some- Very  
at all little what much

***At this time of my life, I see myself as:***

1. Having hobbies or interests I 1 2 3 4  
can enjoy.
2. Accepting myself as I grow older. 1 2 3 4
3. Being involved with other people 1 2 3 4  
or my community when possible.
4. Adjusting well to my present life 1 2 3 4  
situation.
5. Adjusting to changes in my 1 2 3 4  
physical abilities.
6. Sharing my wisdom or experience 1 2 3 4  
with others.
7. Finding meaning in my past 1 2 3 4  
experiences.
8. Helping others in some way. 1 2 3 4
9. Having an ongoing interest in 1 2 3 4  
learning.
10. Able to move beyond some things 1 2 3 4  
that once seemed so important.
11. Accepting death as a part of life. 1 2 3 4
12. Finding meaning in my spiritual 1 2 3 4  
beliefs.
13. Letting others help me when I may 1 2 3 4  
need it.
14. Enjoying my pace of life. 1 2 3 4
15. Letting go of my past losses.  
1 2 3 4

***Thank you very much for completing these questions. On the back of this sheet, please write down any additional comments that may help us understand your views.***

## Anexo VII

Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros  
Rua Floristas Gravadores, 18  
2430-104 Marinha Grande

Telem: 939 66 72 54  
e-mail: [tkraus@esslei.ipleiria.pt](mailto:tkraus@esslei.ipleiria.pt)

Exma.  
Comissão de Ética para a Saúde  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E  
Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA

Marinha Grande, 08 de Dezembro de 2009

Assunto: Pedido de Submissão de Projecto

Vimos pela presente, na qualidade de Prof<sup>a</sup> Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, doutoranda em Enfermagem no Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com atribuição de Bolsa pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia ao abrigo do concurso PROTEC 2009, solicitar parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Lisboa Norte para a realização do estudo “SENTIDO DE VIDA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA NÃO ONCOLÓGICA”.

Enviamos em anexo os seguintes documentos para apreciação de V.<sup>as</sup> Ex.<sup>as</sup>.: Questionário da Comissão de Ética; Instrumento de recolha de dados; Consentimento Esclarecido; Curriculum Vitae dos investigadores; Autorização do Director de Serviço de Reumatologia, onde irá decorrer o estudo, Exmo. Sr. Professor Doutor Viana de Queirós, e do Exmo. Sr. Professor Doutor João Eurico da Fonseca, como colaboradores do Projecto, que serão posteriormente entregues.

Caso a Exma. Comissão de Ética considere conveniente, poderemos ainda enviar os anexos relativos aos pareceres favoráveis do Exmo. Sr. Professor Doutor Rui Mota Cardoso e do Exmo. Sr. Professor Doutor Manuel Silvério Marques, relativos à fundamentação filosófica e científica do projecto.

Apresentamos aos meritíssimos membros da Exma. Comissão de Ética o nosso reconhecimento por permitirem a apreciação deste pedido fora do contexto temporal normativo. Esta solicitude enquadra-se na necessidade de até ao final do mês de Fevereiro de 2010, data em que cessa a n/ dispensa lectiva, termos concluída a maior parte da recolha de dados.

Com os Melhores Cumprimentos

Pede Deferimento

Teresa Kraus



## COMISSÃO DE ÉTICA

### ESTUDOS NÃO ENVOLVENDO EXPERIMENTAÇÃO HUMANA (OBSERVACIONAL, INQUÉRITOS)

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a) **Título do projecto** (do estudo, investigação, etc.)

“SENTIDO DE VIDA DA PESSOA COM DOR CRÓNICA NÃO ONCOLÓGICA”

b) **Autores / Promotor**

a. Promotor (Indivíduo ou entidade responsável pela execução do estudo)

- Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros<sup>2</sup> (doutoranda)
- Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues<sup>3</sup> (Orientador)
- Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe<sup>4</sup> (Co-Orientadora)

b. Investigador Principal (juntar resumo CV)

- Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

c. Colaboradores (juntar resumo CV)

- Professor Doutor João Eurico Cabral da Fonseca
- Professor Doutor Viana de Queiroz

d. Há algum Investigador/Colaborador pertencente ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.?

- Professor Doutor João Eurico Cabral da Fonseca
- Professor Doutor Viana de Queiroz

---

<sup>2</sup> Professora Adjunta. Escola Superior de Saúde de Leiria – IPL.

<sup>3</sup> Professor Coordenador c/ Agregação, ESEnfC; Coordenador Científico da UICISA-dE; Editor Chefe da Revista Referência.

<sup>4</sup> Professora Coordenadora. Escola Superior de Saúde de Leiria – IPL.

**c) Natureza do estudo:**

Inquérito isolado  Estudo observacional  Estudo retrospectivo com colheita de dados pessoais

Inquéritos seriados  Outro

- Qual?

Inquérito por questionário auto-administrado, aplicado aos doentes com dor reumática (arterite reumatoide, espondilite anquilosante e arterite psoriática), referenciados para tratamento com terapêutica biológica, o questionário será aplicado em dois momentos distintos: 1º Momento - Pré Terapêutica; 2º Momento - 4 meses depois.

**d) Local onde decorre o estudo (Departamento, Instituto, Laboratório, etc):**

Serviço de Hospital de Dia de Reumatologia e Serviço de Consultas Externas de Reumatologia.

**e) Existem outros centros, onde a mesma investigação será feita?**

Sim, Nacionais  Sim, Internacionais  Não

Em caso afirmativo indique-os

---

Descreva sucintamente o (os) objectivos da investigação:

- Avaliar o sentido de vida nas pessoas com dor crónica não oncológica (nomeadamente, com dor reumatoide e fibromiálgica);
- Determinar quais os factores determinantes do sentido de vida nas pessoas com dor crónica não oncológica;
- Determinar a eficácia do tratamento com terapêutica biológica na promoção do sentido de vida na pessoa com dor crónica não oncológica.

**f) Encargos e situações especiais (se a investigação proposta envolve):**

- i) Envolvimento de pessoal administrativo - indique o tipo, frequência e duração prevista.  
Especifique se o tempo ocupado com a sua colaboração se destina especialmente para esta investigação ou se seria executado no âmbito dos cuidados assistenciais habituais a prestar ao doente.

O envolvimento do pessoal administrativo enquadra-se no âmbito dos habituais cuidados assistenciais, solicitando-se a sua colaboração na distribuição, recolha e depósito em local seguro dos questionários.

- ii) Consultas / entrevistas de seguimento – Especifique se as consultas são feitas especialmente para esta investigação ou se seriam executadas no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar ao doente.

Especifique se os entrevistadores estão obrigados ao segredo médico ou - em alternativa - se assinaram um acordo de confidencialidade com a Instituição.

Não aplicável.

**g) Caderno de recolha de dados (CRF):**

- i) Como serão recolhidos os dados? (Nota: junte um exemplar do caderno de recolha de dados)

Os dados serão recolhidos mediante preenchimento por parte dos participantes, de um questionário auto-administrado, sendo para isso necessário, a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, todos os participantes serão previamente informados sobre os objectivos e métodos, da confidencialidade e destino dos dados,

Estrategicamente poderemos solicitar à pessoa que nos descreva a informação que captou para podermos assegurarmos que a tomada de decisão de querer participar seja de facto livre e consciente.

Adicionalmente os índices de actividade da Artrite Reumatoide (DAS 28), da Espondilite Anquilosante (BASDAI), assim como informação relativa à actividade, mais ou menos aguda da artrite psoriaticae da fibromialgia, são também recolhidos.

- ii) Como será mantida a confidencialidade nos registos?

O direito à *confidencialidade* assim como ao *anonimato* será assegurado, através da codificando os questionários preenchidos, de forma a que, a informação não possa ser associada a quem a forneceu.

**h) Comentários adicionais** (por favor indicar a alínea a que se referem)

Alínea ii): Para além do direito à confidencialidade e ao anonimato, pretendemos seguir as orientações de Fortin (2000) e de Polit & Beck (2004)<sup>5</sup> quantos aos princípios éticos mais relevantes a considerar nestas investigações, em especial durante as fases de recolha e tratamento de dados, de forma a salvaguardar o princípio da autodeterminação, da intimidade, da protecção contra o desconforto e o prejuízo e assegurar sempre um tratamento justo e equitativo.

Para dar cumprimento ao *princípio da autodeterminação*, teremos que assegurar que a participação de cada sujeito seja totalmente voluntária isto é, de livre e espontânea vontade. A pessoa inquerida terá de ser informada que poderá desistir de participar em qualquer momento sem dano para a sua individualidade.

O respeito pela *intimidade* será patenteado pelo evitamento da invasão à esfera privada do participante. A pessoa só responderá se avaliar que não ficará lesada com o conteúdo, bem com a extensão, da informação concedida. Estes serão por si determinados. Dado o carácter do questionário, espera-se que as declarações envolvam, valores, opiniões, atitudes, emoções e sentimentos, o que tornará ainda mais cautelosa a protecção do anonimato do participante e a confidencialidade da informação produzida.

A protecção contra o desconforto e prejuízo, também conhecida como *princípio da beneficência*, será cumprida, se proteger-mos os participantes de algo que lhes possa de algum modo interromper o bem-estar. Quando os participantes estiverem a preencher os

---

<sup>5</sup>Fortin, M. F. (2000). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

questionários, teremos de ter o cuidado de avaliar / salvaguardar, se efectivamente se trata de uma experiência considerada útil e agradável. Pretendemos que a recolha de dados decorrer num local confortável, livre de interrupções por estranhos e onde haja ocasião para a expressão de ideias, ainda que não focalizem o interesse central do estudo.

Quanto ao *tratamento justo e equitativo*, este terá que estar presente em todas as etapas de envolvimento com os participantes: antes, durante e após a recolha de informação. A pessoa terá que ser informada sobre a temática da investigação, o fim a que se destina, o tempo previsto para o decurso do preenchimento do questionário e a forma como será assegurado o anonimato e a confidencialidade. O participante terá que ser informado igualmente que pode desautorizar a utilização dos seus dados em qualquer momento, bem como o acesso aos resultados do estudo.

## 2. JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO

Descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique em particular:

- se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, qual o motivo que justifica a sua repetição; no caso da investigação nunca ter sido realizada em seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental em animais de modo a otimizar os aspectos analíticos e técnicos e avaliar os possíveis danos.

No final da década de 60, Melzack e Wall apresentaram, o modelo teórico de transmissão da dor, designado por Teoria do Controlo Portão, sobre o qual, assenta o actual conceito, multidimensional, da dor.

Esta Teoria explica a integração de estímulos periféricos nos fenómenos corticais e afectivos. O impulso nociceptivo projecta-se na espinhal medula, ascende para estruturas do tronco cerebral, sistema límbico, tálamo e diversas regiões do córtex (frontal, sensitiva, motora, inespecífica). Dessas múltiplas projecções resultam diversos fenómenos, dos quais interessa destacar a agregação da componente emocional desagradável à experiência dolorosa pelas conexões do impulso com o sistema límbico, e a agregação de elementos cognitivos como crenças, expectativas e atenção à dor, pelas conexões do impulso com diversas estruturas corticais.

Assim, concluiu-se que as funções cognitivas como a atenção, a distração e a memória, as funções emotivas, o stress e os estímulos sensoriais, determinam a qualidade e a

intensidade da experiência dolorosa. Isto é, os **significados culturais, o sentido** que o sujeito confere à experiência dolorosa, (a partir do controlo descendente), podem influenciar os processos psico-fisiológicos, cognitivos e afectivos, responsáveis pela regulação do limiar de percepção e de tolerância à dor, assim como as respostas psicológicas e comportamentais à sensação de dor (Wall, 2002)<sup>6</sup>.

A inquietação objectivou-se sobre a questão, “como ajudar a Pessoa a encontrar sentido na sua experiência traumática, de dor crónica?”. Através de uma revisão sistemática<sup>7</sup>, encontrámos a resposta para a questão de investigação que orientou a nossa pesquisa: “Qual o significado do sentido de vida para a saúde e para a vivência da dor crónica, não maligna?”. A título de resumo, apresentamos o conceito de *Sentido de Vida*, obtido: “Conceito altamente subjectivo, predictor e indicador de saúde mental positiva e sustentador da vida sob forma de compromisso. Este integra contextos trágicos inevitáveis, confere significado existencial, promove a realização pessoal e devolve dignidade à vida.” (Kraus, Rodrigues e Dixe, 2009. p 86)

No entanto, a documentação científica analisada coloca a ênfase na relação entre o sentido de vida e a melhoria da saúde e o desenvolvimento humano, não sendo suficientemente exaustiva quanto à relação entre o sentido de vida e o sofrimento da pessoa com dor crónica.

Neste sentido, propomo-nos com este estudo, desenvolver em continuidade, uma investigação avançada de doutoramento, com o objectivo de procurar evidência científica da relação entre *sentido de vida e sofrimento da Pessoa com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriaticae fibromialgia*, bem como correlações entre as variáveis *sentido de vida, autoeficácia para o controlo da dor, ansiedade e depressão*, e auto-

---

<sup>6</sup>Wall, Patrick, (2002). *DOR - A Ciência do Sofrimento*. Porto: Ambar.

<sup>7</sup> Kraus, T. B. ; Rodrigues, M. A. ; Dixe, M. A. (2009). Sentido de Vida, Saúde e Desenvolvimento Humano. REFERÊNCIA. Coimbra: N°10, II Série Jul, pp.77-88. ISSN: 0874-0283.

transcendência (compreendida como a capacidade de sair do “estado em si mesmado”, e de se projectar, com responsabilidade para o futuro).

### 3. **SUJEITOS**

Número de indivíduos previstos incluir: 150 Pessoas.

Critérios inclusão/exclusão :

Os critérios de inclusão das amostras são:

- Indivíduos com dor artrítica reumática e fibromiálgica, à mais de 3 meses, segundo a definição de dor crónica.
- Utentes adultos com idades compreendidas entre 21 e 59 anos, conforme foi utilizado em estudos semelhantes e segundo as normas de orientação relativas à adaptação e validação de instrumentos de medida. O World Health Organization (1999) defende que deve ser um intervalo com idades inferiores a 59 anos para eliminar o risco de incluir utentes com patologias geriatrias específicas.

Os critérios de exclusão das amostras são:

- Indivíduos cujas condições requerem intervenção médico-cirúrgica, ou psicológica, ou indivíduos com patologia sistémica associada, pois, segundo a World Health Organization (1999), pode estar implícito a presença de “red flags” (desordens metabólicas do osso, tumores, infecções e fracturas) que ultrapassam a competência de um Enfermeiro;
- Indivíduo submetidos a uma terapia cognitivo-comportamental, uma vez que, pode enviesar os resultados. Isto porque, segundo Bandura (1997; citado por Asghari et al., 2001), as crenças de autoeficácia não são estáticas mas modificam-se em função das experiências vividas e podem ser aumentadas por meio de programas cognitivo-comportamentais;
- Indivíduos que não entendem português, sendo necessário explicações adicionais que podem influenciar as respostas;
- Indivíduos sem vontade de participar no estudo, respeitando o princípio da autodeterminação.

As mulheres grávidas são excluídas? Sim  Não

As crianças são excluídas? Sim  Não

Os doentes com perturbações psíquicas são excluídos? Sim  Não

Os indivíduos com compreensão comprometida são excluídos? Sim  Não

### 4. **DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO**

Data prevista do início:

Prevê-se o início do estudo para meados do mês de Dezembro de 2009.

**Data prevista da conclusão:**

Estima-se a conclusão da fase de recolha de dados durante o mes de Julho de 2010, altura em que se prevê ter atingido o número mínimo necessário de questionários preenchidos (150).

**5. RISCO / BENEFÍCIO**

**a) Potenciais benefícios para o doente pela participação no estudo**

- Reconhecer que os Profissionais de Saúde continuam empenhados, não apenas no desenvolvimento de medidas farmacológicas, mas também não farmacológicas, eficientes no alívio e controlo da dor crónica, mas também do sofrimento a ela associada.
- Partilhar a experiência da sua “vivência da dor crónica”;
- Saber que colaborou num estudo que investiga novos contributos para dar resposta à programação da dor crónica.

**b) Precauções que julga dever serem observadas na realização do estudo**

Atendendo a que se trata de um instrumento de recolha de dados extenso (tempo de preenchimento previsto entre 30 - 40 mins.), reconhece-se a necessidade de um maior investimento na motivação dos inquiridos mas também de lhes facilitar a possibilidade de, em caso de quererem mas não ter condições que para terminar o preenchimento do questionário, poderem fazê-lo na sua residência e posteriormente o enviarem ao investigadores.

**c) Questões previsíveis**

Devido à escassez de tempo por parte dos inquiridos, pode ser necessário completar o questionário no domicílio. Neste caso ser-lhes-á entregue um envelope, com porte pago (a utilização de Correio é da responsabilidade do promotor), e endereçado ao investigador principal.

**Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?**

Sim Não

Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade

### Pagamento aos doentes

Pelas deslocações Sim  Não

Pelas faltas ao serviço Sim  Não

Por danos resultantes da sua participação no estudo Sim  Não

## 6. CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (Junte cópia)

### a) investigação ou estudo envolve:

• Menores Sim  Não

• Inimputáveis Sim  Não

Em caso afirmativo, juntar folha de consentimento para os representantes legais

Caso o menor disponha de capacidade de entendimento e manifestação de vontade é necessário também o seu consentimento (recomendável a partir dos 7 anos, obrigatório a partir dos 14 anos).

## 7. BENEFÍCIOS PARA O INVESTIGADOR / INSTITUIÇÃO

### a) Que tipo de benefícios resultarão do estudo, para o investigador e/ou instituição?

Especifique

Os benefícios que do estudo reverterão para o investigador referem-se à possibilidade de, no cumprimento do seu programa doutoral, poder testar as suas hipóteses que, caso sejam confirmadas, permitiram avançar para a definição de "Linhas orientadoras para a promoção do sentido de vida" com vista ao alívio do sofrimento humano associado à dor crónica.

Assim, o benefício para o investigador cobre duas vertentes:

- Vertente de índole Académica, permitindo-lhe prosseguir a sua carreira de docente do Ensino Superior Politécnico;
- Vertente de índole Científica da Enfermagem, pelo investimento na identificação de novas medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor;

- Vertente de índole Pessoal, porque não é indiferente ao sofrimento humano, "...são os vazios que nos tecem" e por isso, continua a investir na definição de estratégias válidas e efectivas, para " ajudar a socorrer quem precisa."

Os benefícios que do estudo poderão reverter para a Instituição prendem-se com os seus objectivos e metas, que acolhem e facilitam a disponibilidade de colaboradores, sensíveis ao impacto em ganhos em saúde.

Se apropriado junte cópia do acordo financeiro.

- b) **Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva do promotor?** Sim  Não

Se não, que outras entidades têm acesso aos dados \_\_\_\_\_

- c) **A publicação dos resultados do estudo será da exclusiva responsabilidade do promotor?**

Sim  Não

## 8. **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Data do pedido de submissão: 09 / 12/ 2009

Eu abaixo assinado, Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante DL 43/04 de 19 de Agosto, DR I Série.

Lisboa, \_09 de Dezembro de 2009

---

