



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2013

**JOÃO PEDRO COSTA QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE EM
BARBOSA FERREIRA DOENTES PSIQUIÁTRICOS
DA SILVA**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2013

**JOÃO PEDRO COSTA
BARBOSA FERREIRA
DA SILVA**

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE EM
DOENTES PSIQUIÁTRICOS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro em vista para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, professora auxiliar com agregação no Departamento de Ciências da Educação na Universidade de Aveiro

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que sofrem de uma enfermidade do foro mental, sobretudo os que procuram obter algum sentido para a sua vida.

o júri

presidente

Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Rute Flávia Meneses Mondim Pereira
Professora Associada, Universidade Fernando Pessoa

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Elaborar uma dissertação, por tudo o que a mesma implica, é um feito árduo. Os imprevistos e exigências, usualmente encontrados em empreendimentos desta natureza, foram desafios que eu tive de atender. Assim sendo, a execução deste projeto de investigação não seria, também, possível sem a intervenção de um conjunto de pessoas que, prontamente, prestaram-se em auxiliar. Deixo os meus profundos agradecimentos, de um modo simples e não lisonjeiro, a todos os intervenientes:

À Exma. Prof.^a Doutora Anabela Pereira pelo seu auxílio em clarear as minhas ideias, pela paciência com que atendeu às minhas dificuldades, pela confiança depositada na minha pessoa e na presente investigação;

À Exma. Dr.^a Lúgia Ribeiro por esclarecimentos prestados;

À Exma. Dr.^a Maria João Moreira por acreditar no projeto e pela ajuda que prestou em questões logísticas bem como em alguns aspetos burocráticos, no local de recolha da amostra;

Ao Exmo. Dr. Joaquim Ramos por consentir a realização deste estudo no Serviço de Reabilitação Psicossocial;

Ao Exmo. Dr. Victor Mota pela amabilidade, atenção e apoio prestados;

Aos Exmos. Elementos da Comissão de Ética do Hospital Magalhães Lemos pelo parecer positivo;

Aos responsáveis dos ateliers por facilitarem a recolha da amostra e pela simpatia com que o fizeram;

À equipa de enfermagem que colaborou pacientemente;

À minha rede circunscrita de colegas pela amizade e apoio fraterno;

Aos meus pais pela confiança e penitências tidas na minha educação;

A todos os utentes pela sua boa vontade em participar e pelo interesse que demonstraram no preenchimento dos questionários;

Por último, mas não menos importante, à Inspiração Última – esse *Elan Vitae* – que orientou este projeto e assegurou a minha vontade face às adversidades.

palavras-chave

espiritualidade, qualidade de vida, bem-estar, doença mental, psicologia

resumo

Constatamos na nossa sociedade que proliferam práticas de âmbito espiritual, que refletem a necessidade humana de se autoatualizar ou até mesmo transcender – o que se pode designar de espiritualidade. Este constructo pode ser tido como complexo e multifacetado, tendo sido abordado em diferentes contextos – com especial enfoque nos seus efeitos psicológicos. Atualmente, existe alguma literatura a este respeito, no entanto, encontram-se poucas investigações que exploram este domínio na doença mental. Neste sentido, pretende-se com o presente estudo contribuir para a compreensão do papel da espiritualidade, enquanto um fator protetor ou de dano na qualidade de vida de doentes mentais.

A amostra é composta por 96 utentes, de ambos os géneros e com idades que variam entre os 21 e os 73 anos, do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital Magalhães Lemos, EPE; os quais responderam a um protocolo de investigação composto pelos seguintes instrumentos: WHOQOL-BREF (Vaz Serra, et al., 2006) para a apreciação da Qualidade de Vida, a Escala de Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) e o RICH (Nylicek & Teixeira, 2013) que avalia aspetos de *mindfulness*.

Os resultados gerais suportam a literatura existente e evidenciam que as crenças espirituais dos doentes psiquiátricos associam-se positivamente ao índice de qualidade de vida, ao grau de esperança/otimismo e a componentes de *mindfulness* dos mesmos. Contudo, as variâncias das relações estabelecidas entre variáveis são moderadas; permitindo considerar que a espiritualidade assume um papel modesto na promoção de qualidade de vida destes sujeitos. A análise de objetivos específicos reforça estes dados e esclarece que os mesmos não dependem do género sexual, nem do diagnóstico. É sugerido que a espiritualidade deve ser tida em conta na compreensão e no tratamento de doentes do foro mental.

keywords

spirituality, quality of life, well being, mental illness, psychology

abstract

We note that proliferate in our society practices considered spiritual that reflect the human urge for self-actualization or even transcendence – what may be called spirituality. This construct may be regarded as complex and multifaceted, being addressed in different contexts – with special attention to its psychological effects. Today, there is some literature on this subject, however, there are few investigations that explore this domain in mental disorders. In this sense, it is intended with the present study to elucidate the role of spirituality as a protective or damage factor in mental patient's quality of life.

The sample consists of 96 users of the Hospital Magalhães Lemos, EPE Psychosocial Rehabilitation Service, with ages between 21 and 73 years, who responded to a investigation protocol composed by the following instruments: WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006) for the evaluation of quality of life, the Scale of Spirituality (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) and the RICH (Nylicek & Teixeira, 2013) which assess aspects of mindfulness.

The results support the few existing studies, as well as the speculative articles that focus on the issue. The spiritual beliefs of psychiatric patients are related to the quality of life index, to the grade of hope/optimism and to components of *mindfulness*. However, variances from established relationships between variables are moderate; allowing to account the spirituality as having a humble part in the promotion of quality of life in these subjects. The analysis of the specific objectives reinforces this data and clarifies that this results do not depend on gender and on diagnostic. It is suggested that spirituality should be taken into consideration in understanding and treatment of mental health patients.

Índice

Introdução	1
Metodologia	9
Resultados	13
Discussão	18
Referências Bibliográficas	24
Anexos	31

Índice de Tabelas

Tabela 1	14
Tabela 2	15
Tabela 3	15
Tabela 4	16
Tabela 5	16
Tabela 6	17
Tabela 7	17

Introdução

Entre os inúmeros assuntos abordados em psicologia, aquele que é visado neste estudo será um entre alguns tidos como controversos. Este será justificado, enquanto foco de análise, nos próximos parágrafos.

A espiritualidade é um tema pertinente. É-o dado que o contexto sócio-cultural valoriza a busca existencial do ser humano – quer pela religião quer pela espiritualidade. Segundo os Censos (2011) a maior parte da população portuguesa assume-se como sendo religiosa. Nos Estados Unidos da América, 83.1% da população está vinculada a uma crença religiosa, 12.1% não têm afiliação, 2.4% são agnósticos e 1.6% são descrentes (Pew Research Center's Forum on Religion and Public Life, 2008). Verifica-se, de um modo análogo, com frequência a proliferação de práticas tidas em relação com o domínio espiritual (e.g. oração, yoga, meditação, reiki, entre outros) e, atendendo a este aspeto, é possível questionar até que ponto as pessoas aderem a determinadas crenças espirituais e em que medida, estas servem de suporte à sua vida. Tal chamou a atenção da psicologia.

A espiritualidade em psicologia e psiquiatria assumiu-se, como uma linha de investigação e compõe uma subdisciplina de mérito próprio. A criação da Divisão 36 da *American Psychological Association* (APA) – a *Society for the Psychology of Religion and Spirituality* – ou a *Spirituality and Psychiatry Special Interest Group* (SPSIG) da *Royal College of Psychiatrists* refletem, de facto, a preocupação de um conjunto significativo de psicólogos e psiquiatras em avaliar a pertinência da atuação da psicologia em assuntos espirituais. Existem, atualmente, propostas para a inclusão da espiritualidade na análise psicológica de utentes. Um exemplo disso é a SPSIG que aspira a uma abordagem clínica rotineira de assuntos espirituais (Culliford & Eagger, 2009). Admitindo esta atuação, a prática terapêutica deve respeitar os limites deontológicos da área inerente ao profissional de saúde, regendo-se pelos parâmetros das terapêuticas convencionais (Poole & Higgs, 2011).

A espiritualidade tem sido vastamente estudada, existindo evidências em diversos domínios tais como na doença crónica (e.g. Delgado, 2007; Meneses et al., 2013, Rowe & Allen, 2004) e no luto (e.g. Damianakis & Marziali, 2012; Wortmann & Park, 2009). No que concerne à saúde mental, existem várias referências com temas direcionados às posturas espirituais. Porém, apesar de se encontrar com frequência literatura científica a este respeito, são mais os ensaios especulativos do que as evidências empíricas que

atendem à espiritualidade em doentes psiquiátricos. Sendo este o ponto atual da relação entre a postura científica e a espiritualidade, parece relevante que se efetuem estudos que procurem esclarecer o potencial deste domínio na saúde mental.

Seguidamente, serão explorados os constructos em análise por este estudo.

Qualidade de Vida

Quando procuramos um descritor das condições de vida de um ser humano, encontramos-lo sob a designação de “qualidade de vida”.

Habitualmente, junto da população, existe uma tendência em conceptualizar a qualidade de vida em função de referenciais de natureza subjetiva utilizados indiscriminadamente (e.g. bem-estar, felicidade, satisfação com a própria vida, conforto, entre outros), que podem não ser os melhores descritores deste conceito; dificultando a análise de um constructo cuja utilidade tem se tornado cada vez mais patente, na prática de vários profissionais de saúde. No entanto, a ciência foi capaz de encontrar um consenso quanto à sua definição.

A qualidade de vida usualmente é tida, em concordância com a terminologia científica, como um conceito multidimensional, i.e. como uma noção que assenta num conjunto específico de domínios. É definida como sendo a perceção que um determinado indivíduo tem sobre a sua posição na vida, num contexto cultural e num sistema de valores próprios e/ou pessoais, em função dos seus objetivos, expectativas e preocupações (WHOQOL Group, 1998). É um constructo passível de ser mensurado, existindo atualmente questionários de avaliação do mesmo (e.g. Evans & Cope, 1989; WHOQOL Group, 1998). Os domínios da qualidade de vida devem ser culturalmente transversais, estando usualmente avaliados nos seguintes domínios: físico; psicológico; nível de independência; relacionamentos sociais; ambiente; e espiritualidade/religião/crenças pessoais (WHOQOL Group, 1998). Devido a este aspeto multidimensional da qualidade de vida, pode-se afirmar que esta tem uma índole holística. Encontra-se neste conceito um aspeto integrador dos vários aspetos que compõem o ser humano, sendo estes diferentes quanto às necessidades que evocam (Seed & Lloyd, 1997). Poder-se-á dizer que, este conceito atende a um ‘bem-estar’ que engloba as componentes cognitivas, emocionais, sociais, fisiológicas e espirituais de um dado indivíduo, não podendo estas serem dissociadas umas das outras no entendimento da condição humana.

Qualidade de Vida na Saúde Mental

Parece relevante abordar a qualidade de vida quando se tenciona compreender o sofrimento e bem-estar psicológicos.

Existe uma relação evidente entre qualidade de vida e saúde mental; apesar dos estudos encontrados serem escassos. Hodgson, Pattinson, Bostock, Murphy e Stewart (2007) conduziram um estudo em que procuraram averiguar qual a relação dos domínios da qualidade de vida com os quadros psicopatológicos. Participaram no estudo 129 pacientes psiquiátricos que foram avaliados com o WHOQOL-BREF e o CSQ-8. Verificou-se que determinados domínios do WHOQOL-BREF são mais sensíveis às influências de quadros psiquiátricos do que outros (Hodgson, Pattison, Bostock, Murphy & Stewart, 2007). Por sua vez, Goppoldova, Dragomirecka, Matlova e Hajek (2008) consideram, mediante um estudo que realizaram, que a Qualidade de Vida varia consoante os quadros nosológicos da psiquiatria, ou seja variâncias sintomatológicas têm impacto na qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos. É possível argumentar, portanto, que a qualidade de vida assume-se como sendo relevante na saúde mental e os seus contributos permitem determinar quais as necessidades de cuidados devem ser tidas em consideração (Katschnig, Freeman & Sartorius, 2006; Seed & Lloyd, 1997).

Espiritualidade

A espiritualidade poderá ser tida como um constructo. Um constructo que poderá estar inerente em vários aspetos do quotidiano, tratando-se de um fator pertinente para análise em estudos psicológicos. No que concerne à psicologia, existem posturas díspares em relação à espiritualidade. Os conteúdos espirituais foram totalmente desconsiderados e estabelecidos como subprodutos psicopatológicos por alguns autores (e.g. Ellis, 1971; Freud, 1961; Watson, 1983). Outros parecem, procurar perceber este carácter da experiência humana e averiguar as suas potencialidades psicológicas (e.g. Frankl, 2007, 2008; Grof, 2007; Jung, 1999; Maslow, 1994, 1998; Perls, 1976).

Definir a espiritualidade não é simples, no entanto a psicologia demarca, claramente, a diferença entre espiritualidade e religião. É importante, aqui, esclarecer esta distinção, uma vez que não é o propósito da psicologia envolver-se em questões dogmáticas. Zinnbauer e Pargament (2005) argumentam que, apesar de a espiritualidade e a religião refletirem-se na obra humana (e.g. poesia, música, escultura, pintura), estas são distintas.

James (2008) considera a religião como composto “*the feelings, acts, and experiences of individual men in their solitude, so far as they apprehend themselves in stand to relation to whatever they may consider the divine*” (p.31)¹. Acrescenta que esta relação entre o indivíduo e o divino é, essencialmente, moral, física ou ritual (James, 2008). A religião comporta um conjunto de práticas grupais instituídas, que podem não relacionar-se com o domínio de realização espiritual (Hood, Hill & Spilka, 2009; Zinnbauer & Pargament, 2005). Helminiak (2008) defende, do mesmo modo, a separação entre espiritualidade e o conceito de divino, pressupondo que este último fragiliza a noção da espiritualidade ao torná-la vaga.

A espiritualidade remete, por sua vez, para a capacidade inata e para a procura de um dado indivíduo em transcender-se (Chandler, Holden, & Kolander, 1992). O caráter transcendente do ser humano pode encontrar-se tanto fora como dentro do *Self*², podendo estender-se para lá do domínio religioso (Koenig, 2010). A respeito da transcendência, esta pode ser tida como um caráter experiencial e/ou fenomenológico de se estar no mundo mediante a realização de si-mesmo. Maslow (1998) estipula a necessidade de autoatualização do ser humano, no modo como este entende e age com a realidade. Tal está de acordo com Gorsuch (2002), em que este afirma que “*spirituality is the quest for understanding ourselves in relationship to our view of ultimate reality, and to live in according with that understanding*” (p. 8)³. Nesta definição, nota-se a ausência da noção de divino, tendo esta sido propositadamente posta de lado; o que enfatiza uma visão puramente ontológica em detrimento de uma perspectiva teológica. Em Jung (1999) poderá se obter uma formulação, igualmente, pertinente; com o seu conceito de *numinoso*. Jung (1999) esclarece que “o numinoso pode ser a propriedade de um objeto visível, ou fluxo de uma presença invisível, que produz uma modificação especial na consciência” (p.9). O *numinoso* remete, portanto, para a manifestação psicológica do impacto de um domínio específico do quotidiano; que terá repercussões na elaboração – subjetiva – de significado e na vivência de si.

Estas interpretações assumem-se como as mais coerentes, contudo, a subdisciplina designada de Psicologia da Espiritualidade ainda não assumiu uma postura definitiva quanto à

¹ “... os sentimentos, atos, e experiências dos homens individuais na sua solidão, na medida em que se apreendem em relação ao que consideram o divino” (tradução minha).

² O *Self* poderá ser entendido como o Eu pessoal, contudo o papel que lhe é atribuído tal como a sua natureza variam consoante as escolas psicológicas – só no modelo psicodiâmico encontramos as noções díspares de Winnicott (2007), Kohut (1980) e Jung (2003), sendo que este último atribui ao *Self* a designação de totalidade da individualidade e/ou de instância integradora dos processos psíquicos.

³ “Espiritualidade é a busca por um entendimento de nós próprios em relação a uma realidade última e é a vivência concordante com esse entendimento” (tradução minha).

definição deste constructo. Provavelmente, dada a complexidade do constructo e das suas implicações, uma significação do mesmo pode revelar-se delicada. Para Belzen (2009), não compete à psicologia proceder à enunciação da espiritualidade, nem à sua avaliação de acordo com premissas teóricas. Apesar de tal, Belzen (2009) reconhece o impacto da espiritualidade nas vivências humanas. Por outro lado, Nelson e Slife (2012) defendem uma análise psicológica integral do fenómeno. Uma discussão deste género suscita uma enorme reflexão epistemológica, existindo opiniões díspares. Em base, qualquer opinião científica a este respeito, por uma ausência de dados empíricos, atende à validade dos argumentos – o que por si só dificulta o exercício da ciência.

Apesar da dificuldade em estabelecer uma definição compreensível, é possível afirmar que a espiritualidade é passível de ser medida; seja pela Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), pela *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES; Underwood & Teresi, 2002), pela *Spirituality Index of Well-Being* (SIWB; Frey, Daaleman & Peyton, 2005)⁴, ou pela *The Spiritual Assessment Inventory* (SAI; Hall & Edwards, 2002). Outras medidas de avaliação existem e são passíveis de serem adquiridas (e.g. Hill & Hood, 1999). Uma vez que existem instrumentos de avaliação da espiritualidade, pode-se presumir que existe um consenso sobre quais os domínios abarcados pela mesma; embora se atenda às dificuldades de conceptualização do conceito.

Assiste-se, presentemente, a uma redescoberta da espiritualidade como sendo, um fator essencial à experiência humana. Com o surgimento da Psicologia Positiva, a espiritualidade é tida como uma categoria de avaliação, na determinação de um bom prognóstico. A mesma enquadra-se como uma capacidade vinculada ao sentido de vida e de si (Peterson & Seligman, 2004), bem como associa-se ao paradigma de que a saúde é mais do que a ausência de doença, pelo carácter subjetivo que é atribuído à saúde (Slade, 2010). Neste sentido, de acordo com Chandler, Holden e Kolander (1992), a espiritualidade é transversal a todas as dimensões da saúde: intelectual, física, emocional, social e ocupacional. Reconhece-se, também, que a espiritualidade pode ser relevante no tratamento, recuperação e recaída (Chidarikire, 2012).

É legítimo questionarmo-nos qual a relevância de incluir a espiritualidade como foco de análise num estudo desta natureza. Para tal, teremos que assumir que a vivência espiritual é preponderante no modo como se é resiliente face à doença. Para Pargement, Murray-Swank e

⁴ Versão portuguesa de Gouveia, Marques e Pais-Ribeiro (2009).

Tarakeshwar (2005) a espiritualidade: 1) pode ser parte da solução de problemas psicológicos; 2) pode ser fonte de distúrbios; 3) é parte da ajuda requerida por determinadas pessoas; e 4) não pode ser separada da psicoterapia. São estas considerações que a presente investigação tem em vista e uma validação destas premissas terá um impacto significativo na intervenção psicológica. Num estudo efetuado por Hofmann e Walach (2011), envolvendo 895 psicoterapeutas alemãs, concluiu-se que os mesmos consideram que uma orientação religiosa ou espiritual são, relevantes em 1 de 4 pacientes que atendem. Adicionalmente, um total de 66,5% destes profissionais afirma ser essencial o enfoque de questões espirituais e religiosas na formação superior de um terapeuta (Hofmann & Walach, 2011). Estas estatísticas são interessantes, no entanto é complexo confirmar estes resultados. Apesar de estudos similares serem quase inexistentes, é possível encontrar investigações que corroboram direta ou indiretamente os dados precedentes. Num outro estudo, conduzido por D'Souza (2002), é possível constatar que 69% dos pacientes psiquiátricos envolvidos consideram que questões espirituais deveriam ser abordadas em terapia e 67% destes pacientes afirmam, que a sua espiritualidade ajudou-os a lidar com a dor psicológica. Ainda referente aos pacientes, um estudo de Fitchett, Burton e Sivan (1997) que comparou pacientes psiquiátricos com pacientes de outras valências, evidenciou que apesar de não haver diferenças entre grupos no que concerne às necessidades espirituais, os doentes psiquiátricos demonstram um menor “bem-estar espiritual”. Em suporte destes dados, um estudo recente de Sodhi e Manju (2013) que comparou doentes crónicos com indivíduos saudáveis, conclui que a espiritualidade correlaciona-se significativamente com uma melhor saúde mental e que os sujeitos saudáveis pontuam mais na espiritualidade e na saúde mental face a doentes crónicos.

Mindfulness

O *mindfulness* é um constructo recente em psicologia e nas intervenções psicoterapêuticas. Este estado *mindful*⁵ deriva das práticas meditativas e espirituais orientais, visando um estado de completa aceitação e alerta ao momento presente (Brown, Marquis & Guiffreda, 2013; Slade, 2010). Enquanto estado, este poderá ser tido como um estado não comum da consciência⁶. Enquanto técnica, a capacidade de estar alerta sobre o presente, sobretudo em estados de uma significativa carga afetiva, deriva de um esforço voluntário

⁵ Análogo ao estado meditativo ou, até mesmo do estado crepuscular ordenado da consciência.

⁶ I.e. um estado modificado de consciência.

(Siegel, Germer & Olendzski, 2009); i.e. por ser um estado autoinduzido via um estreitamento da consciência mediante o ato de concentração, a duração deste estado varia consoante a permanência da capacidade de concentração do indivíduo. O processo de estar *mindful* implica uma organização da experiência perceptual do sujeito, não podendo ser tido como estático (Mace, 2008).

Mindfulness e Saúde Mental

Em relação à saúde, o estado *mindful* tem sido estudado desde as investigações iniciais sobre a meditação no Século XX (e.g. Glueck & Stroebel, 1975; Wallace, 1970; Wallace & Benson, 1972). Estes estudos focaram-se nos efeitos psicofisiológicos dos estados meditativos e o seu impacto na saúde mental. A meditação tem implicações clínicas na regulação emocional, tendo esta prática o objetivo de suscitar *insight* sobre a natureza da mente e do mundo, potenciando um estado conexão com o meio ou com uma ‘natureza’ teísta (Braboszcz, Hahusseau & Delorme, 2010). Habitualmente, tende-se a incluir tanto a meditação como o *mindfulness* na categoria das técnicas de relaxamento (e.g. Smith, 2005). Tal não é de estranhar, uma vez que o relaxamento é um dos efeitos obtidos por esta prática.

A respeito do *mindfulness*, este aparenta correlacionar-se de modo positivo com o bem-estar, sendo o desenvolvimento deste estado auspicioso para a saúde (Hoffman, 2010). Parece promissor a integração do *mindfulness* quer na investigação do âmbito da psicologia quer na implementação de psicoterapias (Shapiro, 2009). Um estudo envolvendo 278 estudantes universitários, conduzido por Gilbert e Christopher (2010), conclui que o *mindfulness* reduz o impacto da associação entre afetos e cognições negativas. Kaviani, Javaheri e Hatami (2011) realizaram, por sua vez, um estudo onde verificaram que o *Mindfulness-based Cognitive Therapy* auxilia a redução de sintomatologia psicopatológica. Um estudo de Mandal, Arya e Pandey (2012), procurou relacionar o estado *mindful* com a afetividade. Participaram no estudo 100 estudantes universitários que responderam aos questionários FFMQ, PANAS e SCL-90-R. Os resultados sugerem que o estado *mindful* relaciona-se com baixa sintomatologia psiquiátrica e baixo afeto negativo (Mandal, Arya & Pandey, 2012).

Apesar das conclusões obtidas em relação à associação do estado *mindful* com a sintomatologia do foro psicológico, não se verifica a existência de estudos sobre os seus efeitos na população psiquiátrica.

Breve Enquadramento da Investigação

O que é possível apurar em relação a estudos sobre a relação evidente entre qualidade de vida, espiritualidade e doença mental é, aparentemente, nulo. Contudo, existem algumas suposições acerca da qualidade de vida e da sua possível relação positiva com a espiritualidade face ao sofrimento psicológico percebido na população psiquiátrica em geral, apoiadas em estudos que visam estes constructos em quadros nosológicos específicos (e.g. Chidarikire, 2012; Nichols & Hunt, 2011). Outros artigos de opinião científica sugerem que a espiritualidade terá potencial para estimular a recuperação de uma enfermidade do foro mental (e.g. Koenig, 2010; Lukoff, 2007; Russinova & Banch 2007). É possível encontrar, também, referências que sugerem uma relação positiva entre espiritualidade e *mindfulness* (e.g. Carmody et al., 2008) mas não existem estudos com doentes psiquiátricos.

Um problema usualmente encontrado, entre artigos académicos e escalas psicométricas desenvolvidas sobre o tema, é a abordagem indistinta entre espiritualidade e religiosidade – o que conduz à elaboração de taxionomias ou pressupostos pouco rigorosos e ligeiramente confusos. Tal suporte bibliográfico poderá dificultar a apreciação dos resultados desta investigação. Parece, contudo, que a psicologia está a executar um ótimo trabalho ao não atender para questões dogmáticas, i.e. procurou estabelecer uma estrutura conceptual da espiritualidade, enquanto um constructo em psicologia e psicoterapia. Em falta, estão estudos que validem os pressupostos acima referidos.

Neste sentido, pretende-se com o presente estudo colmatar lacunas na literatura científica, nomeadamente na elucidação da relação da espiritualidade com a qualidade de vida de doentes psiquiátricos; i.e. se a espiritualidade é um fator protetor ou não da qualidade de vida de doentes com uma enfermidade do foro mental. Entende-se que a espiritualidade – tal como foi referido anteriormente – é tida como um domínio específico da qualidade de vida, no entanto, este estudo atenderá à relação da postura espiritual com o domínio geral de qualidade de vida e com outros domínios específicos; i.e. esclarecer o impacto e/ou importância do domínio espiritual face a vários aspetos da qualidade de vida na doença psiquiátrica. O estado *mindful* compreenderá outro fator de análise, uma vez que, a par da espiritualidade, dará um indicador sobre o efeito das práticas ou posturas tidas como espirituais. A esperança será, igualmente, analisada em vista a uma melhor compreensão deste fator psicológico enquanto enquadrado nas crenças espirituais. Procura-

se, também, determinar se o tipo de quadro nosológico exerce influência nas crenças espirituais e na qualidade de vida – o que permite averiguar áreas de potencial risco e focos de interesse terapêutico. Como ulterior intuito, pretende-se verificar os mesmos parâmetros atendendo a variáveis sócio-demográficas (e.g. género sexual e religião), bem como, traçar um perfil do paciente psiquiátrico.

Metodologia

Desenho de Investigação

A presente investigação atende a um processamento de dados quantitativos, pretendendo, deste modo, analisar a relação entre variáveis sem as manipular; tendo sido adotado um desenho não experimental. A investigação compreende uma análise estatística descritiva e outra inferencial. O desenho metodológico assenta, portanto, num método dedutivo; pela elaboração de questões de investigação e formulação de hipóteses verificáveis (Pais-Ribeiro, 2010).

Será exposto, em seguida, a amostra, a questão de investigação e as variáveis em estudo.

Participantes

Utilizou-se como amostra, deste estudo, 96 utentes do Hospital Magalhães Lemos, EPE; especificamente dos Serviços de Reabilitação Psicossocial.

A população-alvo é composta por quadros nosológicos diversos, sendo os critérios de exclusão oligofrenias, demências e demais debilidades severas (i.e. quando um utente se demonstre incapaz de responder adequadamente às interpelações em função do grau sintomatológico que possui). Todos os diagnósticos foram atribuídos pelo psiquiatra responsável do caso, de acordo com os critérios de classificação do ICD-9⁷. Atendendo que uma parte dos diagnósticos destes utentes é provisória ou vaga, procedeu-se ao agrupamento dos quadros nosológicos segundo *clusters*⁸ para a variável Diagnóstico; de modo a evitar enviesamentos no tratamento de dados. Neste sentido, as categorias estipuladas em função da informação obtida é a seguinte: Perturbação da Ansiedade;

⁷ *International Classification of Disorders 9: Mental and Behavioral disorders* – sistema de diagnóstico em vigor no Hospital Magalhães Lemos, EPE.

⁸ Agrupamentos.

Perturbação de Adaptação; Perturbação de Adição; Perturbação Conversiva; Perturbação de Humor; Perturbação Mental com Causa Orgânica; Perturbação da Personalidade; Psicose; e Psicose Esquizofrénica. Optou-se por atender, primariamente, ao diagnóstico principal (Eixo I), sendo que na ausência deste assumia-se o diagnóstico secundário (Eixo II). No que respeita às comorbilidades, estas foram excluídas no tratamento dos dados, dado que o leque de comorbilidades é diverso o suficiente para que não seja viável a padronização da respetiva informação.

Objetivos

Para esta investigação foram definidos um objetivo geral e cinco objetivos específicos, sendo estes apresentados de seguida.

Objetivo Geral – Verificar se o grau de espiritualidade está relacionado com o grau da qualidade de vida e de bem-estar/mindfulness dos doentes psiquiátricos.

Objetivos de Investigação Específicos

1 – Averiguar a existência de uma relação entre espiritualidade e esperança/otimismo.

2 – Determinar se o grau de esperança/otimismo relaciona-se com o grau de qualidade de vida dos doentes psiquiátricos.

3 – Analisar as prováveis diferenças entre sexos ao nível do grau de espiritualidade, de qualidade de vida, de esperança/otimismo e de mindfulness/bem-estar.

4 – Analisar as eventuais diferenças entre utentes com quadros nosológicos específicos ao nível de crenças espirituais, de esperança/otimismo, de qualidade de vida e de mindfulness/bem-estar.

5 – Verificar as possíveis diferenças entre utentes com determinadas crenças religiosas ao nível de crenças espirituais, de esperança/otimismo, de qualidade de vida e de mindfulness/bem-estar.

Instrumentos

Os instrumentos foram selecionados atendendo às características da população visada, devendo ser curtos e de simples entendimento.

O questionário utilizado continha medidas de autorregisto como escalas ou inventários de que permitem a obtenção de um indicador que possibilita a efetuação de uma descrição do participante num dado domínio. As escalas foram preenchidas pelos próprios utentes perante o testador, excetuando em alguns casos em que os doentes possuíam dificuldades orgânicas ou literárias que impossibilitavam a leitura ou a atividade motora fina, necessária ao preenchimento do questionário. Nestes excepcionais casos, o avaliador registou diretamente as respostas dos sujeitos.

A utilização do Consentimento Informado antecede a aplicação dos instrumentos visados a seguir. Todos os utentes foram informados sobre: o objetivo do estudo; em que consiste a participação do próprio; os instrumentos; e a confidencialidade dos dados.

Para responder a todas as questões propostas, foram utilizados quatro instrumentos de modo a obter os dados necessários ao cumprimento dos objetivos e questões acima referidas. Estes são os que se seguem:

Questionário de Dados Sócio-Demográfico

É composto por questões de resposta fechada, com o intuito de informar sobre as caracterizações sócio-demográficas dos participantes, nomeadamente sobre a idade, sexo, estado civil, nível educacional, estatuto ocupacional, origem étnica e religião.

WHOQOL-BREF

Este instrumento é a versão abreviada do WHOQOL-100, questionário de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, tendo sido aferido para a população portuguesa por Vaz Serra e colaboradores (2006). O instrumento contém 26 *items* ao invés dos 100 presentes na versão completa. Os domínios avaliados são: físico, psicológico, relacionamentos sociais e ambiente; sendo que as pontuações obtidas na sua aplicação podem variar entre 0 e 100. Esta versão que pretendemos usar é, segundo Murphy, Herrman, Hawthorne, Pinzone e Evert (2000), a mais conveniente para o uso em investigações e em ensaios clínicos.

Escala de Avaliação da Espiritualidade

Esta escala avalia a espiritualidade em contextos de saúde possuindo duas dimensões espirituais: uma dimensão vertical, associada com o transcendente (Crenças); e

uma dimensão horizontal, de cunho existencialista, enquadrado no sentido de Esperança/Otimismo, sentido e significado de vida em relação com o eu, os outros e o meio (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). A escala é curta, composta por 5 *items*, dois para a dimensão vertical e três para a dimensão horizontal, sendo conveniente o seu uso no presente estudo. As pontuações obtidas neste inventário podem variar entre 1 e 4 tanto para a dimensão Crenças como para a medida Esperança/Otimismo.

RICH – Relaxamento, Insight, Contacto, Harmonia

Esta é uma escala psicométrica desenvolvida por Nylicek e Teixeira (2013) que avalia componentes de bem-estar e *mindfulness* – Relaxamento, *Insight*, Contacto e Harmonia – respeitantes às últimas duas semanas, contendo 4 *items* de resposta tipo Likert; cujas pontuações variam entre 1 e 10. A sua aplicação é simples, sendo uma ótima escala para a avaliação destes constructos em contextos hospitalares e de investigação.

Procedimentos

Num primeiro momento efetuou-se uma revisão da literatura em bases de dados internacionais (Academic Search Complete e PubMed) e em bibliografia científica de referência. Como palavras-chave para a pesquisa eletrónica nas bases de dados mencionadas, utilizou-se: “hope + quality of life”; “mindfulness”; “mindfulness + mental health”; “quality of life”; “quality of life + mental health”; “spirituality”; “spirituality + mental health”; “spirituality + psychiatric care”; “spirituality + psychology”; “spirituality + religiousness”; “spirituality + quality of life”; “spirituality + mindfulness”; “quality of life + spirituality + mindfulness”.

Num segundo momento preparou-se os elementos necessários à condução do estudo empírico, sendo estes postos em quatro etapas: 1) Elaboração do Questionário de Dados Sócio-Demográficos; 2) Seleção de escalas de *screening* para a obtenção de indicadores de qualidade de vida, espiritualidade e mindfulness/bem-estar; 3) Elaboração de um protocolo do estudo experimental; 4) Pedido de autorização para a realização do presente projeto junto do Hospital Magalhães Lemos, EPE.

O terceiro momento de atuação consistiu na operacionalização da investigação em campo, compreendendo cinco etapas: 1); Planeamento do procedimento mais adequado para

estabelecer contacto com os utentes junto da psicóloga do serviço; 2) Seleção dos utentes atendendo à sua funcionalidade e diagnóstico, com o apoio da equipa de enfermagem; 3) Contacto com os responsáveis dos ateliers em vista ao encaminhamento de utentes; 4) Convocatória do utente para esclarecer os propósitos do presente estudo, tal como é explícito no consentimento informado; 5) Preenchimento do questionário (10-20 minutos).

No que concerne ao preenchimento do questionário, os utentes preencheram o mesmo individualmente sob a supervisão do investigador responsável, em vista a zelar pela privacidade destes, na eventualidade de surgirem questões. Tal demonstrou-se necessário, uma vez que os utentes expuseram com frequência dúvidas e aspetos do questionário que não perceberam; algo que poderia ter sido inibido caso os utentes preenchessem coletivamente.

O espaço onde se procedeu a recolha dos dados foi um gabinete, de ótimas condições e isento de ruídos.

O tratamento estatístico dos dados compreendeu testes não paramétricos, atendendo que o desenho de investigação é não experimental.

Resultados

Caracterização da Amostra

No que concerne à caracterização da amostra, efectuou-se um tratamento estatístico descritivo por uma análise de frequências.

Dos 96 participantes 37 (38,5%) são do sexo masculino e 59 (61,5%) são do sexo feminino, com idades que variam entre 21 e 73 anos ($M=50.58$; $DP=12.533$). A maioria dos utentes que compõem esta amostra são solteiros (41,7%), 27,1% são casados, 20,8% são divorciados, 8,3% são viúvos, 1% estão em união de facto e 1% estão separados. No que concerne à escolaridade, 67,7% possuem o ensino básico, 20,8% terminaram o ensino secundário e 11,5% concluíram uma licenciatura. Relativamente à ocupação, 61,5% estão reformados, 27,1% acham-se desempregados, 2,1% encontram-se ativos, 2,1% são estudante e 7,3% encontram-se em outra situação. No que concerne origem étnica dos participantes, 97,9% são caucasianos e 2,1% são negros/africanos. Atendendo à religiosidade dos participantes constata-se que a maioria são católicos (80,2%), sendo que 7,3% são protestantes, 3,1% são ateus, 1% são espiritistas e 8,3% enquadram-se em outras crenças. Em

relação ao diagnóstico, a categoria nosológica mais frequente é a psicose esquizofrénica (32,3%), seguido da perturbação de humor (19,8%), da psicose (15,6%), da perturbação de adaptação (11,5%), da perturbação da personalidade (9,4%), da perturbação mental com causa orgânica (5,2%), da perturbação da ansiedade (4,2%), da perturbação conversiva (1%) e da perturbação de adição (1%).

De seguida, serão apresentados os resultados tendo em consideração os objetivos colocados pela presente investigação, mediante uma análise inferencial.

Para o objetivo geral – “*Verificar se o grau de espiritualidade está relacionado com o grau da qualidade de vida e de bem-estar/mindfulness dos doentes psiquiátricos*” – procedeu-se a estatísticas não-paramétricas, nomeadamente a análise correlacional de Spearman.

Esta análise permite concluir que existe uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre as variáveis Crenças e Domínio Geral de qualidade de vida ($r=.284$; $p=.005$); o que valida esta hipótese alternativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação Entre Crenças Espirituais e Domínio Geral de Qualidade de Vida

Spearman's rho		Crenças	Domínio Geral (Qualidade de Vida)
Crenças	Coefficiente de Correlação	1.000	.284*
	Sig. (2-tailed)		.005
	N	96	96
Domínio Geral	Coefficiente de Correlação	.284*	1.000
	Sig. (2-tailed)		.005
	N	96	96

*Correlação significativa para um $p \leq .01$

Atendendo à análise particular dos vários domínios da qualidade de vida constata-se que a variável Crenças correlaciona-se, significativamente, com o Domínio Físico ($r=.395$; $p=.000$), Domínio Psicológico ($r=.341$; $p=.001$) e Domínio Relações Sociais ($r=.365$; $p=.000$) (Tabela 2).

Existe uma correlação positiva mas não estatisticamente significativa entre Crenças e Domínio Meio Ambiente ($r=.134$; $p=.194$).

Tabela 2 – Associação entre Crenças Espirituais e Domínios Específicos de Qualidade de Vida

Spearman's rho		Crenças	DF	DP	DRS	DMA
Crenças	Coef. C.	1.000	.395*	.341*	.365*	.134
	Sig. (2-tailed)		.000	.001	.000	.194
	N	96	96	96	96	96

*Correlação significativa para um $p \leq .01$

Esta mesma análise correlacional (consultar a Tabela 3) permitiu, também, estabelecer uma correlação positiva, estatisticamente significativa, da variável Crenças com as variáveis Relaxamento ($r=.226$; $p=.027$), Insight ($r=.252$; $p=.013$) Contacto ($r=.345$; $p=.001$), bem como desta primeira com a variável Harmonia ($r=.449$; $p=.000$).

Tabela 3 – Associação Entre Crenças Espirituais e Aspectos de Mindfulness

Spearman's rho		Crenças	Relaxamento	Insight	Contacto	Harmonia
Crenças	Coef. C.	1.000	.226*	.252*	.345**	.449**
	Sig. (2-tailed)		.027	.013	.001	.000
	N	96	96	96	96	96

*Correlação significativa para um $p \leq .05$

**Correlação significativa para um $p \leq .01$

Para o objetivo específico 1 – “Averiguar a existência de uma relação entre espiritualidade e esperança/otimismo” – Procedeu-se, de igual modo, a uma análise correlacional de Spearman.

Segundo esta análise (Tabela 4), verifica-se a existência de uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a variável Crenças e a variável Esperança/Otimismo ($r=.584$; $p=.000$).

Tabela 4 – Associação entre Crenças Espirituais e Esperança

Spearman's rho		Crenças	Esperança/ Otimismo
Crenças	Coeficiente de Correlação	1.000	.584**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	96	96
Esperança/ Otimismo	Coeficiente de Correlação	.584**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	96	96

*Correlação significativa para um $p \leq .01$

Para o objetivo específico 2 – “Determinar se o grau de esperança/otimismo relaciona-se com o grau de qualidade de vida dos doentes psiquiátricos” – foi utilizada, também, uma análise correlacional de Spearman (Tabela 5). Esta estatística evidencia que o grau de esperança/otimismo está positivamente correlacionado com o índice geral de qualidade de vida ($r=.472$; $p=.000$).

No que respeita a associação entre esperança/otimismo e o índice dos domínios específicos de qualidade de vida verificam-se correlações positivas face ao Domínio Físico ($r=.577$; $p=.000$), Domínio Psicológico ($r=.637$; $p=.000$), Domínio Relações Sociais ($r=.570$; $p=.000$) e Domínio Meio Ambiente ($r=.456$; $p=.000$).

Tabela 5 – Associação Entre Esperança e Domínios Específicos de Qualidade de Vida

Spearman's rho		Esperança/ Otimismo	DG	DF	DP	DRS	DMA
Esperança/ Otimismo	Coef. C.	1.000	.472**	.577**	.637**	.570**	.456**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	96	96	96	96	96	96

**Correlação significativa para um $p \leq .01$

Para o objetivo específico 3 – “Analisar as prováveis diferenças entre sexos ao nível do grau de espiritualidade, de qualidade de vida, de esperança/otimismo e de

mindfulness/bem-estar” – procedeu-se à análise estatística mediante um Teste T para Amostras Independentes atendendo à natureza das variáveis em estudo (Martins, 2011).

Tabela 6 – *Diferenças Entre Sexos a Nível de Crenças Espirituais, Esperança e Domínio Geral de Qualidade de Vida*

	Sexo Masculino M (DP)	Sexo Feminino M (DP)	Teste-t	df	Sig. (2- tailed)
Crenças	2.9865 (.98943)	2.9775 (.97148)	.044	94	.965
Esperança/Otimismo	2.6122 (.86283)	2.6056 (.84518)	.037	94	.971
DG	55.4054 (20.31449)	49.7881 (18.34939)	1.401	94	.165

O teste t sugere que não existem diferenças entre os doentes do sexo masculino e feminino face às crenças espirituais [$t(94)=.044$; $p=.965$] (ver Tabela 6).

Esta análise estatística sugere, também, que os doentes do sexo masculino não diferem do sexo feminino quanto ao índice geral de qualidade de vida [$t(94)=1.401$; $p=.165$] (consultar Tabela 6).

Os mesmos dados estatísticos indicam que não existem disparidades entre utentes psiquiátricos do sexo masculino e feminino quanto ao grau de esperança/otimismo [$t(94)=.037$; $p=.971$] (ver Tabela 6), bem como, sugere que os doentes masculinos não diferem dos femininos em relação ao estado *mindful*, nomeadamente nos domínios Relaxamento [$t(94)=.426$; $p=.671$], Insight [$t(94)=-.100$; $p=.921$], Contacto [$t(94)=.037$; $p=.971$] e Harmonia [$t(94)=-.371$; $p=.711$] (consultar Tabela 7).

Tabela 7 – *Diferenças Entre Sexos a Nível de Mindfulness*

	Sexo Masculino M (DP)	Sexo Feminino M (DP)	Teste-t	df	Sig. (2- tailed)
Relaxamento	5.57 (1.834)	5.36 (2.644)	.426	94	.671
Insight	6.16 (2.511)	6.22 (2.936)	.100	94	.921
Contacto	5.92 (2.253)	5.90 (2.893)	.037	94	.971
Harmonia	5.97 (2.661)	6.20 (3.134)	.371	94	.711

Para o objetivo específico 4 – “*Analisar as eventuais diferenças entre utentes com quadros nosológicos específicos ao nível de crenças espirituais, de esperança/otimismo, de qualidade de vida e de mindfulness/bem-estar*” – efetuou-se um Teste de Kruskal-Wallis em vista a comparar as médias das pontuações obtidas entre os respetivos grupos.

Esta análise sugere que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos de Diagnóstico ao nível de Crenças [$X^2(8)=10.923$; $p=.206$] e, também, indica que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos caracterizados pelo Diagnóstico ao nível de Esperança/Otimismo [$X^2(8)=11.289$; $p=1.86$].

Os dados obtidos, pelo Teste de Kruskal-Wallis, sugerem que não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre grupos representados em termos de diagnóstico ao nível do Domínio Geral de qualidade de vida [$X^2(8)=10.203$; $p=.251$] bem como, a nível de Relaxamento [$X^2(8)=7.255$; $p=.509$], Insight [$X^2(8)=10.185$; $p=.252$], Contacto [$X^2(8)=7.888$; $p=.444$] e Harmonia [$X^2(8)=9.569$; $p=.297$].

Para o objetivo específico 5 – “*Verificar as possíveis diferenças entre utentes com determinadas credos religiosos ao nível de crenças espirituais, de esperança/otimismo, de qualidade de vida e de mindfulness/bem-estar*” – recorreu-se, igualmente, a um Teste de Kruskal-Wallis que sugere existir diferenças estatisticamente significativas entre utentes católicos, protestantes, espíritas, ateus e de outras fés ao nível de crenças espirituais [$X^2(4)=13.950$; $p=.007$] mas não a nível de Esperança/Otimismo [$X^2(4)=3.708$; $p=.447$].

Os dados obtidos por este teste sugerem, também, que não existem diferenças entre os utentes dos vários credos religiosos ao nível do grau de qualidade de vida [$X^2(4)=5.925$; $p=.205$] e, que não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre grupos de utentes com credos diferentes ao nível do Relaxamento [$X^2(4)=1.659$; $p=.798$], Insight [$X^2(4)=3.925$; $p=.416$], Contacto [$X^2(4)=3.552$; $p=.470$] e Harmonia [$X^2(4)=1.538$; $p=.820$].

Discussão

Um dos propósitos desta investigação passa pela caracterização dos doentes psiquiátricos. Por se tratar de uma amostra composta unicamente por doentes do foro psíquico – tendo boa parte dos utentes uma doença mental grave – compreende-se que a maioria destes não esteja no mercado de trabalho. Também é compreensível que estes utentes tenham dificuldades interpessoais e de relacionamento amoroso. A origem étnica e/ou cultural

inerentes aos participantes deste estudo é, em larga medida, caucasiana e o número de doentes crentes e de ateus é congruente com as estatísticas nacionais (c.f. Censos, 2011).

Entendendo a composição e as características sócio-demográficas da amostra, incidiremos a atenção nos resultados estatísticos.

No que concerne à questão primária desta investigação, é sugerido que quanto maior são as crenças espirituais maior é a qualidade de vida geral (vice-versa); ainda que os valores correlativos sejam fracos. Verifica-se, também, que aspetos de *mindfulness* – nomeadamente Relaxamento, Insight, Contacto e Harmonia – variam positivamente face a uma maior convicção espiritual. No entanto, deve-se salientar que as pontuações das variâncias verificadas nestes domínios estão no limiar do moderado. Neste sentido, constata-se que a correlação entre espiritualidade e as variáveis Relaxamento e Insight é fraca; sendo que as crenças espirituais relacionam-se com maiores valores de variância no domínio Contacto e, sobretudo, no aspeto da Harmonia. Os valores modestos obtidos podem sugerir, hipoteticamente, que a espiritualidade de alguns utentes pode adquirir contornos mais práticos do que atitudinais⁹. Em acréscimo, é necessário distinguir uma espiritualidade autêntica de uma falsa espiritualidade. Por falsa espiritualidade entende-se que seja, um mecanismo de evitação de um *Self* rejeitado caracterizado por sentimentos de desvalorização (Battista, 1996). Será, portanto, compreensível a existência de variâncias modestas nestes domínios em doentes psiquiátricos. Ainda a respeito da relação sugerida entre o grau de espiritualidade e o estado *mindful*, a presente investigação vai ao encontro dos dados obtidos no estudo de Greeson e colaboradores (2011), onde um aumento de espiritualidade, caracterizado por um estado de alerta e de conexão, além de ser um indicador importante do *mindfulness* é o principal mecanismo na produção de benefícios na saúde mental.

Em relação aos objetivos secundários, da presente investigação, foram tidas algumas considerações.

Atendendo à existência de uma associação entre crenças espirituais e o grau de esperança/otimismo, compreende-se a postura mais positiva conferida a indivíduos mais ‘espirituais’. Rovers e Kocum (2010) consideram que a esperança é uma das três facetas da espiritualidade – sendo as restantes duas a fé e a capacidade para amar. A respeito da

⁹ Em função dos resultados obtidos, é proposto que uma espiritualidade prática seja uma espiritualidade convencional; apenas tendo relevância enquanto um valor utilitário social. Uma espiritualidade atitudinal terá, por sua vez, uma qualidade noética e vivencial. Esta distinção foi inspirada em pressupostos teológicos (c.f. Hjalmarson, 2013) que distinguem dois modos de ação face à realização espiritual.

esperança, esta desempenha um papel existencial – de construção de sentido – na vida, enquanto aspeto da espiritualidade (Rovers & Kocum, 2010). Num artigo de opinião, Park (2011) considera a possibilidade da espiritualidade atuar na construção de significado, em aspetos globais e situacionais do quotidiano. A este respeito, parece existir uma concordância entre espiritualidade e questões existenciais e valorativas, direcionadas para um objetivo (Emmons, 2003).

A esperança/otimismo, por sua vez, associa-se moderadamente com todos os domínios de qualidade de vida; com especial enfoque no domínio psicológico. Atendendo que a postura espiritual está vinculada ao grau de esperança/otimismo, constatamos uma tríade relacional importante. Tal pode ser verificada, também, num estudo de Pipe e colaboradores (2008) onde esperança, espiritualidade e qualidade de vida correlacionam-se positivamente entre si, numa amostra de pacientes hospitalizados com várias problemáticas de saúde.

Admitindo a hipótese levantada previamente, de que existem utentes com uma espiritualidade mais prática do que atitudinal – ou mais propensos a uma falsa espiritualidade – pode-se explicar, as diferenças entre grupos de utentes estabelecidos em função dos credos religiosos ao nível de uma postura espiritual; dado que na recolha dos dados sócio-demográficos não foram discriminados tanto crentes praticantes como não praticantes. A este respeito, acrescenta-se que Zinnbauer, Pargament e Scott (1999) são claros ao considerar que uma busca espiritual não é sinónimo de uma busca religiosa e, que esta última pode implicar intentos nobres como egoístas; pelo que não é de estranhar estes resultados.

Os dados sugerem, também, que os credos religiosos dos utentes não são relevantes para o estabelecimento de uma melhor qualidade de vida. Este achado parece ser paradoxal na medida que o grau de crenças espirituais varia consoante os credos – tal como foi referido acima – o que deveria, por sua vez, conduzir a variâncias na qualidade vida. Deve-se, no entanto, recordar que a associação entre espiritualidade e qualidade de vida apresenta valores perto moderado que podem não ser proeminentes numa outra análise estatística. A mesma explicação se aplica à relação dos credos com o estado *mindful*.

É interessante notar que tanto a postura espiritual como o grau de qualidade de vida e o estado *mindful* estão distribuídos uniformemente, nos grupos de utentes caracterizados segundo diagnóstico. Tal permite considerar que as características diagnósticas dos doentes psiquiátricos não são propensas a determinados aspetos analisados neste estudo. Estes dados não estão de acordo com os achados de investigações anteriores (e.g. Goppoldova et al., 2008;

Hodgson et al., 2007) que sugerem variações na qualidade de vida dos utentes psiquiátricos consoante o diagnóstico. Isto pode ser explicado, pelo facto de que todos os participantes são utentes do Serviço de Reabilitação Psicossocial; um serviço que tem como finalidade promover a recuperação ou aquisição de competências sociais necessárias para o funcionamento interpessoal e autónomo dos doentes, em vista a uma melhor qualidade de vida. Por outras palavras, a qualidade de vida dos participantes poderá ter sido fomentada o suficiente pela terapêutica do serviço até estabilizar-se a um nível regular em todos os utentes, independentemente do seu quadro nosológico – justificando, desde modo, a não existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias do índice geral de qualidade de vida por grupos de diagnóstico.

Os dados estatísticos permitem, igualmente, esclarecer que não existem diferenças significativas entre utentes psiquiátricos masculinos e femininos quanto à postura espiritual, grau de esperança/otimismo, índice de qualidade de vida e estado *mindful*. Deste modo, variâncias nos aspetos indicados não se devem ao género sexual dos doentes; excluindo, deste modo, a contaminação dos resultados por estereótipos de género.

Dados referentes à origem étnica/cultural são irrelevantes para a análise estatística, uma vez que 97,9% dos utentes são caucasianos – o que não permite a averiguação da relação entre diferentes culturas e crenças espirituais.

Pode-se indagar se o facto de as variâncias partilhadas entre as várias variáveis oscilarem entre o fraco e o moderado, derivam da atuação de variáveis externas tais como a eficácia da qualidade do tratamento (psicoterapêutico e/ou farmacológico) e a dita natureza prática ou atitudinal da espiritualidade dos utentes. É possível, igualmente, questionar se a não consideração das comorbilidades neste estudo empírico esteja a ocultar informações relevantes, a respeito destas variâncias. Por outro lado, os valores destas podem refletir a existência de demais fatores na promoção de qualidade de vida; traduzindo o real impacto da espiritualidade dos doentes psiquiátricos.

Estabelecidas as conjeturas possíveis, será exposta uma última observação. Os dados sugerem que as preocupações éticas de Gundersen (2000), quanto a um eventual efeito nefasto da religiosidade e da espiritualidade na saúde são, em parte, pouco fundamentadas. Naturalmente, uma postura espiritual não serve de panaceia a todas as condições patológicas nutridas pelos utentes – uma vez que qualquer terapêutica deve atender às ideossincrasias daquele que sofre. Exemplos de exceções, desfavoráveis à espiritualidade, envolvem alguns

quadros de natureza psicótica com conteúdo religioso, cujo prognóstico é reservado (e.g. Siddle, Haddock, TARRIER & Faragher, 2002). No entanto, investigações recentes indicam que quadros psicopatológicos de carácter psicótico e/ou *borderline* com temática religiosa e/ou espiritual podem ser amenizados, com recurso a técnicas psicológicas que incidam neste delicado aspeto (e.g. Mohr et al., 2010a, 2010b; Satlsett, Engedal & Austad, 2010).

Apesar das conclusões obtidas por este estudo experimental, existem alguns parâmetros que poderão ser melhorados em futuras investigações. É de notar que esta dissertação cinge-se, apenas, à qualidade de vida percebida pelos utentes. Portanto, por esclarecer está a possível relação entre espiritualidade e o nível de sintomatologia psicopatológica¹⁰; algo que não pode ser confirmado diretamente pela associação entre a postura espiritual e a qualidade de vida. Similarmente, a par da avaliação da cronicidade do estado psicopatológico, a resiliência poderia compreender um fator de análise adicional na elucidação dos efeitos de uma postura espiritual. Por último, uma análise comparativa entre doentes psiquiátricos e não doentes poderia esclarecer o impacto da espiritualidade nas diferentes condições de saúde.

Em termos de conclusão, verificamos que investigações científicas internacionais carecem de informações relativas à associação entre espiritualidade e qualidade de vida em doentes psiquiátricos, focando-se, sobretudo, em conceptualizações especulativas. Atendendo a este hiato na literatura, consideramos a elaboração desta investigação em vista a facultar evidências empíricas que a possam suportar.

O objetivo principal deste estudo, que consistia em verificar a existência de uma relação entre espiritualidade e qualidade de vida em doentes psiquiátricos, foi cumprido. Tanto as crenças espirituais como o grau de esperança/otimismo associam-se positivamente ao índice geral de qualidade de vida. Os restantes objetivos facultaram informações relevantes, em vista a discriminarem eventuais associações paralelas destes constructos com outros fatores.

Em suma, a espiritualidade, enquanto um estado de transcendência individual, tem inerente a capacidade otimista de se estar no mundo. A qualidade de vida percecionada é tanto maior quanto as crenças espirituais e o grau de otimismo será um aspeto-chave nesta associação. Considerar a espiritualidade, em função dos dados, como um fator protetor da

¹⁰ I.e. se um aumento do grau de espiritualidade implica um decréscimo ou não da sintomatologia psicopatológica.

qualidade de vida de doentes psiquiátricos é lícito – não esquecendo que apenas é uma entre outras prováveis variáveis a contribuir para a qualidade de vida destes sujeitos. Será imprudente concluir, por sua vez, que possuir crenças espirituais traduz-se numa postura espiritual consolidada; tendo sido verificado que não é o caso.

Em função dos dados obtidos são sugeridas algumas implicações, nomeadamente, considerar o papel da espiritualidade em conceptualizações teóricas como em intervenções.

Parece-nos que negligenciar o fator espiritual no entendimento do comportamento e/ou saúde psíquica humana é um risco. Uma tal desconsideração poderá anular o próprio caráter experiencial das vivências daqueles que sofrem – mais precisamente, na apreciação subjetiva da sua qualidade de vida.

Propostas interventivas em contexto de cuidados psiquiátricos estão, presentemente, formuladas para atender ao fator espiritual (e.g. Galanter, 2010; Galanter et al., 2011). Revheim e Greenberg (2007) propõem que atividades grupais focadas em temas espirituais ajudam indivíduos com desordens psiquiátricas no *coping* emocional face ao aspeto crónico da sua condição e estigma. Outra proposta foi efetuada por Hirschmann (2011), que visa a criação de grupos de capelania para pacientes psiquiátricos em regime de internamento, em vista à análise de dinâmicas psicológicas e espirituais na elaboração de um sentido altruístico e compreensivo. Entende-se, também, a atual aceitação de práticas de saúde complementares no tratamento de enfermidades. Admite-se a ação complementar de práticas holísticas/espirituais em junção com modelos de tratamentos convencionais, desde que se respeitem normas éticas e deontológicas (Moodley & Sutherland, 2010).

Poder-se-ia referir mais propostas de intervenção e/ou possíveis aplicações terapêuticas com enfoque na espiritualidade, no entanto, tal foge ao âmbito desta investigação.

Em última análise compete ao terapeuta – seja ele psicólogo ou psiquiatra – determinar as necessidades dos seus utentes e verificar, em que medida o enfoque em temáticas/aspetos espirituais pode ser útil na terapêutica a usar.

Referências Bibliográficas

- Battista, J. R. (1996). Offensive Spirituality and Spiritual Defenses. In Scotton, B. W., Chinen, A. B., & Battista, J. R. (Eds), *Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology*. New York: Basic Books
- Braboszcz, C., Hahusseau, S., & Delorme, A. (2010). Meditation and Neuroscience: From Basic Research to Clinical Practice. In Carlstedt, R. A. (Ed), *Handbook of Integrated Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine: Perspectives, Practices, and Research*. New York: Springer Publishing Company, LLC
- Belzen, J. A. (2009). Studying the specificity of spirituality: lessons from the psychology of religion. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(3), 205-222. doi: 10.1080/13674670802456606
- Brown, A. P., Marquis, A., & Guiffrida, D. A. (2013). Mindfulness-Based Interventions in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 91, 96-104
- Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 393-403
- Censos (2011) XV Recenseamento Geral da População/V Recenseamento Geral da Habitação: Resultados Definitivos Portugal. Retirado a 03 de junho de 2013, de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Chandler, C. K., Holden, J. M., & Kolander, C. A. (1992). Counseling for Spiritual Wellness: Theory and Practice. *Journal of Counseling & Development*, 71, 168-175.
- Chidarikire, S. (2012). Spirituality: the neglected dimension of holistic mental health care. *Advances in Mental Health*, 10(3), 298-302
- Culliford, L., & Eagger, S. (2009). Assessing spiritual needs. In C.H.C. Cook, A. Powell, & A. Sims (Eds.), *Spirituality and psychiatry*. London: RCPsych.
- Damianakis, T., & Marziali, E. (2012). Older adults' response to the loss of a spouse: The function of spirituality in understanding the grieving process. *Aging in Mental Health*, 16(1), 57-66
- Delgado, C. (2007). Sense of Coherence, Spirituality, Stress and Quality of Life in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 229-234
- D' Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry*, 10(1), 44-47

- Ellis, A. (1971). *The case against religion: A psychotherapist's view*. New York: Institute for Rational Living
- Emmons, R. A. (2003). *The Psychology of Ultimate Concerns: Motivation and Spirituality in Personality*. New York: The Guilford Press
- Evans, D. R., & Cope, W. E. (1989). *Quality of Life Questionnaire: Manual*. London: Multi-Health Systems
- Fitchett, G., Burton, L. A., & Sivan, A. B. (1997). The religious needs and resources of psychiatric inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 320-326
- Frankl, V. E. (2007). *A presença ignorada de Deus: psicoterapia e religião*. Petrópolis: Sinodal; Vozes
- Frankl, V. E. (2008). *Em Busca de Sentido: Um Psicólogo num Campo de Concentração*. Petrópolis: Sinodal; Vozes
- Frey, B.B., Daaleman, T.P., & Peyton, V. (2005). Measuring a dimension of spirituality for health research: Validity of the Spirituality Index of Well-Being. *Research on Aging*, 27, 556-577
- Freud, S. (1961). *The future of an illusion*. New York: Norton
- Galanter, M. (2010). Spirituality in Psychiatry: A Biopsychosocial Perspective. *Psychiatry*, 73(2), pp. 145-157
- Galanter, M., Dermatis, H., Talbot, N., McMahon, C., & Alexander, M. J. (2011). Introducing Spirituality into Psychiatric Care. *Journal of Religion & Health*, 50, pp. 81-91
- Gilbert, B. D., & Christopher, M. S. (2010). Mindfulness-Based Attention as a Moderator in the Relationship Between Depressive Affect and Negative Cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 514-521
- Glueck, B. C., & Stroebel, C. F. (1975). Biofeedback and meditation in the treatment of psychiatric illnesses. *Comprehensive Psychiatry*, 16(4), 303-321
- Goppoldova, E., Dracomirecka, E., Matlova, L., & Hajek, T. (2008). Subjective Quality of Life in Psychiatric Patients: Diagnosis and Illness-Specific Profiles. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(9), 587-593
- Gorsuch, R. L. (2002). *Integrating Psychology and Spirituality?* Westport: Praeger Publishers

- Gouveia, M. J., Marques, M., & Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ): Análise Confirmatória da Sua Estrutura Fatorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285-293
- Greeson, J. M., Webber, D. M., Smoski, M. J., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Suarez, E. C., & Wolever, R. Q. (2011). Changes in spirituality partly explains health-related quality of life outcomes after Mindfulness-Based Stress Reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 508-518
- Gundersen, L. (2000). Faith and Healing. *Annals of Internal Medicine*, 132(2), 169-172
- Grof, S. (2007). *A Psicologia do Futuro*. Porto: Via Ótima
- Hall, T.W., & Edwards, K.J. (2002). The Spiritual Assessment Inventory: A theistic model and measure for assessing spiritual development. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 341-357
- Helminiak, D. A. (2008). Confounding the Divine and the Spiritual: Challenges to a Psychology of Spirituality. *Pastoral Psychology*, 57, 161-182
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). *Mesures of Religiousity*. Birmingham: Religious Education Press
- Hirschmann, J. (2011). Psychological and Theological Dynamics in an Inpatient Psychiatric Chaplaincy Group. *Journal of Religion & Health*, 50, 964-974
- Hjalmarson, L. E. (2013). A Trinitarian Spirituality of Mission. *Journal of Spiritual Formation & Soul Care*, 6(1), 93-108
- Hodgson, Z.G., Pattison, C., Bostock, L., Murphy, T., & Stewart, M. E. (2007). The Influence of Socio-Demographic and Illness Variables on Quality of Life in Acute Psychiatric Patients. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 14, 269-277
- Hoffman, C. (2010). Does mindfulness increase wellbeing? *Journal of Holistic Health Care*, 7(1), 45-48
- Hofmann, L., & Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy--a representative survey among German psychotherapists. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychother Res*, 21(2), 179-192. doi: 10.1080/10503307.2010.536595
- Hood, R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion (4th Ed.)*. New York: The Guilford Press
- James, W. (2008). *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. Maryland: Arc Manor
- Jung, C. G. (1999). *Psicologia e Religião*. Petrópolis: Vozes

- Jung, C. G. (2003). *Psicologia e Alquimia (3ª Ed.)*. Petrópolis: Vozes
- Katschnig, H., Freeman, H. L., & Sartorius, N. (2006). *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Hatami, N. (2011). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Reduces Depression and Anxiety Induced by Real Stressful Setting in Non Clinical Population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 285-296
- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, n/a-n/a. doi: 10.1002/aps.239
- Kohut, H. (1980). *Self Psychology and Humanities: Reflexions on a New Psychoanalytic Approach*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Lukoff, D. (2007). Spirituality in the Recovery from Persistent Mental Disorders. *Southern Medical Journal*, 100(6), pp. 642-646
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and Mental Health: Therapy, Theory and Science*. New York: Routledge
- Mandal, S. P., Arya, Y. K., & Pandey, R. (2012). Mental Health and Mindfulness: Mediational Role of Positive and Negative Affect. *SIS Journal of Projective Psychiatry and Mental Health*, 19, 150-159
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber Decidir, Fazer, Interpretar e Redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições
- Maslow, A. (1994). *Religions, Values and Peak Experiences*. New York: Penguin Books
- Maslow, A. (1998). *Toward a Psychology of Being*. New York: John Wiley & Sons
- Meneses, R. F., Pais-Ribeiro, J. L., Pedro, L., Silva, I., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Martins, A., & Martins-da-Silva, A. (2013). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Seis Doenças Crônicas*. Livro de Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia.
- Mohr, S., Borrás, L., Betricey, C., Pierre-Yves, B., Guilliéron, C., & Huguelet, P. (2010a). Delusions with Religious Content in Patients with Psychosis: How They Interact with Spiritual Coping. *Psychiatry*, 73(2), 158-172
- Mohr, S., Borrás, L., Rieben, I., Betricey, C., Guilliéron, C., Pierre-Yves, B., Perroud, N., & Huguelet, P. (2010b). Evolution of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizo-affective disorders: a 3-years follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, 1095–1103. doi: 10.1007/s00127-009-0151-0

- Moodley, R., & Sutherland, P. (2010). Psychic retreats in other places: Clients who seek healing with traditional healers and psychotherapists. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(3), 267-282
- Nelson, J. M., & Slife, B. D. (2012). Theoretical and Epistemological Foundations. In Miller, L. J. (Ed.), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality* (p.21-35). New York: Oxford University Press
- Nichols, L. M., & Hunt, B. (2011). The significance of spirituality for individuals with chronic illness: Implications for mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(1), 51-66
- Nohls, L. M., & Hunt, B. (2011). The Significance of Spirituality for Individuals with Chronic Illness: Implications for Mental Health Counselling. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(1), pp. 51-56
- Nyliceck, I., & Teixeira, R. J. (2013). *RICH - Relaxamento, Insight, Contacto e Harmonia*. [Texto Polocopiado, Universidade de Aveiro].
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (3ª Ed)*. Porto: Legis Editora/Livpsic
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N. A., & Tarakeshwar, N. (2005). An empirically-based rationale for a spiritually-integrated psychotherapy. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(3), 155-165. doi: 10.1080/13694670500138940
- Park, C. L. (2011). Implicit Religion and the Meaning Making Model. *Implicit Religion*, 14(4), 405-419
- Perls, F. (1976). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. New York: Bantam Books
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Washington, D.C.: APA Press and Oxford University Press
- Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life (2008). Religion Affiliate: Diverse and Dynamic. Retirado a 4 de Jullho de 2013, <http://religions.pewforum.org/pdf/report-religious-landscape-study-full.pdf>
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53
- Pipe, T. P., Kelly, A., LeBrun, G., Schmidt, D., Atherton, P., & Robinson, C. (2008). A Prospective Descriptive Study Exploring Hope, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Hospitalized Patients. *MEDSURG Nursing*, 17(4), 247-257

- Poole, R., & Higgs, R. (2011). Spirituality and the threat to therapeutic boundaries in psychiatric practice. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(1), 19-29
- Revheim, N., & Greenberg, W. M. (2007). Spirituality Matters: Creating a Time and Place for Hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 307-310
- Rovers, M., & Kocum, L. (2010). Development of a Holistic Model of Spirituality. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 12, 2-24
- Rowe, M. M., & Allen, R. G. (2004). Spirituality as Means of Coping with Chronic Illness. *American Journal of Health Studies*, 19(1), 62-67
- Russinova, Z. & Blanch, A. (2007). Support Spirituality: A New Frontier in the Recovery-Oriented Mental Health System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), pp. 247-249
- Seed, P., & Lloyd, G. (1997). *Quality of Life*. Bristol: Jessica Kingsley Publishers
- Shapiro, S. L. (2009). The Integration of Mindfulness and Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 555-560
- Siddle, R., Haddock, G., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (2002). Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 130-138
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olandzski, A. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? In Didonna, F., (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res*, 10, 26. doi: 10.1186/1472-6963-10-26
- Smith, J. C. (2005). *Relaxation, Meditation, & Mindfulness: A Mental Health Practitioner's Guide to New and Traditional Approaches*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Sodhi, R. & Manju (2013). Spirituality and mental health among normal and chronic disease group. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 2(1), 59-68
- Stalsett, G., Engedal, L. G., & Austad, A. (2010). The Persecuting God and the Crucified Self: The Case of Olav and the Transmutation of His Pathological Self Image. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(2), 49-100
- Underwood, L.G., & Teresi, J.A. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 22-33

- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.,...Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 41-49
- Wallace, R. K. (1970). Physiological Effects of Transcendental Meditation. *Science*, 167(3926), 1751-1754
- Wallace, R. K., & Benson, H. (1972). The physiology of meditation. *Scientific American*, 226(2), 84-90
- Watson, J. B. (1983). *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Dover, NH: Pinter
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46(12), 1569-1585.
- Winnicott, D. W. (2007). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Karnac Books Ltd
- Wortman, J. H., & Park, C. L. (2009). Religion/Spirituality and Changing in Meaning after Bereavement: Qualitative Evidence for the Meaning Making Model. *Journal of Loss & Trauma*, 14(1), 17-34
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. In Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (p.21-42). New York: Guilford Press
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects. *Journal of Personality*, 67(6), 889-919

Anexos

Anexo A

Pedido de Autorização dos Instrumentos

Anexo A1

Pedido de Autorização para a Utilização do WHOQOL-BREF

FORMULÁRIO WHOQOL *	
Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida	
1. Instrumento	
<input type="checkbox"/> WHOQOL – 100	<input checked="" type="checkbox"/> WHOQOL - bref
2. Identificação do Estudo/Projecto	
Dissertação de Mestrado em Psicologia, Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade de Aveiro, de título "Qualidade de Vida e Espiritualidade em Doentes Psiquiátricos" e tendo como amostra utentes do Hospital Magalhães Lemos, EPE.	
3. Identificação do Investigador Responsável ou [para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese	
Nome: Anabela Pereira	
Telefone: 919991807	
E-mail: anabelapereira@ua.pt	
4. Identificação dos elementos da equipa do projecto	
Orientadora da Dissertação: Anabela Pereira	
Investigador/Mestrando: João Pedro Costa Barbosa Ferreira da Silva	
5. Objectivos do Projecto	
Pretende-se com esta investigação averiguar qual é o papel da espiritualidade na qualidade de vida e bem-estar de doentes psiquiátricos – enquanto factor de risco ou protector. Como objectivo ulterior, tenciona-se caracterizar a população psiquiátrica no que concerne à relação dos seus quadros nosológicos, crenças espirituais e qualidade de vida.	
6. Dados Metodológicos	
5.1. Tipo de população	
Utentes (adultos) do Hospital Magalhães Lemos, EPE.	
Critérios de exclusão: oligofrenias; quadros demenciais e/ou doenças de causa orgânica; e psicoses incapacitantes.	
5.2. Tamanho da amostra	
Doentes/utentes psiquiátricos do Hospital Magalhães Lemos, EPE.	
5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)	
Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007)	
RICH (Nylicek & Teixeira, n/a)	
Data: <u>24</u> de <u>Abri</u> de 2013	Assinatura: 
• Enviar para: mccanavarro@fpce.uc.pt Ou Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra Rua do Colégio Novo – Apartado 6153 3001-802 Coimbra	

Anexo A2

Autorização da Escala de Espiritualidade

AUTORIZAÇÃO

Cândida Assunção Santos Pinto, professora coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo desenvolvido uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde, autoriza a sua aplicação por João Pedro Silva, aluno em Psicologia, Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade de Aveiro, no âmbito da investigação “Qualidade de Vida, Resiliência e Espiritualidade em Doentes Psiquiátricos”.

Porto, 13 de março de 2013

Cândida Assunção Santos Pinto

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto

Telefones: 22 507 35 00
96 728 81 93/4

Fax: 22 509 63 37

E-Mail: candidapinto@esenf.pt

João Pedro

Sem qualquer constrangimentos.....

As vicissitudes não podem ser impeditivas da prossecução dos caminhos.....

Com os melhores cumprimentos

Prof.ª Cândida Pinto
(PhD Psicologia da Saúde)

Telefone: 926810058

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email esep@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00
Fax +351 22 509 63 37
<http://portal.esenf.pt>

De: JP [mailto:pax_jp@hotmail.com]

Enviada: 3 de abril de 2013 22:08

Para: Cândida Pinto

Assunto: Escala de Espiritualidade - Tese

Boa noite Dr.ª Cândida Pinto,

Escrevo-lhe, novamente, dado que o tema da minha tese sofreu uma alteração. Tinha-lhe pedido autorização para a aplicação da Escala da Espiritualidade na minha tese, anteriormente intitulada de “Qualidade de Vida, Resiliência e Espiritualidade em Doentes Psiquiátricos”. Por motivos de força maior, esta teve de ser inesperadamente reformulada para “Qualidade de Vida e Espiritualidade em Doentes Psiquiátricos”.

O objectivo da investigação mantém-se, nomeadamente, verificar se a espiritualidade é um factor protector na saúde mental. Tive de remover a variável resiliência. As variáveis em estudo são a Qualidade de Vida, a Espiritualidade e o bem-estar. A par da Escala de Espiritualidade serão utilizados o WHOQOL-BREF e o RICH (Relaxamento, Insight, Contacto, Harmonia – de Nyklicek & Ribeiro; escala que avalia o bem-estar e o *mindfulness* e que se encontra a ser validada).

Esta situação é constrangedora, pelo que peço desculpa.

Se ainda autorizar o uso da Escala da Espiritualidade, ficaria imensamente grato.

Cumprimentos,
João Pedro Silva

Anexo B

Autorização Cedida pela Comissão de Ética do Hospital Magalhães Lemos, EPE

Autorização, aberto o parecer da CES.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

hospital de magalhães lemos E.P.E.

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	
Reunião do C.A. 21/7/13	
Acta n.º 20/2013	
<i>[Signature]</i> António Leuschke Presidente	<i>[Signature]</i> Alberto Palma Vogal Escultor
<i>[Signature]</i> Joaquim Pereira Director Clínico	

RELATÓRIO

Aprovada em reunião de Comissão de Ética para o Saneamento de 31.07.2013

[Signature]

Autorização cedida de autorização para a realização do projeto de investigação "QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE EM DOENTES PSIQUIÁTRICOS" pelo licenciado João Pedro Costa Barbosa Ferreira da Silva, sob a orientação e responsabilidade científica da Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, da Universidade de Aveiro, que declara, que todos os princípios éticos relativos a esta investigação, serão respeitados.

Após análise de toda a informação enviada, é meu parecer que o projeto supracitado está em conformidade com normas da confidencialidade, voluntariedade e proteção de dados.

O procedimento mais adequado para estabelecer contacto com os utentes, deverá ser acordado entre o investigador e o Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, EPE.

Porto, Hospital de Magalhães Lemos, 31 de Julho de 2013

O Vogal da Comissão de Ética do HML, EPE,

[Signature]
(Dr.ª Maria do Céu Diegas)

004666 HML 31 JUL 13

Anexo C

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Sou aluno finalista do Mestrado em Psicologia, na Especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde e estou a promover um estudo, para o âmbito de dissertação.

Qual é o objectivo do estudo?

Existem estudos sobre a relação evidente entre qualidade de vida, doença crónica e espiritualidade. Contudo, existe pouca informação acerca da qualidade de vida bem como, a sua relação com a espiritualidade face ao sofrimento psicológico percebido na população psiquiátrica em geral. Este estudo pretende avaliar a qualidade de vida e a espiritualidade em indivíduos, cujas vivências interiores são de difícil gestão.

Em que consiste a sua participação neste estudo?

A sua opinião é muito importante e, por esse motivo, está a ser convidado para participar nesta investigação. Os dados obtidos irão permitir a validação de teorias, organizar intervenções específicas e melhorar, os cuidados de saúde.

Em que baseia-se o estudo?

Caso aceite colaborar, irá somente responder a três questionários. Na globalidade, têm o objectivo de recolher alguns dados. Estes mesmos questionários são: um sócio-demográfico (e.g. idade, sexo, habilitações literárias) e três específicos – uma para a qualidade de vida, um para o bem-estar e um último para a espiritualidade.

O tempo previsto de resposta é de 15 a 20 minutos.

Existem riscos na participação deste estudo?

A experiência em causa não apresenta qualquer risco que difere daquele encontrado no quotidiano de cada um. Questionários semelhantes a estes são, frequentemente aplicados a nível nacional e internacional e não implicam algum tipo de dificuldade significativa, na elaboração das respostas.

Custos

Não existirá qualquer custo directo pela sua participação neste estudo. Caso se opte por abandonar a realização das tarefas acima descritas, sem qualquer tipo de inconveniente.

Como é garantida a confidencialidade dos dados?

As suas respostas aos questionários são anónimas e confidenciais. Não será recolhido qualquer dado de identificação pessoal (e.g. nome ou morada) e cada questionário é identificado exclusivamente através de um número de código. Deste modo, os dados recolhidos não serão associados aos participantes deste estudo.

Requisitos Éticos e Regulamentares

Este estudo vai ao encontro das normas da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) e dos princípios éticos que regem a actividade de psicologia.

Através da leitura cuidada deste consentimento informado, foi-me explicado o procedimento da experiência em causa, bem como, foram-me esclarecidas dúvidas acerca da investigação. Autorizo a minha participação nesta investigação tal como o processamento dos dados obtidos, mediante a mesma, em vista de contribuir para o objectivo do projecto experimental acima descrito.

Assinatura do participante/responsável/Representante

Legal¹ Data/...../.....

Declaro que expliquei ao participante, ou seu representante autorizado(a) a natureza da investigação, nomeadamente objectivos, procedimentos e princípios éticos.

O investigador

.....

Data/...../.....

¹ No caso do participante ser menor de idade, ou estar inabilitado.

Anexo D

Questionário de Dados Sócio-Demográficos

I.D. _____

Por favor, leia com atenção as instruções de cada secção e tente responder a todas as questões de uma forma sincera.

- Tenha em atenção que não existem respostas certas ou erradas, mas somente respostas que se adequam mais ao seu caso pessoal.
- Os dados recolhidos a partir deste questionário serão tratados respeitando a sua confidencialidade e anonimato.

Agradeço a sua colaboração.

O investigador,

João Pedro Silva

pax_jp@hotmail.com

A preencher pelo investigador

Diagnóstico _____

Utente vinculado a que serviço(s) _____

Idade _____

Coloque um X na opção que melhor se adequa ao seu caso

Sexo Masculino Feminino

Estado Civil Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

União de facto Separado(a)

Habilitações Ensino Básico (9º ano ou menos) Ensino Secundário (12º ano ou

equivalente) Licenciatura Mestrado Doutoramento

Ocupação Activo(a) Desempregado(a) Reformado(a) Estudante

Doméstico(a) Outro

Qual? _____

Origem Étnica/Cultural Caucasiana Negra/Africana Asiática

Ameríndia Outra

Qual? _____

Religião Católica Ortodoxa Protestante Judaísmo Budismo

Hinduísmo Paganismo Espiritismo Gnóstico

Ateu/Descrente Outra

Qual? _____

Anexo E - Instrumentos

WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ESPIRITUALIDADE
(Pinto C & Pais-Ribeiro JL)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque** com uma **X** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

RICH

Tendo em consideração as 2 ÚLTIMAS SEMANAS, responda por favor às questões numa escala de 1 (nada) a 10 (completamente).

1. Até que ponto se sentiu relaxado? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não consegui relaxar nada	<input type="radio"/>	Estive sempre completamente relaxado									

2. Até que ponto teve noção dos pensamentos e sentimentos que ocorreram dentro de si? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não tive a mínima noção dos pensamentos e sentimentos que ocorreram dentro de mim	<input type="radio"/>	Tive sempre uma noção clara dos pensamentos e sentimentos que ocorreram dentro de mim									

3. Até que ponto se sentiu 'em contato' consigo mesmo e com o que o rodeia? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não me senti 'em contato' com nada, nem comigo nem com o que me rodeia	<input type="radio"/>	Senti-me sempre completamente 'em contato' comigo mesmo e com o que me rodeia									

4. Até que ponto se sentiu 'em harmonia' consigo mesmo e com o que o rodeia? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não me senti 'em harmonia' com nada, nem comigo nem com o que me rodeia	<input type="radio"/>	Senti-me sempre completamente 'em harmonia' comigo mesmo e com o que me rodeia									