

Ana Carolina Marcelino Almeida



Ansiedade, Depressão e Espiritualidade de Indivíduos com CADASIL

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023

Ana Carolina Marcelino Almeida

Ansiedade, Depressão e Espiritualidade de Indivíduos com CADASIL

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023

Ana Carolina Marcelino Almeida

Ansiedade, Depressão e Espiritualidade de Indivíduos com CADASIL

Ana Carolina Marcelino Almeida

Dissertação apresentada à
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da
Universidade Fernando Pessoa, como parte dos
requisitos para a obtenção do Grau de Mestre
em Psicologia Clínica e da Saúde, sob
orientação da Professora Doutora Rute Meneses

Porto, 2023

Resumo

CADASIL, cuja denominação é Arteriopatia Cerebral Autossômica Dominante com Enfartes Subcorticais e Leucoencefalopatia, é uma patologia genética que afeta os pequenos vasos sanguíneos do cérebro, resultando em múltiplas lesões isquêmicas. Existem 5 principais sintomas para caracterizar a doença: défices cognitivos, enxaqueca com aura, perturbações de humor, eventos isquêmicos subcorticais e apatia.

Assim, os objetivos deste estudo são: caracterizar a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva de uma amostra de indivíduos com CADASIL; explorar a relação destas com as variáveis sociodemográficas sexo e idade (Artigo 1) e com a espiritualidade (Artigo 2).

Para o efeito, após a obtenção das devidas autorizações, 40 adultos com CADASIL responderam a um Questionário Sociodemográfico, à HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Artigo 1) e à Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (Artigo 2).

Verificou-se maior sintomatologia ansiosa do que depressiva nos participantes e que a mesma era mais frequente no sexo feminino do que no sexo masculino e ia piorando à medida que a idade avançava (Artigo 1). Constatou-se ainda que os pacientes que reportaram níveis mais elevados de espiritualidade na subescala “Esperança e Otimismo” não reportaram sintomatologia depressiva nem sintomatologia ansiosa, ao contrário dos doentes com baixo nível de espiritualidade de acordo com a subescala “Esperança e Otimismo”.

Os resultados alcançados reafirmam a necessidade de considerar a espiritualidade, a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva em doentes com CADASIL, sendo importante realizar-se mais estudos neste campo, para fortalecer essas conclusões.

Palavras-Chave: CADASIL; Ansiedade; Depressão; Espiritualidade

Abstract

CADASIL, which means Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy, is a genetic pathology that affects the small blood vessels of the brain, resulting in multiple ischaemic lesions. There are 5 main symptoms to characterise the disease: cognitive deficits, migraine with aura, mood disorders, subcortical events and apathy.

Thus, the objectives of this study are to characterise the anxiety symptomatology and depressive symptomatology of a sample of individuals with CADASIL; to explore the relationship between these with the sociodemographic variables gender and age (Article 1) and with spirituality (Article 2).

For this purpose, after obtaining the necessary authorisations, 40 adults with CADASIL answered a Sociodemographic Questionnaire, the HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale (Article 1) and the Scale for the Evaluation of Spirituality in Health Contexts (Article 2).

Participants were found to have more anxious than depressive symptoms, which were more common in females than in males and worsened with age (Article 1). It was also found that patients who reported higher levels of spirituality in the "Hope and Optimism" subscale did not report depressive or anxious symptomatology, unlike patients with low levels of spirituality according to the "Hope and Optimism" subscale.

The results reaffirm the need to consider spirituality, anxiety symptoms and depressive symptoms in CADASIL patients, being important to carry out further studies in this field to reinforce these conclusions.

Keywords: CADASIL; Anxiety; Depression; Spirituality

Agradecimentos

É difícil escrever agradecimentos, não pela falta de vontade e humildade no reconhecimento da importância que outros têm sobre mim, mas principalmente por considerar que palavras não são suficientes para expressar tudo e a todos a quem o devo fazer.

A meu ver, a palavra que melhor me caracteriza é empatia. Acredito, piamente, que, qualquer bom profissional deve primar por ela, principalmente nesta área da psicologia. A capacidade de me colocar no lugar do outro. De "calçar os seus sapatos" e tentar compreender os seus sentimentos; o que está a enfrentar.

Assim, não me cabe acabar esta etapa da minha vida sem agradecer, imprescindivelmente, a todos aqueles que me apoiaram e apoiam; e que diariamente me ajudam a ser uma pessoa melhor.

À minha orientadora, Professora Doutora Rute Meneses, pela exigência e constante motivação, pelas partilhas e aprendizagens e por acreditar em mim, mesmo quando, por vezes, nem eu o fazia!

À Dra. Cécile Domingues, por ser o meu maior apoio neste que foi o início da jornada na Psicologia. O meu pilar. Por todos os ensinamentos que levo para o futuro na minha carreira profissional, mas também para a minha vida pessoal e pela amizade que construímos.

À Professora Doutora Ana Bártolo, por toda a paciência e dedicação. Por acreditar em mim e fazer-me acreditar que eu conseguia!

Ao Dr. Gustavo Cordeiro, pela sua ajuda e disponibilidade.

Aos meus pais, por me conseguirem proporcionar a realização de um dos meus maiores sonhos: ser psicóloga e por estarem sempre presentes em todas as etapas e me fazerem acreditar que tudo é possível, só é preciso muita dedicação, empenho e humildade.

À minha irmã, por todos os dias me lembrar que EU consigo e que vou ser uma ótima profissional! Por ser o meu ombro amigo e por ter sempre a palavra certa na hora certa.

À minha avó Laurinda, que mesmo eu estando longe sempre me faz sentir em casa com apenas um telefonema.

À minha Tia Bitá e ao meu Tio Jorge, por me ajudarem a relaxar depois de um dia complicado de gerir.

À Inês, por ser a amiga que mais me ajudou durante este meu último ano. Por todos os desabafos, trocas de ideias e abraços. Por ser o meu porto de abrigo.

Ao Ricardo, por ser a pessoa que me consegue ler o olhar e o coração e por ter a capacidade de me conseguir sempre acalmar nos momentos mais difíceis.

Ao meu avô, que estando no céu, estará sempre a cuidar e a torcer por mim.

Por fim, mas não menos importante, a todos os participantes que tornaram este estudo possível.

Esta conquista não é pessoal. Também é vossa! Todos remamos este barco e o levamos a bom porto. Perante tempestades e vendavais, nunca me deixaram sozinha, muito menos cair. Por toda a preocupação, carinho, paciência, força. Como referi, palavras não chegam para vos expressar todo a minha gratidão. A todos vocês, um enorme Bem-Haja!

*“ Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana “*

Carl Jung

Índice

Introdução Geral	2
Artigo 1. CADASIL: Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e relação com o sexo e idade	
Introdução.....	10
Método.....	24
Participantes.....	24
Material.....	25
Procedimento.....	25
Resultados.....	26
Discussão.....	29
Referências Bibliográficas.....	33
Artigo 2. Relação entre Espiritualidade e Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em indivíduos com CADASIL	
Introdução.....	40
Método.....	45
Participantes.....	45
Material.....	46
Procedimento.....	47
Resultados.....	48
Discussão.....	51
Referências Bibliográficas.....	54
Conclusão	59
Referências Bibliográficas (Dissertação)	63

Índice de Tabelas

Artigo 1. CADASIL: Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e relação com o sexo e idade

Tabela 1 - *Caracterização Sociodemográfica da Amostra*..... 24

Tabela 2 - *Diferenças na Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em função do Sexo*... 27

Tabela 3 - *Diferenças na Distribuição da Severidade da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em função do Sexo*..... 28

Artigo 2. Relação entre Espiritualidade e Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em indivíduos com CADASIL

Tabela 1 - *Associação entre Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e as Dimensões da Espiritualidade*..... 49

Tabela 2 - *Comparação da Espiritualidade em função da Gravidade da Sintomatologia Ansiosa*..... 50

Tabela 3 - *Comparação da Espiritualidade em função da Gravidade da Sintomatologia Depressiva*..... 50

Introdução Geral

Introdução Geral

O presente estudo está inserido no contexto do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Esta pesquisa está estruturada em quatro partes, que incluem uma introdução geral, dois artigos e uma conclusão. O primeiro artigo tem como objetivo caracterizar a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva da amostra, explorando a relação destas com as variáveis sociodemográficas sexo e idade. O segundo artigo visa explorar a relação entre espiritualidade e a sintomatologia ansiosa e depressiva da amostra. Cada artigo compreende uma introdução, com a síntese da literatura revista, seguida pelo método, que é subdividido em participantes, material utilizado e procedimento, seguido pelos resultados e sua discussão, e, por fim, as referências bibliográficas. São ainda apresentadas as referências bibliográficas de toda a dissertação.

A motivação pessoal para esta investigação deve-se à mesma ter sido diagnosticada na minha família. Tanto o meu bisavô como a minha avó, duas tias (já tendo falecido uma com CADASIL) e a minha mãe tem esta doença genética. Quando a minha mãe foi diagnosticada com esta doença isso interferiu/ interfere na sua vida, quer nas suas relações pessoais como familiares, daí o meu interesse em perceber se a nível geral, as pessoas que suportam esta doença, tem as mesmas dificuldades.

A CADASIL é uma doença genética rara e até ao momento não existe tratamento eficaz, o que leva a mesma a ser uma doença crónica (Corte Real & Zeferino, 2022). Os médicos de família podem desempenhar um papel no diagnóstico, incluindo aconselhamento genético e gestão de fatores de risco vasculares e sintomas, prestando ao doente e à sua família apoio necessário (Corte Real & Zeferino, 2022).

De acordo com a Associação Europeia de Doentes com Doenças Raras, uma doença rara, também conhecida como “doença órfã”, refere-se a qualquer doença que afeta uma pequena percentagem da população (Souza et al., 2019). É caracterizada por uma vasta gama de sintomas que variam de doente para doente (Souza et al., 2019). Os

sintomas das doenças raras nem sempre aparecem aquando o diagnóstico, mas persistem durante o ciclo de vida do doente (Souza et al., 2019).

É importante referir que as doenças genéticas raras são complexas e podem causar degeneração e debilitação crónica, afetando as capacidades mentais, físicas, comportamentais e sensoriais dos pacientes e dos seus familiares (Souza et al., 2019). O que quer dizer que, dependendo das especificidades de cada doença e da forma como ela afeta a vida das pessoas, quer dos doentes quer dos seus familiares, serão necessários vários cuidados ao longo do tempo (Souza et al., 2019).

Quando se fala de doença mental, hoje em dia, sabe-se que a mesma está relacionada com um aumento do risco de doença física, podendo também acontecer o contrário (Hert et al., 2018 ; Park et al., 2020).

As pessoas com doenças crónicas têm duas a três vezes mais probabilidades de desenvolver doenças mentais do que o público em geral (Naylor et al., 2012). O contrário também ocorre: a doença mental muitas vezes causa ou complica problemas de saúde (Naylor et al., 2012).

O Plano Nacional de Saúde destaca a importância da saúde mental nos cuidados de saúde primários, reconhecendo-a como uma questão que merece especial atenção (DGS, 2017). Enfatiza o papel crucial da saúde mental na promoção da saúde e na prevenção de doenças mentais (DGS, 2017).

De acordo com informações fornecidas pela Organização Mundial da Saúde, tem-se observado um aumento no número de casos de depressão, tendo ultrapassado os 300 milhões em 2015, ou seja, 4,4% da população mundial, o que é bastante parecido com o número de pacientes com sintomatologia ansiosa (OMS, 2017).

Em Portugal, as perturbações de ansiedade foram as mais prevalentes, impactando cerca de 9% da população, seguidas pelas perturbações depressivas (6%)

(Expresso, 2023). No que diz respeito à depressão, as mulheres portuguesas apresentam taxas mais elevadas do que os homens, uma tendência também observada em outros países da União Europeia (Expresso, 2023). Contudo, os dados em Portugal destacam uma notável disparidade de género na prevalência da depressão, com 2,2 mulheres relatando sofrer de depressão para cada homem, em comparação com a média do bloco que é de 1,6 mulheres para cada homem (Expresso, 2023). Por outro lado, os homens têm quase quatro vezes mais probabilidade de cometer suicídio, indicando que a taxa de suicídio em Portugal é inferior à média da União Europeia e registrou uma queda superior a 10% na última década (Expresso, 2023).

Considerando que uma doença crónica, embora possa não ser grave, possui várias características, sendo uma delas a ausência de cura ou ter uma longa duração, ela acaba por poder resultar em complicações graves, exigindo uma gestão contínua em vez de uma cura definitiva (Meneses et al., 2013). Essas condições podem levar à incapacidade, tendo causas irreversíveis e, por isso, requerem reeducação, adesão à terapia e adoção de um novo estilo de vida (Meneses et al., 2013). Torna-se assim evidente a importância de explorar as sintomatologias ansiosa e depressiva de indivíduos com CADASIL.

Estudos têm evidenciado diferenças na incidência dos sintomas de ansiedade e depressão em relação ao sexo e à idade (Rodrigues et al., 2016). Sendo o sexo um preditor significativo para sintomas de ansiedade e depressão (Rodrigues et al., 2016).

Quanto aos sintomas da depressão, observa-se variação conforme as faixas etárias (Schaakxs et al., 2017). Vários estudos indicam que os idosos relatam sintomas somáticos com maior frequência. Embora as pontuações totais da depressão se mantenham consistentes ao longo da vida adulta, os idosos têm maior propensão a relatar fadiga, agitação psicomotora e problemas de sono, enquanto que os mais jovens tendem a relatar irritabilidade, problemas de concentração e ansiedade (Schaakxs et al., 2017).

De maneira semelhante, os sintomas da depressão também podem variar de acordo com o sexo (Fried et al., 2014; Vesga-López et al., 2008). Mulheres são mais inclinadas a relatar sintomas somáticos como fadiga, tensão muscular, problemas de sono e problemas de apetite, enquanto homens têm maior propensão a relatar ideação suicida (Fried et al., 2014; Vesga-López et al., 2008). No que concerne à sintomatologia ansiosa não está claro se existe variabilidade nos níveis de sintomas com a idade e o sexo (Thompson et al., 2021).

Desta forma, achou-se pertinente estudar também a relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e as variáveis sociodemográficas sexo e idade numa amostra de adultos com CADASIL, utentes do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário de Coimbra, do centro de Portugal.

Por outro lado, há uns anos, a Organização Mundial da Saúde (1998) começou a expandir a sua definição de saúde para incluir uma dimensão espiritual. A Organização Mundial da Saúde e a Associação Psiquiátrica Mundial estão dedicadas a assegurar que a promoção e os cuidados de saúde mental sejam fundamentos na ciência, ao mesmo tempo que levam em consideração as questões culturais de cada paciente (Moreira-Almeida et al., 2016). Diversas organizações reconhecem a importância do cuidado religioso e espiritual como um componente essencial nos cuidados de saúde, enfatizando que os profissionais de saúde devem incorporar essas crenças nas suas práticas (Moreira-Almeida et al., 2014).

A palavra "espiritualidade" tem origem no latim "spiritus," que significa elevação, transcendência e sublimidade (Gomes et al., 2019). Nesse contexto, a espiritualidade é compreendida como uma dimensão complexa e multidimensional, um estado corajoso que estabelece uma ligação entre o mundo físico e o espiritual (Gomes et al., 2019). Essa sublimidade está intrinsecamente relacionada a experiências, sentimentos e emoções (Borragini-Abuchaim et al., 2021). A sua manifestação é influenciada por princípios individuais e culturais, incluindo fatores ambientais, religiosos e artísticos (Borragini-Abuchaim et al., 2021).

Durante aproximadamente 500 anos, a ciência e a espiritualidade foram mantidas separadas, pressupondo-se que a ciência só poderia prosperar se desvinculada da religião, devido à possibilidade desta exercer influência autoritária sobre o pensamento e o livre arbítrio (Koenig, 2012). Atualmente, no entanto, a produção de conhecimento associada à religiosidade tem se tornado mais frequente através da pesquisa científica (Koenig, 2012). Isso é notável, uma vez que a fé, quando associada de maneira positiva, pode auxiliar no tratamento, proporcionando uma aceitação mais efetiva da doença por parte do paciente (Negro-Dellacqua et al., 2019).

Conforme evidenciado pela literatura, muitas pessoas que cultivam a espiritualidade apresentam progresso significativo no tratamento de perturbações mentais, incluindo ansiedade e depressão (Monteiro et al., 2020). Assim, a transcendência é reconhecida como uma extensão importante da prática clínica, promovendo uma compreensão mais profunda e uma adaptação mais eficaz à enfermidade, resultando em paz, autoconfiança, perdão e uma imagem positiva de si mesmo (Monteiro et al., 2020).

O nível de envolvimento espiritual está associado a maior satisfação e bem-estar psicológico (Salimena et al., 2016). Estudos conduzidos por profissionais de saúde revelaram que pacientes que aderem a crenças espirituais têm maiores chances de reinserção social e apoio afetivo ou social em comparação com aqueles que se consideram céticos (Reinaldo & Fernandes, 2016).

Adicionalmente, pacientes com espiritualidade desenvolvida demonstraram redução no uso de medicamentos e uma melhor qualidade de vida quando comparados aos que não possuíam crenças religiosas (Reinaldo & Fernandes, 2016). Pacientes com perturbações mentais relataram que a experiência da sublimidade lhes proporcionou força e esperança, especialmente quando integrada à terapia e à rede de apoio (Reinaldo & Fernandes, 2016). Portanto, a espiritualidade é reconhecida como um recurso valioso

para continuar a avançar, mesmo com as limitações impostas pela doença (Reinaldo & Fernandes, 2016).

Neste contexto, considerou-se igualmente relevante analisar a relação entre as sintomatologias ansiosa e depressiva da amostra em causa e a sua espiritualidade. De facto, a literatura revela que todas estas variáveis são muito importantes para a saúde, quer física quer mental, de um doente com uma doença crónica, neste caso com CADASIL – doença crónica, genética e rara.

De uma forma geral, verificou-se que as mulheres apresentaram pontuações mais altas em relação à sintomatologia depressiva e ansiosa em comparação com os homens. Observou-se pontuações superiores na subescala de ansiedade em comparação com os sintomas depressivos. Além disso, à medida que a idade avança, há uma associação com o aumento da severidade dos sintomas depressivos relatados (Artigo 1). Foi também evidenciado (Artigo 2), que os pacientes que relataram níveis mais elevados de espiritualidade, especificamente na subescala "Esperança e Otimismo", não apresentaram sintomatologia depressiva nem sintomatologia ansiosa. Esta relação inversa não foi observada nos pacientes com níveis mais baixos de espiritualidade, conforme medido pela subescala "Esperança e Otimismo”.

Apesar dos resultados obtidos, a análise das diferenças entre os grupos foi restrita devido ao tamanho limitado da amostra. Além disso, a representação reduzida do sexo masculino no estudo, contribuiu para o tornar menos diversificado. Em relação à revisão da literatura, a mesma também enfrentou limitações, especialmente no que diz respeito à doença em si. Isso ocorre porque os estudos sobre CADASIL ainda são escassos, deixando muito a ser descoberto.

Artigo 1

CADASIL: Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e relação com o sexo e idade

CADASIL: Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e relação com o sexo e idade

Introdução

A doença CADASIL tem despertado considerável interesse como um modelo de demência vascular subcortical, apesar de ser ainda pouco compreendida, dado o seu caráter altamente complexo em todos os aspectos (Santos, 2020).

Esta condição é marcada pela obstrução das artérias cerebrais de pequeno calibre e é causada por mutações no gene NOTCH3, situada no cromossoma 19 (Silva et al., 2021). As alterações consequentes na conformação da proteína transmembranar levam progressivamente ao desenvolvimento de alterações na substância branca do cérebro e de pequenos enfartes subcorticais (Silva et al., 2021). Apresenta curso progressivo e potencialmente grave e não tem relação com o sexo, apesar dos sintomas mais comuns diferirem entre homens, sendo frequentemente associados a acidente vascular cerebral, e mulheres, que tipicamente apresentam enxaqueca com aura (Silva et al., 2021).

Embora a variabilidade clínica nesta doença seja grande, as principais características clínicas são cinco - eventos isquémicos subcorticais, enxaqueca com aura, apatia, défices cognitivos e perturbações de humor – observando-se que a frequência desses sintomas varia conforme a idade e a duração da doença (Santos, 2020). Embora cada uma das cinco manifestações principais possa surgir de maneira isolada, é notável que elas se apresentem predominantemente de forma contínua (Santos, 2020).

No contexto da apresentação clínica de CADASIL, alguns pacientes portadores da mutação podem permanecer assintomáticos por um período prolongado, apesar da presença de lesões claramente identificáveis na ressonância magnética (Santos, 2020). Em contrapartida, outros pacientes manifestam uma ampla gama de sintomas, sendo os principais caracterizados por dores de cabeça intensas, depressão e/ou ansiedade, e comprometimento cognitivo (Santos, 2020).

Alterações de humor e outros sintomas psiquiátricos, como ansiedade, depressão e eventos psicóticos, geralmente manifestam-se após o diagnóstico, especialmente a partir dos 40 anos, em pacientes que têm histórico de episódios isquêmicos recorrentes e alterações cognitivas (Santos, 2020). Conforme mencionado anteriormente, a apatia é identificada em cerca de 40% dos pacientes com CADASIL, podendo coexistir com sintomas depressivos ou estar associada a outros sintomas neuropsiquiátricos (Santos, 2020).

Estudos destacam que sintomas psicológicos podem surgir desde o início da doença, muitas vezes antes do declínio cognitivo, sublinhando a importância da detecção precoce (Silva et al., 2021). Essas alterações psicológicas podem ter um impacto significativo na qualidade de vida do paciente e dos seus familiares (Silva et al., 2021).

A ansiedade é um estado emocional caracterizado pelo medo (Baptista & Neto, 2022). Apesar da conotação negativa da palavra, o medo é uma resposta emocional universal que tem uma função adaptativa e de preservação da espécie (Baptista & Neto, 2022). Se as pessoas não sentissem algum grau de medo em resposta a um perigo ou ameaça iminente, provavelmente não teriam a capacidade para lidar com certas adversidades de forma eficaz (Baptista & Neto, 2022). Como resultado, a ansiedade funciona como um alarme, que possui uma variedade de sinais - fisiológicos, cognitivos e comportamentais - que permitem ao indivíduo responder à situação (Baptista & Neto, 2022). Porém, se a sua intensidade, frequência e duração “for desproporcional ao estímulo que a produz, a ansiedade perde o seu valor adaptativo afetando a qualidade de vida de quem a experiência” (Baptista & Neto, 2022, p. 179).

Segundo Castillo (2000), a ansiedade é descrita como um sentimento difuso e desagradável de medo, caracterizado pelo perigo de coisas desconhecidas ou estranhas e às vezes desagradáveis.

Porém, Grazziano e Bianchi (2004) apontaram que a ansiedade primária é um fenómeno do dia a dia. A sua intensidade e duração varia de doente para doente, de acordo com as diferentes circunstâncias (Grazziano & Bianchi, 2004).

Skinner (2000) define ansiedade como uma condição emocional complexa causada por uma série de estímulos. Quando uma pessoa se depara com situações desagradáveis que causaram um grande aumento de ansiedade, então quando submetida a situações semelhantes, vai associar a ansiedade aos acontecimentos ocorridos (Skinner, 2000). A exposição a estímulos aversivos produz uma resposta de ansiedade, bem como sintomas somáticos no sistema nervoso autónomo (Skinner, 2000).

Segundo Torres (2010), o medo condicionado envolve um tipo de condicionamento Pavloviano em que os sujeitos são treinados para associar estímulos neutros a estímulos incondicionais aversivos. Assim, o medo aprendido não só gera respostas defensivas, mas também permite que estímulos ambientais associados também o façam (Torres, 2010). Este é o mecanismo pelo qual todos os seres humanos aprendem a temer pessoas, objetos e animais (Torres, 2010).

A sintomatologia ansiosa e o medo assumem um carácter patológico quando se apresentam de maneira exagerada e desproporcional em relação aos estímulos, ou quando são qualitativamente distintos da resposta considerada normativa para a respectiva faixa etária (Castillo, 2000).

Em algumas situações, comportamentos evitativos invasivos têm o potencial de diminuir os níveis de medo ou ansiedade (APA, 2014). Os ataques de pânico destacam-se entre as diversas formas de reação ao medo presentes nas perturbações de ansiedade (APA, 2014). É importante notar que esses ataques não se restringem exclusivamente às perturbações de ansiedade, sendo frequentemente observados noutras perturbações mentais (APA, 2014).

As perturbações de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evitamento, e na ideação cognitiva associada (APA, 2014).

Muitas das perturbações de ansiedade têm origem na infância e têm a tendência de persistir se não forem tratadas (APA, 2014). A maioria dessas perturbações ocorre com maior frequência em indivíduos do sexo feminino em comparação com o sexo masculino, com uma proporção aproximada de 2:1 (APA, 2014). O diagnóstico de cada perturbação de ansiedade é estabelecido quando os sintomas não podem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância ou medicamento, a outra condição médica, ou quando não são mais adequadamente explicados por outra perturbação mental (APA, 2014).

Conforme descrito no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, uma pessoa com perturbação de ansiedade de separação experimenta um nível de receio ou ansiedade em relação à separação das figuras de vinculação que é considerado inadequado para o seu desenvolvimento (APA, 2014). Isso manifesta-se por uma preocupação persistente e excessiva sobre possíveis danos às figuras de vinculação, o receio de eventos que possam resultar na perda ou separação delas, relutância em se afastar dessas figuras, além de pesadelos e sintomas físicos de mal-estar (APA, 2014). Embora os sintomas geralmente se manifestem na infância, é possível que perdurem ao longo da vida adulta (APA, 2014).

O mutismo seletivo é caracterizado por uma incapacidade persistente em falar em situações sociais em que há a expectativa de que se fale (por exemplo, na escola) apesar de o indivíduo o fazer noutras situações (APA, 2014). Essa incapacidade tem consequências importantes no rendimento académico ou ocupacional ou interfere na comunicação social normal (APA, 2014).

Os indivíduos com uma fobia específica têm medo, ou ansiedade, ou evitam, objetos ou situações específicas (APA, 2014). Ao contrário do que acontece noutras

perturbações de ansiedade, não é característica desta perturbação uma ideação cognitiva específica (APA, 2014). O medo, ansiedade e evitamento são respostas quase sempre induzidas de imediato pela situação fóbica a um nível persistente e desproporcionado ao seu risco real (APA, 2014).

Na perturbação de ansiedade social (fobia social), o indivíduo tem medo, ou ansiedade, ou evita, interações e situações sociais que envolvam a possibilidade de ser observado (APA, 2014). A ideia central da ideação cognitiva é o medo de ser avaliado de forma negativa por outras pessoas, experimentando a possibilidade de vergonha, humilhação, rejeição ou ofensa por parte delas (APA, 2014).

Na perturbação de pânico, o indivíduo experimenta ataques de pânico recorrentes e inesperados e está persistentemente apreensivo ou preocupado com o facto de poder ter mais ataques de pânico ou que estes provoquem mudanças no seu comportamento de forma desadaptativa (APA, 2014). Os ataques de pânico são aumentos abruptos de medo ou desconforto intensos que atingem um pico em minutos e que se acompanham de sintomas físicos e/ou cognitivos (APA, 2014). Os ataques de pânico desempenham um papel significativo como indicadores e fatores prognósticos para avaliar a gravidade do diagnóstico, o curso e as comorbidades de várias perturbações, abrangendo não apenas as perturbações de ansiedade, mas também outras condições como o uso de substâncias, perturbações depressivas e psicóticas (APA, 2014).

Indivíduos com agorafobia têm medo ou ansiedade de 2 ou mais das seguintes situações: utilizar transportes públicos; estar em espaços abertos; estar em espaços fechados, estar numa fila ou numa multidão; estar sozinho fora de casa (APA, 2014). O indivíduo receia estas situações devido a pensamentos de que a fuga poderá ser difícil ou de que a ajuda poderá não estar disponível no caso de desenvolver sintomas de tipo ataque de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos (APA, 2014). Estas situações induzem quase sempre medo ou ansiedade e são muitas vezes evitadas (APA, 2014).

Na perturbação de ansiedade generalizada, as características chave são a ansiedade e a preocupação persistentes e excessivas em vários domínios (APA, 2014). Além disso, o indivíduo experimenta sintomas físicos, incluindo agitação, nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou sensação de ficar com a mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono (APA, 2014).

A perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento envolve ansiedade devida à intoxicação ou abstinência de uma substância ou de um medicamento (APA, 2014). Na perturbação de ansiedade devida a outra condição médica, os sintomas da ansiedade são a consequência fisiológica de outra condição médica (APA, 2014).

Segundo Barnhill (2014), a depressão significa tristeza como sintoma, mas como diagnóstico aplica-se também a pessoas que negam sentir-se tristes; o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais menciona que “a tristeza pode ser inicialmente negada, mas pode ser evidenciada através da entrevista ou inferida a partir da expressão facial ou do comportamento” (APA, 2014, p. 192).

O estado de humor deprimido é uma experiência humana comum e normal, no entanto, pode também indicar uma condição extremamente debilitante, angustiante e, em casos mais graves, potencialmente fatal (Barnhill, 2014). A depressão pode manifestar-se de várias maneiras, com muitas comorbidades e fatores precipitantes (Barnhill, 2014).

A depressão é a maior causa de sofrimento, mais do que qualquer outra perturbação que afeta os seres humanos (Baptista & Neto, 2022). É uma das perturbações mais comuns que os profissionais de saúde mental encontram (Baptista & Neto, 2022). A depressão é um problema debilitante, incapacitante e que afeta a população, exigindo muitos recursos (Baptista & Neto, 2022). É provável que ocorra novamente após a primeira manifestação, apresentando assim um alto risco de recaída, e pode ser considerada como uma doença crónica (Baptista & Neto, 2022).

Quando a depressão é crônica e recorrente, pode causar prejuízos em múltiplos aspectos da vida de um sujeito (Lima & Fleck, 2010). A melhoria dos sintomas pode não implicar diretamente na recuperação do funcionamento anterior do ser humano (Lima & Fleck, 2010). Portanto, para determinar o verdadeiro impacto da depressão, é necessário avaliar os resultados multidimensionais e mais amplos, em vez de simplesmente se focar na redução dos sintomas (Lima & Fleck, 2010).

Segundo Teodoro (2010), a depressão é categorizada como uma perturbação mental que resulta de uma interação complexa entre fatores orgânicos, psicológicos e ambientais. Sendo a depressão caracterizada como uma variável crucial nas pesquisas sobre saúde mental, a mesma é caracterizada por “lenificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável, redução da energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração” (Schmidt et al., 2011, p. 488).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais “ as perturbações depressivas incluem perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major (incluindo o episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada “ (APA, 2014, p. 183).

Todas essas perturbações compartilham uma característica comum: a presença de sentimentos de tristeza, vazio ou irritabilidade, acompanhada por mudanças significativas somáticas e cognitivas que tem um grande impacto na capacidade funcional do indivíduo (APA, 2014). As diferenças entre essas perturbações residem em questões como a duração, o momento e a suposta causa (APA, 2014).

A perturbação depressiva major, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, é a condição clássica nesse conjunto de perturbações (APA,

2014). Caracteriza-se por episódios distintos que duram pelo menos duas semanas (embora a maioria dos episódios geralmente dure mais tempo) e apresentam alterações bem definidas no humor, cognição e funções neurovegetativas, com períodos de remissão entre os episódios (APA, 2014). A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras predisposições para perturbações depressivas, e o tratamento com antidepressivos pode facilitar a recuperação (APA, 2014).

A perturbação depressiva persistente (distímia), uma forma mais crónica de depressão, pode ser diagnosticada quando o distúrbio do humor persiste por pelo menos dois anos em adultos ou um ano em crianças, conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2014).

Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, episódios depressivos podem estar vinculados a várias substâncias de abuso, certos medicamentos prescritos e diversas condições médicas (APA, 2014). Essa conexão é reconhecida nos diagnósticos de perturbação depressiva induzida por substância/ medicamento e perturbação depressiva devida a outra condição médica (APA, 2014).

Quando a depressão ocorre em pacientes com CADASIL, isso representa um desgaste significativo para o cuidador ou companheiro e exerce um impacto substancial na qualidade de vida do indivíduo (Silva et al., 2021). Alguns autores chegam a sugerir que a presença da depressão pode ser um preditor mais robusto da deterioração da qualidade de vida do que a capacidade funcional do paciente (Silva et al., 2021).

O instrumento de avaliação - HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) - é amplamente utilizado em prática clínica e hospitalar e demonstra ter bons resultados em diferentes populações (Silva et al., 2011)

Num estudo com 183 indivíduos saudáveis usou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão para determinar a prevalência das mesmas (Silva et al., 2011).

Quando falamos de ansiedade, os resultados da investigação, apontam uma média = 6,0 e Desvio Padrão = 3,7, sendo que não foram encontradas quaisquer associações significativas com o sexo nesta amostra (Silva et al., 2011).

Relativamente à depressão, existe uma média = 5,6 e Desvio Padrão = 4,0. Tal como na ansiedade, na depressão também não foram identificadas associações significativas com o sexo de indivíduos saudáveis (Silva et al., 2011).

Face à reduzida investigação identificada sobre o tema, apresenta-se de seguida a caracterização da ansiedade e depressão de indivíduos com Doença de Huntington, Doença de Pequenos Vasos Cerebrais de tipo Esporádico, Acidente Vascular Cerebral, Esclerose Múltipla e Epilepsia, pelas suas afinidades com a CADASIL.

No que diz respeito à Doença de Huntington, Konrad (2003) afirma que, ao analisar famílias que possuem essa doença, observou que se trata de uma doença genética hereditária, como a CADASIL, sendo também autossómica dominante. A doença de Huntington, tal como a CADASIL, apresenta uma característica de ansiedade, no entanto, Konrad (2003) acredita que existe uma distinção entre os doentes serem assintomáticos e serem considerados pré-sintomáticos, ou seja, alguém que desenvolverá a doença no futuro, mas que não está realmente doente no presente. Em ambas as situações as pessoas desenvolvem algum tipo de ansiedade (Konrad, 2003).

A conclusão geral de vários estudos é que, embora os sintomas psiquiátricos possam ocorrer em qualquer estado de doença, os mesmos em 31% dos casos são a primeira manifestação da Doença de Huntington (Ribeiro, 2006). A depressão é a doença mental mais comum: uma revisão da literatura sobre Depressão Major em Doença de Huntington feita por Slaughter et al. mostrou que a prevalência de depressão em Doença de Huntington foi de 30% em 16 estudos (Ribeiro, 2006).

No que diz respeito à ansiedade, a pesquisa de Pfanz et al. destaca que a mesma é um sintoma precoce, com 23% dos homens e 13% das mulheres que sofrem de

ansiedade generalizada (Ribeiro, 2006). Levy et al. encontraram uma correlação positiva entre ansiedade e depressão em pacientes ambulatoriais em Doença de Huntington, razão pela qual alertam que a depressão deve ser investigada quando há presença de ansiedade (Ribeiro, 2006).

No que concerne à Doença de Pequenos Vasos Cerebrais e às várias doenças que a compõem, a CADASIL pertence ao grupo das Doenças de Pequenos Vasos Cerebrais tipo 3 (Genéticas) (Santos, 2020). Um estudo de Charlton et al. (2006) mostrou que pacientes com CADASIL e Doença de Pequenos Vasos Cerebrais de tipo Esporádico tinham características neuropsicológicas semelhantes. As manifestações emocionais relatadas com mais frequência na Doença de Pequenos Vasos Cerebrais de tipo Esporádico, bem como na variante genética da Doença de Pequenos Vasos Cerebrais CADASIL foram a depressão e a apatia (Brooks et al., 2013).

Num estudo com uma amostra de 34 participantes, cujo objetivo era avaliar a ansiedade e a depressão, assim como a relação de ambas com as doenças CADASIL e Doença de Pequenos Vasos Cerebrais Esporádica, a amostra CADASIL consistiu em 17 doentes, predominantemente do sexo feminino ($n=13$; 76,5%) (Santos, 2020). A média da idade foi de 56,06 anos ($DP=10,703$), com uma idade mínima de 30 anos e máxima de 69 anos (Santos, 2020). A amostra de Doença de Pequenos Vasos Cerebrais Esporádica também foi composta por 17 participantes, sendo a maioria do sexo feminino ($n=13$; 88,2%) (Santos, 2020). A média da idade para esta amostra foi de 49,59 anos ($DP=10,038$), com idade mínima de 34 anos e máxima de 67 anos (Santos, 2020).

No estudo de Santos (2020), na subescala de ansiedade, a média da pontuação numa amostra de 17 doentes com CADASIL foi 10 ($DP=3,410$), valor abaixo do ponto de corte de 11 para ambas as subescalas, conforme referido por Pais-Ribeiro *et al.* (2007), indicando a ausência de sintomas de ansiedade na amostra CADASIL (Santos, 2020). No entanto, uma proporção significativa de participantes (41,17%) apresentou sintomas de ansiedade (Santos, 2020). Em relação à subescala de depressão, a

pontuação média da amostra CADASIL foi de 11,41 pontos ($DP=3,163$), sugerindo a presença de sintomas depressivos na média da amostra avaliada (Santos, 2020). Apenas 23,52% dos participantes não manifestaram sintomas depressivos (Santos, 2020).

Para a amostra de Pequenos Vasos Cerebrais Esporádica, na subescala de ansiedade, a pontuação média foi de 8,82 pontos ($DP=5,028$), ficando abaixo do ponto de corte que indica a ausência de sintomas de ansiedade (Santos, 2020). No entanto, uma parcela significativa (35,29%) dos participantes apresentou sintomas de ansiedade (Santos, 2020). Na subescala de depressão, a pontuação média da amostra foi de 7,00 pontos ($DP=4,472$), indicando a ausência de sintomas depressivos, sem nenhum participante ultrapassando o respectivo ponto de corte (Santos, 2020).

Após a comparação das variáveis ansiedade e depressão entre as duas amostras (CADASIL e Pequenos Vasos Cerebrais Esporádica), foram identificadas diferenças significativas na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão ($p=0,025$), particularmente na subescala de depressão ($p=0,002$) (Santos, 2020). A média do nível da sintomatologia depressiva nos pacientes com CADASIL foi mais elevada ($M=11,41$, $DP=3,163$), ultrapassando inclusive o ponto de corte de 11 pontos, indicando que a amostra CADASIL apresentou níveis mais elevados de sintomas depressivos em comparação com a amostra de Pequenos Vasos Cerebrais Esporádica (Santos, 2020).

De acordo com informações do Serviço Nacional de Saúde de 2019, o Acidente Vascular Cerebral é caracterizado por um déficit neurológico súbito resultante de um bloqueio no fornecimento de sangue ao cérebro (isquemia) ou de uma hemorragia na região cerebral. Há uma associação notável entre o Acidente Vascular Cerebral e a CADASIL, pois o Acidente Vascular Cerebral é considerado um dos principais sintomas desta doença (Spranger, 2022).

Em 2023, um estudo conduzido por Reis investigou um grupo de 51 participantes, cuja média de idade foi de 67,7 anos. A maioria dos indivíduos no estudo havia enfrentado um episódio de Acidente Vascular Cerebral isquémico, com 25,5%

relatando experiências anteriores de Acidente Vascular Cerebral e 21,6% indicando histórico de infecção por COVID-19 (Reis, 2023).

Os resultados revelaram que sintomas de ansiedade foram identificados em 52,9% dos participantes, enquanto que sintomas depressivos estavam presentes em 51% da amostra (Reis, 2023). As médias dos scores na subescala de ansiedade foram de 7,75, com um $DP=4,26$, enquanto na subescala de depressão, as médias foram de 9,00, com um $DP=5,35$ (Reis, 2023).

No que diz respeito à ansiedade, foram identificadas diferenças significativas entre os grupos, sendo o sexo feminino considerado um preditor de ansiedade nesta amostra (Reis, 2023). No entanto, no contexto da depressão, não foram observadas diferenças significativas em relação ao sexo (Reis, 2023). Em contrapartida, o histórico prévio de Acidente Vascular Cerebral e pontuações mais elevadas na Escala de Acidente Vascular Cerebral do National Institutes of Health foram identificados como preditores para a presença de sintomas depressivos (Reis, 2023).

A Esclerose Múltipla é uma condição crónica que afeta predominantemente o sistema nervoso central, sendo caracterizada por desmielinização e uma resposta imunológica proeminente (Perdicoúlis, 2022). Esta doença é uma das principais causas de incapacidade neurológica em jovens e adultos em escala global (Perdicoúlis, 2022).

Quando se considera um diagnóstico diferencial para a Esclerose Múltipla, destaca-se a CADASIL (Perdicoúlis, 2022). Ambas, a Esclerose Múltipla em estágios avançados e a CADASIL, manifestam alterações na substância branca do cérebro (Santos, 2020; Seabra et al., 2019).

Num estudo que abrangeu 312 pacientes diagnosticados com Esclerose Múltipla, conduzido por Silva et al. em 2011, o objetivo era identificar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como explorar possíveis associações com

fatores clínicos. Para a realização dessa avaliação, foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Silva et al., 2011).

Ao analisar a relação entre a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, com o sexo e a idade, observou-se que as pacientes do sexo feminino apresentaram pontuações significativamente mais elevadas em ambas as subescalas de ansiedade e depressão em comparação com os pacientes do sexo masculino com Esclerose múltipla. (Silva et al., 2011). Especificamente, a média para ansiedade foi de 8,6 com um $DP=4,3$ para mulheres, em comparação com uma média de 6,5 e $DP=4$ para homens (Silva et al., 2011). No caso da depressão, as mulheres registraram uma média de 6,1 com um $DP=4,1$, enquanto os homens apresentaram uma média de 4,5 com $DP=3,7$ (Silva et al., 2011).

Além disso, os scores de depressão mostraram uma correlação positiva significativa com a idade ($r= 0,312$, $p<0,001$), indicando que à medida que a idade dos pacientes com Esclerose Múltipla avançava, os scores de depressão tendiam a ser mais elevados (Silva et al., 2011). Relativamente à ansiedade não se encontrou qualquer tipo de relação com a idade (Silva et al., 2011).

A epilepsia é caracterizada por uma predisposição persistente do cérebro a experimentar crises epilépticas recorrentes, acompanhada por suas implicações neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais (Fisher et al., 2014). Em sintonia com essa definição conceitual, é observado que as pessoas com epilepsia enfrentam desafios em três dimensões distintas: física, mental e social (Devinsky, 2000).

Indivíduos com epilepsia enfrentam um considerável risco de desenvolver depressão e ansiedade, podendo esse risco ser até duas a três vezes maior em comparação com aqueles sem epilepsia (Noe, 2019).

No contexto das perturbações de ansiedade em pacientes com epilepsia, a prevalência alcança até 30,8% ao longo da vida e até 15,6% na ocorrência atual (Gurgu et al., 2021).

No que diz respeito à CADASIL, as convulsões são consideradas um sintoma incomum, geralmente ocorrendo no estágio avançado da doença, após o início do Acidente Vascular Cerebral (Chen et al., 2019). A incidência de convulsões em pacientes com CADASIL é relativamente baixa, variando de cinco a dez por cento, e raramente se manifesta como um sintoma inicial ou precoce (Chen et al., 2019). Num estudo com 102 pacientes com CADASIL, apenas 10 apresentaram crises epiléticas, a maioria dos quais tinha histórico prévio de Acidente Vascular Cerebral, sugerindo uma etiologia estrutural para as convulsões (Chen et al., 2019).

Num estudo com 313 pacientes com epilepsia ($M= 31,5$ anos e $DP=2,3$ anos), 150 eram mulheres (47,9%) (Wei et al., 2021). Dos 313 participantes, 206 indivíduos com epilepsia atingiram o ponto de corte para ansiedade, com uma pontuação no questionário de 7 itens sobre perturbação de ansiedade generalizada, superior a 6 (33,8%), enquanto 136 ultrapassaram o ponto de corte para depressão no questionário de saúde do paciente, com uma pontuação superior a 6 (43,4%) (Wei et al., 2021). Noventa e um pacientes atingiram o ponto de corte para ambos, depressão e ansiedade (29,1%) (Wei et al., 2021). Adicionalmente, 15 pacientes alcançaram o ponto de corte para ansiedade sem ultrapassar o ponto de corte para depressão, e 45 pacientes atingiram o ponto de corte para depressão sem cruzar o ponto de corte para ansiedade (Wei et al., 2021). Por fim, 162 pacientes (51,7%) não atingiram o ponto de corte para ansiedade nem para depressão (Wei et al., 2021).

Neste contexto, o objetivo do presente estudo é caracterizar a sintomatologia ansiosa e depressiva de uma amostra de adultos com CADASIL e explorar a relação destas sintomatologias com duas variáveis sociodemográficas: sexo e idade.

Método

- Participantes

Ao analisar a Tabela de Caracterização Sociodemográfica da Amostra deste estudo (Tabela 1), observa-se que a amostra é composta por 40 participantes com a Doença CADASIL, doentes do Hospital Universitário de Coimbra, que permitiram a coleta de dados. Dos 40 participantes, 28 são mulheres e 12 homens. A maioria dos indivíduos são casados/estão em união de facto, seguindo-se os participantes com o ensino superior. A idade dos mesmos está compreendida entre os 33 anos e os 77 anos ($M=56,25$ anos e $DP=12,69$ anos).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Características	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	28	70,0
Masculino	12	30,0
Estado Civil		
Casado/União de Facto	23	57,5
Divorciado	7	17,5
Solteiro	7	17,5
Viúvo	3	7,5
Habilitações Literárias		
Ensino Primário	7	17,5
Ensino Básico	5	12,5
Ensino Secundário	9	22,5
Ensino Superior	19	47,5

- Material¹

Foram utilizados dois instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, para caracterizar a amostra, e outro para avaliar a Sintomatologia Ansiosa e a Sintomatologia Depressiva.

O Questionário Sociodemográfico era composto pelos dados relativos ao Sexo, à Idade, ao Estado Civil e às Habilitações Literárias.

Para avaliar a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva foi usada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2007). Esta escala é constituída por duas subescalas, uma para a ansiedade e outra para a depressão, cada uma com sete itens e 4 opções de resposta para cada item, sendo cada uma classificada separadamente (Pais-Ribeiro et al., 2007). No que diz respeito à resposta, a mesma tem que ter por base a última semana do doente (Pais-Ribeiro et al., 2007). A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão leva entre dois e cinco minutos a ser respondida (Pais-Ribeiro et al., 2007). No que diz respeito à sua cotação, uma nota entre 0 e 7 corresponde a sintomatologia ansiosa e depressiva normal, entre 8 e 10 sintomatologia leve, entre 11 e 14 moderada e entre 15 e 21 grave (Pais-Ribeiro et al., 2007).

- Procedimento

Inicialmente, foi solicitada, e obtida, autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação pelos respetivos autores (da versão Portuguesa). Posteriormente, o projecto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Universitário de Coimbra.

Seguidamente, os pacientes foram contactados por via telefónica pela primeira autora. A mesma explicou brevemente o estudo e informou os doentes, que caso

¹ Por questões éticas e por indicação da orientadora, o protocolo de avaliação e as devidas autorizações são apresentadas em dossier separado, apenas aos membros do júri.

quisessem pertencer a esta investigação, iriam receber um *email* com o Consentimento Informado e com um *link* para responderem aos instrumentos de avaliação. Obteve-se o Consentimento Informado via *email* e posteriormente, as respostas aos instrumentos foram inseridas pelos participantes numa plataforma *online* (*Microsoft Forms*).

A base de dados criada pelo *Microsoft Forms* foi convertida numa base de dados em SPSS para serem realizadas as respectivas análises estatísticas. Para a caracterização sociodemográfica bem como da sintomatologia ansiosa e depressiva reportada pelos doentes com CADASIL, foram usadas estatísticas descritivas nomeadamente : médias, medianas, amplitude interquartil e análises de frequências. A comparação dos sintomas entre sexo foi efetuada com recurso ao teste não paramétrico *Mann-whitney*. Foi ainda analisada a distribuição dos níveis de severidade dos sintomas considerando o sexo. Para essa comparação ao nível das distribuições, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. Adicionalmente foi ainda conduzida uma condução de *Sperman*, no sentido de identificar a força da associação entre a idade e os sintomas da ansiedade e da depressão reportados pelos doentes. O recurso à estatística paramétrica associada aos diferentes testes utilizados, deveu-se à violação dos pressupostos de normalidade.

Resultados

De forma abrangente, os resultados revelaram que, entre os pacientes com CADASIL, 60% (n=22) apresentaram sintomas de ansiedade classificados como normais e leves, distribuídos igualmente em 30%. Em contrapartida, 35% (n=14) dos pacientes manifestaram uma sintomatologia ansiosa moderada, enquanto apenas 5% (n=2) relataram sintomas ansiosos severos.

A média da amostra para pacientes com sintomatologia ansiosa é de 8,98 ($DP=3,704$), com uma mediana de 9,00 e um intervalo interquartil de 6,00. Os valores mínimos e máximos observados são 2 e 16, respetivamente.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva, 45% (n=18) dos participantes relataram sintomas normais, 30% (n=12) apresentaram sintomas leves, e 25% (n=10) exibiram sintomas moderados. É relevante destacar que nenhum dos participantes relatou sintomas depressivos graves.

A média da amostra para pacientes com sintomatologia depressiva, é de 7,57 (DP=3,054), com uma mediana de 8,00 e um intervalo interquartil de 5,75. Os valores mínimos e máximos para sintomatologia depressiva são 1 e 12, respetivamente.

A análise das diferenças de sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes com CADASIL em função do sexo revelou que as mulheres apresentavam níveis significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva em comparação com os homens (Tabela 2).

No entanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nos níveis de ansiedade reportados, ainda que os valores da amostra feminina fossem mais elevados (indicadores de sintomatologia mais grave) do que os da amostra masculina (Tabela 2).

Tabela 2

Diferenças na Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em função do Sexo

	Feminino			Masculino			U	p
	M	Md	AIQ	M	Md	AIQ		
Sintomatologia Ansiosa	9,57	9,50	4	7,58	6,00	8,5	120	0.163
Sintomatologia Depressiva	8,39	9,00	5	5,67	5,00	3,25	83.50	0.011

Quando analisada a distribuição da sintomatologia ansiosa e da sintomatologia depressiva pelos níveis de severidade, considerando ambos os sexos, verificou-se ainda que 32,1 % das mulheres apresentavam sintomas de depressão moderados e apenas 8,3% dos homens reportavam níveis de sintomatologia similares. Assim, foram

encontradas diferenças ao nível da distribuição da severidade dos sintomas de depressão entre os grupos. Os dados acerca da distribuição dos níveis de severidade dos sintomas, considerando a amostra em estudo, encontram-se reportados na tabela 3

No que concerne à sintomatologia ansiosa, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos níveis de severidade, contudo 39,3% das mulheres apresentaram sintomas moderados e apenas 25% dos homens reportaram sintomatologia no nível de severidade similar.

Tabela 3

Diferenças na Distribuição da Severidade da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em função do Sexo

	Feminino	Masculino	χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Sintomatologia Ansiosa			4,172	0,243
Normal	6 (21,4 %)	6 (50,0%)		
Leve	10 (35,7%)	2 (16,7%)		
Moderada	11 (39,3%)	3 (25,0 %)		
Grave	1 (3,6%)	1 (8,3%)		
Sintomatologia Depressiva			6,349	0,042
Normal	9 (32,1%)	9 (75,0%)		
Leve	10 (35,7%)	2 (16,7%)		
Moderada	9 (32,1%)	1 (8,3%)		

Relativamente à idade dos participantes, foi possível verificar uma associação positiva, estatisticamente significativa, desta com a sintomatologia depressiva. Neste sentido o aumento da idade está relacionado com o aumento dos sintomas apresentados pelos pacientes com CADASIL ($\rho=0,550$; $p<0,001$). Relativamente à sintomatologia ansiosa, não foram encontradas associações entre a mesma e a idade dos participantes ($\rho=0,259$ $p<0.106$).

Discussão

O presente estudo descreveu a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva de pacientes com CADASIL, bem como a relação das mesmas com duas variáveis sociodemográficas: sexo e idade. No geral, as mulheres reportam pontuações mais elevadas no que concerne à sintomatologia depressiva e ansiosa comparativamente aos homens. Foram encontradas pontuações mais elevadas para a subescala de ansiedade comparativamente aos sintomas depressivos. Com o avançar da idade está associado um aumento da severidade dos sintomas depressivos reportados.

Os resultados da análise dos níveis de ansiedade entre homens e mulheres em pacientes com CADASIL não revelaram diferenças estatisticamente significativas nas médias. Uma observação mais detalhada da amostra feminina apontou indicadores de sintomatologia ansiosa mais acentuada em comparação com os homens. Esta discrepância sinaliza nuances importantes na expressão da ansiedade, destacando que, embora as médias globais sejam semelhantes, aspectos individuais podem desempenhar um papel crucial na experiência ansiosa.

Ao explorar a relação entre a idade dos participantes e a sintomatologia ansiosa, não foram identificadas associações estatisticamente significativas. Isso sugere que, dentro da amostra em estudo, a sintomatologia ansiosa não parece ter uma correlação direta com a idade.

Mesmo diante da ausência de diferenças significativas nos níveis médios de sintomatologia ansiosa entre os sexos, a análise da distribuição da severidade destaca uma complexidade na sintomatologia ansiosa. Essa observação ressalta a importância de considerar fatores individuais e contextuais ao interpretar os resultados, uma vez que a experiência ansiosa pode variar substancialmente entre os participantes (Santos, 2020).

De acordo com Konrand (2003), os doentes assintomáticos e pré-sintomáticos acabam sempre por desenvolver algum tipo de ansiedade, assim como sintomatologia

depressiva, sendo que a mesma tem uma prevalência de 30 %. No presente estudo não se sabe se os participantes são assintomáticos ou pré-sintomáticos, mas que a sintomatologia depressiva moderada tem uma prevalência de 25%.

Quanto à sintomatologia a cima referida, observou-se variabilidade na amostra estudada, com diferenças marcantes na distribuição dos níveis de severidade entre homens e mulheres. Os resultados revelaram que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva em comparação com os homens.

Explorando a relação entre a idade dos participantes e a sintomatologia depressiva, identificou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa. O avanço da idade correlacionou-se ao aumento dos sintomas depressivos, indicando a necessidade de uma atenção específica aos aspectos psicológicos em pacientes mais velhos com CADASIL.

É crucial notar que, apesar da média da amostra indicar uma prevalência moderada de sintomas depressivos, as diferenças na distribuição dos níveis de severidade entre homens e mulheres são notáveis. Essas disparidades contribuem para uma compreensão mais aprofundada da complexidade dos sintomas depressivos em pacientes com CADASIL.

Ao comparar os resultados do presente estudo com o estudo de Santos (2020) sobre CADASIL, existem algumas diferenças no que concerne à sintomatologia ansiosa. No estudo de Santos (2020), a média da pontuação foi abaixo do ponto de corte para sintomas ansiosos, sugerindo não haver sintomatologia ansiosa. No entanto, no presente estudo, as pontuações para sintomas ansiosos foram mais altas do que para sintomas depressivos.

Semelhante ao encontrado nesta investigação, Reis (2023) também destaca que as mulheres têm mais probabilidade de ter sintomatologia ansiosa. Um estudo anterior

de Silva et al. (2011) também mostrou que mulheres com Esclerose Múltipla têm pontuações mais altas em ansiedade e depressão. Isso sugere que o sexo desempenha um papel importante na forma como as pessoas manifestam esses sintomas em diferentes problemas de saúde.

Além disso, a relação positiva entre a pontuação de depressão e a idade, encontrada por Silva et al. (2011), é semelhante ao que se encontrou neste estudo. Ou seja, à medida que as pessoas com CADASIL envelhecem, elas têm mais sintomas depressivos. Isso destaca que a idade é um fator a considerar quando pensamos em como as pessoas lidam com sintomas depressivos em problemas neurológicos.

Ao juntar esses resultados com o que já se sabe, percebe-se que é importante abordar os sintomas emocionais, como ansiedade e depressão, de uma maneira personalizada. Isso significa, levar em conta não apenas o diagnóstico, neste caso CADASIL, mas também fatores como o sexo e a idade, que podem influenciar como o doente experimenta esses sintomas.

O presente estudo enfrenta desafios devido ao tamanho da amostra, que se justifica pelas especificidades da mesma. Os participantes do estudo são todos do Hospital Universitário de Coimbra e isso pode limitar o que se pode concluir sobre outras situações.

Nesta investigação não existe qualquer informação se os participantes são sintomáticos ou pré-sintomáticos. Essa falta de informação dificulta entender como os sintomas de ansiedade e depressão estão relacionados ao desenvolvimento da doença.

No que diz respeito à literatura, a mesma também foi limitada quando relativa à doença em si, uma vez que os estudos sobre a mesma ainda são muito escassos e ainda há muito para se descobrir (Santos, 2020). Essa falta de informação torna mais difícil usar outros estudos como base para entender os resultados do presente estudo. A doença

CADASIL é complicada e não temos dados suficientes, destacando a necessidade de mais pesquisas sobre essa condição.

O estudo não abordou outros fatores que podem influenciar os resultados, como a presença de outras condições de saúde ou o uso de certos medicamentos. Essas condições serviriam para se ter uma visão mais completa das variáveis envolvidas.

Independentemente das limitações deste estudo e dos resultados obtidos, é importante continuarem a ser elaborados estudos em pacientes com CADASIL. Deste modo, as pessoas portadoras da doença, e também os seus familiares e amigos, estarão mais familiarizadas com possíveis comportamentos, podendo, assim, ser acompanhadas por psicólogos, para que estes os consigam ajudar a lidar melhor com os desafios associados à doença.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Baptista, T. M., & Neto, D. D. (2022). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (1ª ed.). Sílabo.

Barnhill, J. W. (2014). DSM-5 Casos clínicos (1ª ed). Climepsi.

Brookes, R. L., Willis, T. A., Patel, B., Morris, R. G., & Markus, H. S. (2013). Depressive symptoms as a predictor of quality of life in cerebral small vessel disease, acting independently of disability; a study in both sporadic small vessel disease and CADASIL. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*, 8(7), 510–517. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00763.x>

Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista brasileira de psiquiatria*, 22, 20-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>

Charlton, R. A., Morris, R. G., Nitkunan, A., & Markus, H. S. (2006). The cognitive profiles of CADASIL and sporadic small vessel disease. *Neurology*. 1523-1526.

Chen, B. S., Cleland, J., King, R. I., & Anderson, N. E. (2019). CADASIL presenting with focal and generalised epilepsy due to a novel NOTCH3 mutation. *Seizure*, 66, 36–38. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.01.026>.

Devinsky O. (2000). The meaning of quality of life to patients with epilepsy. *Epilepsy & behavior : E&B*, 1(1), S18–S20. <https://doi.org/10.1006/ebch.2000.0041>.

Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., Engel, J., Jr, Forsgren, L., French, J. A., Glynn, M., Hesdorffer, D. C., Lee, B. I., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Perucca, E., Scheffer, I. E., Tomson, T., Watanabe, M., & Wiebe, S. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>.

Gurgu, R. S., Ciobanu, A. M., Danasel, R. I., & Panea, C. A. (2021). Comorbidades psiquiátricas em pacientes adultos com epilepsia (Uma revisão sistemática). *Medicina experimental e terapêutica*, 22(2), 909. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10341>.

Grazziano, E. S., & Bianchi, E. R. F. (2004). Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariografia e de seus acompanhantes. *Revista Latino Enfermagem*, 12(2), 168-74.

Konrad M. (2003). Predictive genetic testing and the making of the pre-symptomatic person: prognostic moralities amongst huntington's-affected families. *Anthropology & medicine*, 10(1), 23–49. <https://doi.org/10.1080/13648470301269>.

Lima, A. F. B. S., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. Porto Alegre.

Lopez, O., Claassen, D., & Boller, F. (1991). Alzheimer's disease, cerebral amyloid angiopathy, and dementia of acute onset. *Aging (Milan, Italy)*, 3(2), 171–175. <https://doi.org/10.1007/BF03323998>.

Noe K. (2019). Counseling and Management of the Risks of Living With Epilepsy. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 25(2), 477–491. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000708>.

Pais-Ribeiro. J., Silva. I., Ferreira. T., Martins. A., Meneses. R., & Baltar M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med.* 12(2):225-35. doi: 10.1080/13548500500524088.

Perdicoúlis, M. A. (2022). Estado da arte no diagnóstico de Esclerose Múltipla (Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado de Medicina). Universidade Beira Interior

Pereira, E. F. (2019). "Gente da Cadasil": famílias com histórico de uma doença genética rara e a experiência do diagnóstico.

Reis, A. P. (2023). Fatores relacionados aos sintomas de depressão e ansiedade em pacientes internados com AVC durante a pandemia de Covid-19. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Ribeiro, J. L. (2006). Avaliação psicológica em contextos de saúde e de doença: instrumentos publicados em português (1a ed.). Quarteto.

Ribeiro, R. (2006). Doença de huntington - aspectos psiquiátricos duma doença neuropsiquiátrica paradigmática. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.* 7-18. Doi: <https://doi.org/10.25752/psi.6043>.

Santos, I., & Silva, A. R., & Fernandes, C., & Machado, E., & Simões, M. R., & Santana, I., & Santo, G. (2021). Alterações neuropsiquiátricas na doença de pequenos vasos cerebrais esporádica e no CADASIL: uma revisão integrada da literatura. *Sinapse*, volume (21). 160-169.

Santos, I. S. R. G. (2020). Alterações emocionais na doença de pequenos vasos cerebrais esporádica e CADASIL: revisão da literatura e estudo exploratório

(Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado de Psicologia). Universidade de Coimbra.

Seabra, M., Sampaio, L., Azevedo, E., Leão, M. & Guimarães, J. (2019). Protocolo de estudo genético das leucoencefalopatias hereditárias de início no adulto: proposta de avaliação sistemática do grupo de neurogenética do centro hospitalar são João. *Sinapse*, volume (19). 56-66.

Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., & Marziale, M. H. P. (2010). Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Revista Escola Enfermagem*, 45(2):487-93.

Serviço Nacional de Saúde (2019). Dia Mundial do AVC. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc-3/>.

Silva, A. M., Vilhena, E., Lopes, A., Santos, E., Gonçalves, M. A., Pinto, C., Moreira, I., Mendonça, D., & Cavaco, S. (2011). Depressão e ansiedade em uma população portuguesa de EM: associações com deficiência física e gravidade da doença. *Jornal de Ciências Neurológicas*, 306(1-2), 66–70. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2011.03.042>.

Silva, I., & Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da hospital anxiety and depression scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica*, 41, 193-204.

Skinner, B.F. (2000). *Ciência e comportamento humano*. Martins Fontes.

Spranger, C. P. L. (2022). *AVC no jovem adulto - o que há de novo?* (Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado de Medicina). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Teodoro, W. L. G. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma*. (3. ed.).

Torres, C. M. (2010) *Fatores de risco para transtornos de ansiedade na epilepsia do lobo temporal*. Porto Alegre.

Wei, Z., Ren, L., Wang, X., Liu, C., Cao, M., Hu, M., Jiang, Z., Hui, B., Xia, F., Yang, Q., Liu, Y., & Deng, Y. (2021). Rede de sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com epilepsia. *Pesquisa de epilepsia*, 175, 106696. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2021.106696>.

Artigo 2

Relação entre Espiritualidade e Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em indivíduos com CADASIL

Relação entre Espiritualidade e Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em indivíduos com CADASIL

Introdução

O termo CADASIL foi recomendado por pesquisadores franceses em 1993 para denominar a doença (Lahkim et al., 2021). Esta é uma abreviatura de "Arteriopatia Cerebral Autossômica Dominante com Enfartes Subcorticais e Leucoencefalopatia" (Lahkim et al., 2021). Esta doença genética afeta os pequenos vasos sanguíneos do cérebro, causando irrigação insuficiente de sangue a certas áreas do mesmo, resultando em múltiplas lesões isquêmicas e diversos sintomas baseados na localização das lesões (Lahkim et al., 2021). A prevalência de CADASIL não é propriamente conhecida, mas aproximadamente 1 em 24.000 pessoas são afetadas, embora este número seja provavelmente subestimado (Lahkim et al., 2021). A proporção entre os sexos é de 1:1 (Lahkim et al., 2021). Os sintomas começam na idade adulta, geralmente entre 30 e 40 anos (Lahkim et al., 2021). A doença está associada a uma mutação no gene NOTCH3, localizado no braço curto do cromossoma 19 (Lahkim et al., 2021). Este gene está envolvido em múltiplas funções durante o desenvolvimento do feto (Lahkim et al., 2021).

Estudos anteriores mostraram que as mutações no gene NOTCH3, na população em geral, varia amplamente entre indivíduos e famílias, variando desde a Doença de Pequenos Vasos Cerebrais até à Demência mais grave (Gailani & Robertson, 2022). Embora os fatores de risco vascular estejam associados a uma progressão mais rápida, as razões para isso não são claras (Gailani & Robertson, 2022).

A CADASIL foi descrita em vários grupos étnicos em todo o mundo, e as suas manifestações clínicas e radiológicas são geralmente semelhantes entre localizações geográficas, embora tenha sido sugerido que pode haver diferenças em certas linhagens do Extremo Oriente (Markus, 2023).

O impacto da espiritualidade na saúde foi avaliado de maneira científica e documentado em vários artigos ao longo do tempo, evidenciando a sua relação com todos os aspectos da saúde física e mental (Guimarães & Avezum, 2007). A espiritualidade e a sua conexão com a saúde tornaram-se paradigmas evidentes a serem incorporados na prática médica diária (Guimarães & Avezum, 2007). A doença continua a ser uma entidade com amplas implicações que vão desde a fisiopatologia subjacente à abordagem das suas complexas relações sociais, psicológicas e económicas, sendo imperativo reconhecer que estes diferentes aspetos se inter-relacionam em múltiplas interações (Guimarães & Avezum, 2007).

O termo espiritualidade refere-se a questões relacionadas ao significado e às razões de viver, não sendo algo limitado a crenças ou práticas específicas (Panzini et al., 2007). A espiritualidade é compreendida como a propensão do ser humano em procurar o sentido da vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, representando um sentimento de conexão com algo maior do que o próprio eu, podendo ou não incluir a participação em práticas religiosas formais (Volcan, 2003).

A religiosidade e a espiritualidade, embora relacionadas, não são explicitamente descritas como sinónimos (Powell et al., 2003). A religiosidade envolve a sistematização do culto e dos ensinamentos compartilhados por um grupo, enquanto que a espiritualidade refere-se a questões sobre o significado e propósito da vida, justificadas por crenças em aspectos espirituais (Powell et al., 2003).

Existem muitos dados sobre o impacto da religiosidade na vida das pessoas (Levin & Vanderpool, 1991). No entanto, enquanto a medicina oriental tenta explicitamente integrar as dimensões religiosas e espirituais na equação saúde-doença, a medicina ocidental, em geral, adota duas posições distintas sobre o assunto: a primeira posição é a negligência, pois consideram serem assuntos sem qualquer tipo de importância ou fora da área de interesse primário; e a segunda posição é a oposição, caracterizando as experiências religiosas do paciente como uma evidência de uma psicopatologia diferente (Fabrega, 2000 ; Sims, 1994).

A religiosidade foi, por muitos psicólogos, considerada como o fator esquecido na saúde física e mental (Pargament et al., 1992). Entretanto, de acordo com a perspectiva de Saad et al. (2001), esse cenário passou por algumas mudanças nas últimas décadas. Atualmente, diversos artigos científicos evidenciam que a combinação entre espiritualidade/religiosidade e saúde é estatisticamente válida e pode ser crucial (Levin, 1994). Como resultado, os profissionais de saúde agora têm evidências científicas que alicerçam os benefícios de explorar a espiritualidade nas opções de tratamento para uma variedade de doenças (Epperly, 2000). Nesse contexto, a barreira que separava a medicina e a espiritualidade está a diminuir, uma vez que médicos e outros profissionais reconhecem a importância da oração, espiritualidade e participação religiosa na melhoria da saúde física e mental (Epperly, 2000).

A religiosidade/espiritualidade tem demonstrado ter efeitos potenciais na saúde física, sendo considerada um possível fator na prevenção do desenvolvimento de doenças em populações previamente saudáveis e, em última instância, na redução da mortalidade ou no impacto de diversas doenças (Guimarães & Avezum, 2007).

No que se refere à depressão, esta não é necessariamente caracterizada apenas pelo humor deprimido, mas sim por uma perturbação que envolve alterações tanto no humor quanto no domínio psicomotor (Assumpção & Kuczynski, 2012). Clinicamente, uma perturbação depressiva é identificada pela presença de perda de satisfação e interesse em realizar atividades, juntamente com um humor triste, vazio ou uma sensação de mal-estar (APA, 2014). Além disso, são observadas alterações somáticas e cognitivas que imputam o funcionamento do indivíduo (APA, 2014).

Existem diversas técnicas de avaliação da sintomatologia depressiva, sendo uma delas a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Esta escala aborda diferentes aspectos, incluindo os seguintes sintomas: não ter prazer do que se costumava gostar, pessimista, não se sentir animado, lentidão, não cuidar do aspeto físico, pensamentos sobre o futuro, não apreciar um bom livro, ou um programa de televisão ou rádio (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

No que diz respeito à ansiedade, de acordo com Sadock et al. (2016), esta é definida como uma sensação desagradável e difusa de preocupação, frequentemente acompanhada por sintomas físicos como dor de cabeça, palpitações, aperto no peito e irritabilidade. Os sintomas psicológicos da ansiedade incluem: medos, pensamentos, imagens ou memórias assustadoras, sentimentos de irrealidade, confusão, distração, dificuldades de memória, etc. (Sadock et al., 2016).

Quando avaliamos a sintomatologia ansiosa por meio da Escala Hospitalar da Ansiedade e da Depressão, os sintomas divergem daqueles mencionados anteriormente. Nesse contexto, os sintomas ansiosos incluem: tensão ou nervosismo, medos, preocupações, não se sentir relaxado, aperto no estômago, inquietação e sensações de pânico (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Num estudo com 99 pacientes com cancro, predominantemente do sexo feminino (68,6%) e casados (55,7%), foi utilizada a Escala Hospitalar da Ansiedade e da Depressão para avaliar a sintomatologia ansiosa e depressiva (Turke et al., 2020). Constatou-se que 24,24% dos pacientes apresentavam níveis elevados de ansiedade, enquanto 21,21% apresentavam sintomas depressivos (Turke et al., 2020).

Os resultados do estudo indicaram associações significativas entre os diferentes fatores analisados (Turke et al., 2020). Foi observada uma correlação negativa significativa entre os níveis de depressão e espiritualidade, com um coeficiente de correlação de -0,44 ($p < 0,001$) (Turke et al., 2020). Da mesma forma, a relação entre os níveis de ansiedade e espiritualidade também foi negativa, embora em menor intensidade, com um coeficiente de correlação de -0,232 ($p = 0,02$) (Turke et al., 2020).

Além disso, foi identificada uma correlação positiva entre os níveis de ansiedade e depressão, indicando que, à medida que um desses sintomas aumenta, o outro tende a aumentar também (Turke et al., 2020). O coeficiente de correlação foi de 0,477 ($p < 0,001$), sugerindo uma associação significativa entre ansiedade e depressão no contexto estudado (Turke et al., 2020).

Quando consideramos o sexo, observou-se que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de ansiedade em comparação aos homens, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,05$) (Turke et al., 2020).

Johnson et al. conduziram uma investigação envolvendo 210 pacientes com doença avançada, divididos em três grupos de 70 doentes cada (câncer, insuficiência cardíaca congestiva e doença pulmonar obstrutiva crônica). A idade média da amostra foi de 66,6 anos, com 87 pacientes do sexo feminino e 123 do sexo masculino (Johnson et al., 2011).

O objetivo primordial desse mesmo estudo consistiu em examinar a associação entre a história espiritual e o bem-estar espiritual atual com os sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com doença avançada (Johnson et al., 2011). Para alcançar esse propósito, foram utilizados instrumentos específicos, nomeadamente a Subescala de Ansiedade do Perfil dos Estados de Humor e a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, composta por 10 itens (Johnson et al., 2011).

Os preditores analisados foram derivados de três subescalas da Escala de História Espiritual, que avaliam a procura e apoio religioso passado, participação religiosa passada e experiências religiosas negativas passadas (Johnson et al., 2011). Além disso, foram utilizadas duas subescalas da Escala de Avaliação Funcional da Terapia para Doenças Crônicas, que medem o papel da fé na doença e os aspectos de significado, paz e propósito na vida (Johnson et al., 2011).

O estudo realizou análises de regressão múltipla, controlando variáveis demográficas, tipo e gravidade da doença, autoavaliação de religiosidade/espiritualidade e frequência de devoção religiosa (Johnson et al., 2011).

Nos resultados ajustados, observou-se que um maior bem-estar espiritual, incluindo crenças sobre o papel da fé na doença e significado, paz e propósito na vida,

associou-se a uma menor presença de sintomas de ansiedade ($p < 0,001$) e depressão ($p < 0,001$) (Johnson et al., 2011).

Por outro lado, experiências religiosas negativas passadas foram correlacionadas a um aumento nos sintomas de ansiedade ($p = 0,04$) e depressão ($p = 0,004$) (Johnson et al., 2011). Não houve associação significativa entre outras medidas da história espiritual e os resultados analisados (Johnson et al., 2011).

Neste sentido, a presente investigação tem como propósito explorar a relação entre a sintomatologia ansiosa e a espiritualidade, bem como entre a sintomatologia depressiva e a espiritualidade numa amostra de adultos com CADASIL.

Método

- Participantes

A amostra deste estudo consistiu em 40 participantes, sendo 12 do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou está em união de facto, seguida por indivíduos divorciados e solteiros, ambos com 7 pacientes, e 3 participantes viúvos. A faixa etária dos pacientes com CADASIL varia entre 33 e 73 anos, com uma média de 56,25 anos ($DP=6,612$).

No que diz respeito às qualificações académicas, a escolaridade dos participantes abrange desde o ensino primário até o ensino superior. Dos 40 participantes, 19 possuem ensino superior, 9 têm ensino secundário, 7 têm ensino básico e 5 possuem ensino primário.

- Material

Os três instrumentos usados nesta investigação foram: Questionário Sociodemográfico (para caracterizar a amostra), uma escala para avaliar a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva e outra para avaliar a espiritualidade de doentes com CADASIL.

O Questionário Sociodemográfico era composto pelos itens relativos ao Sexo, à Idade, ao Estado Civil e às Habilitações Literárias dos participantes.

Para avaliar a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva, foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Esta escala é composta por duas subescalas, uma para a ansiedade e outra para a depressão, cada uma contém sete itens com quatro opções de resposta. Cada subescala é classificada separadamente, e as respostas devem refletir a última semana do paciente, sendo o tempo de resposta estimado entre dois a cinco minutos (Pais-Ribeiro et al., 2007). No que diz respeito à pontuação, uma nota entre 0 e 7 indica que o paciente apresenta uma sintomatologia ansiosa/depressiva normal, entre 8 e 10 reflete uma sintomatologia leve, entre 11 e 14 indica uma sintomatologia moderada, e uma pontuação entre 15 e 21 representa uma sintomatologia grave (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Relativamente à espiritualidade, para avaliar a mesma, foi utilizada a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007). Esta escala é constituída por cinco frases/expressões referentes à espiritualidade/crenças pessoais e quatro opções de resposta, sendo elas “1- Não concordo”, “2- Concordo um pouco”, “3 - Concordo bastante” e “4 - Plenamente de acordo”; a resposta tem que ter por base a última semana do doente (Pinto et al., 2007). Existem duas subescalas, resultado da análise fatorial, uma é composta por dois itens (Item 1 – “As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida; Item 2 – “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis”) referentes a uma dimensão vertical da espiritualidade, sendo denominada por outros autores “crenças” (Pais-

Ribeiro et al., 2007; Margaça, 2015). A segunda subescala é composta por três itens (item 3 – “Vejo o futuro com esperança” ; item 4 – “Sinto que minha vida mudou para melhor” ; item 5 – “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida”), e refere-se à dimensão horizontal da espiritualidade chamada “Esperança/Otimismo” (Pais-Ribeiro et al., 2007; Margaça, 2015). Cada subescala é cotada pela média das respostas aos respetivos itens, sendo que quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada (Pais-Ribeiro et al., 2007; Margaça, 2015).

- Procedimento

Inicialmente, solicitou-se e obteve-se a autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação, da versão Portuguesa, pelos respetivos autores. O projeto foi posteriormente aceite pela Comissão de Ética do Hospital Universitário de Coimbra.

Seguidamente, os pacientes foram contactados por telefone pela primeira autora. Durante essa comunicação, a pesquisadora forneceu uma breve explicação sobre a natureza da pesquisa e informou os pacientes de que, caso optassem por participar, receberiam um *email* contendo o formulário de Consentimento Informado, bem como um *link* para responder aos instrumentos de avaliação.

O Consentimento Informado foi obtido por meio do envio do documento via *email* e posteriormente, os participantes inseriram as suas respostas aos instrumentos de avaliação, numa plataforma *online*, utilizando o *Microsoft Forms*. Essa abordagem proporcionou uma maneira eficiente e segura de recolher as informações necessárias para a pesquisa, garantindo a participação informada dos indivíduos e simplificando o processo de recolha de dados.

A base de dados criada pelo *Microsoft Forms* foi convertida numa base de dados em SPSS para serem realizadas as respectivas análises estatísticas. Foram conduzidas análises descritivas (Médias, Desvios-Padrão, Frequências, Mínimos e Máximos) para

caracterização da amostra. O estudo das relações entre a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva e as pontuações nas duas subescalas da espiritualidade foi realizado com recurso a análises de Correlação de *Spearman*, considerando a violação dos pressupostos da normalidade, de acordo com o teste de *Shapiro-Wilk*.

Para avaliar a força das correlações, foram adotados os seguintes pontos de corte: um coeficiente igual ou superior a 0,70 indica um relacionamento muito forte; na faixa de 0,40 a 0,69, considera-se um relacionamento forte; entre 0,30 e 0,39, há um relacionamento moderado; na faixa de 0,20 a 0,29, observa-se um relacionamento fraco; e, finalmente, entre 0,01 e 0,19, o relacionamento é considerado inexistente ou insignificante (Dancey & Reidey, 2004).

Resultados

Antes de apresentar os resultados relativos ao objetivo do presente estudo, é relevante caracterizar a espiritualidade da amostra (a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva da amostra foi caracterizada no estudo 1).

A média da amostra para pacientes com Espiritualidade Vertical (Crenças) é de 2,65 ($DP=0,955$), com uma mediana de 2,50 e um intervalo interquartil de 1,50. Os valores mínimos e máximos observados são 1 e 4, respectivamente. No que se refere à Espiritualidade Horizontal (Esperança e Otimismo), a média da amostra é de 2,40 ($DP=0,688$), com uma mediana de 2,00 e um intervalo interquartil de 1,00. Os valores mínimos e máximos para a espiritualidade horizontal são 1,33 e 4, respectivamente.

A pontuação média para a Espiritualidade Vertical (Crenças) é um pouco mais elevada do que a média para a Espiritualidade Horizontal (Esperança e Otimismo). Além disso, a Espiritualidade Vertical (Crenças) possui uma dispersão ligeiramente maior, indicando uma variabilidade mais ampla nas pontuações em comparação com a Espiritualidade Horizontal (Esperança e Otimismo). A mediana para a Espiritualidade Vertical (Crenças) é superior, indicando que metade dos participantes pontuou acima de

2,50, enquanto a mediana para a Espiritualidade Horizontal (Esperança e Otimismo) é um pouco mais baixa.

Os resultados da Tabela 1 mostraram que a sintomatologia ansiosa apresentou uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa com a espiritualidade horizontal, relacionada com a esperança e otimismo ($\rho=-0.334$; $p=0.035$). Foi também encontrada uma associação negativa forte e estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e a espiritualidade horizontal nos participantes diagnosticados com CADASIL ($\rho= -0.513$; $p<0.001$). Nesse sentido, verifica-se que níveis mais elevados de ansiedade e depressão estão associados a níveis mais baixos de esperança e otimismo.

Por sua vez, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e a espiritualidade vertical, referente às crenças dos indivíduos incluídos no estudo (Tabela 1).

Tabela 1

Associação entre Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e as Dimensões da Espiritualidade

	1.	2.	3.	4.
1. Sintomatologia Ansiosa	–			
2. Sintomatologia Depressiva	0,572***	–		
3. Espiritualidade Vertical – Crenças	0,224	0,063	–	
4. Espiritualidade Horizontal – Esperança e Otimismo	-0,334*	-0,513**	0,084	–

* $p<0,05$; *** $p<0,001$

Foi ainda efetuada a comparação dos níveis de espiritualidade considerando a severidade da sintomatologia reportada. No geral, 40% dos participantes ($n=16$) apresentaram sintomas de ansiedade clinicamente significativos (≥ 11 pontos). Verificou-se ainda que pacientes que reportavam sintomatologia ansiosa clinicamente significativa mostravam níveis de esperança e otimismo mais baixos ($Md=2.00$; $AIQ=0.578$), em

comparação com o grupo sem sintomas de ansiedade clinicamente significativos (Md=2.67; AIQ=1; U=109.0; Z=-2.344; r=0.37) (Tabela 2).

Tabela 2

Comparação da Espiritualidade em função da Gravidade da Sintomatologia Ansiosa

	Sintomatologia Ansiosa Clinicamente Significativa			Sintomatologia Ansiosa Sem Significância Clínica			U	p
	M	Md	AIQ	M	MD	AIQ		
Espiritualidade Vertical - Crenças	2,81	2,00	2,00	2,54	2,00	1,38	161	0,388
Espiritualidade horizontal - Esperança e Otimismo	2,61	2,00	0,578	2,083	2,67	1,00	109	0,018

Por sua vez, 25% (n=10) dos participantes reportaram sintomas depressivos num nível moderado a severo. Esses indivíduos apresentaram níveis mais baixos de espiritualidade horizontal (Md=2.00; AIQ=0.413), em comparação com pacientes sem sintomatologia ansiosa relevante do ponto de vista clínico (Md=2.23; AIQ=1.00). Esta diferença foi marginalmente significativa (U=90.5; Z=-1.901; r=0.30) (Tabela 3).

Tabela 3

Comparação da Espiritualidade em função da Gravidade da Sintomatologia Depressiva

	Sintomatologia Depressiva Clinicamente Significativa			Sintomatologia Depressiva Sem Significância Clínica			U	p
	M	Md	AIQ	M	MD	AIQ		
Espiritualidade Vertical - Crenças	2,90	1,88	2,12	2,57	2,00	1,00	123,50	0,406
Espiritualidade horizontal - Esperança e Otimismo	2,033	2,00	0,413	2,522	2,23	1,00	90,5	0,057

Discussão

O presente estudo descreveu a relação entre espiritualidade, sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes diagnosticados com CADASIL.

Os participantes apresentaram uma média mais elevada na Espiritualidade Vertical (Crenças) em comparação com a Espiritualidade Horizontal (Esperança e Otimismo). Isso sugere que, em geral, as crenças espirituais foram mais prevalentes do que a esperança e o otimismo na amostra estudada.

Os resultados revelaram correlações significativas entre a sintomatologia ansiosa e depressiva com a espiritualidade horizontal. Ou seja, níveis mais elevados de ansiedade e depressão estiveram associados a níveis mais baixos de esperança e otimismo. Isto sugere que a falta de esperança e otimismo pode contribuir para sintomas emocionais mais intensos em pacientes com CADASIL.

Surpreendentemente, não foram encontradas correlações significativas entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e a Espiritualidade Vertical (Crenças). Isso pode indicar que, no presente estudo, as crenças espirituais não estão diretamente relacionadas à sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes com CADASIL.

Ao considerar a severidade da sintomatologia ansiosa, verificou-se que pacientes com sintomas clinicamente significativos apresentaram níveis mais baixos de esperança e otimismo em comparação com aqueles sem tais sintomas. Isso sugere que a espiritualidade horizontal pode desempenhar um papel crucial na manifestação da ansiedade em pacientes com a doença em estudo.

Da mesma forma, a análise em relação à sintomatologia depressiva indicou que pacientes com sintomas depressivos moderados a severos apresentaram níveis mais baixos de espiritualidade horizontal em comparação com aqueles sem sintomas

significativos. Esses resultados enfatizam a importância da espiritualidade horizontal na atenuação dos sintomas depressivos.

Os resultados encontrados neste estudo, onde a espiritualidade horizontal (esperança e otimismo) se correlaciona significativamente com sintomas ansiosos e depressivos, vão ao encontro da literatura existente. Um estudo de Turke et al. (2020) com pacientes com cancro evidenciaram uma associação negativa entre níveis de sintomatologia depressiva e espiritualidade, apontando para uma concordância na influência da espiritualidade na manifestação de sintomas emocionais.

Não foram encontradas correlações significativas entre a espiritualidade vertical (crenças) e sintomas ansiosos ou depressivos, divergindo de alguns estudos prévios que indicavam uma associação entre crenças espirituais e bem-estar emocional (Johnson et al., 2011). Essa diferença destaca a necessidade de uma investigação mais aprofundada na dinâmica específica da espiritualidade vertical em pacientes com CADASIL.

A limitação mais relevante da presente investigação, é o tamanho restrito da amostra, uma característica comum em estudos sobre CADASIL devido à raridade da doença, conforme indicado por Johnson et al. (2011). A pesquisa em condições médicas raras, frequentemente enfrenta desafios na obtenção de amostras significativamente grandes (Johnson et al., 2011).

A heterogeneidade de pacientes com CADASIL em diferentes contextos geográficos e culturais pode influenciar a expressão da espiritualidade e dos sintomas ansiosos e depressivos. Assim, a replicação do estudo em múltiplos cenários é essencial para fortalecer a validade externa e a aplicabilidade clínica dos resultados.

Uma outra limitação significativa é a carência de dados detalhados sobre as características individuais dos participantes, tais como comorbidades ou o uso de medicamentos específicos. A literatura, exemplificada por Johnson et al. (2011), sublinha a importância de levar em conta fatores externos ao interpretar os resultados. A

presença de condições médicas simultâneas pode impactar a relação entre espiritualidade e sintomas de ansiedade e depressão, e a falta de informações detalhadas sobre esses fatores restringe a capacidade de realizar uma análise mais refinada.

A não observação de correlações significativas entre sintomatologia ansiosa ou depressiva e espiritualidade vertical (crenças) pode ser influenciada por desafios na avaliação desses componentes. A literatura, aponta que as dimensões específicas da espiritualidade podem ter impactos distintos na saúde mental (Johnson et al., 2011). A necessidade de instrumentos mais sensíveis e específicos para avaliar a espiritualidade vertical em pacientes com CADASIL é uma área para desenvolvimentos futuros.

Finalmente, com base nos resultados obtidos, considera-se que devem continuar a ser feitos estudos com esta população - uma vez que a CADASIL é uma doença rara com muito ainda por se descobrir - mas também com a variável espiritualidade. Pois pelo que foi abordado neste estudo, a espiritualidade diz respeito a questões sobre o significado e propósito da vida e a mesma tem demonstrado ter efeitos potenciais na saúde física e mental, definida como um possível fator na prevenção do desenvolvimento de doenças em populações saudáveis.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Assumpção Jr., F. B., & Kuczynski, E. (2012). Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência. Ateneu. 2ªed, 329-342.

Bernik V. (1999). Depressão. *Revista Brasileira de Medicina*. 56(5), 347-64.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental. *Artmed*, 70-196.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology*. Pearson education.

Epperly, B. G. (2000). Prayer, Process, and the Future of Medicine. *Journal of Religion and Health*, 39(1), 23–37.

Fabrega, H. (2000). Culture, spirituality and psychiatry. *Current opinion in psychiatry*. Volume (13). 525-530. Doi: 10.1097/00001504-200011000-00001.

Gailani, G., & Robertson, N. P. (2022). Clinical patterns in CADASIL. *Journal of neurology*, 269(8), 4575–4577. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11261-1>.

Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 34 (Supl.1), 88-94. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.

Johnson, K. S., Tulsky, J. A., Hays, J. C., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., & Steinhauser, K. E. (2011). Which domains of spirituality are

associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?. *Journal of general internal medicine*, 26(7), 751–758. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1656-2>.

Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Kudler, H. S., Krishnan, K. R., & Sibert, T. E. (1995). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics*, 36(4), 369–375. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(95\)71646-2](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(95)71646-2).

Lahkin, M., Laamrani, F. Z., Andour, H., Gharbaoui, Y., Sanhaji, L., Fenni, J. E. & Nouali, H. E. (2021). Cadasil syndrome: A case report with a literature review. Volume (16). 3540-3543. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2021.08.023>.

Levin J. S. (1994). Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal?. *Social science & medicine (1982)*, 38(11), 1475–1482. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90109-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90109-0).

Levin, J. S., & Vanderpool, H. Y. (1991). Religious factors in physical health and the prevention of illness. *Prevention in Human Services*, 9(2), 41–64. https://doi.org/10.1300/J293v09n02_03.

Margaça, C. M. F. (2015). Religiosidade e Espiritualidade como fatores promotores de Coping Resiliente na adultez e na velhice (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior.

Markus H. S. (2023). Diagnostic challenges in CADASIL. Desafios diagnósticos no CADASIL. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 81(5), 415–416. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769618>.

PanziniI, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. B., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 34, 105-115. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>.

Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. S., & Van Haitsma, K. (1992). God help me: II. The relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31(4), 504–513. <https://doi.org/10.2307/1386859>.

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.

Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *The American psychologist*, 58(1), 36–52. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.36>.

Saad, M., Masiero, D., & Battistella L. R. (2001). *Espiritualidade baseada em evidências*. *Acta Fisiátrica*. 8(3):107-12. doi: 10.5935/0104-7795.20010003.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Artmed.

Sims A. (1994). 'Psyche'--spirit as well as mind?. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 165(4), 441–446. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.4.441>.

Turke, K. C., Canonaco, J. S., Artioli, T., Lima, M. S. S., Batlle, A. R., Oliveira, F. C. P., Cubero, D. I. G., Sette, C. V. M., & Del Giglio, A. (2020). Depression, anxiety and spirituality in oncology patients. *Revista da Associação Médica Brasileira (1992)*, 66(7), 960–965. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.960>.

Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. de J., & Horta, B. L. (2003). Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study . *Revista De Saúde Pública*, 37(4), 440-445. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008>.

Conclusão

Conclusão

A presente investigação permitiu compreender o que ainda está nos bastidores do diagnóstico de CADASIL, cujas informações na literatura ainda são escassas e os investigadores tendem a concentrar-se nos sintomas físicos e não nos sintomas psicológicos.

O estudo foi iniciado com o objetivo de conhecer a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva de uma amostra de indivíduos com CADASIL e compreender se existe relação entre estas sintomatologias e o seu sexo e idade, e também para explorar a possível ligação desses aspectos com a espiritualidade. Na conclusão do estudo, fica evidente que há ainda um longo caminho a percorrer no entendimento e abordagem desta doença crónica.

Pessoas com doenças crónicas vivenciam intensamente a ambivalência, ou seja, precisam de decidir entre o que querem fazer e o que precisam de fazer (Lima, 2015). Nesse conflito, há ganhos e perdas, sentimentos ambíguos e muita instabilidade emocional (Lima, 2015). Portanto, é crucial oferecer apoio psicológico para que os pacientes possam superar esses aspectos emocionais da doença, reduzindo assim o sofrimento psíquico, tendo em mente que cada pessoa lida com a doença de maneira única (Lima, 2015).

O papel do psicólogo envolve trabalhar para aumentar a aceitação e motivação dos pacientes, esclarecendo as suas dúvidas, reestruturando as suas crenças e compreendendo conscientemente os seus medos, frustrações, expectativas e fantasias (Lima, 2015). Incentivando-os a expandir a sua rede social, oferecendo-lhes todo o suporte, acolhimento, apoio, segurança e confiança (Lima, 2015).

A análise dos resultados desta investigação demonstrou que existia uma maior sintomatologia ansiosa do que depressiva em doentes com CADASIL, e que a mesma era mais frequente no sexo feminino do que no sexo masculino e ia piorando à medida

que o doente envelhecia. Também permitiu perceber que os doentes que reportavam níveis mais elevados de espiritualidade horizontal não apresentavam sintomatologia depressiva nem sintomatologia ansiosa clinicamente significativa, ao contrário dos doentes com baixo nível de esperança e otimismo.

Lukoff (2003), há 20 anos atrás, mostrou que havia várias pesquisas que relatavam analogias positivas entre a saúde e a espiritualidade. Portanto, é necessário abraçar a espiritualidade como um recurso para a saúde e incorporá-la na formação académica, desencadeando a reflexão e o questionamento sobre as diversas dimensões da espiritualidade humana (Oliveira & Junges, 2012).

Estas informações vêm demonstrar a importância do apoio psicológico e da inclusão da espiritualidade nos cuidados de doentes com CADASIL.

No entanto, esta investigação apresenta algumas limitações. Primeiro, o número total da amostra ser pouco elevado, como também a pouca representatividade do sexo masculino na mesma, trazendo uma amostra pouco heterogénea.

O estudo realizado tem uma natureza inovadora e exploratória uma vez que, no que diz respeito à revisão da literatura sobre CADASIL, a mesma apresenta-se escassa e não foi encontrada outra investigação que tenha relacionado as sintomatologias depressiva e ansiosa de doentes com CADASIL com o seu sexo e idade, assim como as mesmas com indicadores de espiritualidade. Por isso, arriscar foi necessário devido à possibilidade de uma genuína ausência de informação sobre o assunto.

Por um lado, esta limitação dificulta a construção da pesquisa. Por outro lado, poderia potencialmente orientar futuras investigações que desejam aprofundar o tema.

Um dos pontos fortes deste estudo foi a recolha de dados do mesmo ter sido realizada *online*, o que nos dias de hoje é visto como algo positivo e favorável, uma vez

que os doentes não precisaram de se deslocar até ao hospital para o preenchimento dos questionários.

O desenvolvimento de mais investigação nesta área é considerado crucial, não só para efeitos de análise aprofundada do tema, mas também porque acrescenta valor à comunidade científica em Portugal. E por isso, devem continuar a ser feitos estudos em doentes com CADASIL, não só para se descobrir mais sobre a doença, mas também para que os doentes com a mesma, os seus familiares e amigos fiquem mais acostumados com possíveis comportamentos, podendo assim ser acompanhados por psicólogos para que estes os possam ajudar a enfrentar os desafios associados à doença.

Para concluir, dizer que este estudo apesar de todas as suas limitações conseguiu contemplar todos os seus objetivos. O mesmo acaba por ter um lugar muito especial no meu coração, uma vez que esta doença já se encontra na minha família há várias gerações.

Deste modo, como estudante a terminar a sua formação em psicologia, posso dizer que hoje percebo como a minha área é crucial para travar ou ajudar alguns sintomas desta doença.

Referências Bibliográficas (Dissertação)

American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Assumpção Jr., F. B., & Kuczynski, E. (2012). Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência. Ateneu. 2ªed, 329-342.

Baptista, T. M., & Neto, D. D. (2022). Psicoterapias cognitivo-comportamentais (1a ed.). Sílabo.

Barnhill, J. W. (2014). DSM-5 Casos clínicos (1ª ed). Climepsi.

Bernik V. (1999). Depressão. Revista Brasileira de Medicina. 56(5), 347-64

Borragini-Abuchaim, S., Alonso, L. G., & Tarcia, R. L. (2021). Spirituality/Religiosity as a Therapeutic Resource in Clinical Practice: Conception of Undergraduate Medical Students of the Paulista School of Medicine (Escola Paulista de Medicina) - Federal University of São Paulo (Universidade Federal de São Paulo). *Frontiers in psychology*, 12, 787340. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.787340>.

Brookes, R. L., Willis, T. A., Patel, B., Morris, R. G., & Markus, H. S. (2013). Depressive symptoms as a predictor of quality of life in cerebral small vessel disease, acting independently of disability; a study in both sporadic small vessel disease and CADASIL. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*, 8(7), 510–517. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00763.x>

Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista brasileira de psiquiatria*, 22, 20-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>

Charlton, R. A., Morris, R. G., Nitkunan, A., & Markus, H. S. (2006). The cognitive profiles of CADASIL and sporadic small vessel disease. *Neurology*, 1523-1526.

Chen, B. S., Cleland, J., King, R. I., & Anderson, N. E. (2019). CADASIL presenting with focal and generalised epilepsy due to a novel NOTCH3 mutation. *Seizure*, 66, 36–38. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.01.026>.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental. *Artmed*, 70-196.

Corte Real, A. L., & Zeferino, S. (2022). CADASIL: a propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 38(1), 96–102. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i1.12952>.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology*. Pearson education.

Devinsky O. (2000). The meaning of quality of life to patients with epilepsy. *Epilepsy & behavior : E&B*, 1(1), S18–S20. <https://doi.org/10.1006/ebch.2000.0041>.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. Lisboa, Portugal.

Epperly, B. G. (2000). Prayer, Process, and the Future of Medicine. *Journal of Religion and Health*, 39(1), 23–37.

Fabrega, H. (2000). Culture, spirituality and psychiatry. *Current opinion in psychiatry*. Volume (13). 525-530. Doi: 10.1097/00001504-200011000-00001.

Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., Engel, J., Jr, Forsgren, L., French, J. A., Glynn, M., Hesdorffer, D. C., Lee, B. I.,

Fried, E. I., Nesse, R. M., Zivin, K., Guille, C., & Sen, S. (2014). Depression is more than the sum score of its parts: Individual DSM symptoms have different risk factors. *Psychological Medicine*, 44 (10), 2067–2076. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002900>.

Gailani, G., & Robertson, N. P. (2022). Clinical patterns in CADASIL. *Journal of neurology*, 269(8), 4575–4577. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11261-1>.

Gomes, M. V., Xavier, A. D. S. G., Carvalho, E. S. S., Cordeiro, R. C., Ferreira, S. L., & Morbeck, A. D. (2019). "Waiting for a miracle": Spirituality/Religiosity in coping with sickle cell disease. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(6), 1554–1561. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0635>.

Grazziano, E. S., & Bianchi, E. R. F. (2004). Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariografia e de seus acompanhantes. *Revista Latino Enfermagem*, 12(2), 168-74.

Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 34 (Supl.1), 88-94. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.

Gurgu, R. S., Ciobanu, A. M., Danasel, R. I., & Panea, C. A. (2021). Comorbidades psiquiátricas em pacientes adultos com epilepsia (Uma revisão sistemática). *Medicina experimental e terapêutica*, 22(2), 909. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10341>.

Hegeman, J. M., Kok, R. M., Mast, R. C. vander, & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-

analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 275–281. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095950>.

Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 31-40.

Johnson, K. S., Tulskey, J. A., Hays, J. C., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., & Steinhauser, K. E. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?. *Journal of general internal medicine*, 26(7), 751–758. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1656-2>.

Koenig, H. G. (2012). A history of religion medicine and healthcare. *Handbook of Religion and Health*. Nova York, Oxford.

Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Kudler, H. S., Krishnan, K. R., & Sibert, T. E. (1995). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics*, 36(4), 369–375. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(95\)71646-2](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(95)71646-2).

Konrad M. (2003). Predictive genetic testing and the making of the pre-symptomatic person: prognostic moralities amongst huntington's-affected families. *Anthropology & medicine*, 10(1), 23–49. <https://doi.org/10.1080/13648470301269>.

Lahkin, M., Laamrani, F. Z., Andour, H., Gharbaoui, Y., Sanhaji, L., Fenni, J. E. & Nouali, H. E. (2021). Cadasil syndrome: A case report with a literature review. *Volume (16)*. 3540-3543. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2021.08.023>.

Levin J. S. (1994). Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal?. *Social science & medicine* (1982), 38(11), 1475–1482. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90109-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90109-0).

Levin, J. S., & Vanderpool, H. Y. (1991). Religious factors in physical health and the prevention of illness. *Prevention in Human Services*, 9(2), 41–64. https://doi.org/10.1300/J293v09n02_03.

Lima, A. F. B. S., & Fleck, M. P. A. (2007). *Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura*. Porto Alegre.

Lima, S. M. (2015). Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com diabetes. *Revista HUPE, Rio de Janeiro*, 14(4), 76-80. doi: 10.12957/rhupe.2015.20062.

Lopez, O., Claassen, D., & Boller, F. (1991). Alzheimer's disease, cerebral amyloid angiopathy, and dementia of acute onset. *Aging (Milan, Italy)*, 3(2), 171–175. <https://doi.org/10.1007/BF03323998>.

Lukoff, D. (2003). *Emergência espiritual e problemas espirituais*. Congresso Internacional de Psicologia Transpessoal. Cascais (Portugal): Associação Luso Brasileira de Psicologia Transpessoal.

Margaça, C. M. F. (2015). *Religiosidade e Espiritualidade como fatores promotores de Coping Resiliente na adultez e na velhice (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde)*. Universidade da Beira Interior.

Markus H. S. (2023). Diagnostic challenges in CADASIL. *Desafios diagnósticos no CADASIL*. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 81(5), 415–416. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769618>.

Mathern, G. W., Moshé, S. L., Perucca, E., Scheffer, I. E., Tomson, T., Watanabe, M., & Wiebe, S. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>.

Meneses, R. F., Ribeiro, J. L. P., Pedro, L., Silva, I., Cardoso, H., Mendonça, D., ... & 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.

Miloyan, B., & Pachana, N. A. (2016). Clinical significance of individual GAD symptoms in later life. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29 (2), 92–98. <https://doi.org/10.1177/0891988715606231>.

Monteiro, D. D., Reichow, J. R. C., Sais, E. F. & Fernandes, F. (2020). Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 40(98), 129-139.

Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176–182. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>.

Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>.

Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health.

Negro-Dellacqua, M., Sá-Junior, A. R. de, Sousa, I. F. de, & Lima, K. de M. (2019). Panorama on spirituality and health: what scientific literature has pointed out about the topic in the last 5 years?. *Research, Society and Development*, 8(7), e10871103. <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i7.1103>.

Noe K. (2019). Counseling and Management of the Risks of Living With Epilepsy. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 25(2), 477–491. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000708>.

Oliveira, M. R. & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicologia. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 469-476.

Organização Mundial da saúde. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva, Switzerland.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 12(2):225-35. doi: 10.1080/13548500500524088.

Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. B., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 34, 105-115. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>.

Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. S., & Van Haitsma, K. (1992). God help me: II. The relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31(4), 504–513. <https://doi.org/10.2307/1386859>.

Park, C., Majeed, A., Gill, H., et al., & McIntyre, R. S. (2020). The effect of loneliness on distinct health outcomes: A comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 294.

Perdicoúlis, M. A. (2022). Estado da arte no diagnóstico de Esclerose Múltipla (Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado de Medicina). Universidade Beira Interior

Pereira, E. F. (2019). "Gente da Cadasil": famílias com histórico de uma doença genética rara e a experiência do diagnóstico.

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.

Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *The American psychologist*, 58(1), 36–52. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.36>.

Reinaldo, A. M. S., & Fernandes, R. L. S. (2016). Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde em Debate*, 40(110), 162-171.

Reis, A. P. (2023). Fatores relacionados aos sintomas de depressão e ansiedade em pacientes internados com AVC durante a pandemia de Covid-19. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Ribeiro, J. L. (2006). Avaliação psicológica em contextos de saúde e de doença: instrumentos publicados em português (1a ed.). Quarteto.

Ribeiro, R. (2006). Doença de huntington - aspectos psiquiátricos numa doença neuropsiquiátrica paradigmática. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 7-18. Doi: <https://doi.org/10.25752/psi.6043>.

Rodrigues, H. F., Kiyomi Furuya, R., Spadoti Dantas, R. A., & Marosti Dessotte, C. A. (2016). Ansiedade e depressão em cirurgia cardíaca: diferenças entre sexo e faixa etária. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3).

Saad, M., Masiero, D., & Battistella L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*. 8(3):107-12. doi: 10.5935/0104-7795.20010003.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Artmed.

Salimena, A., Ferrugini, R., Melo, M. & Amorim, T. (2016). Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37. 10.1590/1983-1447.2016.03.51934.

Santos, I. S. R. G. (2020). Alterações emocionais na doença de pequenos vasos cerebrais esporádica e CADASIL: revisão da literatura e estudo exploratório (Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado de Psicologia). Universidade de Coimbra.

Santos, I., & Silva, A. R., & Fernandes, C., & Machado, E., & Simões, M. R., & Santana, I., & Santo, G. (2021). Alterações neuropsiquiátricas na doença de pequenos vasos cerebrais esporádica e no CADASIL: uma revisão integrada da literatura. *Sinapse*, volume (21). 160-169.

Seabra, M., Sampaio, L., Azevedo, E., Leão, M. & Guimarães, J. (2019). Protocolo de estudo genético das leucoencefalopatias hereditárias de início no adulto: proposta de avaliação sistemática do grupo de neurogenética do centro hospitalar são João. *Sinapse*, volume (19). 56-66.

Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Age related variability in the presentation of symptoms of major depressive

disorder. *Psychological Medicine*, 47(3), 543–552. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002579>.

Seabra, M., Sampaio, L., Azevedo, E., Leão, M. & Guimarães, J. (2019). Protocolo de estudo genético das leucoencefalopatias hereditárias de início no adulto: proposta de avaliação sistemática do grupo de neurogenética do centro hospitalar são João. *Sinapse*, volume (19). 56-66.

Serviço Nacional de Saúde (2019). Dia Mundial do AVC. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc-3/>.

Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., & Marziale, M. H. P. (2010). Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Revista Escola Enfermagem*, 45(2):487-93.

Silva, A. M., Vilhena, E., Lopes, A., Santos, E., Gonçalves, M. A., Pinto, C., Moreira, I., Mendonça, D., & Cavaco, S. (2011). Depressão e ansiedade em uma população portuguesa de EM: associações com deficiência física e gravidade da doença. *Jornal de Ciências Neurológicas*, 306(1-2), 66–70. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2011.03.042>.

Silva, I., & Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da hospital anxiety and depression scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica*, 41, 193-204.

Sims A. (1994). 'Psyche'--spirit as well as mind?. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 165(4), 441–446. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.4.441>.

Skinner, B.F. (2000). *Ciência e comportamento humano*. Martins Fontes.

Souza, I. P., Androlage, J. S., Bellato, R., & Barsaglini, R. A. (2019). Doenças genéticas raras com abordagem qualitativa: revisão interativa da literatura nacional e internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10), 3683-3700. Doi:10.1590/1413-812320182410.17822019.

Spranger, C. P. L. (2022). AVC no jovem adulto - o que há de novo? (Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado de Medicina). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Teodoro, W. L. G. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma*. (3. ed.).

Thompson, K. N., Hübel, C., Cheesman, R., Adey, B. N., Armour, C., Davies, M. R., Hotopf, M., Jones, I. R., Kalsi, G., McIntosh, A. M., Monssen, D., Peel, A. J., Rogers, H. C., Skelton, M., Smith, D. J., Walters, J. T. R., Breen, G., & Eley, T. C. (2021). Age and sex-related variability in the presentation of generalized anxiety and depression symptoms. *Depression and anxiety*, 38(10), 1054–1065. 10.1002/da.23213.

Torres, C. M. (2010) *Fatores de risco para transtornos de ansiedade na epilepsia do lobo temporal*. Porto Alegre.

Turke, K. C., Canonaco, J. S., Artioli, T., Lima, M. S. S., Batlle, A. R., Oliveira, F. C. P., Cubero, D. I. G., Sette, C. V. M., & Del Giglio, A. (2020). Depression, anxiety and spirituality in oncology patients. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 66(7), 960–965. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.960>.

Vesga-López, O., Schneier, F., Wang, S., Heimberg, R., Liu, S. - M., Hasin, D. S., & Blanco, C. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (10), 1606–1616.

Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. de J., & Horta, B. L. (2003). Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study . *Revista De Saúde Pública*, 37(4), 440-445. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008>.

Wei, Z., Ren, L., Wang, X., Liu, C., Cao, M., Hu, M., Jiang, Z., Hui, B., Xia, F., Yang, Q., Liu, Y., & Deng, Y. (2021). Rede de sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com epilepsia. *Pesquisa de epilepsia*, 175, 106696. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2021.106696>.

World Health Organization. (1998). Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB).