

Marlene da Rocha Monteiro

Correlatos de bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-enfarte agudo
do miocárdio

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Marlene da Rocha Monteiro

Correlatos de bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-enfarte agudo
do miocárdio

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Marlene da Rocha Monteiro

Correlatos de bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-enfarte agudo
do miocárdio

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos necessários para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a
orientação da Professora Doutora Luísa Rolim e
co-orientação da Professora Doutora Rute
Meneses.

Porto, 2009

Resumo

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é considerado uma das doenças que ameaça o sentido de integridade da pessoa, exigindo diversas mudanças no estilo de vida. Segundo a literatura, é nestas situações de crise que a pessoa recorre, com maior frequência, a um conjunto de estratégias, designados de mecanismos de *coping*, que lhe permitam diminuir a sensação *stressante*/ansiógena, sendo eficaz na promoção de um ajustamento adequado a esse tipo de situações (p.e., doença crónica), conduzindo a estados psicológicos positivos. A espiritualidade/bem-estar espiritual tem sido alvo, nas últimas décadas, de diversas investigações, sobretudo relacionadas com os processos de saúde-doença. Constituindo-se como um estado psicológico positivo, vários autores mencionam a importância deste construto na reconstrução das expectativas de vida positiva mesmo perante a adversidade.

Desta forma, o presente trabalho pretendeu analisar o bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-EAM e identificar correlatos de bem-estar espiritual desses indivíduos. Para a concretização destes objectivos, procedeu-se à administração do protocolo de avaliação constituído por um Questionário Sócio-Demográfico, pelo *Brief COPE* e pelo *Spiritual Well-Being Questionnaire*, a 32 sujeitos, sendo 25 (78,1%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre 44 e 72 anos de idade ($M=60,4$ anos; $DP=8,2$).

Os resultados permitiram perceber que existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o bem-estar espiritual e diversas estratégias de *coping*, nomeadamente, o *coping* activo, o planear, a religião, a reinterpretção positiva e a auto-distracção. Evidenciaram, ainda, diferenças estatisticamente significativas relativamente ao bem-estar espiritual entre as pessoas que possuem e as que não possuem uma crença e entre as que praticaram a religião que professavam menos de 50 vezes e as que a praticaram mais de 51 vezes, no último ano. Quanto às restantes variáveis estudadas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, duração do processo de reabilitação cardíaca e prática de uma religião), não foram encontradas relações estatisticamente significativas.

Pretendeu-se com este estudo contribuir para a compreensão dos correlatos de bem-estar espiritual na reabilitação cardíaca pós-EAM, alertando para a importância da conjugação de conhecimentos dos profissionais que trabalham com pessoas que sofreram um EAM.

Abstract

The acute myocardial infarction (EAM) is considered a disease that threatens the sense of integrity of the person, requiring several changes in lifestyle. According to the literature, it's in this crisis' situations that the person appeals, more frequently, to a set of strategies, designated mechanisms of coping, enabling him or her to reduce the stressful/anxiogenic feeling, thus being effective in promoting an appropriate adjustment to these kinds of situations (e.g., chronic disease), leading to positive psychological states. The spirituality/spiritual well-being has been a target, in the last few decades, of several investigations, mainly related to the processes of health and disease. Constituting itself as a positive psychological state, several authors mention the importance of this construct in the reconstruction of the positive expectations of life even towards adversity.

Thus, this study sought to examine the spiritual well-being of individuals in cardiac rehabilitation post-EAM and identify correlates of spiritual well-being of these individuals. To accomplish these objectives, we've proceeded to the administration of the assessment protocol consisting of a Socio-Demographic Questionnaire, the Brief COPE and the Spiritual Well-Being Questionnaire, to 32 subjects, 25 (78,1%) males, aged between 44 and 72 years ($M=60,4$ years, $SD=8,2$).

The results led to realize that there is a positive and statistically significant relationship between the spiritual well-being and several coping strategies, namely, the active coping, planning, religion, positive reinterpretation and self-distraction. These results showed, moreover, statistically significant differences for the spiritual well-being among people who have and those that do not have a belief and between those who professed the religion practiced less than 50 times and those who have practiced more than 51 times in the last year. For the remaining studied variables (gender, age, marital status, education level, duration of the process of cardiac rehabilitation and practice of a religion), were not found statistically significant relationships.

This study intended to contribute to understand the correlates of spiritual well-being in cardiac rehabilitation post-EAM, alerting to the importance of the combination of professionals knowledge working with people who have suffered an EAM.

Resumen

El infarto agudo de miocardio (EAM) es considerado una enfermedad que amenaza el sentido de la integridad de la persona, exigiendo varios cambios en el estilo de vida. Según la literatura, es en estas situaciones de crisis que la persona recorre, más frecuentemente, a un conjunto de estrategias, denominado procesos de *coping*, que le permiten disminuir la sensación de estrés/anxiogenic, y es eficaz en la promoción de un ajuste adecuado a estas sensaciones (p.e., enfermedades crónicas), conduciendo a estados psicológicos positivos. La espiritualidad/bienestar espiritual ha sido la meta, en las últimas décadas, de diversas investigaciones, principalmente relacionadas con los procesos de la salud y la enfermedad. Constituyéndose como un estado psicológico positivo, algunos autores mencionan la importancia de construir en la reconstrucción de las expectativas positivas de la vida mismo para la adversidad.

De esta forma, el presente trabajo pretendió examinar el bienestar espiritual de las personas en rehabilitación cardíaca después de lo EAM y determinar correlatos de bienestar espiritual de estas personas. Para cumplir estos objetivos, se produjo a la administración del protocolo de evaluación que consiste en un Cuestionario Socio-Demográfico, el *Brief COPE* y el *Spiritual Well-Being Questionnaire*, a 32 sujetos, siendo 25 (78,1%) del sexo masculino, con edades comprendidas entre los 44 y 72 años de edad ($M=60,4$ años; $SD=8,2$).

Los resultados permitirán percibir que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre el bienestar espiritual y diversas estrategias de *coping*, en particular, el *coping* activo, el planear, la religión, la reinterpretación positiva y la auto distracción. Evidenciaran, además, diferencias estadísticamente significativas relativamente a el bien estar espiritual entre las personas que tienen y las que no tienen una creencia y entre las practican la religión que profesaban menos de 50 veces y las que la practican más de 51 veces en lo último año. Para las demás variables estudiadas (sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, duración del proceso de rehabilitación cardíaca y práctica de una religión) no fueran encontradas relaciones estadísticamente significativas.

Este estudio pretendió entender los correlatos de bienestar espiritual en la rehabilitación cardíaca después de lo EAM, alertando para la importancia de la combinación de conocimientos de los profesionales que trabajan con personas que han sufrido un EAM.

Dedicatória

Dedico este estudo aos doentes que, mesmo encontrando-se numa situação de doença e de sofrimento, generosamente se disponibilizaram a colaborar no trabalho de campo da presente dissertação, possibilitando a realização do mesmo.

Agradecimentos

Um dos conhecimentos mais pertinentes, adquiridos ao longo deste percurso de seis anos pela Psicologia, foi o de que o ser humano é um ser social. Assim, em consonância com este facto, não poderia jamais deixar de agradecer a algumas das muitas pessoas que, quer pelos conhecimentos transmitidos, quer pela estabilidade emocional proporcionada, acompanharam esta fase da minha vida, e me proporcionaram vivê-la de uma forma tão construtiva e enriquecedora.

Agradeço à Professora Doutora Rute Meneses, por ter acedido ao convite de me orientar, pela sua disponibilidade e exigência, pela compreensão de todas as dificuldades sentidas, pela partilha de conhecimento e momentos de reflexão que proporcionou, e pela confiança demonstrada durante o percurso final de construção deste trabalho.

Agradeço à Professora Doutora Luísa Rolim, pela preciosa orientação ao longo do estágio académico, pelo incentivo e conhecimento transmitidos no percurso inicial do presente trabalho.

Agradeço à Dra. Salomé Oliveira e à Dra. Zélia Malta, pelas palavras de carinho e apoio aquando a discussão da dissertação, por acreditarem em mim e me fazerem acreditar.

Agradeço à Dra. Sara Mariano e à Dra. Catarina Branco, respectivamente, Directora da Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde e Directora do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de São Sebastião, não só por acederem positivamente à proposta de realização deste trabalho, mas também pelo incentivo e orientações oferecidas.

Agradeço à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Hospital de São Sebastião por terem autorizado a realização do presente estudo.

Agradeço ao meu Pai, à minha Mãe e aos meus irmãos, pelo amor incondicional, pela paciência carinhosa em relação às oscilações de humor decorrentes da pressão do mestrado e pelo apoio e a confiança constantes nas minhas realizações.

Agradeço ao André, meu namorado, companheiro e amigo, pela compreensão, carinho, incentivo e crença na minha potencialidade.

Agradeço à Filipa e à Marisa, pela amizade que construímos ao longo do percurso académico e por todos os momentos que juntas partilhamos, momentos alegres e, também, momentos difíceis, que se constituíram como oportunidades de crescimento pessoal e fortalecimento da nossa amizade.

Agradeço a todos os Docentes que acompanharam este meu percurso, os conhecimentos transmitidos... A todos, sem excepção: Obrigada por me ensinarem o caminho da Psicologia...

Agradeço a todos aqueles, que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma directa ou indirecta para este trabalho, por toda a simpatia, boa vontade e apoio para a concretização deste trabalho.

Agradeço também àqueles que não me ajudaram e que não acreditaram nas minhas capacidades, o que se tornou num estímulo positivo, permitindo atingir o meu objectivo.

Índice

Introdução.....	1
Parte I: Enquadramento teórico.....	4
Capítulo I. Enfarte agudo do miocárdio.....	4
1.1. Caracterização.....	5
1.2. Factores de risco.....	9
1.3. Dimensões psicológicas e sua relevância.....	18
Capítulo II. Espiritualidade e bem-estar espiritual.....	25
2.1. Breve contextualização histórica da espiritualidade.....	27
2.2. Delimitação do construto espiritualidade.....	30
2.3. A espiritualidade em contextos de saúde e doença.....	37
2.4. Bem-estar espiritual: Definição e correlatos.....	45
Parte II: Estudo empírico.....	53
Capítulo III. Objectivos, hipóteses e variáveis do estudo.....	53
Capítulo IV. Método.....	55
4.1. Participantes.....	55

4.2. Material	57
4.3. Procedimento.....	60
Capítulo V. Apresentação e discussão dos resultados.....	62
Conclusão	76
Referências bibliográficas	81

Índice de figuras

Figura I: Ilustração da Angina de Peito	7
Figura II: Ilustração do Enfarte Agudo do Miocárdio	8
Figura III: O Potencial Papel da Psicologia na Doença Coronária.....	19

Índice de tabelas

Tabela 1: Descrição da Amostra em Função das Variáveis Sócio-demográficas	55
Tabela 2: Análise Descritiva dos Valores Obtidos no SWBQ	62
Tabela 3: Análise Descritiva dos Valores Obtidos no <i>Brief COPE</i>	63
Tabela 4: Correlação entre as Escalas do <i>Brief COPE</i> e do SWBQ.....	64
Tabela 5: Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função do Sexo	66
Tabela 6: Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Idade.....	68
Tabela 7: Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função do Estado Civil.....	70
Tabela 8: Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Escolaridade	71
Tabela 9: Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Duração da Reabilitação Cardíaca .	71
Tabela 10: Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Religião	72
Tabela 11: Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Prática Religiosa	73
Tabela 12: Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Frequência da Prática Religiosa..	74

Que sabes tu do fim?

Se temes que seu mistério seja uma noite, enche-a de estrelas.
Conserva a ilusão de que teu voo te leve sempre para mais alto.

No deslumbramento da ascensão,

Se pressentires que amanhã estará mudo,

Esgota como um pássaro, as canções que tens na garganta.

Canta! Canta para conservar uma ilusão de festa e de vitória.

Talvez as canções adormeçam as feras

Que esperam devorar o pássaro.

Desde que nasceste não és mais que um voo no tempo.

Rumo ao céu?

Que importa a rota!

Voa e canta enquanto resistirem as asas.

(Menotti del Picchia, s.d., citado por Negreiros, 2003)

Introdução

É evidente o crescente progresso técnico e científico no âmbito da saúde, o que tem vindo a possibilitar um melhor diagnóstico de determinadas doenças bem como a adaptação das terapias mais eficazes (Ribeiro, 1994, 1998, 2005). Constata-se ainda uma melhoria significativa na assistência, serviços técnicos de enfermagem cada vez mais qualificados e a modernização das estruturas sanitárias (Ribeiro, 1994, 1998, 2005). Esta evolução conduziu a um aumento da média e da qualidade de vida, possibilitando aos sujeitos um maior número de recursos para enfrentarem as dificuldades ao nível da saúde física e psicológica (Lourenço, 2004; Ribeiro, 1994, 1998, 2005).

No entanto, este progresso, fundamental para a evolução da humanidade, não é por si só suficiente para um cuidado adequado da pessoa fragilizada pela doença e pelo sofrimento (Lourenço, 2004). Tal como Trigo (2004, citado por Lourenço, 2004) refere, pode, inclusivamente, em casos extremos, na auto-suficiência de quem julga possuir o monopólio das soluções, excluir ou diminuir outras perspectivas e outros contributos, sendo os aspectos sadios da pessoa deixados, muitas vezes, em segundo plano.

Desta forma, o conhecimento técnico-científico não basta para a recuperação da pessoa enferma, sendo necessário considerá-la na sua globalidade, atendendo aos aspectos que lhe são inerentes, ou seja, os aspectos biológicos ou físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Angerami-Camon, 2002, citado por Hoffman, Muller, & Frasson, 2006; Belar & Deardorff, 1996, citado por Meneses, 2006; Rippentrop, 2005). Como defende Bolander (1999, citado por Lourenço, 2004, p. 96), o “cuidado holístico tem a ver com a pessoa na sua totalidade: a parte biológica, psicológica e espiritual”. Estas partes devem ser perspectivadas como uma interligação, pois quando uma entra em desequilíbrio, as outras são igualmente afectadas, não permitindo um equilíbrio total e um bom estado de saúde (Bolander, 1999, citado por Lourenço, 2004).

Quando uma pessoa enfrenta uma situação de crise, motivada pelos mais variados factores (p.e., uma doença, a perda de emprego, a perda de um ente querido), existe uma necessidade maior de um entendimento espiritual para poder entender e aceitar essa crise (Lourenço, 2004). É nestes momentos de crise que a pessoa se encontra em sofrimento, e tem necessidade de compreender e ser compreendida, de ter esperança, de perdoar e/ou ser

perdoada, tem necessidade de amor e relacionamento, e precisa de encontrar um significado para a vida, de modo a conseguir superar essa crise (Lourenço, 2004).

Numa situação de doença, principalmente de doença crónica, existe uma substancial evidência empírica de que as crenças, valores e atitudes das pessoas influenciam a sua susceptibilidade perante a doença (podendo agravá-la ou contribuir para o seu aparecimento), a sua decisão em procurar tratamento, o envolvimento no tratamento e, em última instância, a sua satisfação e reabilitação/recuperação (Daaleman, 1999; Meneses, 2006). No sistema de saúde, as crenças espirituais podem exercer uma influência significativa sobre as crenças de saúde das pessoas, e algumas podem, inclusivamente, ter um efeito directo no prognóstico clínico (Daaleman, 1999).

Refere-se particularmente a doença crónica, pois, segundo diversos autores, trata-se do maior problema de saúde pública, acarretando consequências graves do ponto de vista económico, social, físico e psicológico, tanto para o próprio como para as pessoas directamente envolvidas e a sociedade em geral (Fernandes & McIntyre, 2006; Figueiras, 2007; Meneses, 2006; Rippentrop, 2005).

No domínio das doenças crónicas pareceu pertinente fazer referência ao enfarte agudo do miocárdio (EAM), isto porque a pesquisa efectuada mostra uma escassez de estudos acerca da dimensão espiritual da doença (Bekelman et al., 2007). O EAM é considerado uma das doenças que ameaça o sentido de integridade da pessoa, pelo que, muitas vezes, a espiritualidade pode ajudar a reconstruir uma expectativa de vida positiva mesmo perante a adversidade (Pinto & Ribeiro, 2008).

É fundamental referir que o interesse da investigadora pela área da espiritualidade surgiu no decorrer de alguns trabalhos académicos subordinados ao tema. Contudo, a experiência de estágio académico, no Hospital de São Sebastião, com grupos psicoeducativos de reabilitação cardíaca, e respectivo fascínio desenvolvido ao longo deste período pela intervenção psicológica com doentes cardíacos, despoletou o interesse pelo cruzamento da espiritualidade com esta população. Além disso, a visão de pessoa, doente, aluna e estagiária, papéis assumidos pela investigadora ao longo do seu desenvolvimento, permitem referir que este é um tema mal compreendido e valorizado nos cuidados ao doente e, muitas vezes, esquecido.

Foi precisamente devido a estas constatações que se propôs trabalhar o tema do bem-estar espiritual em doentes com EAM, em fase de reabilitação cardíaca.

Desta forma, a primeira parte do presente estudo é dedicada ao enfoque teórico das variáveis implicadas na presente investigação. A metodologia utilizada teve por alicerces uma pesquisa em diversas bases de dados (p.e., Biblioteca do Conhecimento Online, BioMed Central, Medline, PsycARTICLES, PubMed, Redalyc, Scielo, ScienceDirect), em várias bibliotecas (p.e., Biblioteca Central e Biblioteca de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto, do Hospital de São Sebastião, do Hospital de São João, do Instituto Português de Oncologia, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, da Universidade de Coimbra, da Universidade do Minho) e, ainda, o contacto directo com a realidade promovida pelo estágio académico.

Assim, a primeira parte da presente dissertação consiste numa compilação de informação sobre os principais construtos relacionados com o tema desta dissertação, iniciando-se por uma breve revisão teórica ao nível das doenças cardiovasculares, considerando uma perspectiva geral acerca da mesma, nomeadamente a sua etiologia, epidemiologia, sintomatologia e consequências psicológicas. Posteriormente, realiza-se um enquadramento teórico acerca do bem-estar espiritual que inclui, para além da delimitação deste construto, uma breve contextualização histórica e abordagem de possíveis definições da espiritualidade, os contributos desta nos contextos de saúde e doença e, ainda, a relação da espiritualidade com as características sócio-demográficas.

Após uma revisão geral acerca dos construtos teóricos, na segunda parte, dedicada ao estudo empírico, procede-se à exposição das considerações gerais do método e à apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Por fim, o último ponto da dissertação consagra uma reflexão crítica sobre os dados obtidos, limitações e recomendações futuras.

Parte I: Enquadramento teórico

CAPÍTULO I: ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

As doenças crónicas compreendem uma multiplicidade de quadros clínicos que podem ir desde a artrite reumatóide à epilepsia, das doenças cardiovasculares à diabetes, quadros estes que provocam invalidez em graus variáveis e conduzem, a mais longo ou curto prazo, à morte (Ribeiro, 2005). De acordo com Blanchard (1982, citado por Ribeiro, 2005, p. 219), as doenças crónicas têm como principal característica o facto de serem “doenças que têm de ser geridas em vez de curadas”, podendo prolongar-se por toda a vida do doente. Ribeiro (2005, p. 219) acrescenta que “não se definem pela sua aparente ou real gravidade, mas sim por serem doenças, ou sem cura ou de duração muito prolongada”. Para além destas características, as doenças crónicas necessitam de controlo periódico, de observação e de tratamento regulares, uma vez que se trata de uma condição autónoma de doença que mistura problemas de ordem estritamente sanitária, exigências e reacções psicológicas, e necessidades ou preocupações de ordem social (Bennett, 2000/2002; Giovannini, Bitti, Sarchielli, & Speltini, 1986, citado por Ribeiro, 2005; Ogden, 2000/2004). Desta forma, torna-se necessário um ajuste do estilo de vida capaz de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida (QDV)¹ dos doentes, já que estes ficam susceptíveis a algumas pressões de ordem social e médica, podendo culminar em reacções psicológicas adversas (Ribeiro, 1998).

No domínio das doenças crónicas, este trabalho irá considerar as doenças cardiovasculares, mais especificamente, o EAM, por ser considerado uma experiência que representa uma ameaça à vida. Isto porque não só atinge um órgão vital e fundamental, mas também porque a severidade desta experiência vai ditar a forma como o ajustamento se vai processar (Lemos, 2002; Oliveira, Sharovsky, & Ismael, 2001; Pinto & Ribeiro, 2008).

¹ A QDV consiste na percepção individual da posição pessoal na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores, bem como na relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1995, citado por Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003; Ribeiro, 2005; Simões et al., 2000). É o sentimento pessoal de bem-estar resultante da satisfação ou insatisfação com as várias esferas/domínios de vida da pessoa (Ferrans & Powers, 1992, citado por Ribeiro, 2005).

1.1. Caracterização

As doenças cardiovasculares são actualmente consideradas como o inimigo número um da saúde pública em todo o mundo, figurando como a principal causa de morte nos países industrializados e representando um quarto de todas as causas de mortalidade nos homens acima dos 40 anos e nas mulheres acima dos 60 (*American Heart Association*, 2002, Steptoe & Wardle, 1992, *The International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease*, 1998, citados por Gouveia, 2004; *American Stroke Association*, 2006, citado por Pierce, Steiner, Havens, & Tormoehlen, 2008; Araújo & McIntyre, 1997; Ballester, Llorens, Navarro, Campos, & Buunk, 2007; Cardoso, 1984; Fernandes & McIntyre, 2006; Fernández-Abascal, Díaz, & Sánchez, 2003; Gomes & Nunes, 1992; Graham et al., 2007; McIntyre, Fernandes, & Soares, 2000, 2002; Pan, Lien, Yen, Lee, & Chen, 2008; Santos, 2004; Silva, 2000; Thompson & Lewin, 2000, citado por Figueiras, 2007; Titoto, Sansão, Marino, & Lamamari, 2005; Young, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992, citado por McIntyre et al., 2002), as doenças cardiovasculares matam 12 milhões de pessoas por ano, encontrando-se, na actualidade, a par do cancro e dos acidentes de viação, entre as principais causas de morte nos países industrializados ocidentais e a terceira causa de morte nos países em vias de desenvolvimento. A pesquisa bibliográfica sugere, inclusivamente, que as doenças cardiovasculares matam mais pessoas que todas as formas de cancro combinadas (Pestana, Estevens, & Conboy, 2007; Puchalski, 2005; Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007). Na União Europeia, as estimativas apontam para que, actualmente, as doenças coronárias e os acidentes vasculares cerebrais afectem mortalmente mais de 1,5 milhões de pessoas por ano, calculando-se que cerca de 15% destas mortes ocorram antes dos 65 anos, salientando-se o facto desta ser uma altura em que este tipo de problemáticas é considerado prematuro (Fernandes & McIntyre, 2006; Holford, 1998/2006; McIntyre et al., 2000, 2002; McIntyre & Silva, 1994; Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007).

Em Portugal, verifica-se que as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbilidade², invalidez e morte em mulheres e homens, encontrando-se entre um dos

² De acordo com Holford (1998/2006), as doenças cardiovasculares matam um português a cada 15 minutos, tendo-se registado em 2005 105.813 casos, dos quais 41.000 resultaram em mortes. Segundo o mesmo autor, morrem cerca de 13.500 pessoas diariamente de doença cardiovascular, o que perfaz uma média de nove mortes por minuto.

principais motivos de limitações funcionais, incluindo défices no funcionamento físico, psicológico e social (Direcção Geral de Saúde, 2003; Figueiras, 2007; Instituto Nacional de Estatística, 2002, citado por Gouveia, 2004; Matos, 2002; McIntyre et al., 2000, 2002; Roquebrune, 1983/1984; Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 1989, citado por McIntyre, 1994, McIntyre & Silva, 1994; Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007). Registos preliminares de 1998 atribuem a responsabilidade de cerca de 42% do total de óbitos ocorridos às doenças cardiovasculares (Direcção Geral de Saúde, 1998, citado por McIntyre et al., 2002).

De acordo com Araújo e McIntyre (1997) e Matos (2002), as implicações clínicas das doenças cardiovasculares são responsáveis, sobretudo nas faixas etárias mais altas, por um elevado número de hospitalizações, figurando como uma das principais causas de reforma antecipada, ou saída da vida activa, estando, portanto, associadas a um aumento de custos nos cuidados de saúde e, inclusive, para a sociedade, bem como a uma menor produtividade.

As doenças cardiovasculares compreendem as doenças do coração, dos vasos sanguíneos e da circulação (Cardoso, 1984; Fernández-Abascal et al., 2003; Gouveia, 2004; Katzel & Waldestein, 2001, citado por Serra, 2002; Ribeiro, 2005). Das doenças que provocam disfunção cardíaca a mais comum é a doença cardíaca coronária, que diz respeito à doença resultante da constrição ou oclusão das artérias coronárias (endotélio) que irrigam o coração de sangue e que lhe fornecem oxigénio (Araújo & McIntyre, 1997; Cardoso, 1984; Gouveia, 2004; McIntyre et al., 2002; Ribeiro, 2005). Este bloqueio é originado pelo desenvolvimento de placas de aterosclerose³ nas paredes das artérias e que, ao soltarem-se, constituem trombos/coágulos que bloqueiam as artérias coronárias (Araújo & McIntyre, 1997; Cardoso, 1984; Flather et al., 2005; Giannotti, 2002; Gouveia, 2004; McIntyre et al., 2002).

Este processo isquémico coronário pode ser de natureza transitória ou permanente. No primeiro caso, o bloqueio é breve ou incompleto, ou seja, ocorre a constrição/estreitamento de uma artéria coronária, devido à formação das placas de aterosclerose, em que o doente pode sofrer uma dor forte no peito e braço, que ocorre devido ao músculo cardíaco não receber sangue suficiente (Araújo & McIntyre, 1997; Bennett & Murphy, 1997/1999; Cardoso, 1984;

³ Estas placas são formadas por depósitos de gorduras (colesterol e seus derivados), células musculares, tecido fibroso e “rolhões” de plaquetas (Gouveia, 2004; Holford, 1998/2006; McIntyre et al., 2002; Roquebrune, 1983/1984).

Gonçalves, Matos, Oliveira, & Pereira, 2003; Gouveia, 2004; Holford, 1998/2006; McIntyre et al., 2002; Ogden, 2000/2004; Reeder & Gersh, 1994; Roquebrune, 1983/1984; Sarafino, 1990, citado por Ribeiro, 2005). Este acontecimento é designado por angina de peito (cf., Figura 1).

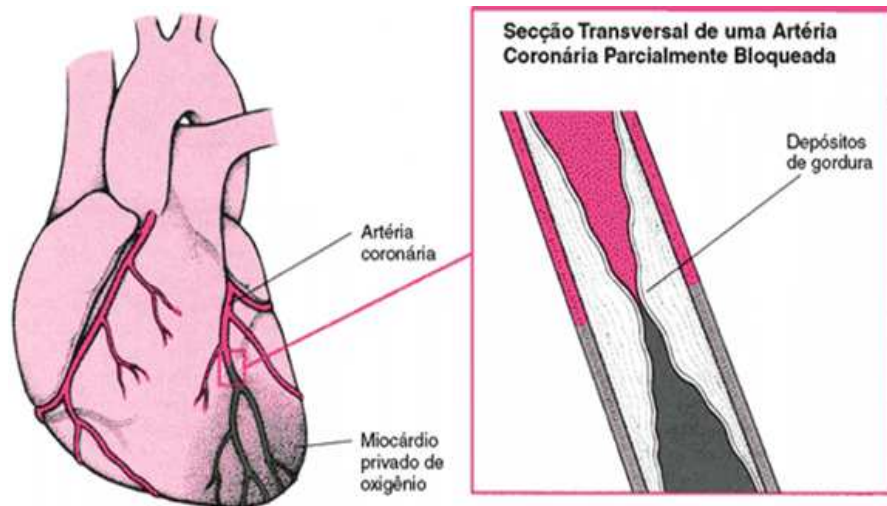


Figura 1. Ilustração da Angina de Peito (retirada de Rosmaninho, Júlio, Assunção, & Morais, 2007)

No segundo caso, o bloqueio é grave ou prolongado, sendo que uma porção do tecido muscular do coração (miocárdio) pode ser destruído devido à falta de irrigação sanguínea. Esta oclusão de uma (ou mais) artéria coronária ocorre quando um fragmento das placas de aterosclerose se solta, constituindo um trombo/coágulo que bloqueia na totalidade a artéria. Este acontecimento é designado por EAM (cf., Figura 2) (Araújo & McIntyre, 1997; Bennett & Murphy, 1997/1999; Cardoso, 1984; Gonçalves et al., 2003; Gouveia, 2004; Holford, 1998/2006; McIntyre et al., 2002; Ogden, 2000/2004; Reeder & Gersh, 1994; Roquebrune, 1983/1984; Sarafino, 1990, citado por Ribeiro, 2005).

O EAM, sobre o qual o presente trabalho incide, é frequentemente acompanhado por uma sintomatologia somática e psicológica típica, que pode compreender: uma pressão desconfortável, aperto ou dor no centro do peito, que pode ou não desaparecer; dor que irradia pelos ombros, pescoço, maxilares e braço esquerdo; dor na zona epigástrica (sendo por vezes confundida com uma indigestão); elevação da tensão arterial nos minutos iniciais; astenia (fraqueza), piroxia, palidez facial, exsudação abundante e fria, náuseas e dispneia; medo de

morrer e agitação (*American Psychiatric Association*, 2002; Araújo & McIntyre, 1997; Cardoso, 1984; Gouveia, 2004; Legato, Padus, & Slaughter, 1997).

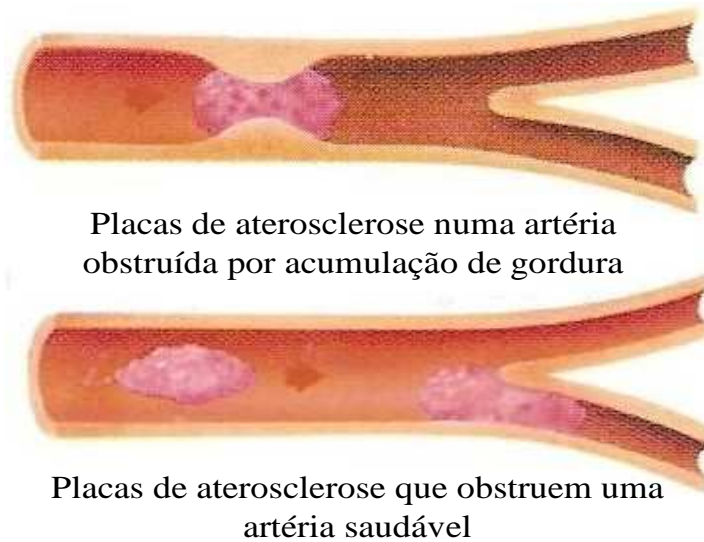


Figura 2. Ilustração do Enfarte Agudo do Miocárdio (adaptada de Rosmaninho et al., 2007)

A gravidade de um EAM vai variar de acordo com a localização e extensão do mesmo, que por sua vez interferem na severidade da sintomatologia, bem como no tipo de complicações que podem advir (p.e., arritmias, insuficiência cardíaca) (Araújo & McIntyre, 1997; Figueiras, 2007; Gouveia, 2004; McIntyre et al., 2002; Puchalski, 2005; Reeder & Gersh, 1994). Desta forma, o EAM é, por excelência, a doença cardíaca coronária responsável pelo maior número de hospitalizações e de incapacidades a longo termo, conduzindo a uma maior sobrecarga do sistema de saúde ao nível dos recursos humanos e económicos (Araújo & McIntyre, 1997; Figueiras, 2007; Foulkes et al., 1993, citado por McIntyre et al., 2002; Gouveia, 2004; Puchalski, 2005; Reeder & Gersh, 1994).

Devido às consequências físicas e psicológicas decorrentes do EAM, surge a necessidade de, após alta hospitalar, providenciar ao doente um conjunto de estratégias que lhe permitam uma adaptação à sua condição de saúde. Esta fase de recuperação e reaprendizagem de um estilo de vida, adaptado às limitações que resultam do EAM, corresponde à reabilitação cardíaca. Segundo a OMS (1969, citado por McIntyre et al., 2002, Moraes, 2005, Talbot et al., 2004), a reabilitação cardíaca é o conjunto das actividades necessárias para assegurar aos doentes cardíacos uma condição física, mental e social óptima, permitindo-lhes ocupar, pelos seus próprios meios, uma posição tão normal quanto possível na sociedade, retomando uma

vida activa e produtiva. A reabilitação cardíaca deve contemplar quatro áreas fundamentais no período imediato após o EAM, nomeadamente: providenciar ao doente informação acerca do EAM e dos factores de risco associados, bem como estruturar um plano de recuperação; desenvolver métodos produtivos para o doente poder lidar, de uma forma mais adequada, com o *stress* e depressão decorrentes do seu estado de saúde; promover a modificação necessária no estilo de vida; e estimular o regresso às actividades normais (Allan & Scheidt, 1996, citado por McIntyre et al., 2000).

Assim, o objectivo da reabilitação cardíaca é promover a adaptação do doente a um novo estilo de vida, que passa pela prática do exercício físico, mudanças na dieta, diminuição do consumo de tabaco e a aprendizagem de métodos para lidar, de modo mais eficaz e adequado, com as consequências emocionais relacionadas com a ocorrência do evento agudo, fomentando medidas que contribuam para uma melhor QDV (Aquino & Zago, 2007; McIntyre et al., 2002; Santos, 2004). Desta forma, foram desenvolvidos os programas de reabilitação cardíaca com o propósito de sublinhar o papel activo que o doente pode e deve ter nos seus próprios processos de saúde e doença, sendo caracterizados por sessões psicoeducativas que visam mudanças no estilo de vida dos doentes com EAM (Figueiras, 2007; Moraes, 2005; Ogden, 2000/2004; Santos, 2004; Zarzosa, Ligorit, Porrero, Pérez, & Stachurska, 2008).

A reabilitação cardíaca pós-EAM é um processo complexo que envolve uma multiplicidade de factores que incluem aspectos objectivos, como a dor física e a diminuição da vitalidade, e aspectos subjectivos, como o significado que o doente atribui à doença, pelo que é de extrema importância o desenvolvimento de esforços multidisciplinares de forma a minimizar o impacto da doença e favorecer a adaptação psicossocial ao EAM (Fernandes & McIntyre, 2006; McIntyre et al., 2000; Titoto et al., 2005).

1.2. Factores de risco⁴

Actualmente encontra-se bem documentado na literatura científica que o desenvolvimento, a manutenção e a recuperação das doenças cardiovasculares são

⁴ Correspondem às circunstâncias que aumentam a propensão e a probabilidade de ocorrência de doença coronária, contribuindo para o agravamento da mesma (Ballester et al., 2007; Cardoso, 1984; Giannotti, 2002; Gouveia, 2004).

determinados por uma causalidade multifactorial, ou seja, engloba causas genéticas, fisiológicas, bioquímicas, ambientais, comportamentais e psicossociais (Araújo & McIntyre, 1997; Ballester et al., 2007; Bueno, 1996; Cardoso, 1984; Fernandes & McIntyre, 2006; Figueiras, 2007; Giannotti, 2002; Glasgow & Engel, 1987, citado por McIntyre & Silva, 1994; Gouveia, 2004; Graham et al., 2007; Holford, 1998/2006; Kenchaiah, Narula, & Vasan, 2004; McIntyre & Silva, 1994; McIntyre et al., 2000, 2002; Michalsen et al., 2005; Pérez & Unanua, 2003; Ribeiro, 2005; Roquebrune, 1983/1984).

A pesquisa bibliográfica realizada sugere um conjunto de factores associados às doenças cardiovasculares, que podem ser divididos em factores de risco somáticos e factores de risco psicossocial e ambiental (Apels, 1996, Byrne & Byrne, 1990, Chesney, 1996, Scherwitz & Rugulies, 1993, Siegrist, 1996, Silva & Azevedo, 1992, Williams, 1996, citados por Araújo & McIntyre, 1997; Ballester et al., 2007; Bennett, 2000/2002; Bennett & Murphy, 1997/1999; Cardoso, 1984; Coelho & Gomes, 2000; Fernandes & McIntyre, 2006; Figueiras, 2007; Giannotti, 2002; Gibbs, Lip, & Beevers, 2000; Gonçalves et al., 2003; Gouveia, 2004; Graham et al., 2007; Holford, 1998/2006; Kenchaiah et al., 2004; McIntyre & Silva, 1994; McIntyre et al., 2000, 2002; Michalsen et al., 2005; Ogden, 2000/2004; Pérez & Unanua, 2003; Ribeiro, 2005; Roquebrune, 1983/1984; Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007; Stamler, Neaton, & Wentworth, 1989; Zarzosa et al., 2008).

Quanto aos factores de risco somáticos, a literatura mencionada identifica os seguintes: sexo masculino, idade avançada, factores genéticos e história familiar, dislipidémia⁵, hipertensão arterial⁶, diabetes *mellitus*⁷, vida sedentária⁸, obesidade⁹, abuso de tabaco¹⁰ e abuso de álcool¹¹.

⁵ A dislipidémia consiste numa subida dos níveis de colesterol e/ou triglicéridos e redução do colesterol protector (Ballester et al., 2007; Cardoso, 1984; Gouveia, 2000; Kenchaiah et al., 2004; Stroebe & Stroebe, 1999).

⁶ A hipertensão arterial é considerada, por alguns autores, como o maior risco modificável das doenças cardiovasculares e pode ser definida como níveis de pressão arterial elevados e permanentes (Lipp & Rocha, 1996, citado por Baptista, Rosas, & Silva, 2000; Pérez & Unanua, 2003; Stroebe & Stroebe, 1999).

⁷ A diabetes é uma doença crónica de natureza metabólica, que se caracteriza por uma elevação anormal do nível de glicose no sangue (hiperglicemia), que pode resultar numa elevada excreção de açúcar na urina (glicosúria). (Gearhart, 2000; Gouveia, 2000; Holford, 1998/2006; Kenchaiah et al., 2004; Leite, 2005; Silva, 2006a). A literatura distingue dois tipos de diabetes: a diabetes tipo I ou diabetes insulino-dependente (início na infância ou adolescência, originada por uma destruição das células β pancreáticas); e a diabetes tipo II ou não insulino-dependente (habitualmente com início na idade adulta, cuja causa é a combinação de uma acção menos eficaz da insulina com uma produção insuficiente da mesma, aparecendo frequentemente relacionada com um conjunto de factores associados a um estilo de vida pouco saudável) (Ballester et al., 2007; Gearhart, 2000; Gouveia, 2000; Holford, 1998/2006; Kenchaiah et al., 2004; Leite, 2005; Silva, 2006a).

Por sua vez, os factores de risco psicossocial e ambiental apontados pela literatura são: padrão de comportamento tipo A, ansiedade, tensão, *stress* económico, *stress* profissional, falta de apoio social, isolamento social, hostilidade reprimida, classe social e depressão.

Segundo a literatura é, ainda, possível uma outra forma de categorização dos factores de risco, podendo estes ser classificados como não modificáveis e modificáveis. Os factores não modificáveis são: idade da pessoa, género masculino, nível de instrução, factores genéticos, história familiar de doenças cardiovasculares em idade precoce, mobilidade social e classe social; os factores modificáveis dizem respeito a aspectos como: dislipidémia, hipertensão arterial, estilo de vida sedentário, diabetes *mellitus*, obesidade, abuso de tabaco, abuso de álcool e a circunstâncias de natureza psicológica, sendo, no entanto, contestável que se possam controverter estes últimos (Coelho & Gomes, 2000; Elliot, 1995, citado por Ribeiro, 2005; Gouveia, 2004; Holford, 1998/2006; McIntyre et al., 2000, 2002; Ogden, 2000/2004; Ribeiro, 1998).

Nos últimos anos, a investigação tem-se focado na importância dos factores psicossociais e comportamentais no desenvolvimento e manutenção destas doenças. Além de que, como o comportamento humano é definido como uma interacção do indivíduo com o meio, torna-se importante averiguar a relação entre as doenças cardiovasculares e os factores psicossociais e comportamentais. Desta forma, seguidamente são descritos com maior atenção alguns desses factores.

a) Stress: Definido como uma acção do organismo em resposta a uma situação que pode representar uma ameaça ao bem-estar, o *stress* é um dos factores de risco mais estudados na

⁸ Com os avanços tecnológicos de hoje, a necessidade de fazer qualquer tipo de actividade física tornou-se cada vez mais desnecessária, sendo a inactividade cada vez mais comum. Este panorama pode contribuir para a obesidade e, com isto, aumentar o risco cardiovascular (Ballester et al., 2007; Cardoso, 1984; Gouveia, 2000).

⁹ Ultimamente, este factor de risco tem sido bastante explorado, uma vez que diversos autores indicam que quem tem excesso de peso tem uma maior aptidão para desenvolver hipertensão arterial, dislipidémia e resistência à insulina, aumentando o risco cardiovascular (Ballester et al., 2007; Stroebe & Stroebe, 1999).

¹⁰ O consumo de tabaco representa um factor de risco com um peso importante em determinadas patologias, nomeadamente nas doenças cardiovasculares (Ballester et al., 2007; Gouveia, 2000; Kenchaiah et al., 2004). Martinet e Bohadana (2003) referem que foi encontrada uma correspondência dose/efeito entre o consumo de tabaco e o risco de incidência de EAM, sendo que o consumo eleva o risco cardiovascular e de morte súbita 2 a 4 vezes, parecendo ser a faixa etária dos 30 aos 50 anos a mais atingida (Flapan, 1994).

¹¹ O consumo excessivo de álcool encontra-se associado a uma maior mortalidade por doença cardiovascular (Ballester et al., 2007; Gouveia, 2004; Kenchaiah et al., 2004). Marmot, Rose e Shipley (1981, citado por Gouveia, 2004) concluíram que o álcool potencia a concentração de lipoproteínas de alta densidade (HDL), pelo que o seu consumo moderado está associado a uma menor mortalidade total, quando comparado quer com a abstinência quer com o consumo exagerado.

sua relação com as doenças cardiovasculares (Knox, 2001, citado por Serra, 2002; Ribeiro, 1998; Stroebe & Stroebe, 1999).

Segundo diversos autores (Greenber, 1985, citado por Araújo & McIntyre, 1997; Kasl, 1984, citado por Gouveia, 2004; Katzel & Waldstein, 2001, Knox, 2001, citados por Serra, 2002), o *stress* tem sido abordado pelos investigadores em diversas perspectivas, tais como: condição ambiental; avaliação da situação ambiental; resposta a uma condição ambiental ou à sua avaliação; descrição da interacção entre as exigências ambientais e a capacidade individual para lidar com essas exigências. De acordo com Silva e Azevedo (1995, citado por Araújo & McIntyre, 1997), estas perspectivas concebem o *stress* como uma determinada situação em que o organismo não possui, ou não recorre, a estratégias ou rotinas fisiológicas, cognitivas, afectivas e comportamentais que permitam lidar com a situação.

A sua relação com a doença cardiovascular, pelo exposto anteriormente, pode surgir devido aos efeitos fisiológicos que provoca envolvendo o sistema nervoso autónomo (Bennett & Murphy, 1997/1999; Serra, 2002). Uma activação permanente do sistema nervoso simpático pode conduzir ao aparecimento de algumas doenças, tais como as doenças coronárias (Bennett & Murphy, 1997/1999; Serra, 2002; Siltanen, 1987, citado por Gouveia, 2004). O *stress* representa, desta forma, um potencial factor de risco para o desenvolvimento de aterosclerose e da instabilidade eléctrica do coração (Johnston, 1992, citado por Gouveia, 2004), bem como da diminuição do sistema imunitário (Trigo, Rocha, & Coelho, 2000).

Ao nível comportamental, o *stress* é susceptível de provocar doenças cardiovasculares através dos factores de risco clássicos para estas doenças (Gouveia, 2004). Perante situações que provocam um maior *stress*, existe uma maior tendência para comportamentos pouco saudáveis. Este facto foi comprovado pelo estudo de Gilbert e Spielberger (1987, citado por Gouveia, 2004), em que os indivíduos expostos a situações sociais *stressantes* e que não podiam fumar relatavam a situação como mais *stressante* do que aqueles a quem era permitido fumar. Alguns estudos sugerem, ainda, que o *stress* pode conduzir a comportamentos prejudiciais à saúde, tais como, aumentar o consumo de álcool e café, reduzir a actividade física e ter menos cuidado com a alimentação (Johnston, 1992, citado por Gouveia, 2004; Ogden, 2000/2004; Serra, 2002).

Uma outra dimensão do *stress* que tem sido alvo de diversos estudos, e que se associa com as doenças cardiovasculares, é o *stress* laboral. De acordo com Kivimäki et al. (2002, citado por Gouveia, 2004), dois modelos que identificam dimensões de *stress* do ambiente laboral têm merecido particular atenção pela comunidade científica: o modelo de tensão laboral de Karasek et al. (1981, citado por Gouveia, 2004) e o modelo de desigualdade esforço-recompensa de Siegrist (1996, citado por Araújo & McIntyre, 1997, Gouveia, 2004).

No primeiro modelo, um dos principais motivos de *stress* laboral relaciona-se com as elevadas exigências profissionais associadas a uma baixa capacidade para a tomada de decisão (Bosma et al., 1997, citado por Gouveia, 2004), que parecem estar relacionados com um aumento na pressão arterial (Schnall et al., 1994, citado por Gouveia, 2004). O segundo modelo refere que o *stress* laboral surge em consequência de um elevado esforço de produção laboral, associado a baixas recompensas (p.e., monetárias, aprovação social, segurança e estabilidade no trabalho, oportunidades de carreira) (Siegrist, 1996, citado por Araújo & McIntyre, 1997, Gouveia, 2004). Diversos estudos revelaram associações positivas entre o *stress* laboral e a desigualdade esforço-recompensa no trabalho com factores de risco das doenças cardiovasculares, tais como a hipertensão (Schnall et al., 1994, Vrijkotte et al., 2000, citados por Gouveia, 2004; Siegrist, 1996, citado por Araújo & McIntyre, 1997, Gouveia, 2004), progressão da aterosclerose (Lynch et al., 1997, citado por Gouveia, 2004), hipercolesterolemia (Vrijkotte et al., 1999, citado por Gouveia, 2004), consumo de cigarros e sedentarismo (Johansson, 1991, citado por Gouveia, 2004) e aumento do índice de massa corporal (Kivimäki et al., 2002, citado por Gouveia, 2004). Desta forma, é possível constatar que o *stress* desempenha um papel importante na eclosão e desenvolvimento de doenças cardiovasculares e que situações prolongadas de *stress* promovem um conjunto de alterações neuroendócrinas crónicas, com repercussões ao nível dos sistemas nervoso central, endócrino e imunitário (McIntyre & Silva, 1994; Serra, 2002).

b) Ansiedade: É considerada como uma das emoções mais fortes que o ser humano pode experienciar (Byrne, 1990a, citado por Araújo & McIntyre, 1997). Actualmente, existem evidências de que as emoções desempenham um papel regulador do sistema cardiovascular, sendo a ansiedade uma das emoções principais deste processo (Araújo & McIntyre, 1997; Gouveia, 2004). Conhecida por uma diversidade de termos (p.e., nervosismo, apreensão, tensão, preocupação), a ansiedade pode ser definida como uma manifestação de intenso

desconforto e mal-estar face a um determinado acontecimento, podendo acarretar problemas graves ao nível cardiovascular (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005; *American Psychiatric Association*, 2002; Araújo & McIntyre, 1997; McReynolds, 1990, citado por Gouveia, 2004; Mennin, 2004).

De acordo com Byrne e Byrne (1990, citado por Araújo & McIntyre, 1997, Gouveia, 2004), e tendo em consideração o *stress* como um factor geral no aparecimento e manutenção da doença cardiovascular, a ansiedade é uma componente da reacção ao *stress*. Ao nível fisiológico, a ansiedade é responsável pela activação do sistema nervoso autónomo e as suas manifestações mais frequentes são: aumento da pressão arterial, taquicardia, secura da boca, náuseas, suores, vertigens, hiperventilação, tensão muscular, tremores e sensação de fraqueza (Spielberger & Rickman, 1990, citado por Araújo & McIntyre, 1997, Gouveia, 2004). Ao nível comportamental, as pessoas ansiosas apresentam menos comportamentos de saúde, tendem a evitar situações que potenciam a ansiedade, estão mais focalizadas em circunstâncias que são susceptíveis de lhes provocar ansiedade e têm dificuldade em se concentrar em outros aspectos no seu quotidiano (Gouveia, 2004).

c) Depressão: A literatura refere que cerca de 30 a 50% dos doentes com doenças cardiovasculares também experienciam níveis significativos de depressão (Appels, 1983, Barefoot, Helms, & Mark, 1996, Lindgard, 1982, Schleifer et al., 1989, Ziegelstein, 2001, citados por Gouveia, 2004; Byrne, 1990b, citado por Araújo & McIntyre, 1997).

Actualmente, a depressão é considerada um factor de risco para a etiologia das doenças cardiovasculares, sendo responsável por elevados índices de mortalidade nos doentes com EAM (Booth-Kewley & Friedman, 1987; Oldridge & Pashkow, 1988, citado por Araújo & McIntyre, 1997; Ziegelstein, 2001, citado por Gouveia, 2004). No que respeita a diferenças ao nível do género, as mulheres ficam mais deprimidas que os homens após um EAM (Carney, Freedland, & Jaffe, 1990, Schleifer et al., 1989, citados por Gouveia, 2004), existindo uma relação entre depressão e índices de mortalidade após um EAM em homens e mulheres (Falgar & Appels, 1982, Schleifer et al., 1989, citados por Gouveia, 2004).

A investigação sugere que os mecanismos de acção entre a depressão e as doenças cardiovasculares estarão relacionados com factores próprios do estado depressivo, incluindo

factores fisiológicos, comportamentais e psicossociais (Byrne & Byrne, 1990, citado por Araújo & McIntyre, 1997; Carney et al., 1995, Glassman et al., 1990, Scheidt, 1996, Wulsin, 2000, Zigelstein, Bush, & Fauerbach, 1998, citados por Gouveia, 2004). Assim, de acordo com os autores mencionados, ao nível fisiológico, os processos desencadeados pelas alterações bioquímicas derivadas de estados depressivos modificam a função cardíaca e vascular. A nível comportamental, a depressão poderá estar associada a uma diminuição da adesão a uma dieta saudável e ao exercício, ao aumento do consumo de tabaco e de álcool. Por outro lado, o estado depressivo poderá, também, estar relacionado com factores psicossociais, como o isolamento social, a hostilidade e a ira, contribuindo, desta forma, para aumentar o risco das doenças cardiovasculares.

d) Personalidade tipo A: Friedman e Rosenman (1959, citado por Araújo & McIntyre, 1997, Gouveia, 2004) descreveram um tipo de comportamento que viria a ser conhecido por Padrão de Comportamento Tipo A (PCTA). O PCTA é caracterizado por motivações de competitividade exageradas, sentido de urgência e impaciência, desejo de ser reconhecido, orientação para o desempenho, hostilidade e agressividade, estilo vocal explosivo e agitação motora, que estariam associados a uma maior probabilidade de contrair doenças cardiovasculares (Araújo & McIntyre, 1997; Bennett, 2000/2002; Bishop, 1994, citado por Gouveia, 2004; Ogden, 2000/2004; Stroebe & Stroebe, 1999).

Alguns estudos prospectivos desenvolvidos nas décadas de 60 e 70 do séc. XX demonstraram a evidência da relação entre o PCTA e as doenças cardiovasculares em homens e mulheres. No *Western Collaborative Group Study* (WCGS), em que participaram mais de 3000 homens saudáveis, com idades compreendidas entre os 39 e os 59 anos, pelo período de oito anos e meio, verificou-se que os indivíduos com PCTA tinham duas vezes mais probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares do que os Tipo B, mesmo depois de controlados outros factores de risco, como os hábitos tabágicos, tensão arterial e níveis de colesterol sanguíneo (Rosenman et al., 1975, citado por Gouveia, 2004). Os resultados obtidos foram corroborados pelo *Framingham Heart Study* (FHS), desenvolvido por Eaker, Abbott e Kannel (1989, citado por Gouveia, 2004), um outro estudo prospectivo com a duração de oito anos, em que participaram mais de 5000 homens e mulheres, com idades entre os 45 e os 77 anos. Neste estudo foi estabelecida uma relação entre o PCTA e a angina de peito, mas não foi encontrada uma associação com o EAM (Eaker et al., 1989, citado por

Gouveia, 2004). Deste modo, percebe-se a existência de alguma controvérsia na associação entre PCTA e as doenças cardiovasculares, nomeadamente no facto de o PCTA ser um factor de risco agravado desta patologia nas pessoas em geral, mas não em outras que tenham outros factores de risco (Araújo & McIntyre, 1997; Mathews & Haynes, 1986, citado por Gouveia, 2004).

e) Hostilidade: A hostilidade pode ser definida como uma predisposição para reagir com ira e irritação a um conjunto de situações frustrantes (Williams, Barefoot, & Shekele, 1985, citado por Gouveia, 2004). Outros autores defendem que a hostilidade é considerada um traço de personalidade, traduzido por uma atitude fria e distante, expressões de antagonismo, crítica, cinismo, falta de cooperação, sem manifestações de cólera aberta (Bishop, 1994, Haynal, Pasini, & Archinard, 1998, citados por Gouveia, 2004; Coelho & Gomes, 2000).

Após alguns estudos prospectivos terem demonstrado resultados contraditórios na associação entre o PCTA e as doenças cardiovasculares, alguns investigadores voltaram a sua atenção para a hostilidade, que seria um componente fundamental do PCTA e que estaria relacionada com a predição da mortalidade e morbidade das doenças cardiovasculares (Coelho & Gomes, 2000; Everson et al., 1997, citado por Gouveia, 2004; Scherwitz & Rugulies, 1993, citado por Araújo & McIntyre, 1997; Williams, 1990, citado por Araújo & McIntyre, 1997, Gouveia, 2004). Uma componente da hostilidade que parece ser fundamental para a predição das doenças cardiovasculares é o potencial para a hostilidade, que pode ser definido como “uma tendência relativamente estável para reagir a vários acontecimentos indutores de frustração, através de respostas de ira, irritação, desgosto, ressentimento e/ou para expressar antagonismo, crítica, falta de cooperação e outros comportamentos desagradáveis” (Dembroski et al., 1985, citado por Trigo et al., 2000, p. 174).

Alguns estudos têm estabelecido associações entre a hostilidade e as doenças cardiovasculares, relacionadas com as consequências da própria hostilidade, nomeadamente ao nível do isolamento social, diminuição do suporte social e conflitos interpessoais, bem como uma maior propensão para a adopção de comportamentos de risco (p.e., maior consumo de álcool, tabaco, drogas, hábitos alimentares incorrectos e ausência de exercício físico), como resultado de estratégias de *coping* inadequadas para lidar com o *stress* (Hardy & Smith, 1988, Leiker & Hailey, 1988, Siegler et al., 1992, citados por Gouveia, 2004).

f) Suporte social e isolamento social: O suporte social parece ter um papel protector na prevenção de determinadas doenças, nomeadamente das cardiovasculares (Frasure-Smith et al., 2000, Ziegelstein, 2001, citados por Gouveia, 2004). De acordo com Wills (1997, citado por Gouveia, 2004), diversos estudos epidemiológicos apontam duas conclusões sobre a relação entre o suporte social e a doença: primeira, a de que a existência de suporte social está relacionada com menores níveis de mortalidade entre a população geral; e, segunda, a existência de suporte social está associada a uma melhor recuperação da doença.

Pela análise da recolha bibliográfica, é possível constatar que o suporte social tem um efeito protector em homens e mulheres no EAM, nomeadamente na incidência da doença, na adaptação psicossocial, no aparecimento de um novo EAM, na adesão a programas de reabilitação e nos índices de mortalidade (Anderson, Deshaies, & Jobin, 1996, Berkman, 1995, Ruberman, Weinblatt, & Golberg, 1994, citados por Gouveia, 2004; Orth-Gómer, 1996, citado por Araújo & Gouveia, 1997, Gouveia, 2004). A forma como o suporte social influencia a prevenção, origem, desenvolvimento e tratamento das doenças cardiovasculares não é bem conhecida, no entanto, pode-se postular que tem subjacentes inúmeros factores, que vão desde a dificuldade de ter disponível apoio médico de urgência até aos benefícios neuro-hormonais do contacto social (Araújo & McIntyre, 1997; Gouveia, 2004).

Tem também sido sugerido que o isolamento social está significativa e positivamente associado a um aumento de morbilidade e mortalidade em diversas doenças, nomeadamente, nas doenças cardiovasculares (Araújo & McIntyre, 1997; Brummett et al., 2001, citado por Gouveia, 2004), sendo considerado um factor de risco com uma magnitude comparável a outros factores de risco biomédicos, comportamentais e psicossociais (House, 2001, citado por Gouveia, 2004).

Tendo em consideração esta exposição, parecem existir, de facto, poucas dúvidas de que diversas variáveis psicossociais exercem uma profunda influência nas doenças cardiovasculares, pelo que as intervenções que visem a alteração psicossocial e de estilos de vida representam um grande potencial para modificar o desenvolvimento destas doenças. Inclusivamente, a prevenção de futuros comprometimentos a este nível pode requerer mudanças nas actividades e estilo de vida, e o bem-estar geral da pessoa pode depender do suporte psicológico e social recebido (Almeida & Oliveira, 2000; Araújo & McIntyre, 1997;

Bennett, 2000/2002; Cardoso, 1984; Coelho & Gomes, 2000; Fernandes & McIntyre, 2006; Figueiras, 2007; Giannotti, 2002; Gomes & Nunes, 1992; Gomes & Ribeiro, 2001; Matos, 2002; McIntyre & Silva, 1994; McIntyre et al., 2002; Norekvål et al., 2007; Sousa, 1986).

1.3. Dimensões psicológicas e sua relevância

As mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida podem representar momentos de crise aos quais a pessoa atribui um sentido, de acordo com os seus processos subjectivos de avaliação (Bennett, 2000/2002; Figueiras, 2007; Gomes & Ribeiro, 2001; Ogden, 2000/2004; Oliveira, 2000; Pierce et al., 2008). As doenças cardiovasculares, e em particular o EAM, são um acontecimento que coloca em risco a vida da pessoa, causando *stress* e redução da QDV aos doentes e aos seus familiares (Bennett, 2000/2002; Côrte, 2000; Fernandes & McIntyre, 2006; Figueiras, 2007; Gomes & Nunes, 1992; Gomes & Ribeiro, 2001; McIntyre et al., 2000, 2002; Ogden, 2000/2004; Oliveira, 2000; Pierce et al., 2008).

McIntyre et al. (2002, p. 410) reflectem, na perfeição, o impacto das doenças cardiovasculares ao mencionarem que “Adoptando uma perspectiva biopsicossocial, podemos compreender que uma pessoa que foi acometida por uma patologia cardíaca é um ser em sofrimento, envolvendo aspectos objectivos como a dor física e aspectos subjectivos, como o significado que atribui à doença.” Desta forma, percebe-se que o modelo biopsicossocial de intervenção nesta problemática não deverá ser considerado como um luxo, mas sim como uma necessidade médica e como um imperativo ético (McIntyre et al., 2002).

Sendo uma doença que ocorre de forma súbita e inesperada, independentemente da existência de factores de risco identificados, o EAM é considerado uma doença crónica que altera de forma substancial a vida da pessoa e do seu ambiente familiar, podendo revestir-se de consequências físicas e psicológicas a longo prazo, associando-se frequentemente a uma elevada prevalência de perturbações emocionais, como a ansiedade e a depressão, dificuldades no regresso ao trabalho e dificuldades no ajustamento sócio-familiar e sexual (Allan & Scheidt, 1996, Foulkes et al., 1993, Moser, 1996, citados por McIntyre et al., 2002; Bennett, 2000/2002; Côrte, 2000; Fernandes & McIntyre, 2006; Ferreira, Ribeiro, Meira, & Guerreiro, 2003; Figueiras, 2007; Gomes & Nunes, 1992; Gomes & Ribeiro, 2001; Michalsen et al., 2005; Norekvål et al., 2007; Ogden, 2000/2004; Pierce et al., 2008).

Rosenman (1988, citado por Ferreira et al., 2003) acrescenta, ainda, que os doentes após o EAM evidenciam dificuldades na adaptação à perda de estatuto, possibilidade de dependência, alterações nas relações familiares e profissionais e o medo da morte. Por todos os factores mencionados, torna-se evidente que a recuperação de um EAM representa um processo a longo prazo que requer não só intervenção biomédica, como também psicológica.

A contribuição da Psicologia para a compreensão da etiologia e manutenção das doenças cardiovasculares tem-se denominado de Psicologia Cardíaca. Neste sentido, a literatura revela a existência de fortes evidências de que a Psicologia assume uma importância crucial na doença coronária, tanto na predição e mudança de factores comportamentais de risco, como no desenvolvimento de programas de reabilitação cardíaca, prevenindo a ocorrência de futuros enfartes (cf., Figura 3) (Araújo & McIntyre, 1997; Cardoso, 1984; Gomes & Ribeiro, 2001; Gouveia, 2004; McIntyre et al., 2000, 2002; Ogden, 2000/2004; Ribeiro, 2005).

Crenças:

- Susceptibilidade
«Eu não vou ter um EAM»
- Gravidade
«Muitas pessoas recuperam do EAM»
- Custos
«Fazer exercício seria um esforço»
- Benefícios
«Fumar ajuda-me a lidar com o *stress*»

Reabilitação:

- Mudança de comportamento
- Mudança de crenças

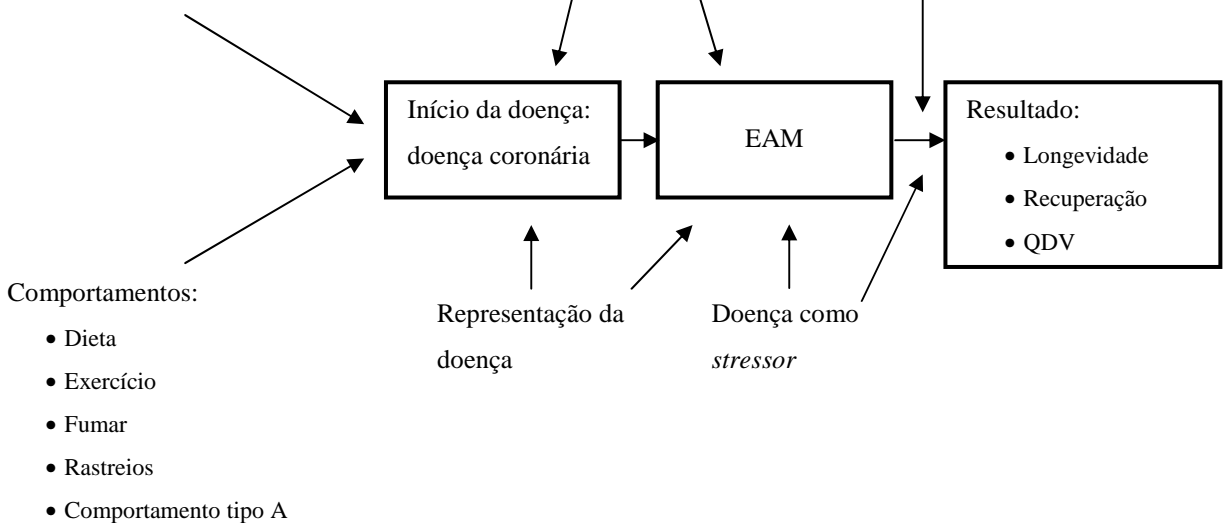


Figura 3. O Potencial Papel da Psicologia na Doença Coronária (adaptado de Ogden, 2000/2004, p. 380)

A ocorrência do EAM é, portanto, considerada como um acontecimento de vida extremo, sendo a sua experiência vivida como uma ameaça vital imediata e grave, acompanhada pela ideia de morte súbita ou iminente (Ferreira et al., 2003; Figueiras, 2007; McIntyre et al., 2002). O EAM pode ser perspectivado como um mal crónico que persiste para toda a vida, originando, pela sua omnipresença na vida quotidiana, uma série de crises no doente e na sua família (Ferreira et al., 2003; Figueiras, 2007; McIntyre et al., 2002).

Este estado de crise gera esforços de *coping*¹² que correspondem a esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percepcionadas como penosas ou consideradas como excedendo os recursos pessoais (Coelho & Ribeiro, 2000; Costa & Leal, 2004; Endler & Parker, 1990, citado por Stroebe & Stroebe, 1999; Ferreira et al., 2003; Folkman, 1984, citado por Gameiro, 1999; Folkman, 1988, citado por Ribeiro & Santos, 2001; Lazarus & Folkman, 1986; Lazarus & Folkman, 1984, citado por Barrón, Castilla, Casullo, & Verdú, 2002, Varela & Leal, 2007; Panzini & Bandeira, 2005, 2007; Pargament, Ano, & Wachholtz, 2005; Santos, Ribeiro, & Lopes, 2006; Tap, Costa, & Alves, 2005). O *coping* tem sido definido como um factor estabilizador, isto é, que facilita o ajustamento individual (adaptação) quando se está perante situações ou momentos *stressantes* (Holahan & Moss, 1987, citado por Ribeiro & Rodrigues, 2004; Pargament et al., 1990, citado por Paiva, 1998). Pode ser influenciado por factores sócio-demográficos, tais como a educação e nível sócio-económico, características da personalidade e factores contextuais (Folkman & Moskowitz, 2000, Holahan & Moss, 1987, citados por Ribeiro & Rodrigues, 2004).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984, citado por Barrón et al., 2002, Gameiro, 1999, Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004, Santos et al., 2006, Tap et al., 2005, Varela & Leal, 2007), os processos cognitivos são determinantes fundamentais da qualidade e da intensidade das reacções emocionais e do desencadear dos esforços de *coping* dos indivíduos. Neste sentido, os autores atribuem a ênfase ao individual (*the self*), avaliando activamente a situação (*cognitive appraisal*) e o que pode fazer, podendo-se distinguir duas importantes funções do processo de *coping* (Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984, citado por Barrón

¹² *Coping* é um termo de origem anglo-saxónica que integra o vocabulário da Psicologia em Portugal, no entanto, existem autores que apresentam tradução. Por exemplo, “mecanismos de adaptação” (*American Psychiatric Association*, 2002; Lazarus & Folkman, 1986), “estratégias de confronto/enfrentamento” (Lazarus & Folkman, 1986; Vasco, 1985, citado por Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004) ou, ainda, “lidar com” (CEGOC, 2000, citado por Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004; Panzini & Bandeira, 2005, 2007).

et al., 2002, Gameiro, 1999, Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004, Santos et al., 2006, Stroebe & Stroebe, 1999, Tap et al., 2005, Varela & Leal, 2007; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1982):

a) Coping centrado nos problemas (ou *coping* instrumental) – modificação da relação ameaçadora entre o indivíduo e o ambiente, através de iniciativas ou acções directas para lidar com os agentes de sobrecarga emocional, pela alteração do comportamento do indivíduo e/ou pelas mudanças operadas nas condições externas. Tem a vantagem de possibilitar a efectiva resolução do problema, pela tomada de decisões realistas e/ou pela acção directa sobre o problema. Aqui podem-se incluir iniciativas como a procura de informação relevante sobre a doença, a aprendizagem de procedimentos com ela relacionados (p.e., terapêuticas farmacológicas passíveis de serem auto-administradas) ou a procura de soluções alternativas; e

b) Coping centrado nas emoções (ou *coping* paliativo) – orienta-se para a regulação do estado emocional (causado pela relação indivíduo/ambiente), procurando diminuir o desconforto emocional e o sofrimento, graças a iniciativas que possibilitem ao indivíduo pensar e agir (p.e., recorrendo à fuga, ao distanciamento do problema, à atenção selectiva e à desvalorização dos acontecimentos negativos). Permite a alteração do significado do acontecimento, redireccionado a atenção para os seus aspectos positivos, de modo a suscitar a percepção de maior auto-controlo e auto-eficácia. São, também, habituais a negação ou a minimização da gravidade da doença e os comportamentos de evitamento (p.e., evitar sair de casa, dormir em demasia, interromper as tarefas rotineiras), os comportamentos aditivos (p.e., fumar, beber, comer em excesso), o recurso a medicamentos ou a outro tipo de drogas, a dedicação excessiva ao trabalho, entre outros.

Em pessoas com graves problemas de saúde procuram-se fomentar os mecanismos de *coping* centrados no problema, se bem que a manutenção da auto-estima, decorrente de estratégias dirigidas à regulação emocional, seja igualmente relevante nestas circunstâncias (Lazarus, 1985).

Estas duas formas de confronto são determinadas pela avaliação que o indivíduo faz da situação. Segundo os mesmos autores (Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984, citado por Barrón et al., 2002, Gameiro, 1999, Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004, Santos et al.,

2006, Stroebe & Stroebe, 1999, Tap et al., 2005, Varela & Leal, 2007; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1982), essa avaliação diz respeito à apreciação da situação em si (avaliação primária), à avaliação dos recursos internos e externos e das alternativas que a pessoa dispõe para fazer face à situação (avaliação secundária) e, finalmente, à reavaliação da situação face aos processos de confronto utilizados, tendo em consideração as respectivas mudanças.

Endler, Parker e Summerfeldt (1998, citado por Ribeiro & Rodrigues, 2004) explicam, ainda, que, em geral, a avaliação das estratégias de *coping* pode ser realizada quer genericamente quer em relação a situações específicas. Esta distinção tem sido designada como abordagem disposicional (ou interindividual) *versus* situacional (ou intraindividual). A primeira aproxima-se da teoria de traço e focaliza as estratégias de *coping* que tendem a ser utilizadas pelos sujeitos em diversas situações percebidas como *stressantes*. Estas, quando avaliadas com instrumentos de auto-resposta, questionam o sujeito acerca do modo habitual de responder perante situações *stressantes*. A abordagem situacional, por sua vez, visa identificar como mudam as estratégias de *coping* perante situações diferentes.

Os processos de *coping* são cada vez mais associados a estados psicológicos positivos, considerados como protectores do impacto da doença grave. Nesta linha de pensamento, Folkman (1986, citado por Stroebe & Stroebe, 1999; 1997, citado por Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004) oferece uma classificação desses processos de *coping*, nomeadamente: a reavaliação positiva (diz respeito às estratégias cognitivas utilizadas para enquadrar a situação, com o objectivo de perspectivá-la de uma forma positiva); *coping* focado no problema dirigido para objectivos (inclui estratégias de procura de informação, de tomada de decisão, de planeamento e de resolução de conflitos/crises, de forma a encontrar a resolução ou gestão dos problemas que impedem o acesso aos objectivos e que criam *stress*); crenças e práticas espirituais (a espiritualidade pode ser definida como um processo experiencial cujas características englobam a procura de significado e propósito, transcendência [sensação de que ser humano ultrapassa a existência material], laços [p.e., com os outros, com a natureza ou com uma divindade] e valores [p.e., justiça]); indução de eventos vulgares com sentido positivo (refere-se a algo que o doente fez ou algo que aconteceu que foi positivamente significativo).

Assim, um *coping* adaptado a uma determinada situação proporciona um ajustamento adequado, conduzindo, como evidência desta adaptação/ajustamento, a estados de bem-estar, de funcionamento social e de saúde somática (Coelho & Ribeiro, 2000; Costa & Leal, 2004; Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985, citado por Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004; Pargament et al., 1990, citado por Paiva, 1998; Parsons et al., 1996, citado por Barrón et al., 2002; Santos et al., 2006). O bem-estar é considerado como uma variável positiva susceptível de atenuar o impacto de situações geradoras de *stress* no bem-estar individual (Diener, 2000; Diener & Diener, 1995, citados por Gomes & Ribeiro, 2001; Faull & Kalliath, 2000). Pode ser conceptualizado de duas formas distintas, em função da orientação teórica que lhes subjaz e da amplitude do objecto que avalia:

a) Bem-estar subjectivo – consiste na reacção avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma (dimensão cognitiva), quer em termos de afectividade (dimensão afectiva) (Diener, 2000; Diener & Diener, 1995, citado por Gomes & Ribeiro, 2001; Faull & Kalliath, 2000; Folkman & Greer, 2000, citado por Ribeiro, 2005). Tem sido orientado num plano empírico, sem antes ser desenvolvida uma abordagem conceptual capaz de articular a profusão dos dados provenientes dos vários instrumentos de medida (Novo, 2003), focando-se apenas a felicidade, a satisfação com a vida, o afecto positivo e a ausência de afecto negativo como factores restritos que contribuem para o bem-estar (Diener, 2000), sem se avaliarem os aspectos psicológicos envolvidos (Novo, 2003). Para Diener (1984, citado por Gomes & Ribeiro, 2001, Ribeiro, 1994), o bem-estar subjectivo é um construto tripartido: é subjectivo, por isso oscila de acordo com a experiência individual; pressupõe medidas positivas e não apenas a ausência de factores negativos; abarca a avaliação global dos aspectos da vivência pessoal; e

b) Bem-estar psicológico – concebido a partir das dimensões básicas do funcionamento positivo, que emerge a partir de diferentes bases teóricas da Psicologia do Desenvolvimento, da Psicologia Clínica e da Saúde Mental (Novo, 2003). Segundo o enquadramento conceptual e metodológico deste modelo, a felicidade e a satisfação com a vida não contribuem para o bem-estar: eles próprios são componentes de bem-estar psicológico (Novo, 2003). O bem-estar psicológico não se focaliza, portanto, na felicidade como critério exclusivo e final de bem-estar e reverte esta lacuna ao operacionalizar as dimensões psicológicas e complexas, necessárias a um funcionamento psicológico positivo (Novo, 2003).

Tendo em consideração que a ocorrência do EAM é considerada como um acontecimento de vida extremo, com enormes repercussões nas várias esferas de vida da pessoa afectada (Ferreira et al., 2003; Figueiras, 2007; McIntyre et al., 2002), e sendo os processos de *coping* tidos como eficazes na promoção de um ajustamento adequado a uma determinada situação ansiógena (p.e., doença crónica), conduzindo a estados psicológicos positivos (Coelho & Ribeiro, 2000; Costa & Leal, 2004; Lazarus et al., 1985, citado por Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004; Pargament et al., 1990, citado por Paiva, 1998; Parsons et al., 1996, citado por Barrón et al., 2002; Santos et al., 2006), seguidamente irá ser explorada a relevância da espiritualidade/bem-estar espiritual que, para além de ser o alvo do presente estudo, é apreciada como um desses estados psicológicos positivos (Folkman, 1986, citado por Stroebe & Stroebe, 1999; 1997, citado por Ribeiro, 2005, Ribeiro & Rodrigues, 2004).

CAPÍTULO II. ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR ESPIRITUAL

A Psicologia da Saúde, campo de natureza interdisciplinar, constitui-se, segundo a clássica definição proposta por Matarazzo (1980, 1982, citados por Calvetti, Muller, & Nunes, 2007, Meneses, 2006, Remor, 1999, Ribeiro, 2005), como o conjunto de contribuições profissionais, científicas e educacionais dos vários domínios da Psicologia, com vista à manutenção e promoção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças e à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, bem como a análise e a melhoria do sistema dos serviços de saúde e a elaboração de uma política sanitária.

Como a Psicologia da Saúde defende que os seres humanos devem ser encarados como sistemas complexos e a doença como tendo uma causalidade multifactorial, procura afastar-se de um simples modelo linear de saúde, defendendo, então, que a doença pode ser originada pela combinação de factores biológicos (p.e, vírus, bactérias, lesões), psicológicos (p.e., comportamentos, crenças, *coping*, *stress*, dor) e sociais (p.e., classe, emprego, etnia) (Bennett, 2000/2002; Brannon & Feist, 2001; Castro & Bornhord, 2004; Keefe & Blumenthal, 2004; Nicassio & Meyerowitz, 2004; Ogden, 2000/2004; Remor, 1999; Ribeiro, 2005; Straub, 2002/2005). Esta abordagem reflecte o modelo biopsicossocial de saúde e doença, desenvolvido por Engel (1977, citado por Meneses, 2006, Ogden, 2000/2004), que enfatiza a influência mútua dos factores mencionados no desenvolvimento humano, fundamentando-se na teoria sistémica do comportamento que compreende que o corpo é formado por sistemas em interacção (p.e., endócrino, cardiovascular, nervoso, imunológico), e que interagem com os aspectos psicossociais (Brannon & Feist, 2001; Calvetti et al., 2007; Cardoso, 1984; Castro & Bornhord, 2004; Joyce-Moniz & Reis, 1991; Keefe & Blumenthal, 2004; Nicassio & Meyerowitz, 2004; Ogden, 2000/2004; Straub, 2002/2005). Esta abordagem permitiu a focalização em construtos mais “subjectivos” e dimensões psicológicas positivas, que tendiam a ser vistos como não científicos, como a QDV (Meneses, 2006).

A sensibilização para factores mais “subjectivos” e positivos dos processos de saúde-doença parece ter conduzido ao surgimento da Psicologia Positiva, que representa o estudo científico dos factores e processos que conduzem à optimização do funcionamento humano, focalizando a sua atenção sobre a construção, o reforço e a promoção das capacidades e das forças humanas, de forma a promover no indivíduo uma forma mais profícua de viver a vida

(Fleck, 2000; Gavin, Cooper, Quick, & Quick, 2003, Luthans, 2002, citados por Rego, Souto, & Cunha, 2007; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Dentre as variáveis positivas, tem-se estudado, recentemente, os estados positivos de bem-estar subjectivo (satisfação com a vida, felicidade, optimismo), os traços individuais/psicológicos positivos (criatividade, coragem, compaixão, integridade, sabedoria, auto-controlo, espiritualidade) e as instituições positivas (famílias saudáveis, comunidade, escola, ambientes de trabalho, *mass media*), que têm sido associados ao bem-estar e à QDV de pessoas doentes e não doentes, bem como dos seus familiares e/ou cuidadores (Cavanagh & Bandsuch, 2002, citado por Rego et al., 2007; Linley, Joseph, Harrington, & Wood, 2006, citado por Calvetti et al., 2007; Pestana et al., 2007; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Silva, 2006b).

A definição de Psicologia Positiva supra-mencionada confere a ênfase aos aspectos potencialmente sadios da pessoa, remetendo para o conceito de resiliência, pilar fundamental da Psicologia Positiva, que corresponde à capacidade de ultrapassar crises e adversidades, tendo como características principais a flexibilidade e a versatilidade (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yunes, 2003). Resulta do significado que o indivíduo atribui aos acontecimentos de vida, da capacidade afectiva e, ainda, da presença do projecto de vida, tendo enfoque positivo no desenvolvimento humano (Pesce et al., 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yunes, 2003).

Desde o advento da Psicologia da Saúde, tem-se valorizado a necessidade da ênfase não somente na cura e no tratamento das doenças, mas também na promoção da saúde e na prevenção da doença. Porém, pode perceber-se que, com o recente movimento da Psicologia Positiva, este aspecto tem sido consolidado, frisando a importância do foco no desenvolvimento sadio (Cotton et al., 2006; Daaleman, Perera, & Studenski, 2004; Giovagnoli, Meneses, & Silva, 2006; Marques, 1996; Pestana et al., 2007; Ribeiro, 2006; Szaflarski et al., 2006). Frente ao processo saúde-doença, a literatura tem considerado a espiritualidade como um dos aspectos referentes à resiliência e à força da potencialidade humana, contribuindo para a melhoria da QDV (Bormann et al., 2006; Büssing, Ostermann, & Matthiessen, 2005a; Cotton et al., 2006; Daaleman et al., 2004; Giovagnoli et al., 2006; Hill & Pargament, 2003; Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen, & Stollenwerk, 1985; Laudet, Morgen, & White, 2006; MacLean et al., 2003; Marques, 1996; Negreiros, 2003; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Pestana et al., 2007; Ribeiro, 2006; Szaflarski et al., 2006;

Tuck, McCain, & Elswick, 2001; Volcan, Sousa, Mari, & Horta, 2003; Yi, Mrus, Mueller et al., 2007; Yi, Mrus, Wade et al., 2006).

2.1. Breve contextualização histórica da espiritualidade

A espiritualidade parece ser ainda um assunto “tabu” no meio científico, nomeadamente na Psicologia (Goldestein & Sommerhalder, 2002, citado por Negreiros, 2003; Marques, 2003; Martins, 2000; Meneses, 2006; Oliveira, 2007; Pestana et al., 2007). De facto, vários autores denotam existir uma certa resistência à abordagem deste tema, como é o caso de Gonçalves e Coimbra (2002-2003) que explicitam, na perfeição, esta ideia:

a marginalidade durante décadas, e neste momento o silêncio cúmplice(?), do tema religião/espiritualidade, (...) é ainda hoje uma realidade, transformando-se num tema quase tabu, porque explicitá-lo seria pôr em causa o estatuto de cientificidade da Psicologia e entrar num discurso da irracionalidade da mera crença que carece de uma justificação, como se a complexidade do humano resistisse a uma análise meramente científica e positivista (¶ 5)

A atitude crítica de muitos profissionais relativamente à espiritualidade teve a sua precedência em Freud (1928, 1964, citados por Moss, 2002; 1927, 1930, citados por Moreira-Almeida, Neto, & Koenig, 2006), com o seu livro intitulado “*The future of an illusion*”, no qual o autor descreve a religião como uma projecção dos receios e desejos humanos. Retrata, também, as pessoas religiosas como seres supersticiosos e demasiado fracos para enfrentar a realidade, realizando uma apreciação similar no que respeita à espiritualidade. Como sublinha McGrath (1997, citado por Büssing, Ostermann, & Matthiessen, 2005b), o domínio das ideias seculares e da ciência positiva conduziu à marginalização, ou mesmo exclusão, de noções como as de espiritualidade no contexto dos cuidados de saúde, limitando seriamente a investigação nesta área.

De facto, a procura de consolidação da Psicologia, enquanto ciência empírica, favoreceu o estabelecimento de uma perspectiva orientada para a avaliação que, até então, se encontrava radicalizada pelo movimento comportamental, o qual rejeita a investigação de fenómenos comportamentais não observáveis (Moss, 2002). Jung foi pioneiro ao contribuir para uma abertura da Psicologia à experiência religiosa e espiritual, colocando um término à tradicional

dissociação entre a espiritualidade e a Psicologia (Dry, 1961, citado por Crossley & Salter, 2005; Moss, 2002). Este autor conceptualizava a espiritualidade como um caminho para a integração e plenitude pessoal, reconhecendo o valor dos símbolos religiosos, mitos e arquétipos enquanto instrumentos terapêuticos para a cura da psique humana (Moss, 2002).

Moberg (2002) e Moss (2002) referem que, até meados de 1960, apenas uma ínfima parte da literatura abordava a espiritualidade. Os autores mencionam que o posterior interesse científico ficou a dever-se, em parte, a Maslow, que se desviou de uma perspectiva puramente humanista e fundou a Psicologia Transpessoal (ou Espiritual)¹³, acrescentando, ao topo da sua hierarquia das necessidades, a necessidade de auto-realização. Este facto decorre de investigações que levou a cabo com indivíduos auto-realizados, tendo concluído que o nível mais elevado de auto-realização requer um movimento para além do *self*.

Assim, o enfoque sobre a espiritualidade começou a surgir, sobretudo, a partir da década de 60 do século passado, embora, do ponto de vista religioso, seja uma área estudada há séculos (Oliveira, 2007). Daí que as definições mais tradicionais enquadravam a espiritualidade no contexto da religião; no entanto, mais recentemente, este conceito passou a integrar os aspectos da vida e as experiências humanas (Gomes & Fisher, 2003, Muldoon & King, 1995, citados por Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008a; Hill et al., 2000, citado por Zinnbauer & Pargament, 2005; Oliveira, 2007; Pestana et al., 2007). Na actualidade, a Psicologia tem assistido a um movimento crescente na compreensão e investigação metodológica no domínio da espiritualidade, facto este comprovado pelo inegável surto de estudos científicos no âmbito dos cuidados de saúde (Byrd, 1998, Helm, Hays, Flint, & Koenig, 2000, Koenig & Blazer, 2000, Lichter & Amundson, 2000, MacDonald & Friedman, 2001, citados por Moss, 2002; Post, Puchalski, & Larson, 2000; Zinnbauer & Pargament, 2005).

Tal como menciona McSherry (1998, citado por Kelly, 2004), as preocupações espirituais e as necessidades humanas são, por vezes, fulminadas pelos numerosos avanços científicos e metodológicos realizados no âmbito da Medicina convencional. Devido a este modelo de

¹³ A Psicologia Transpessoal refere-se ao campo de investigação, aplicação e estudos científicos relativamente à espiritualidade da natureza humana e do potencial presente em todas as pessoas, para que estas se desenvolvam a um ponto máximo (Marques, 2000, 2003; Saldanha, 1999). Os conteúdos básicos da Psicologia Transpessoal incluem: o aprofundamento na religião e nas experiências religiosas; a parapsicologia; a investigação sobre a consciência e os estados alterados de consciência (Marques, 1996, citado por Marques, 2003; Saldanha, 1999).

ciência, apropriado apenas para uma fracção de assuntos relativos à saúde, a biomedicina convencional tende a focalizar-se na doença e não na saúde, compartimentando o tratamento e construindo estados de saúde em sub-especialidades (mentais ou físicas) (Hamilton, Philips, & Green, 2004).

No entanto, é fundamental perspectivar o indivíduo como um todo e não o restringir a compartimentos estanques. O doente deve ser visto na sua globalidade, pois é a sua unidade somato-espiritual que se encontra afectada (Trigo, 2004, citado por Lourenço, 2004). É, portanto, consensual a ideia de que o estudo do ser humano deve ultrapassar a dimensão racional para perspectivar o homem numa dimensão holística, aceitando as emoções, os sentimentos e outros elementos subjectivos como parte integrante do todo (Trigo, 2004, citado por Lourenço, 2004). Além disso, os estudos de Damásio (1995) procuram justificar que a razão e a emoção são inseparáveis, portanto, que o estudo do homem não deve circunscrever-se apenas à sua dimensão objectiva mas, considerar, também, a dimensão subjectiva. Assim, o cuidado holístico assume um papel preponderante enquanto filosofia de prestação de cuidados e modelo para a compreensão da saúde humana, pois reconhece a singularidade do ser humano enquanto entidade bioquímica, psicológica e espiritual e enfatiza a inter-relação e interdependência destes fenómenos (Gordon & Edwards, 2005; Kelly, 2004; Narayanasamy, 2002; Trigo, 2004, citado por Lourenço, 2004). Uma vez que a saúde subentende um perfeito equilíbrio entre estes três componentes, logo, descarta qualquer um deles deixaria o indivíduo incompleto e a desarmonia daí resultante poderia evoluir para a doença, ou até mesmo interferir na cura (Gordon & Edwards, 2005; Koenig, 2000, citado por Moss, 2002; Narayanasamy et al., 2004; Watson, 1998, citado por Kelly, 2004).

Aprende-se, desta forma, a importância da dimensão espiritual na assistência integral nos cuidados de saúde. A espiritualidade proporciona ao doente, fragilizado e ansioso, um sentido para a sua existência, um estado de paz e de segurança, perfaz as suas crenças e dispõe-no a resistir, com maior alento, perante a patologia (Kelly, 2004; Narayanasamy, 2002; Trigo, 2004, citado por Lourenço, 2004).

2.2. Delimitação do construto espiritualidade

Autores como Meraviglia (1999, citado por Schulz, 2005) afirmam que a espiritualidade é um conceito complexo de se definir e intrinsecamente misterioso. Possui diversos significados, resultantes de inúmeras percepções e interpretações individuais, o que, acrescido à sua natureza nebulosa e complexa, impossibilitou, na opinião de muitos, o alcançar de uma definição standardizada (Cook, 2004, citado por Laudet et al., 2006; McSherry, 2000, citado por Kelly, 2004; O'Hanlon, 2006; Schulz, 2005; Tuck & Thinganjana, 2007). Contudo, o papel cada vez mais saliente deste construto nos cuidados de saúde e na prática terapêutica torna a sua definição de suma importância (*American Occupational Therapy Association [AOTA]*, 2002, Collins, Paul, & West-Frasier, 2001, citados por Schulz, 2005; Zinnbauer & Pargament, 2005).

No que concerne à sua etimologia, a palavra espiritualidade provém do latim *spiritus/spirare* que significa respirar, ar, alma, vida ou coragem (Baker, 2003; Oliveira, 2007). Por sua vez, *spiritus* deriva da palavra grega *pneuma*, a qual significa respirar ou ar (Baker, 2003; Oliveira, 2007). Portanto, a espiritualidade é o que dá vida, animação, consciência, o que vai para além do corpo, o que relaciona o homem com o divino, o que permite desenvolver uma interpretação ou perspectiva do mundo envolvente (Albright & Ashbrook, 2001, Hammer, 2004, citados por Buttery & Robertson, 2005; Baker, 2003).

Apesar da questão permanecer problemática, a maioria dos estudiosos concorda que um traço comum da espiritualidade é o desejo, crença ou ligação com um poder superior ou a transcendência (Armstrong, 1996, citado por Armstrong & Crowther, 2002; Carson, 1993, Haase et al., 1992, Reed, 1991a, 1992, citados por Kaye & Raghavan, 2002; O'Hanlon, 2006; Yi, Mrus, Mueller et al., 2007; Zinnbauer & Pargament, 2005). Este reconhecimento e aceitação de um poder superior exterior ao *self* fortalece o indivíduo, contribui para a harmonia e propósito em todas as suas esferas de funcionamento (p.e., emocional, comportamental) e constitui o cerne do conceito ontológico, aquilo que faz uma pessoa real, sendo um nível de percepção que excede as fronteiras e limitações físicas normais, permitindo o ganho de novas perspectivas e experiências (Baker, 2003; Kelly, 2004; McEwan, 2004; Wasner, Longaker, Fegg, & Borasio, 2005).

Enquanto Burkhardt (1989, citado por Buttery & Robertson, 2005) descreve a espiritualidade como uma interconexão harmoniosa, com um fim místico, Narayanasamy (1999, citado por Buttery & Robertson, 2005, Narayanasamy et al., 2004) postula que este construto está enraizado numa sensação que faz parte integrante da constituição fisiológica-biológica da espécie humana, potencialmente presente em todos os indivíduos e que se manifesta em paz interior e força, emergentes da percepção da relação com o transcendente, com uma realidade última, ou com aquilo que o sujeito valoriza como supremo.

De salientar que a este termo encontra-se inerente o conceito de força unificadora, de ligação, de procura de significado e de propósito com o absoluto, a natureza, os outros e o *self* (Dossey et al., 2000, Walton, 1999, citados por Hardin, Hussey, & Steele, 2003; Narayanasamy et al., 2004). Esta ligação com o absoluto baseia-se num instituir de uma relação com um ser superior, parte integrante do próprio *self*; o relacionar-se com a natureza refere-se à compreensão da interconexão com a Terra e os seres vivos; formar um vínculo com os outros é a espiritualidade do *self* através das relações interpessoais, ambas recompensadoras e complexas; e, por fim, a conexão espiritual com o *self* resulta da apreensão de quem e o que se é agora e no que se irá ser no futuro (o espírito da essência de cada um constitui o âmago ou centro da vida, é o que permeia a vida atribuindo significado à existência) (Dossey et al., 2000, citado por Hardin et al., 2003).

A espiritualidade é, deste modo, a essência do ser, permeia a existência e desperta a consciência para quem e o que se é, o propósito em ser e os recursos interiores, modelando a viagem da vida; uma força unificadora, um poder integrativo, que unifica a vida, a identidade e personalidade; uma ligação sentida no íntimo do indivíduo, com outros humanos, o mundo, e/ou um poder superior, expressado através das reflexões, narrativas e acções (*Association of Hospice & Palliative Care Chaplains [AHPCC]*, 2004, Dossey et al., 2000, citados por Hardin et al., 2003; Meraviglia, 1999, citado por Schulz, 2005; Payne, 1990, citado por Baker, 2003).

Ressalta o facto da espiritualidade não ser uma mera escolha cultural pela qual se opta ou se descarta, dependendo da preferência pessoal, não é também um simples termo linguístico que se possa desconstruir da existência de cada um (Bolander, 1998, citado por Pestana et al., 2007; Pierce et al., 2008). Refere-se a tudo aquilo que constitui a existência do sujeito, com

tudo o que isso implica da capacidade deste enquanto ser humano para a transcendência, as relações, o amor, o desejo, a criatividade, a fé e a crença (Bolander, 1998, citado por Pestana et al., 2007; Hay, 2002, citado por Hollins, 2005; Pierce et al., 2008).

Este recente interesse pela espiritualidade desde cedo tem sido acompanhado por dificuldades por parte dos investigadores no facultar de uma definição e de um articular mais preciso do conceito de espiritualidade (Baker, 2003; Kelly, 2004; McEwan, 2004; Schulz, 2005; Speck, 2005; Wasner et al., 2005; Zinnbauer & Pargament, 2005). Efectivamente, a principal dificuldade na sistematização da literatura relativa à espiritualidade reside na indiferenciação entre esta e a religiosidade. Espiritualidade e religião não são conceitos idênticos ou sobrepostos, no entanto, são frequentemente relacionados e abordados como dimensões próximas (Anandarajah & Hight, 2001; Bekelman et al., 2007; Bienenfeld & Yager, 2007; Daaleman, 1999; Finkelstein, West, Gobin, Finkelstein, & Wuerth, 2007; George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000, citado por Daaleman et al., 2004; Fleck et al., 2003; Kim, Heinemann, Bode, Silva, & King, 2000; Martins, 2000; McFadden, 1996, Miller & Thoresen, 1999, citados por Lewis, 2001; Moberg, 2005, citado por Oliveira, 2007; O'Hanlon, 2006; Oliveira, 2006; Panzini et al., 2007; Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella, 2002; Rippentrop, 2005; Saad, Masiero, & Battistella, 2001; Sloan, Bagiella, & Powell, 1999, citado por Faull & Kalliath, 2000; Szaflarski et al., 2006; Underwood & Teresi, 2002; Yi, Mrus, Mueller et al., 2007; Zinnbauer & Pargament, 2005). Desta forma, torna-se fundamental diferenciar e esclarecer ambos os conceitos, procurando-se, seguidamente, apresentar algumas definições recolhidas na pesquisa bibliográfica, com o intuito de oferecer uma diferenciação entre religiosidade e espiritualidade.

Historicamente, até meados de 1960/70, a religião era conceptualizada como um construto abrangente, que compreendia elementos individuais e institucionais, entre os quais a espiritualidade (Paloutzian, 1996; Wasner et al., 2005; Zinnbauer & Pargament, 2005). Porém, mudanças sociais e políticas, que tiveram lugar nos anos 70/80, conduziram a uma definição mais concisa deste construto, tendo a espiritualidade surgido como um conceito distinto da religiosidade ou da prática religiosa (Larson, Swyers, & McCullough, 1998, citado por Peterman et al., 2002). Em termos etimológicos, enquanto a espiritualidade deriva da palavra "*spiritus*", o princípio animador da vida, a parte imaterial do ser corpóreo, o oposto do materialismo, a religião provém do étimo latino *religare*, que significa reverenciar, vincular,

aludindo a um modo de vida vinculado a votos religiosos (Oliveira, 2007). Isto é, a religião coloca o homem “em relação com” a divindade, além de “ligar” um grupo ou comunidade num mesmo culto e práticas religiosas (Elkins et al., 1998, citado por Brady, Peterman, Fitchett, Mo, & Cella, 1999; Mansen, 1993, citado por Kaye & Reghavan, 2002; Oliveira, 2007; Simpson & Weiner, 1989, citado por Klitzman & Daya, 2005; Wasner et al., 2005). Eliason (2000, citado por Oliveira, 2007, p. 267) parece corroborar com esta definição, acrescentando que “a religião incorpora a capacidade de transcendência e supõe a relação com alguém (absolutamente) Outro ou Santo, e é constituída por um sistema de crença e práticas rituais, mais ou menos oficiais”.

Assim, a religiosidade refere-se à extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião, englobando crenças específicas, tradições, rituais e contextos socioétnicos (Barros, 2000; Bienenfeld & Yager, 2007; Borges, 2005; Calvetti et al., 2007; El-Guebaly, 2004; Emblen, 1992, Peteet, 1994, Walker & Pitts, 1998, citados por Rivera-Ledesma & Lena, 2007; Faull & Kalliath, 2000; Fleck et al., 2003; Koenig, McCullough, & Larson, 2001, citado por Moreira-Almeida et al., 2006; Martins, 1995; Meneses, 2006; O’Hanlon, 2006; Oliveira, 2006; Paloutzian, 1996; Panzini & Bandeira, 2007; Pestana et al., 2007; Saad et al., 2001; Szaflarski et al., 2006; Wulff, 1997, citado por Daaleman et al., 2004; Yi, Mrus, Mueller et al., 2007; Zinnbauer & Pargament, 2005). Simpson e Weiner (1989, citado por Panzini et al., 2007) definem a religiosidade como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, da origem do Cosmos, que deu ao Homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do seu corpo.

Na realidade actual, a espiritualidade constitui uma categoria mais difusa e subjectiva, que pode ser interpretada enquanto conceito “guarda-chuva”, sob o qual se encontra a religião e as necessidades do espírito humano (manifestações da espiritualidade) (Cohen et al., 2001, citado por Connely & Light, 2003; Koenig, 2004; Zinnbauer & Pargament, 2005). Deste ponto de vista, a religiosidade é uma expressão da perspectiva espiritual de cada um que adiciona ao sistema externo e formal, crenças, valores, práticas e ensinamentos éticos, específicos à religião e às tradições, enquanto a espiritualidade engloba significados pessoais, projectos de vida e sentimentos de transcendência (Barros, 2000; Bienenfeld & Yager, 2007; Coyle, 2002, citado por Pierce et al., 2008; El-Guebaly, 2004; Emblen, 1992, citado por Rivera-Ledesma & Lena, 2007; Faull & Kalliath, 2000; Hebert, Jenckes, Ford, O’Connor, &

Cooper, 2001; Heriot, 1992, citado por Musick, Traphagan, Koenig, & Larson, 2000; Jung, 1986, citado por Elias, 2003; Koenig, Larson, & Larson, 2001, citado por Finkelstein et al., 2007; Laudet et al., 2006; Lourenço, 2004; Meneses, 2006; Mickley, Soeken, & Belcher, 1992, citado por Kaye & Raghavan, 2002; Mueller, Plevak, & Rummans, 2001, citado por Giovagnoli et al., 2006; *National Cancer Institute*, 2006, citado por Pinto & Ribeiro, 2008; O'Hanlon, 2006; Oliveira, 2006; Peres, Arantes, Lessa, & Caous, 2007; Puchalski, 2001, 2005; Real Academia Española, 2001, citado por Santiago, 2007; Saad et al., 2001; Solomon, 2003, citado por Hoffmann, Muller, & Frasson, 2006; Spilka & McIntosh, 1996, citado por Faria & Seidl, 2005; Szaflarski et al., 2006; Volcan et al., 2003; Wulff, 1997, citado por Daaleman et al., 2004; Zinnbauer & Pargament, 2005).

Como evidenciam Astrow, Puchalski e Sulmasy (2001), a espiritualidade tende a ser interpretada em termos mais amorfos. Ou seja, na opinião dos autores, pode-se ser espiritual tanto em crença como em comportamento, possuir um sentimento de significado e de transcendência, sem contudo se limitar a qualquer forma específica de crença ou prática religiosa. Assim, na mesma linha de pensamento, enquanto uns expressam a sua espiritualidade através da prática religiosa, outros vivem-na na sua relação com a natureza, música, artes, com um conjunto de crenças filosóficas ou na relação com os familiares e amigos (Astrow et al., 2001). Deste modo, apesar de nem todos estarem vinculados a uma religião, todos aqueles que procuram um significado último ou transcendente podem ser considerados seres espirituais (Astrow et al., 2001). Logo, tal como Barros (2000) e Oliveira (2006) defendem, toda a pessoa religiosa é, a seu modo, espiritual, mas nem toda a pessoa espiritual é religiosa.

A espiritualidade é, portanto, nesta perspectiva, uma qualidade que vai para além da afiliação religiosa (Astrow et al., 2001; Barros, 2000; Connely & Light, 2003; Jenkins, 1995, citado por Paiva, 1998; Koenig, 2004; O'Hanlon, 2006; Oliveira, 2006; Wasner et al., 2005; Zinnbauer & Pargament, 2005). Encontra-se relacionada com uma certa interioridade ou densidade interior, resultante da proximidade do sujeito com o sagrado ou divino, comportando em si uma dimensão da vida (e da morte) transcendental (Anandarajah & Hight, 2001; Elkins et al., 1988, citado por Marques, 2003; Mayne, 1995, citado por Twycross, 2003/2003; Oliveira, 2007; Real Academia Española, 2001, citado por Santiago, 2007). Constitui-se como um fenómeno auto-determinado que evoca sentimentos de fé, amor,

esperança, confiança e inspiração e institui um significado e razão para a existência, independentemente da crença ou não numa entidade superior (Astrow et al., 2001; Buttery & Robertson, 2005; Hardin et al., 2003; Koenig, 2004; Lewis, 2001; Sheehan, 2005; Wasner et al., 2005). Pode ou não incluir perspectivas do mundo, dogmas e práticas partilhadas por uma sub-cultura, tomar precedência em conflitos internos na procura de significado, fazendo alusão a uma experiência directa, privada e pessoal do sagrado, enquanto a religião, por outro lado, é respeitante a experiências espirituais colectivas num sistema de crenças e práticas, podendo ser o sinal externo de uma orientação espiritual ou simplesmente um conjunto de práticas, crenças e hábitos culturalmente coesos (Hollins, 2005; Pargament, 1999a, citado por Seifert, 2002; Poots, 1998, citado por Makros & McCabe, 2003; Sinnott, 2001).

De acordo com a OMS (1996, citado por Giovagnoli et al., 2006), a espiritualidade inclui a transcendência, conexão, propósito e valores (p.e., fé, perdão, gratidão, sentimento de pertença, amor), pode ser partilhada por pessoas de diferentes etnias, culturas e religiões. Segundo Mueller et al. (2001, citado por Meneses, 2006), a espiritualidade direcciona a existência e dá significado às experiências humanas e, como Baker (2003, citado por Meneses, 2006) acrescenta, está associada à transcendência ou capacidade de superar aspectos contingentes da vida e da saúde. Koenig et al. (2002, citado por Moss, 2002) referem, ainda, que a espiritualidade concerne à procura pessoal do significado último da vida, uma relação pessoal com o reino do transcendente. A religião, por sua vez, refere-se a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais, símbolos e linguagem, designados para facilitar a aproximação ao sagrado, determinar as sanções a aplicar numa comunidade de fé alargada e fornecer um guia moral e social de comportamento, no intuito de facilitar uma vivência harmoniosa e produtiva entre as pessoas, sendo um termo frequentemente utilizado para fazer uma mera referência a evidências externas da procura pessoal de significado (p.e., afiliação a uma Igreja) (Astrow et al., 2001; Elkins et al., 1998, citado por Brady et al., 1999; Myers, 1996, Potts, 1998, citados por Makros & McCabe, 2003; Seifert, 2002; Stolzenberg, Blair-Loy, & Waite, 1995, citado por Wink & Dillon, 2002; Stuckey, 2001; Wasner et al., 2005).

Em termos gerais, pode-se considerar a espiritualidade como uma necessidade humana de dar voz à procura de significado, do sagrado ou divino através de qualquer tipo de experiência, e a religião como uma junção do sagrado com o significativo, isto é, a mera

linguagem formal na qual esta necessidade é articulada (Cardin, 2003, citado por Meyerstein, 2005; Pargament, 1999, citado por Bremer, Simone, Walsh, Simmons, & Felgoise, 2004).

James (1919, citado por Mytko & Knight, 1999) conceptualizou o espiritual como o conjunto de sentimentos, actos e experiências dos sujeitos na sua solidão, quando se percebem em relação com o que consideram o divino. Desta forma, o espiritual pode ser percebido como um estado interno, caracterizado por um sentimento de integração com a vida e com o mundo (Soeken & Carson, 1987, citado por Rivera-Ledesma & Lena, 2007), de uma forma dinâmica, que se desenvolve na singularidade do sujeito e, posteriormente, se expressa no social (Wulff, 1996, citado por Rivera-Ledesma & Lena, 2007).

É pertinente mencionar que, de acordo com Krishnakumar e Neck (2002, citado por Santiago, 2007), as inúmeras definições de espiritualidade presentes na literatura podem agrupar-se em três perspectivas: (1) a perspectiva de origem intrínseca, (2) a perspectiva religiosa e (3) a perspectiva existencial. A primeira argumenta que a espiritualidade é um conceito ou princípio que tem origem ao nível da interioridade do sujeito, sustentando que a espiritualidade não se limita a regras ou crenças de uma religião, sendo capaz de transcender esta última. Esta perspectiva envolve um sentimento de estar em união consigo mesmo, com os outros e com o Universo. Assim, a espiritualidade é entendida como a procura interna de significado que pode estar presente em qualquer sujeito, sem necessitar de pertencer a uma denominação religiosa particular. A perspectiva religiosa da espiritualidade supõe a associação a crenças e instituições de uma religião em particular. Defende e apoia-se na existência de um Ser Superior que rege e orienta os destinos das pessoas, oferecendo, aos seus seguidores, regras, rituais e práticas sobre a convivência e o comportamento moral. A dimensão espiritual surge na medida em que o sujeito cumpre com estas normas institucionais. A perspectiva existencial coloca a ênfase na procura de significado pessoal na vida do sujeito. Esta procura de significado é activa e ocorre em todos os contextos sociais nos quais o sujeito interage, tais como a família, o trabalho, o grupo de pares e a comunidade. Nesta perspectiva, é fundamental a consistência valorativa entre os princípios ético-morais do sujeito e as exigências do ambiente externo. A concordância ou não entre estes dois aspectos propiciam o questionamento contínuo sobre a contribuição relativa das actividades em que o sujeito se envolve, ao nível do sentido de bem-estar e harmonia individual.

A literatura destaca, ainda, duas dimensões da espiritualidade. A primeira é a horizontal, representada como um recurso interno e subjectivo, mobilizado pela experiência de doação de si, de fraternidade, através do contacto mais íntimo consigo próprio, os outros, a natureza, a arte, a poesia, ou quaisquer ideais que promovam o bem-estar social, a solidariedade, o cuidado, a tolerância, entre outros; a dimensão vertical caracteriza o movimento em relação a um Poder Superior, com o transcendente, os valores supremos (Elkins et al., 1988, citado por Marques, 2003; Moberg & Brusek, 1978, citado por Negreiros, 2003; Pipe et al., 2008).

Para Ross (1995, citado por Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold, & Targ, 1999, Fleck et al., 2003, Panzini et al., 2007, Pestana et al., 2007), a espiritualidade pode ser conceptualizada em três componentes, nomeadamente, a necessidade de encontrar significado, razão e sentido na vida, a necessidade de esperança/vontade para viver e a necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em algo/alguém superior. Assim, segundo este autor, o construto espiritualidade assume um valor intrínseco para a avaliação em saúde, ao oferecer um referencial de significados para lidar com a condição de doença.

As definições apresentadas possibilitam um não circunscrever do domínio da espiritualidade à arena limitativa que é o sistema religioso específico, ou a uma dimensão isolada da condição humana no mundo, mas sim à vida na sua globalidade, tornando-o um construto mais abrangente e uma variável importante a considerar no domínio da QDV (Marques, 2003; Twycross, 2003/2003). Apesar destas definições variarem entre si, sublinham a importância deste domínio na procura de propósito e sentido, de preenchimento, paz e harmonia, mesmo ao confrontar sérios obstáculos e dificuldades e, conseqüentemente, no domínio da saúde, doença e QDV (Brady et al., 1999; Meneses, 2006).

2.3. A espiritualidade em contextos de saúde e doença

Apesar de anteriormente a interface entre a dimensão espiritual e a saúde serem consideradas áreas marginais a uma investigação científica séria, actualmente são alvo de um imprecendente surto de investigação e proeminência (Astrow et al., 2001; Calvetti et al., 2007; Chiu, Emblem, Hofwegen, Sawatzy, & Meyerhoff, 2004; George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000, Koenig, 2000, Siegel, Anderman, & Schrimshaw, 2001, citados por Panzini & Bandeira, 2007; Giovagnoli et al., 2006; Kennedy, Abbott, & Rosenberg, 2002;

Koenig, 2001, Miller & Rhoresen, 2003, Powell, Shahabi, & Thoresen, 2003, citados por Finkelstein et al., 2007; Koenig, McCullough, & Larson, 2001, citado por Daaleman & Frey, 2004; Levin, 1994, citado por Panzini et al., 2007; Levin, Larson, & Puchalski, 1997, Matthews & Larson, 1995, Matthews, Larson, & Barry, 1993, Matthews et al., 1998, citados por Anandarajah, & Hight, 2001; Marques, 2000; Miller & Thoresen, 2003, citado por Oman & Thoresen, 2005; Peres et al., 2007; Puchalski, 2001, 2005; Saad et al., 2001; Underwood & Teresi, 2002; Waite, Hawks, & Gast, 1999, citado por Marques, 2003). De acordo com o Ministério da Saúde, em 2004 (citado por Pinto & Ribeiro, 2008, p. 92), “O tempo da doença surge como o grande lugar de emergência das questões antropológicas e espirituais”.

Na apreciação de Astrow et al. (2001), existem dois factores que explicam, em grande parte, o crescente interesse pelas preocupações espirituais no contexto da saúde. O primeiro é um reconhecimento maduro dos limites da ciência médica: o ciclo de vida do ser humano é finito e a doença permanece um facto constante e inalterável da existência; a Medicina, enquanto poderoso instrumento de mitigação do sofrimento, parece ter descartado o doente enquanto pessoa, reduzindo-o a um mero objecto, dando ênfase a um diagnóstico e tratamento frio e impessoal. Paradoxalmente, a segunda razão precede do próprio modelo científico, uma vez que várias investigações realizadas nesta área evidenciam o profundo impacto benéfico e prático da espiritualidade no contexto da saúde.

Decorrente desta crescente preocupação com as questões espirituais, a própria OMS (1946, citado por Fleck, 2000, Fleck et al., 2003, Michello, 1988; 1948, citado por Ribeiro, 1994, 2005; 1958, citado por Geada, 1996) reformulou a definição de saúde. Esta era descrita, inicialmente, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou de incapacidade. No entanto, desde 1983, a OMS ampliou a discussão sobre este conceito passando a incluir a dimensão espiritual, sendo, actualmente, parte integrante do mesmo (Calvetti et al., 2007; Dein & Stygall, 1997, citado por Rivera-Ledesma & Lena, 2007; Fleck, 2000; Fleck et al., 2003; Marín, 1995, citado por Marques, 2003; Negreiros, 2003; Volcan et al., 2003). Na mesma linha de pensamento, a definição de doença abarca a noção desta ser um estado no qual não só o corpo, como também o espírito, se encontra afectado, representando um desafio, tanto a nível físico, como a nível emocional, social e espiritual (Klein, 1988, citado por Kaye & Raghavan, 2002). Também a *American Psychiatric Association* (2002) integrou, na última versão do Manual de diagnóstico e

estatística das perturbações mentais (DSM-IV), uma nova categoria de diagnóstico que se refere a problemas espirituais ou religiosos.

A espiritualidade pode surgir na doença como um recurso interno que favorece a aceitação da mesma, o empenho no restabelecimento, a não evitação de sentimentos dolorosos, o contacto e o aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até a própria reabilitação (Marques, 2003; Pipe et al., 2008; Puchalski, 2005; Underwood & Teresi, 2002). Klein (1988, citado por Kaye & Raghavan, 2002) refere que a doença física tem efeitos prejudiciais no estado emocional do sujeito e levanta complexas questões espirituais. Alguns doentes, perante o *stress* emocional, a doença física ou a morte, tendem a voltar-se para a espiritualidade, sendo que ignorar ou simplificar o valor intrínseco das questões espirituais conduz a sentimentos de alienação perante os recursos de suporte, na altura em que o doente mais precisa de conforto (Kaye & Raghavan, 2002; Narayanasamy et al., 2004; Walton, 1999, citado por Hardin et al., 2003). Desta forma, Hamilton e Jackson (1998, citado por Marques, 2003) e Westgate (1996, citado por Marques, 2003) atribuem relevância à inclusão da dimensão espiritual no modelo holístico de saúde que, sucintamente, considera a inter-relação das dimensões biológica, psicológica e social, com o objectivo de contribuir nos processos de prevenção de doenças, promoção da saúde e de reabilitação.

Assim, e apesar de todas as reticências quanto ao estudo científico desta dimensão na saúde, parece existir um corpo de investigações crescente que sugere a pertinência da consideração científica deste construto, que tem vindo a apresentar efeitos directos e indirectos na morbilidade e até mesmo na mortalidade. Os estudos empíricos que suportam uma correlação positiva entre espiritualidade e bem-estar físico e psicológico são inúmeros e devem ser tidos em conta (p.e., Ai, Peterson, Bolling, & Koenig, 2002; Bergin, 1983, Gartner, 1983, Schumaker, 1992, citados por Matos, 2000; Brady et al., 1999; Cotton et al., 1999; Friedlander, Kark, & Stein, 1986, Gallagher, Wadsworth, & Stratton, 2002, Mueller et al., 2001, Post, Puchalski, & Larson, 2000, citados por Giovagnoli et al., 2006; Idler & Kasl, 1997; Koenig, 2001, McIntosh & Spilka, 1990, Miller, Warner, Wickramaratne, & Weissman, 1997, Tepper, Rogers, Coleman, & Malony, citados por Panzini & Bandeira, 2007; Koenig, 2002; Koenig et al., 1992; Koenig, George, & Peterson, 1998; Koenig, George, Cohen et al., 1998; Koenig et al., 1997; Koenig et al., 1999; Koenig, Pargament & Nielsen, 1998; Landis, 1996, citado por Manning-Walsh, 2005; Larson et al., 1992, Matthews et al., 1998, Sloan et

al., 2003, Zucherman, Kasi, & Ostfeld, 1984, citados por McCord et al., 2004; Lawler & Younger, 2002; Lea, 1982; Mueller, Plevak, & Rummans, 2001, citado por Rivera-Ledesma & Lena, 2007; Oman & Thoresen, 2005; Saad et al., 2001; Steffen, Hinderliter, Blumenthal, & Sherwood, 2001).

Genericamente, em relação aos aspectos da saúde física, os estudos verificaram resultados benéficos do envolvimento da espiritualidade em relação à dor, debilidade física, doenças cardiovasculares (p.e., EAM), doenças oncológicas, doenças infecciosas (p.e., Vírus da Imunodeficiência Humana [VIH]), sistema neuroendócrino, restabelecimento pós-cirúrgico, pressão arterial e mortalidade (Bienenfeld & Yager, 2007; Bormann et al., 2006; Büssing et al., 2005a, 2005b; Culloford, 2002, citado por Calvetti et al., 2007; Hill & Pargament, 2003; Ironson, Stuetzle, & Fletcher, 2006; Koenig, 2001, Powell et al., 2003, citados por Finkelstein et al., 2007; Leifer, 1996; Miller & Kelley, 2005; Puchalski, 2001, 2005; Szaflarski et al., 2006; Underwood & Teresi, 2002; Volcan et al., 2003; Yi, Mrus, Mueller et al., 2007).

No que respeita aos aspectos psicológicos, a literatura associa o envolvimento da espiritualidade com maiores níveis de satisfação com a vida, auto-estima, auto-eficácia, liberdade, autonomia, esperança, optimismo, responsabilidade, projectos de vida, capacidade de percepção e de expressão de sentimentos de bem-estar psicológico, sexualidade e ajustamento conjugal, facilitação na resolução de conflitos, promoção da colaboração durante os tratamentos e dos ajustamento a diferentes doenças; e com menores índices de ansiedade, *stress*, depressão, psicopatia, risco de suicídio, abuso de substâncias, delinquência, divórcio e medo da morte (Ashing et al., 2003, McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003, citados por Weaver & Flannelly, 2004; Bienenfeld & Yager, 2007; Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978, Miller, 1983, Reed, 1986, citados por Kaye & Raghavan, 2002; Ironson et al., 2006; Koenig, 2004; McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003, Nelson, Rosenfeld, Breitbart, & Galietta, 2002, citados por Bekelman et al., 2007; Miller & Kelley, 2005; Moreira-Almeida, 2006, citado por Peres et al., 2007; Puchalski, 2001, 2005; Szaflarski et al., 2006; Underwood & Teresi, 2002; Yi, Mrus, Mueller et al., 2007).

De facto, a literatura corrente tem demonstrado uma inegável associação entre a espiritualidade e uma avaliação global de bem-estar positiva (p.e., maior sensação de paz,

coragem, incremento na recuperação), bem como a melhores mecanismos de *coping* perante a doença crónica (p.e., melhorias das alterações autonómicas associadas ao *stress*) (Argyle & Beit-Hallahmi, 1975, Argyle, 1993, McIntosh & Spilka, 1990, citados por Paiva, 1998; Brady et al., 1999; Cotton et al., 1999; McBride, Artur, Brooks, & Pilkington, 1998, Walton, 1999, Woods & Ironson, 1999, citados por Doster, Harvey, Riley, Goven, & Moorefield, 2002; Oxman et al., 1995, Pressman et al., 1990, Yates et al., 1981, citados por Mytko & Knight, 1999; Riley et al., 1998, citado por McCauley et al., 2005). Na análise de diversos autores (Anda et al., 1993, Pratt et al., 1996, citados por Mytko & Knight, 1999), à precariedade da saúde psicológica encontra-se associada uma saúde física debilitada. As variáveis espirituais podem, assim, promover o bem-estar psicológico e, desta forma, ter um impacto indirecto no bem-estar físico.

São diversas as investigações que sugerem que a espiritualidade está associada à redução da angústia do adoecer e à promoção da saúde mental (Carlson, 2002, Neelman & King's, 1993, citados por O'Hanlon, 2006; Lawler & Younger, 2002; Thomson, 2000; Volcan et al., 2003). Este seu carácter protector foi demonstrado na investigação de Marques (2001, citado por Volcan et al., 2003), o qual, recorrendo a uma amostra de 506 pessoas, com idades compreendidas entre os 16 e 78 anos, verificou uma associação positiva entre a espiritualidade e a diminuição de distúrbios mentais. Segundo Fabricatore, Handal e Fenzel (2000, citado por Lawler & Younger, 2002), no que concerne à saúde psicológica, o envolvimento espiritual demonstrou melhorar o bem-estar subjectivo, uma vez que a associação *stress*-doença foi apenas significativa naqueles sujeitos que apresentaram uma baixa espiritualidade. Tal sugere que o reverso, um alto índice de espiritualidade, age como elemento moderador no bem-estar, apresentando os doentes níveis mais baixos de ansiedade, independentemente da idade, género, estado civil, diagnóstico, participação grupal ou espaço de tempo após o diagnóstico (Kaczorowski, 1989, citado por Thomson, 2000).

Paloutzian et al. (1999, citado por Emmons & Paloutzian, 2003) destacam que a mudança espiritual pode mesmo originar transformações drásticas na vida dos sujeitos, nos seus objectivos, sentimentos, atitudes e comportamentos, uma vez que as funções que definem a personalidade (p.e., identidade, sentido de vida) sofrem também profundas alterações. Para além de facultar às pessoas um bem-estar emocional necessário para estas confrontarem um conjunto de situações debilitantes e patológicas, a espiritualidade providencia também

estratégias de *coping* eficazes face às mais diversas doenças, em especial na doença crónica, as quais protegem o doente contra os efeitos nocivos das situações ansiógenas da vida (p.e., atitudes positivas de confronto perante a doença, diminuição de ansiedade e de disputas impostas pela doença) (Braider et al., 1999, Breitbart & Rosenfeld, 1999, Rosenfeld, Breitbart, & Galietta, 2001, citados por Manning-Walsh, 2005; Cooper-Effa, Blount, Kaslow, Rothenberg, & Eckman, 2001; Exline & Rose, 2005; Faull & Kalliath, 2000; Fehring, Miller, & Shaw, 1997, Fensler, Klemm, & Miller, 1999, Kaczorowski, 1989, citados por Volcan et al., 2003; Gall et al., 2005; Greenstreet, 2006; Hebert et al., 2001; Kim et al., 2000; King, 2006; King & Bushwick, 1994, Larson et al., 1992, Levin, 1996, citados por McCord et al., 2004; Levin, 1993, Pargament, 1996, 1997, Pargament et al., 1990, Williams et al., 1991, citados por Mytko & Knight, 1999; Levin et al., 1997, Matthews et al., 1998, citados por Anandarajah & Hight, 2001; Meneses, 2006; Ming-Shium, 2006; Murray, 2004, Pierce, 2001, citados por Pierce et al., 2008; Oman & Thoresen, 2005; Pargament et al., 2005; Puchalski, 2001, 2005; Reyes-Ortiz, 2006; Rippentrop, 2005; Saad et al., 2001).

Uma das estratégias de *coping* comumente utilizada, na opinião de vários autores (p.e., Gall & Cornblat, 2002, McIntosh, Silver, & Wortman, 1993, citados por Weaver & Flannely, 2004; Koenig, 2002), consiste no recurso à prece e/ou reza. Estes autores defendem que, independentemente do doente estar ou não de alguma forma vinculado a uma religião, a fé é o elemento que dá sentido à vida, sendo uma das noções incluídas na espiritualidade. Acresce que esta pode ser a base de partida para a procura de significado e perspectiva por parte de quem sofre, por recurso a uma fonte superior ao *self* e sentido de controlo relativamente à falta de esperança, pois é associada à capacidade de apreciar a vida (mesmo ao vivenciar sintomas negativos), perspectivada como um auxílio na redução de emoções negativas, tais como a raiva, a depressão e o medo.

Desde logo, não surpreende que o estudo levado a cabo por Soderstrom e Martinson (1987, citado por Weaver & Flannely, 2004) tenha revelado que a estratégia de *coping* mais comum para doentes com cancro é a prece individual ou em grupo, ou ainda a prece intercessora. A pesquisa realizada por Saudia et al. (1991, citado por Kaye & Raghavan, 2002), no âmbito da cirurgia cardíaca, reitera a utilidade extrema da prece enquanto estratégia de *coping*, uma vez que 96% dos inquiridos expressaram o considerável valor da prece enquanto estratégia de *coping* para lidar com a ansiedade. No caso específico da Oncologia, o

recurso à espiritualidade enquanto mecanismo de *coping* tem sido associado a uma melhor adaptação psicossocial, especialmente após o diagnóstico, e a uma capacidade de apreciar a vida, mesmo ao vivenciar sintomas negativos (Carver et al., 1993, Kaczorowsky, 1989, Northouse, 1989, Potts, 1996, citados por Mytko & Knight, 1999; Koenig, 2002; McIntosh, Silver, & Wortman, 1993, citado por Weaver & Flannelly, 2004).

Pesquisas no contexto oncológico (Baider et al., 1999, citado por Weaver & Flannelly, 2004) evidenciam que à crença espiritual está vinculada uma estratégia de *coping* activo, particularmente no caso de um melanoma maligno. Os autores salientam, ainda, que a presença de resiliência espiritual dispõe ao recurso de um estilo de *coping* activo, por parte destes doentes, o que lhes permite aceitar e lidar com a doença de uma forma positiva e com propósito. Dentro da população médica, e em geral, descobriu-se que este construto providencia significado e propósito à vida, oferecendo mesmo protecção contra a falta de esperança e desespero nos doentes terminais (Fehring, Miller, & Shaw, 1997, McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003, Nelson, Rosenfeld, Breitbart, & Galieta, 2002, citados por Büssing et al., 2005b; Hall, 1998; Tebbi et al., 1997, Woods & Ironson, 1999, citados por Makros & McCabe, 2003).

Actualmente, um número significativo de profissionais conceptualiza a espiritualidade enquanto recurso primário empregue por portadores das mais variadas doenças crónicas e debilitantes (Miller, 1985, O'Brien, 1982, Smith, 1995, Young, 1993, citados por Kaye & Raghavan, 2002). Entre estes, figuram Mohr et al. (1999, citado por Makros & McCabe, 2003), que realizaram um estudo sobre a espiritualidade na esclerose múltipla, em que os portadores foram instruídos a identificar as áreas da sua vida que haviam sido afectadas por esta patologia. Segundo a amostra, um dos três benefícios resultantes da sua condição foi um acréscimo no interesse espiritual, assim como uma maior apreciação da vida e um aprofundar das relações, confirmando, mais uma vez, o papel preponderante da espiritualidade enquanto recurso primário (Mohr et al., 1999, citado por Makros & McCabe, 2003). Determinados estudos transversais sugerem, ainda, que são muitos os doentes que recorrem à espiritualidade no âmbito da dor (Ashby & Lenhart, 1994, Keefe & Dolan, 1986, Keefe et al., 1997, 2001, Rosenstiel & Keefe, 1983, citados por Rippentrop, Altmaier, Chen, Found, & Keffala, 2005). Apesar de limitadas, as investigações longitudinais efectuadas nesta área apontam para a presença de uma pontuação mais baixa de dor, assim como para uma melhoria no humor entre

os indivíduos com índices mais elevados de espiritualidade (Turner & Clancy, 1986, citado por Rippentrop et al., 2005).

Estudos no âmbito da doença cardiovascular têm vinculado, à característica estrutural e organizacional da espiritualidade intrínseca, diferenciações fisiológicas (Leventhal & Patrick-Miller, 2000, citado por Lawler & Younger, 2002). Tais diferenças podem oferecer protecção contra as doenças cardiovasculares e outras desordens hematológicas (Doster et al., 2002). Por exemplo, o estudo de Lawler e Younger (2002), que incidiu na relação entre a espiritualidade e as respostas cardiovasculares, o *stress*, o humor e a saúde física, revelou, através de uma amostra de 80 participantes, que a espiritualidade estava associada a um quadro sintomático, uma vez que níveis superiores de espiritualidade estavam associados a uma menor pressão sanguínea sistólica e pressão arterial, a uma redução na medicação e do humor negativo (depressão, tensão, raiva, confusão, inércia).

Concretamente, a espiritualidade tem sido associada a níveis menores de hemoglobina, o que se reflecte numa vasculatura mais relaxada, a um ciclo de vida celular maior e com menor danos, a um menor nível de colesterol e de triglicerina, a uma redução na gravidade da doença após admissão hospitalar, a uma menor taxa de mortalidade e a uma menor pressão arterial (Goldbourt et al., 1993, Oxman et al., 1995, citados por McCauley et al., 2005; Guyton & Hall, 1996, King, Speck, & Thomas, 1999, Mães et al., 1998, citados por Doster et al., 2002). Adicionalmente, uma vez que as recentes evidências sugerem que a resposta ansiosa afecta o funcionamento hematológico, ao aumentar a viscosidade do sangue, conduzindo à privação de oxigénio para os tecidos e resultando na doença cardiovascular, alguns autores parecem suportar a noção de que a espiritualidade, enquanto modulador da resposta do sistema nervoso autonómico e potencializador da resposta de relaxamento, tem inerente a si uma capacidade de adaptação face aos diversos desafios do dia-a-dia e um papel amortecedor perante o *stress* (Hafen et al., 1996, Koenig, 1999, Mães et al., 1998, Pargament, 1997, Woods & Ironson, 1999, citados por Doster et al., 2002).

Concluindo, hoje em dia, a espiritualidade tem sido associada às causas mais díspares de mortalidade, quer na percentagem de sobrevivência de doentes cirúrgicos, na depressão, ansiedade, percentagens de suicídios e promoção de estilos de vida saudável, quer no sucesso do *coping* com o *stress*, assumindo, deste modo, um papel importante enquanto preditor da

saúde (Graham, Furr, Flowers, & Burke, 2001, Harris, McCullough, & Larson, 1999, Levin & Vanderpool, 1989, Plante & Sherman, 2001, citados por Edmondson et al., 2005). No parecer de Moberg (2002), estas recentes descobertas, no que respeita às associações e contribuições da espiritualidade relativamente a outros domínios do bem-estar humano, aumentam de dia para dia. No entanto, apesar das vastas contribuições do cuidado espiritual na saúde física, mental e/ou emocional, a maioria dos profissionais de saúde coloca em causa e negligencia as necessidades espirituais dos seus doentes, familiares e/ou cuidadores (Curlin, Roach, Goraw-Bhat, Lantos, & Chin, 2005; Moberg, 2002).

É de sublinhar que, mesmo no contexto investigacional mais recente, é praticamente nula a quantidade de publicações que versam sobre a temática da espiritualidade no EAM. Por isso, Rippentrop (2005) sugere que será útil para os profissionais de saúde estar conscientes e integrar o factor espiritual no contacto com os doentes: “one should attempt to understand how patients’ religious-spiritual beliefs may help or hinder them when coping with their health problems” (p. 282). El-Guebaly (2004) partilha desta opinião, acrescentando que este deve ser um procedimento padrão na intervenção.

2.4. Bem-estar espiritual: Definição e correlatos

O estudo dos diversos contributos da espiritualidade para a saúde conduziu à emergência do conceito de bem-estar espiritual, que diz respeito à intensidade em que ocorre a abertura da pessoa para a dimensão espiritual, integrando esta com as outras dimensões da vida, de forma a maximizar o seu potencial de crescimento e auto-actualização (Gouveia et al., 2008a, 2008b; Gouveia, Ribeiro, & Pinto, 2008; Marques, 2003; Peri, 1995, citado por Tuck & Thinganjana, 2007; Puchalski, 2005; Volcan et al., 2003). O bem-estar espiritual envolve a necessidade de transcendência e pode ser entendido como uma sensação de bem-estar, sendo experienciada quando a pessoa encontra um propósito que justifique a sua ligação com algo na vida, e esse propósito envolve um significado último para a vida (Ellison, 1983; Yi, Mrus, Wade et al., 2006).

Torna-se fundamental referenciar aquela que é considerada como uma das definições mais abrangentes deste construto, tendo sido proposta por Fisher (1999, citado por Gouveia et al., 2008a, 2008b). Este autor conceptualiza o bem-estar espiritual como um estado dinâmico,

que se reflecte na qualidade das relações que o sujeito estabelece em quatro domínios da existência humana, isto é, consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo ou Alguém que transcende o domínio humano. O domínio pessoal corresponde ao modo como uma pessoa se relaciona consigo própria, no que respeita ao significado, propósito e valores de vida. O domínio comunitário diz respeito à qualidade e profundidade das relações interpessoais no que se refere à moralidade, cultura e religião. Inclui sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade. O domínio ambiental baseia-se nas relações com o mundo físico e biológico (cuidar e proteger), expressando-se através da admiração e de sentimentos de união com a natureza. Por fim, o domínio transcendental reporta-se à relação do próprio com algo ou alguma coisa para além do que é humano, nomeadamente, uma força cósmica, uma realidade transcendente, ou Deus, e expressa-se através do culto e adoração da fonte de mistério do universo. O autor acrescenta, ainda, que a saúde espiritual¹⁴ é dinâmica e o desenvolvimento de bem-estar espiritual, em cada um dos domínios, contribui para o aprofundamento das relações nos restantes. O bem-estar espiritual global de uma pessoa será, assim, resultante do efeito combinado do bem-estar espiritual em cada um dos domínios.

Outros autores (Bekelman et al., 2007; Calvetti et al., 2007; Cooper-Effa et al., 2001; Ellison, 1983; Neto, Ferreira, & Pinto, 2006; Volcan et al., 2003) mencionam ainda que o bem-estar espiritual refere-se a uma sensação global de bem-estar, englobando o bem-estar religioso e o bem-estar existencial. O bem-estar religioso corresponde à forma como cada pessoa percebe o bem-estar na sua vida espiritual e como se expressa em relação a Deus. Por sua vez, o bem-estar existencial é uma dimensão psicossocial e refere-se ao modo como a pessoa se encontra adaptada ao seu auto-conceito, à comunidade e ao que a rodeia, referindo-se ao propósito e satisfação com a vida.

O que a maior parte dos estudos permite concluir é que o bem-estar espiritual é uma experiência de apoio, de fortalecimento, à qual a pessoa recorre de forma intencional numa situação de crise, de forma a auxiliar e proporcionar uma resolução da mesma (Pipe et al., 2008; Reed, 1992; Westgate, 1996, citado por Marques, 2003). Diversos estudos relacionaram o bem-estar espiritual (religioso e existencial) com uma variedade de outras medidas relacionadas com a saúde e bem-estar (Bekelman et al., 2007; Bufford, Paloutzian, & Ellison,

¹⁴ Entende-se por saúde espiritual o estado de equilíbrio que transcende as coisas materiais e físicas: toda a pessoa que possui a capacidade para aceitar algo que lhe é superior, que está para além de tudo o que é material, tem certamente uma espiritualidade definida, uma saúde espiritual (Bolander, 1999, citado por Lourenço, 2004).

1991, Chamberlain & Zika, 1992, Paloutzian & Smith, 1991, citados por Paloutzian, 1996; Cooper-Effa et al., 2001; Ellis, Vinson, & Ewingman, 1999, citado por Rivera-Ledesma & Lena, 2007; Kim et al., 2000; Marques, 2003; Pipe et al., 2008; Yi, Mrus, Wade et al., 2006). Assim, estes estudos permitiram verificar que o bem-estar espiritual é um recurso interno importante, tendo verificado uma série de benefícios ao nível da saúde física e mental dos doentes, tais como: permite lidar com a incerteza e a adaptação psicossocial em doenças crónicas; favorece a aceitação da doença e a reabilitação; promove o ajustamento à hemodiálise; proporciona uma menor ansiedade perante o diagnóstico de cancro; incute sentimentos de esperança em doentes com VIH; possibilita níveis mais elevados de auto-estima e menores níveis de depressão.

O bem-estar espiritual tem sido, igualmente, associado à satisfação marital, ao fortalecimento das relações familiares, a um maior sentimento de satisfação com a vida e a uma redução do uso de medicação, de queixas sintomáticas e de *stress* (Carson et al., 1988, Kaczorowski, 1989, Mickley et al., 1992, Reynolds & Kaplan, 1990, Roth, 1988, citados por Mytko & Knight, 1999; Edmondson et al., 2005; Ellison, 1983; McCullough et al., 2002, citado por Emmons & Paloutzian, 2003; Moreira-Almeida et al., 2006). Por todas estas razões, a literatura consultada evidencia uma relação positiva entre a QDV e o bem-estar espiritual (Bekelman et al., 2007; Cooper-Effa et al., 2001; Gioiella et al., 1998, citado por Panzini et al., 2007; Giovagnoli et al., 2006; Kim et al., 2000; Pipe et al., 2008; Puchalski, 2001).

Apesar do importante progresso no âmbito da investigação sobre a espiritualidade/bem-estar espiritual na saúde, faltam ainda elementos relativamente ao papel dos dados sócio-demográficos e clínicos¹⁵. Apesar de escassa, a literatura evidencia que a forma como o ser humano vivencia a espiritualidade difere ao longo da sua vida. Como explicam Boyatzis (2005) e Lourenço (2004), no decorrer da infância, a criança que nasce sem fé ou crenças espirituais é influenciada por modelos, valores e pela formação incutida pela família e cultura subjacente. Posteriormente, na adolescência, o desenvolvimento de valores morais assume um valor acrescido. Nesta fase, o adolescente inicia uma procura e exploração activa de variadas

¹⁵ É importante realçar que a partir deste ponto, apenas será abordada a relação do bem-estar espiritual com as características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, duração do processo de reabilitação cardíaca, crença numa religião, prática de uma religião e frequência com que pratica a religião que professa). Isto porque, para além desta relação, o presente estudo também aborda a associação do bem-estar espiritual e do *coping*, no entanto, os dados teóricos recolhidos acerca desta relação foram expostos anteriormente (ver 2.3. A espiritualidade em contextos de saúde e doença).

experiências espirituais, sendo que o seu grupo de pares assume um papel preponderante. Por fim, no estágio adulto, o sujeito apela ao pensamento para a tomada de decisões referentes a vicissitudes éticas, morais ou particulares, baseando-se em princípios como a autonomia, justiça, dignidade, beneficência e fidelidade (Levenson, Aldwin, & D'Mello, 2005; Lourenço, 2004).

No que respeita à segunda metade do estágio adulto, são dois os modelos gerais de desenvolvimento espiritual (Wink & Dillon, 2001). Postulantes do primeiro modelo, como Jung, e defensores do estágio pós-formal do desenvolvimento cognitivo, interpretam o desenvolvimento espiritual como o resultado positivo do processo de maturação (Wink & Dillon, 2002). Jung (1942, 1964, citados por Wink & Dillon, 2002) refere que é normalmente a meio da idade adulta que os indivíduos começam a voltar-se para o seu interior, de forma a explorar o lado mais espiritual do seu *self*. Antes deste estágio, dificuldades externas, associadas ao principiar da carreira e à formação de uma família, tendem a ser as preocupações mais prementes (Oliveira, 2006; Wink & Dillon, 2002). O retiro interior, que caracteriza a segunda metade da idade adulta, complementa, na opinião de Jung (1942, 1964, citados por Wink & Dillon, 2002), a orientação externa do jovem adulto de uma maneira que desenvolve a noção individual de *self* e completa, assim, o processo de auto-realização.

O segundo modelo de desenvolvimento espiritual conceptualiza a ligação entre a espiritualidade/bem-estar espiritual e o amadurecimento etário, como consequência da existência de dificuldades e adversidades, e não enquanto consequência do processo de maturação (Blazer & Palmore, 1976, Musick, 1996, Koenig, Kvale, & Ferrel, 1988, citados por Moreira-Almeida, 2006; Wink & Dillon, 2002). Com o envelhecimento, os adultos deparam-se com uma multitude de mudanças físicas, psicológicas e sociais, entre as quais limitações no funcionamento físico, restrição da mobilidade, problemas no dia-a-dia, perdas (p.e., falecimento, reforma), problemas financeiros e discriminação, que favorecem, possivelmente, um desprender e uma limitação nas escolhas de vida e conduzem a oportunidades para recorrer à meditação e ao silêncio contemplativo, direccionando um grande número de senescentes para a espiritualidade (Atchley, 1997, citado por Wink & Dillon, 2002; Crowther & Zeiss, no prelo, citado por Armstrong & Crowther, 2002; Oliveira, 2006). Adicionalmente, é no decorrer da fase da idade adulta e da terceira idade que a morte emerge como uma fatalidade mais iminente, representando, a espiritualidade, um mecanismo

de preparação para o falecimento do próprio e de outros (McFadden, 2005; Wink & Dillon, 2002).

Os modelos não são mutuamente exclusivos, uma vez que um défice pode desencadear o desenvolvimento (McFadden, 1996a, citado por Wink & Dillon, 2002). Acresce, ainda, que a premissa subjacente é idêntica, ou seja, de que o envelhecimento está associado a uma maior vivência espiritual, sendo que, à medida que uma pessoa envelhece, certos aspectos espirituais tendem a aumentar ou assumir maior proeminência na sua vida (p.e., experiências espirituais, crenças e valores) (Armstrong & Crowther, 2002; Lewis, 2001; Lorenz et al., 2005; Manning-Walsh, 2005; Musick et al., 2000; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002; Rippenrop et al., 2005; Seifert, 2002; Wink & Dillon, 2002). Contudo, outros estudos efectuados concluíram que não existe uma relação significativa entre o bem-estar espiritual e a idade (Bekelman et al., 2007; Bufford, Paloutzian, & Ellison, 1991, citado por Marques, 2003; Kim et al., 2000).

No que concerne ao contexto social e pessoal do desenvolvimento espiritual, Seifert (2002) e Stokes (1990, citado por Wink & Dillon, 2002) evidenciam o facto das mudanças, no processo de procura de significado e propósito da existência, ocorrerem frequentemente em períodos de transição e de crise, comparativamente a períodos de estabilidade. De facto, vários autores afirmam que a espiritualidade é uma das estratégias comumente empregues pelos doentes, como forma de lidar com múltiplas condições crónicas (Koenig, George, & Titus, 2004; Loeb, Penrod, Falkenstern, Gueldner, & Poon, 2003). Assim sendo, o desenvolvimento espiritual pode ser mais influenciado por mudanças no contexto social e pessoal do que pela idade cronológica, apesar de ambos estarem frequentemente relacionados, uma vez que, à medida que se envelhece, aumenta a hipótese do aparecimento da crise e adversidade (p.e., falecimento de alguém próximo, a necessidade de adoptar um papel de cuidador devido à doença de um ente próximo) (Payne, 1994, Tornstam, 1994, citados por Wink & Dillon, 2002).

Investigações que incidiram nas diferentes percepções relativamente à morte e situações *stressantes* ao longo do ciclo de vida, confirmam o facto da crise desempenhar um papel importante na procura de significado, independentemente do factor idade (Seifert, 2002). Diferenças individuais na personalidade, incluindo um maior individualismo, uma maior

necessidade de independência, bem como o desenvolvimento da moral, do ego e a inteligência, têm sido também associados à evolução espiritual (Emmons, 1999, Kirkpatrick, 1999, Roof, 1993, Shulik, 1998, Zinnbauer et al., 1997, citados por Wink & Dillon, 2002; McDonald, 2000, Piedmont, 1999, citados por Emmons & Paloutzian, 2003).

Quanto a diferenças entre sexos, toda a literatura consultada sugere que as mulheres apresentam um maior índice de espiritualidade/bem-estar espiritual comparativamente aos homens (Büssing et al., 2005a, 2005b; Krupski et al., 2006; Lawler & Younger, 2002; Lorenz et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002; Wink & Dillon, 2002). Esta diferença pode dever-se, em parte, a uma maior participação feminina na organização e em atividades religiosas, pedras angulares do crescimento espiritual (Burke, 1999, Hout & Greley, 1987, McFadden, 1996b, Stokes, 1990, Stolzenberg et al., 1995, citados por Wink & Dillon, 2002). Como considera Arnold (1991, citado por Knuth, 1993), a adoração eclesiástica e espiritual é demasiado feminina para apelar ao homem, é sustentada por uma orientação não reconhecida para “valores femininos”, e por gerações nas quais a instituição eclesiástica fomentou, ocasionalmente, devoções espirituais de pendor masculino. A desigualdade entre sexos na família, bem como na profissão e em outras relações sociais, pode estar na origem de um vivenciar feminino de experiências descontínuas e descentradas, associadas, geralmente, ao crescimento pessoal e, particularmente, ao desenvolvimento espiritual (Atchley, 1997, Burke, 1999, Riegel, 1976, citados por Wink & Dillon, 2002). No entanto, existe alguma discordância na literatura relativamente a este ponto, uma vez que alguns autores não encontraram uma relação significativa entre a espiritualidade/bem-estar espiritual e o sexo (Bekelman et al., 2007; Kim et al., 2000).

Além da relação com o sexo e a idade, apesar de poucos, outros estudos ressaltam a preponderância do estado marital (Büssing et al., 2005a, 2005b; Marques, 2003; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002), grau académico (Lorenz et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002) e grupo religioso (Peterman et al., 2002) na variável espiritualidade/bem-estar espiritual.

Suporte para o supra-citado advém de estudos recentes, por exemplo, Peterman et al. (2002) reportaram que os doentes casados ou viúvos diagnosticados com cancro apresentavam um maior índice de espiritualidade/bem-estar espiritual, comparativamente aos solteiros,

separados e divorciados pertencentes à amostra. Outros estudos mencionam resultados similares, entre eles os de Mytko e Knight (1999) e Büssing et al. (2005a, 2005b).

Ainda outros autores fazem referência a uma associação entre bem-estar espiritual e o nível de escolaridade. Neste aspecto, novamente, a literatura não apresenta concordância, havendo autores que verificaram maiores níveis de bem-estar espiritual associados a um grau acadêmico superior (Büssing et al., 2005a; Lorenz et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002). Por sua vez, outros autores referem que níveis educacionais médios e baixos estão associados a níveis significativos de bem-estar espiritual (Marques, 2003). Apesar de em minoria, outros estudos não comprovaram a existência de uma relação significativa entre bem-estar espiritual e escolaridade (Bekelman et al., 2007; Kim et al., 2000; Rippentrop et al., 2005).

No que respeita ao grupo religioso, foram encontrados alguns estudos que demonstram existir uma relação favorável entre a crença e prática de uma religião e o bem-estar espiritual (Büssing et al., 2005a; Marques, 2003; Kim et al., 2000). A título de exemplo, o estudo de Peterman et al. (2002), numa amostra que incluía católicos, protestantes, judeus e outros, relata que os protestantes apresentaram os índices mais elevados de espiritualidade/bem-estar espiritual, enquanto os judeus e os que não professavam nenhuma religião apresentaram as pontuações mais baixas de espiritualidade/bem-estar espiritual.

Ainda no que se refere à variável religião, o estudo de Moreira-Almeida et al. (2006) procurou demonstrar que a prática ou o envolvimento em actividades religiosas poderia contribuir para a promoção do bem-estar espiritual da pessoa. Os autores consideraram, portanto, actividades relacionadas com a vertente mais organizacional da religião, mas também com o aspecto pessoal/privado da mesma. Exemplificando, no primeiro caso exploraram o número de vezes que a pessoa se envolveu em encontros religiosos (p.e., ir à igreja) e, no segundo caso, investigaram o período de tempo que a pessoa dedica a actividades religiosas privadas (p.e., rezar, meditar, ler textos religiosos) e a religiosidade subjectiva, ou seja, a importância que a religião assume na vida da pessoa. No entanto, torna-se fundamental realçar que é necessária alguma precaução na interpretação da relação ou influência das práticas religiosas privadas na saúde. Isto porque, segundo Moreira-Almeida et al. (2006), é

provável que a pessoa em situação de doença, ou perante situações *stressantes*, recorra mais frequentemente a este conjunto íntinseco de estratégias religiosas para enfrentar a situação.

Encontrou-se ainda o estudo de Kim et al. (2000), em que se procurou perceber qual a relação da espiritualidade/bem-estar espiritual em populações com doenças crónicas, sobretudo ao nível do processo de reabilitação. Segundo estes autores, a espiritualidade/bem-estar espiritual é uma questão crucial na população em questão, sendo que, no seu estudo, Kim et al. (2000) mencionam que esta variável parece estar relacionada com significativas melhorias psicológicas e funcionais no processo de reabilitação cardíaca, tendo, os autores, observado que, quanto maior o tempo decorrido desde a situação de crise, e portanto, de reabilitação, maiores eram os níveis de bem-estar espiritual alcançados.

Parte II: Estudo empírico

CAPÍTULO III. OBJECTIVOS, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Tendo em consideração a experiência clínica com indivíduos com EAM (durante o estágio académico) e a revisão da literatura efectuada, e sumariamente apresentada, foram elaborados os objectivos do presente estudo. Assim, os objectivos do presente estudo são: analisar o bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-EAM; e identificar correlatos de bem-estar espiritual desses indivíduos.

Tendo por base a literatura revista e os objectivos traçados, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1. Existe uma relação entre o bem-estar espiritual e as estratégias de *coping* utilizadas (Brady et al., 1999; Cotton et al., 1999; Doster et al., 2002; Kim et al., 2000; Mytko & Knight, 1999; Pierce et al., 2008);

Hipótese 2. Existem diferenças ao nível do bem-estar espiritual entre os dois sexos. (Diversos autores constataram que as mulheres apresentam um maior índice de espiritualidade/bem-estar espiritual do que os homens – Büssing et al., 2005a, 2005b; Krupski et al., 2006; Lawler & Younger, 2002; Lorenz et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002; Wink & Dillon, 2002);

Hipótese 3. Existe uma associação entre o bem-estar espiritual e a idade (Armstrong & Crowther, 2002; Lewis, 2001; Lorenz et al., 2005; Manning-Walsh, 2005; Musick et al., 2000; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002; Rippentrop et al., 2005; Seifert, 2002; Wink & Dillon, 2002);

Hipótese 4. Existem diferenças ao nível do bem-estar espiritual em função do estado civil (Büssing et al., 2005a, 2005b; Marques, 2003; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002);

Hipótese 5. Existe uma associação entre bem-estar espiritual e o nível de escolaridade (Büssing et al., 2005a; Lorenz et al., 2005; Marques, 2003; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002);

Hipótese 6. Existe uma relação entre o bem-estar espiritual e a duração do processo de reabilitação cardíaca (Kim et al., 2000);

Hipótese 7. Existem diferenças ao nível do bem-estar espiritual em função da crença numa religião (Marques, 2003; Moreira-Almeida et al., 2006; Peterman et al., 2002);

Hipótese 8. Existem diferenças ao nível do bem-estar espiritual em função da prática de uma religião (Büssing et al., 2005a; Marques, 2003; Moreira-Almeida et al., 2006); e

Hipótese 9. Existe uma relação entre o bem-estar espiritual e a frequência com que os sujeitos praticam a religião que professam (Kim et al., 2000; Moreira-Almeida et al., 2006).

Neste contexto, torna-se pertinente mencionar as variáveis no estudo: a variável principal é o bem-estar espiritual e as variáveis secundárias são as estratégias de *coping*, o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a duração do processo de reabilitação cardíaca, a crença e prática de uma religião e a frequência com que os sujeitos praticam a religião que professam.

CAPÍTULO IV. MÉTODO

4.1. Participantes

No presente estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência (ou intencional), constituída por 32 sujeitos de ambos os sexos. Para serem considerados aptos para integrar a amostra do presente estudo, os participantes tinham que preencher os seguintes critérios de inclusão: serem portadores de doença cardiovascular, mais especificamente EAM, e encontrarem-se em processo de reabilitação cardíaca, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação, do Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira). As características sócio-demográficas dos participantes encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Descrição da Amostra em Função das Variáveis Sócio-demográficas (N=32)

Variáveis sócio-demográficas	Frequência	Percentagem
Sexo		
Feminino	7	21,9
Masculino	25	78,1
Estado civil		
Solteiro/a	0	0,0
União de facto	0	0,0
Casado/a	30	93,8
Separado/a	0	0,0
Divorciado/a	0	0,0
Viúvo/a	2	6,2
Escolaridade		
Nenhuma (0 anos)	0	0,0
Escola Primária/1.º ciclo	20	62,5
Ciclo Preparatório/2.º ciclo	4	12,5
3.º Ciclo (7º ano-9º ano)	2	6,2
Ensino Secundário (10º-12º ano)	4	12,5
Ensino Superior	2	6,2
Tempo de reabilitação cardíaca		
Menos de 3 meses	1	3,1
Entre 3 a 6 meses	0	0,0
Entre 6 a 12 meses	4	12,5
1 ano	4	12,5
2 anos	3	9,4
Mais de 2 anos	20	62,5

Tabela 1 (cont.)

Descrição da Amostra em Função das Variáveis Sócio-demográficas (N=32)

Variáveis sócio-demográficas	Frequência	Percentagem
Religião		
Não	2	6,2
Sim	30	93,8
Praticante	20	62,5
Não Praticante	10	31,2
Participação em actividades religiosas		
0	2	6,2
1-10	7	21,9
11-20	2	6,2
21-50	6	18,8
51 ou mais	15	46,9

Pela análise da Tabela 1, verifica-se que a amostra era composta por 32 sujeitos, maioritariamente do sexo masculino, casados, com o 1.º ciclo de escolaridade¹⁶, em fase de reabilitação cardíaca há mais de 2 anos¹⁷, religiosos e praticantes. Por fim, em relação à participação dos sujeitos em actividades religiosas, durante o último ano, quase 50% referiram ter participado 51 ou mais vezes¹⁸.

Torna-se, ainda, fundamental referir que os participantes do estudo tinham idades compreendidas entre 44 e 72 anos de idade ($M=60,4$ anos; $DP=8,2$).

¹⁶ Tendo em consideração a variabilidade do efectivo, para as análises posteriores, os dados foram agrupados em duas classes: “estudos inferiores ou iguais à Escola Primária/1.º ciclo” e “estudos superiores à Escola Primária/1.º ciclo”. É de sublinhar que na categoria “estudos inferiores ou iguais à Escola Primária/1.º ciclo” estão incluídas as classes de Nenhuma (0 anos) ($n=0$) e Escola Primária/1.º ciclo ($n=20$) e na categoria “estudos superiores à Escola Primária/1.º ciclo” estão incluídas as classes de Ciclo Preparatório/2.º ciclo ($n=4$), 3.º Ciclo (7º ano-9º ano) ($n=2$), Ensino Secundário (10º-12º ano) ($n=4$) e Ensino Superior ($n=2$).

¹⁷ Atendendo à dispersão do efectivo pelos diferentes grupos (períodos de tempo), os dados foram agrupados em duas classes para as análises posteriores: “inferior ou igual a 2 anos” e “mais de 2 anos”. De salientar que na categoria “inferior ou igual a dois anos” estão incluídas as classes de “Menos de 3 meses” ($n=1$), “Entre 3 a 6 meses” ($n=0$), “Entre 6 a 12 meses” ($n=4$), “1 ano” ($n=4$) e “2 anos” ($n=3$) e na categoria “mais de dois anos” está incluída a classe “Mais de 2 anos” ($n=20$).

¹⁸ Considerando a variabilidade do efectivo, para as análises posteriores, os dados foram agrupados em duas classes: “0-50 vezes” e “51 ou mais vezes”. Torna-se fundamental referir que na categoria “0-50 vezes” estão incluídas as classes de “0” ($n=2$), “1-10” ($n=7$), “11-20” ($n=2$) e “21-50” ($n=5$) e na categoria “51 ou mais vezes” encontra-se a classe “51 ou mais” ($n=15$).

4.2. Material¹⁹

Para a concretização dos objectivos propostos recorreu-se à utilização de um protocolo constituído por um Questionário Sócio-Demográfico, pelo *Brief COPE* (Ribeiro & Rodrigues, 2004) e pelo *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ; Gouveia & Ribeiro, 2008).

Questionário Sócio-Demográfico. O Questionário Sócio-Demográfico utilizado neste estudo foi elaborado para o efeito e compreende um total de oito questões, focando: sexo; idade; estado civil; escolaridade; período de tempo em que o participante se encontra em fase de reabilitação cardíaca; se o participante professa alguma religião e, caso responda afirmativamente, se é praticante ou não praticante; e número de vezes que se envolveu, no último ano, em actividades religiosas.

Brief COPE. O *Brief COPE* visa avaliar o *coping* disposicional e situacional (Ribeiro, 2007; Ribeiro & Rodrigues, 2004). Foi traduzido e adaptado para a língua Portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004) tendo por base o *Brief COPE*, uma versão abreviada do *COPE Inventory* (Carver, 1997, citado por Ribeiro, 2007, Ribeiro & Rodrigues, 2004; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, citado por Santos et al., 2006).

O *COPE Inventory* foi desenvolvido com o objectivo de avaliar um vasto conjunto de estratégias de *coping*, tendo-se baseado na literatura existente na altura relativamente às estratégias de *coping*, no modelo transaccional de *stress*²⁰ (Lazarus, 1975, citado por Ogden, 2000/2004; Lazarus & Folkman, 1986, citado por Santos et al., 2006) e no modelo de auto-regulação comportamental²¹ (Carver et al., 1989, citado por Santos et al., 2006; Leventhal et al., 1984, citado por Figueiras, 2007, Ogden, 2000/2004). Foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos, podendo ser aplicado a indivíduos com idades superiores a 14 anos (Santos et al., 2006). Este instrumento compreende 15 sub-escalas (13 na publicação original), cada uma com um foco conceptual diferente, num total de 60 itens (Ribeiro, 2007; Ribeiro &

¹⁹ Por questões éticas, e por indicação da co-orientadora, as autorizações obtidas e um protocolo de avaliação encontram-se em dossier separado, fornecido apenas aos membros do júri da presente Dissertação de Mestrado.

²⁰ De acordo com Lazarus e Folkman (1986, citado por Santos et al., 2006), este modelo considera que as avaliações activas e conscientes de potenciais ameaças funcionam como um elemento mediador entre *stressores* de vida e respostas individuais de *coping*. Os autores defendem que o investigador deve dar importância quer aos factores pessoais (processos estáveis e instáveis), quer aos factores ambientais, que devem ser considerados em simultâneo quando se define o *coping*.

²¹ Esta perspectiva considera o indivíduo como um agente activo na gestão e manutenção do seu estado de saúde e na resolução de problemas, definindo estratégias de *coping* e a sua subsequente avaliação, no sentido de restabelecer o seu estado de equilíbrio (Figueiras, 2007; Ogden, 2000/2004).

Rodrigues, 2004). A resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas, que correspondem a 0 - “Nunca faço isto”, 1 - “Fiz isto”, 2- “Costumo fazer isto” e 3 - “Faço sempre isto” (Ribeiro, 2007; Ribeiro & Rodrigues, 2004; Szaflarski et al., 2006). Por último, refira-se ainda que este inventário inclui algumas respostas que se espera serem disfuncionais, bem como outras que se esperam funcionais, incluindo, ainda, pelo menos, dois pares de tendências bipolares opostas (Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000).

De forma a colmatar algumas limitações do inventário completo, relacionadas com a grande sobrecarga imposta aos sujeitos, nomeadamente em relação à extensão e redundância do instrumento inicial, bem como ao tempo necessário para responder, o instrumento inicial foi reduzido e as escalas sofreram ligeiras alterações (duas foram omitidas, três ligeiramente alteradas e uma nova escala, a auto-culpabilização, foi adicionada), dando origem ao *Brief COPE* (Carver, 1997, citado por Ribeiro, 2007, Ribeiro & Rodrigues, 2004). Tal como sublinha Carver (1997, citado por Ribeiro & Rodrigues, 2004, p. 10), o *Brief COPE* propõe-se responder à “necessidade de medidas que avaliem adequadamente qualidades psicológicas importantes do modo mais breve possível”.

Assim, a versão abreviada compreende apenas 28 itens, distribuídos por 14 sub-escalas com dois itens cada escala: *coping* activo (agir ou fazer esforços para eliminar ou circunscrever o *stressor*); planear (pensar sobre a forma de se confrontar com o *stressor*, planear os esforços de *coping* activo); utilizar suporte instrumental (procurar ajuda, informações ou conselhos acerca do que fazer); utilizar suporte social emocional (conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém); religião (aumento de participação em actividades religiosas); reinterpretação positiva (tirar o melhor proveito da situação, crescendo a partir dela, ou perspectivando-a de uma forma mais positiva); auto-culpabilização (culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu); aceitação (aceitar o facto do evento *stressante* ter ocorrido e ser real); expressão de sentimentos (aumento da consciência do *stress* emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos); negação (tentativa de rejeitar a realidade do evento *stressante*); auto-distracção (desinvestimento mental do objectivo com que o *stressor* está a interferir, através do sonho acordado, dormir ou auto-distracção); desinvestimento comportamental (desistir ou deixar de se esforçar para alcançar o objectivo com o qual o *stressor* está a interferir); uso de substâncias (recurso ao álcool ou a outras drogas [p.e., medicamentos] como forma de desinvestir do *stressor*); e

humor (fazer piadas acerca do *stressor*) (Ribeiro, 2007; Ribeiro & Rodrigues, 2004; Szaflarski et al., 2006).

Relativamente à cotação do instrumento, cada item pertencente à sub-escala é cotado com o número que lhe corresponde, ou seja, como mencionado anteriormente, “Nunca faço isto” (“0”), “Fiz isto” (“1”), “Costumo fazer isto” (“2”) e “Faço sempre isto” (“3”) (Ribeiro, 2007; Ribeiro & Rodrigues, 2004; Szaflarski et al., 2006). Dado que cada sub-escala é constituída por dois itens, os valores vão variar entre 0 e 6, sendo que o resultado final é apresentado como um perfil relativamente a cada uma das sub-escalas, não havendo, portanto, um somatório das sub-escalas nem existindo um valor total (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Assim, quanto maior o valor atribuído a cada sub-escala, maior a concordância com a estratégia de *coping* em análise (Santos et al., 2006).

A estrutura factorial desta escala foi explorada numa amostra de 168 sujeitos recrutados de uma comunidade que tinha sido seriamente afectada por um desastre natural, sendo, de uma forma geral, consistente com a estrutura relatada anteriormente para o inventário completo (Carver, 1997, citado por Ribeiro, 2007, Ribeiro & Rodrigues, 2004; Szaflarski et al., 2006). Em Portugal, segundo diversos autores (Ribeiro, 2007; Ribeiro & Rodrigues, 2004), a escala revela resultados de consistência interna satisfatórios. Na pesquisa bibliográfica efectuada, não foram encontradas mais referências a propriedades psicométricas.

SWBQ. O SWQB é um questionário que permite avaliar quatro dimensões de bem-estar espiritual: pessoal, comunitária, ambiental e transcendental (Gouveia et al., 2008a, 2008b). Permite, ainda, obter uma medida global de bem-estar espiritual, resultante do somatório das diferentes dimensões, num total de 5 *scores* (Gouveia et al., 2008a, 2008b). Foi traduzido e adaptado para a língua Portuguesa por Gouveia e Ribeiro (2008).

É um questionário de auto-preenchimento que, tendo em consideração o estudo realizado por Gouveia et al. (2008a, 2008b), pode ser administrado a sujeitos com idades compreendidas entre os 16 e os 71 anos. É constituído por 20 itens, distribuídos de igual forma (5 itens) pelas quatro dimensões de bem-estar espiritual (Finkelstein et al., 2007; Gouveia et al., 2008a, 2008b). Aos respondentes é solicitado que indiquem em que medida sentem que cada afirmação reflecte a sua experiência pessoal actual (Gouveia et al., 2008a,

2008b). Os itens são avaliados numa escala de 5 pontos, que correspondem a “Muito pouco” (“1”), “Pouco” (“2”), “Moderadamente” (“3”), “Muito” (“4”) e “Totalmente” (“5”). Todos os itens são formulados positivamente e o resultado é obtido pela média das respostas atribuídas aos itens de cada sub-escala, que vai variar entre 1 e 25 em cada uma das sub-escalas e, portanto, o resultado final de bem-estar espiritual vai oscilar entre 1 e 100 valores (Finkelstein et al., 2007; Gouveia et al., 2008a, 2008b). Logo, quanto maior o valor atribuído a cada sub-escala, mais elevado será o bem-estar espiritual naquele domínio e, consecutivamente, o bem-estar espiritual global será superior (Finkelstein et al., 2007; Gouveia et al., 2008a, 2008b).

Os autores da versão original (Gomez & Fisher, 2003, 2005, citados por Gouveia et al., 2008a, 2008b) referem que a escala apresenta bons resultados de fidelidade e validade para todas as sub-escalas, com valores de consistência interna variando em diferentes sub-amostras entre $\alpha=0,76$ e $\alpha=0,95$. A versão portuguesa do SWBQ apresenta uma estrutura factorial semelhante à original e bons níveis de consistência interna para as diferentes escalas e para o factor global ($\alpha=0,74$ – $\alpha=0,90$) (Gouveia et al., 2008a, 2008b; Gouveia, Ribeiro, & Pinto, 2008).

4.3. Procedimento

Para a concretização deste estudo foi solicitada, via e-mail, a autorização para utilizar os instrumentos de avaliação (*Brief COPE* e *SWQB*). Posteriormente, e uma vez que a administração dos instrumentos decorreu no Hospital de São Sebastião, o projecto de investigação foi apresentado à Dra. Sara Mariano (Directora do Serviço de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde) e à Dra. Catarina Branco (Directora do Serviço de Medicina Física e Reabilitação) e, em seguida, foi submetido ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da instituição em causa.

Após o parecer positivo por parte de todas as instâncias supracitadas, foi solicitada à Dra. Catarina Branco uma lista de doentes com EAM, de forma a constituir a amostra para este estudo. Pretendia-se, então, entrar em contacto telefónico com os doentes, sendo-lhes fornecidas as informações fundamentais relativas ao estudo e, caso acedessem ao convite para colaborar na investigação, seriam convocados para uma avaliação presencial, em data e hora a combinar com os próprios, não interferindo, portanto, com o seguimento clínico dos mesmos.

No entanto, estes procedimentos foram alterados, uma vez que a Dra. Catarina Branco aconselhou, oralmente, a investigadora a realizar a selecção aleatória de doentes nas sessões de reabilitação cardíaca.

A recolha dos dados ocorreu entre os dias 12 de Janeiro e 2 de Fevereiro de 2009, numa sala contígua à sala da sessão de reabilitação cardíaca, do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de São Sebastião. Os doentes foram contactados na fase final da sua sessão de reabilitação cardíaca, altura em que o estudo era brevemente descrito e lhes era solicitada a sua colaboração. Os participantes que verbalmente consentiam eram, então, acompanhados pela investigadora a uma sala contígua reservada para esse efeito (administração do protocolo). A todos os intervenientes foram explicados os objectivos do estudo, o objectivo da sua participação, a metodologia de recolha de dados, assegurando-se o carácter de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a não obrigatoriedade de participação, de resto patente no termo de Consentimento Informado. Após os participantes terem lido atentamente e assinalado a cruz no termo de Consentimento informado, os instrumentos foram administrados pela seguinte ordem: primeiro o Questionário Sócio-Demográfico, em seguida o *Brief COPE* e, por fim, o SWBQ. A duração do preenchimento do protocolo variou entre 10 e 15 minutos.

Os questionários foram preenchidos individualmente, na presença do investigador, sendo que as instruções fornecidas aos entrevistados foram idênticas, havendo sempre a preocupação de que todos os participantes tivessem compreendido os objectivos do estudo e as instruções fornecidas. Apesar dos questionários serem de auto-administração, alguns participantes apresentavam limitações em termos de coordenação motora ou, inclusive, ao nível visual, pelo que, nesses casos excepcionais, a administração foi assistida pela investigadora. Nesses casos, a investigadora leu em voz alta as instruções, as questões e as opções de resposta, assinalando as respostas dos participantes.

Com os dados obtidos, foi criada uma base de dados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0 para Windows XP. Na análise estatística dos resultados foi utilizada exclusivamente estatística paramétrica, cujos procedimentos serão descritos ao longo da explanação dos resultados (Maroco, 2007; Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008).

CAPÍTULO V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS²²

No que concerne o primeiro objectivo do presente estudo – Analisar o bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-EAM –, a Tabela 2 mostra os resultados obtidos para cada sub-escala do SWBQ.

Tabela 2

Análise Descritiva dos Valores Obtidos no SWBQ

Escalas	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Valores possíveis
Domínio pessoal	20,03	3,11	10	24	1-25
Domínio comunitário	19,59	2,21	15	25	1-25
Domínio ambiental	20,03	3,15	9	25	1-25
Domínio transcendental	19,91	4,39	7	25	1-25
Bem-estar espiritual global	79,56	9,72	51	93	1-100

A partir da observação da Tabela 2, constata-se que as escalas domínio pessoal e domínio ambiental apresentam as médias mais elevadas, enquanto, por sua vez, a escala domínio comunitário é a que assume um valor médio mais baixo, comparativamente com as restantes. Ao analisar os valores mínimos e máximos alcançados, é possível salientar que existe uma grande dispersão dos resultados, sendo que na maioria dos domínios deste instrumento foram alcançados os valores máximos possíveis. Verifica-se, também, que a média do bem-estar espiritual global pode ser classificada como elevada.

Tendo em consideração o segundo objectivo do presente estudo – Identificar correlatos de bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-EAM –, a análise dos restantes resultados far-se-á segundo a ordem das hipóteses previamente apresentadas e que decorrem desse objectivo. Antes, porém, apresentam-se os dados relativos às estratégias de *coping* seleccionadas pela amostra (cf., Tabela 3).

Através da análise da Tabela 3, observa-se que as escalas *coping* activo e aceitação são as que assumem um valor médio mais elevado, seguidas das escalas planear, reinterpretação

²² É de ressaltar que todas as escalas consideradas surgem codificadas de maneira a que um valor alto corresponda, no caso *Brief COPE*, a um maior recurso a uma determinada estratégia de *coping* e, por sua vez, no SWBQ, a um maior bem-estar espiritual.

positiva e religião, enquanto as escalas uso de substâncias e desinvestimento comportamental são as que assumem valores médios mais baixos.

Tabela 3

Análise Descritiva dos Valores Obtidos no Brief COPE

Escalas	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Valores possíveis
<i>Coping</i> activo	5,06	1,10	2	6	0-6
Planear	4,56	1,19	2	6	0-6
Suporte instrumental	3,22	1,79	0	6	0-6
Suporte social emocional	3,59	1,74	0	6	0-6
Religião	4,44	1,81	0	6	0-6
Reinterpretação positiva	4,56	1,13	2	6	0-6
Auto-culpabilização	3,31	1,73	0	6	0-6
Aceitação	5,06	1,01	3	6	0-6
Expressão de sentimentos	2,81	1,99	0	6	0-6
Negação	1,81	1,91	0	6	0-6
Auto-distração	3,87	1,77	0	6	0-6
Desinvestimento comportamental	0,81	1,23	0	4	0-6
Uso de substâncias	0,13	0,71	0	4	0-6
Humor	2,69	1,91	0	6	0-6

De acordo com diversos autores (Gall & Cornblat, 2002, Soderstrom & Martinson, 1987, McIntosh et al., 1993, citados por Weaver & Flannelly, 2004; Koenig, 2002; Saudia et al., 1991, citado por Kaye & Raghavan, 2002), uma das estratégias de *coping* à qual mais frequentemente os doentes recorrem é à prece/reza. Logo, este dado vai de encontro ao resultado obtido na escala religião do *Brief COPE*, que corresponde ao envolvimento em actividades religiosas (intrínsecas e/ou extrínsecas) (Ribeiro, 2007; Ribeiro & Rodrigues, 2004; Szaflarski et al., 2006).

Assim, a **primeira hipótese** colocada – Existe uma relação entre o bem-estar espiritual e as estratégias de *coping* utilizadas – implicou a utilização do *r* de Pearson²³ para avaliar a intensidade da associação/correlação entre as escalas do SWBQ e as do *Brief COPE*. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

²³ O coeficiente de correlação *r* de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas que pode oscilar entre -1 e 1, sendo que quanto mais o valor se aproximar da unidade, mais perfeita será a correlação (Pestana & Gageiro, 2008). Um coeficiente de correlação igual a zero significa ausência de correlação ou independência das variáveis consideradas (Almeida & Freire, 2003).

Tabela 4

Correlação entre as Escalas do Brief COPE e do SWBQ (N=32)

	SWBQ									
	Domínio pessoal		Domínio comunitário		Domínio ambiental		Domínio transcendental		Bem-estar espiritual global	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Brief COPE										
<i>Coping</i> activo	0,42	0,02	0,26	0,15	0,24	0,18	0,27	0,13	0,40	0,02
Planear	0,41	0,02	0,49	0,004	0,49	0,005	0,55	0,001	0,65	0,00
Suporte instrumental	0,05	0,78	0,29	0,10	0,31	0,08	0,30	0,09	0,32	0,07
Suporte social emocional	0,20	0,27	0,33	0,06	0,28	0,12	0,11	0,55	0,28	0,12
Religião	0,02	0,91	0,25	0,17	0,46	0,009	0,87	0,00	0,60	0,00
Reinterpretação positiva	0,10	0,60	0,18	0,31	0,38	0,03	0,37	0,04	0,36	0,04
Auto-culpabilização	-0,12	0,51	-0,02	0,89	0,10	0,57	-0,005	0,98	-0,01	0,94
Aceitação	0,27	0,14	-0,03	0,86	0,19	0,29	0,25	0,16	0,25	0,16
Expressão de sentimentos	-0,19	0,31	0,11	0,56	0,07	0,69	0,23	0,21	0,09	0,62
Negação	-0,09	0,62	0,06	0,75	0,18	0,31	0,02	0,89	0,05	0,77
Auto-distracção	0,39	0,03	0,27	0,13	0,46	0,01	0,18	0,32	0,42	0,02
Desinvestimento comportamental	-0,29	0,11	-0,17	0,35	0,05	0,78	-0,14	0,44	-0,18	0,33
Uso de substâncias	-0,06	0,74	0,28	0,12	0,06	0,76	0,04	0,80	0,08	0,65
Humor	0,21	0,24	0,17	0,36	0,29	0,10	-0,06	0,74	0,17	0,34

Através da Tabela 4, pode-se verificar que existem algumas correlações estatisticamente significativas entre as escalas de bem-estar espiritual e as escalas de *coping* do *Brief COPE*.

No que respeita ao domínio pessoal, é possível verificar correlações positivas e estatisticamente significativas com as escalas *coping* activo, planear e auto-distracção. Quanto ao domínio comunitário, observa-se a correlação deste com a escala planear, podendo-se constatar que o valor obtido é positivo e estatisticamente significativo. No domínio ambiental, pode-se verificar a correlação positiva e estatisticamente significativa com as escalas planear, religião, reinterpretação positiva e auto-distracção. Em relação ao domínio transcendental, constata-se a correlação positiva com as escalas planear, religião e reinterpretação positiva.

Relativamente às correlações entre o bem-estar espiritual global e as escalas de *coping*, verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as escalas *coping* activo, planear, religião, reinterpretação positiva e auto-distracção.

Em suma, e de acordo com os dados apresentados na Tabela 4, verifica-se que as estratégias de *coping* que assumem uma correlação linear positiva e estatisticamente significativa com o bem-estar espiritual global são o *coping* activo, o planear, a religião, a reinterpretação positiva e a auto-distracção, sendo que, à medida que uma destas variáveis aumenta verifica-se um aumento das restantes e vice-versa. Uma vez que o *Brief COPE* não possui um *score* global, pode dizer-se que a hipótese é confirmada no que toca o *coping* activo, o planear, a religião, a reinterpretação positiva e a auto-distracção.

Os resultados alcançados confirmam o que é mencionado na literatura, ou seja, existe uma significativa associação entre a espiritualidade/bem-estar espiritual e os mecanismos de *coping* (perante a doença crónica) (Argyle & Beit-Hallahmi, 1975, Argyle, 1993, McIntosh & Spilka, 1990, citados por Paiva, 1998; Brady et al., 1999; Cotton et al., 1999; Kim et al., 2000; McBride et al., 1998, Walton, 1999, Woods & Ironson, 1999, citados por Doster et al., 2002; Oxman et al., 1995, Pressman et al., 1990, Yates et al., 1981, citados por Mytko & Knight, 1999; Pierce et al., 2008; Riley et al., 1998, citado por McCauley et al., 2005).

Inclusivamente, o conceito inerente às estratégias de *coping* que obtiveram uma correlação estatisticamente significativa com o bem-estar espiritual, nomeadamente, o *coping* activo, o planear, a religião, a reinterpretação positiva e a auto-distracção, acaba por corresponder ao que diversos autores consideram como as estratégias mais eficazes para facultar às pessoas um bem-estar emocional necessário para estas confrontarem um conjunto de situações debilitantes e patológicas, protegendo-as contra os efeitos nocivos destas situações ansiógenas (Cooper-Effa et al., 2001; Exline & Rose, 2005; Faull & Kalliath, 2000; Fehring et al., 1997, Fensler et al., 1999, Kaczorowski, 1989, citados por Volcan et al., 2003; Gall et al., 2005; Greenstreet, 2006; Hebert et al., 2001; Kim et al., 2000; King, 2006; King & Bushwick, 1994, Larson et al., 1992, Levin, 1996, citados por McCord et al., 2004; Levin, 1993, Pargament, 1996, 1997, Pargament et al., 1990, Williams et al., 1991, citados por Mytko & Knight, 1999; Levin et al., 1997, Matthews et al., 1998, citados por Anandarajah & Hight, 2001; Manning-Walsh, 2005; Meneses, 2006; Ming-Shium, 2006; Murray, 2004,

Pierce, 2001, citados por Pierce et al., 2008; Oman & Thoresen, 2005; Pargament et al., 2005; Puchalski, 2001, 2005; Reyes-Ortiz, 2006; Rippenot, 2005; Saad et al., 2001).

Torna-se fundamental referir, ainda, que o estudo de Baider et al. (1999, citado por Weaver & Flannelly, 2004) menciona estar associada ao bem-estar espiritual uma estratégia de *coping* activo, o que permite aos sujeitos (neste caso, o estudo foi realizado com pacientes oncológicos), aceitar e lidar com a doença de uma forma positiva e com propósito; segundo outros autores, esta estratégia pode providenciar significado e propósito à vida (Fehring et al., 1997, McClain et al., 2003, Nelson et al., 2002, citados por Büsing et al., 2005b; Hall, 1998; Tebbi et al., 1997, Woods & Ironson, 1999, citados por Makros & McCabe, 2003).

Quanto à **segunda hipótese** colocada – Existem diferenças ao nível do bem-estar espiritual entre os dois sexos –, e de forma a explorar as possíveis diferenças entre estes dois grupos, no que respeita ao bem-estar espiritual, recorreu-se ao teste *t de Student* para amostras independentes²⁴. Os resultados apresentam-se na Tabela 5.

Tabela 5

Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função do Sexo

Escala	Sexo Feminino (n=7)		Sexo Masculino (n=25)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Domínio pessoal	19,86	4,947	20,08	2,515	-0,165	30	0,870
Domínio comunitário	19,86	1,952	19,52	2,312	0,351	30	0,728
Domínio ambiental	21,00	2,582	19,76	3,282	0,919	30	0,365
Domínio transcendental	22,86	1,676	19,08	4,582	2,120	30	0,042
Bem-estar espiritual global	83,57	10,470	78,44	9,421	1,245	30	0,223

Verifica-se, pela análise da Tabela 5, uma única diferença estatisticamente significativa, no que respeita ao domínio transcendental, ou seja, os resultados indicam que as mulheres evidenciam valores mais elevados no domínio transcendental comparativamente aos homens. No entanto, a hipótese não pode ser confirmada, dado que o bem-estar espiritual global não evidenciou diferenças estatisticamente significativas em função do sexo dos participantes, pelo que a segunda hipótese foi infirmada. Porém, para além dos valores obtidos no domínio transcendental, ao efectuar uma análise das médias, constata-se que os sujeitos do sexo

²⁴ Este teste paramétrico é frequentemente utilizado quando se desconhecem as variâncias populacionais e se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes (Pestana & Gageiro, 2008).

feminino possuem melhores indicadores de bem-estar espiritual do que os do sexo oposto, à exceção do domínio pessoal.

Torna-se fundamental reflectir acerca de alguns aspectos, relativamente ao sexo, anteriormente abordados, e que podem ter exercido influência nos resultados obtidos. Como é possível constatar na Tabela 1, a amostra do presente estudo possui algumas limitações, uma vez que não foi possível reunir um número equitativo/aproximado de sujeitos de ambos os sexos. Assim, a amostra é maioritariamente do sexo masculino, o que vai de encontro ao que é defendido na literatura relativa ao EAM, nomeadamente, o facto de este acontecimento ter uma ocorrência tendencialmente superior no sexo masculino em comparação com o sexo feminino (Araújo & McIntyre, 1997; Ballester et al., 2007; Cardoso, 1984; Coelho & Gomes, 2000; Fernandes & McIntyre, 2006; Figueiras, 2007; Giannotti, 2002; Gibbs et al., 2000; Graham et al., 2007; Holford, 1998/2006; Kenchaiah et al., 2004; McIntyre & Silva, 1994; McIntyre et al., 2000, 2002; Michalsen et al., 2005; Pan et al., 2008; Pérez & Unanua, 2003; Pierce et al., 2008; Ribeiro, 2005; Stamler et al., 1989; Young, 2004; Zarzosa et al., 2008).

Por sua vez, e no que respeita à influência do sexo no bem-estar espiritual, a literatura apresenta alguma discordância, havendo estudos que não comprovaram a existência de diferenças a este respeito (Bekelman et al., 2007; Kim et al., 2000) e outros que defendem a variabilidade do bem-estar espiritual em função do sexo, no sentido em que as mulheres apresentam valores mais elevados (Büssing et al., 2005a, 2005b; Krupski et al., 2006; Lawler & Younger, 2002; Lorenz et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002; Wink & Dillon, 2002). A possível causa subjacente a esta diferença permanece ainda hoje incerta, pois, para alguns autores, pode dever-se a diferenças intrínsecas ao próprio sexo, para outros é o resultado da nomenclatura social e cultural no qual o homem e a mulher se encontram inseridos (Atchley, 1997, Burke, 1999, Hout & Greley, 1987, McFadden, 1996b, Riegel, 1976, Stokes, 1990, Stolzenberg et al., 1995, citados por Wink & Dillon, 2002; Knuth, 1993).

Percebe-se, desta forma, a tendência contrária, relativamente ao sexo, no que respeita à patologia abordada e à variável principal do presente estudo. Ou seja, existe uma probabilidade mais elevada de reunir um número superior de sujeitos do sexo masculino, pois a incidência do EAM é superior no sexo masculino e, por outro lado, a maioria dos estudos menciona níveis de bem-estar espiritual superior no sexo feminino. Apesar deste dado, e do

desequilíbrio nos efectivos, mesmo não se tendo verificado resultados estatisticamente significativos que permitissem confirmar a segunda hipótese, é fundamental referir que a tendência da média é a favor do sexo feminino. Isto leva a reflectir sobre os resultados que seriam obtidos se a amostra se encontrasse mais equilibrada ao nível do sexo, ficando a noção de que provavelmente nesse caso seriam alcançados valores estatisticamente significativos, isto é, o bem-estar espiritual estaria associado ao género, sendo que as mulheres evidenciariam níveis superiores de bem-estar espiritual.

No que diz respeito à **terceira hipótese** colocada – Existe uma associação entre o bem-estar espiritual e a idade –, e dada a dispersão das idades dos participantes em estudo, os participantes foram agrupados em dois grupos. Tendo em consideração que a idade mínima dos participantes corresponde a 44 e a máxima a 72, sendo a média das idades 60,41 e o desvio-padrão de 8,2, optou-se por uma divisão em função da média das idades (no sentido inferior e superior). Desta forma, o primeiro grupo corresponde ao intervalo dos 44 aos 60 anos (ou menos de 60 anos) e o segundo grupo dos 61 aos 72 anos (ou mais de 60 anos). Na Tabela 6 são apresentados os resultados do teste *t de Student*, no que respeita ao bem-estar espiritual em função da idade.

Tabela 6

Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Idade

Escala	Menos de 60 anos (n=17)		Mais de 60 anos (n=15)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Domínio pessoal	20,12	3,655	19,93	2,463	0,165	30	0,870
Domínio comunitário	19,24	2,278	20,00	2,138	-0,975	30	0,337
Domínio ambiental	19,65	3,690	20,47	2,446	-0,730	30	0,471
Domínio transcendental	18,24	5,298	21,80	1,859	-2,599	30	0,017
Bem-estar espiritual global	77,24	11,771	82,20	6,085	-1,523	30	0,140

De acordo com a Tabela 6, apenas a domínio transcendental revela diferenças estatisticamente significativas no que respeita à idade: os sujeitos com mais de 60 anos evidenciam níveis mais elevados neste domínio de bem-estar espiritual, pelo que não se confirma a hipótese (nos restantes domínios, o teste *t de Student* não revelou diferenças estatisticamente significativas).

Apesar da hipótese não poder ser confirmada, é possível constatar, através da análise das médias, que o grupo de sujeitos com mais de 60 anos apresenta um índice de bem-estar espiritual global ligeiramente mais elevado do que o grupo de sujeitos com menos de 60 anos. Logo, estes resultados parecem sugerir alguma concordância com a literatura, ou seja, de que o envelhecimento está associado a uma maior vivência espiritual (Armstrong & Crowther, 2002; Lewis, 2001; Lorenz et al., 2005; Manning-Walsh, 2005; Musick et al., 2000; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002; Rippentrop et al., 2005; Seifert, 2002; Wink & Dillon, 2002).

Segundo o modelo de desenvolvimento espiritual, é possível observar-se uma correlação entre a maturidade etária e o bem-estar espiritual, sobretudo perante a presença de períodos de transição e de crise (Blazer & Palmore, 1976, Musick, 1996, Koenig et al., 1988, citados por Moreira-Almeida, 2006; Seifert, 2002, Stokes, 1990, citados por Wink & Dillon, 2002). Inclusive, sendo o EAM considerado uma doença crónica, é defendido por diversos autores que a espiritualidade/bem-estar espiritual é considerada como uma estratégia à qual frequentemente os doentes recorrem, com o objectivo de lidarem com diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais decorrentes de condições crónicas (Atchley, 1997, citado por Wink & Dillon, 2002; Crowther & Zeiss, no prelo, citado por Armstrong & Crowther, 2002; Koenig et al., 2004; Loeb et al., 2003; McFadden, 2005; Oliveira, 2006).

Relativamente à **quarta hipótese** colocada – Existem diferenças ao nível do bem-estar espiritual em função do estado civil –, e dado que apenas as hipóteses de resposta “Casado(a)” e “Viúvo(a)” (cf., Tabela 1) foram assinaladas pelos sujeitos no Questionário Sócio-Demográfico, na Tabela 7 são apresentados os resultados do teste *t de Student* para amostras independentes para os vários domínios de bem-estar espiritual, assim como para o índice de bem-estar espiritual global.

Verifica-se, através da Tabela 7, que não existem diferenças estatisticamente significativas, no que respeita ao bem-estar espiritual, entre o grupo de pessoas casadas e o grupo de pessoas viúvas, pelo que a hipótese foi infirmada. Todavia, ao analisar as médias, é possível verificar que os indivíduos viúvos, à excepção do domínio pessoal, evidenciam melhores indicadores de bem-estar espiritual relativamente à classe casados.

Tabela 7

Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função do Estado Civil

Escala	Casado(a) (n=30)		Viúvo(a) (n=2)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Domínio pessoal	20,17	3,152	18,00	1,414	0,954	30	0,348
Domínio comunitário	19,50	2,193	21,00	2,828	-0,926	30	0,362
Domínio ambiental	20,00	3,248	20,50	0,707	-0,214	30	0,832
Domínio transcendental	19,77	4,500	22,00	1,414	-0,690	30	0,496
Bem-estar espiritual global	79,43	10,020	81,50	3,536	-0,287	30	0,776

É importante reflectir acerca destas duas classes, e da limitação que trouxeram em termos de interpretação dos resultados, uma vez que, segundo diversos autores (Büssing et al., 2005a, 2005b; Marques, 2003; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002), em termos de estado civil, estas são as classes que frequentemente apresentam maiores índices de bem-estar espiritual. Logo, e uma vez que a amostra do presente estudo foi apenas constituída por sujeitos casados e viúvos, não foi possível estabelecer uma comparação com as outras classes de estado civil. Aliada a esta limitação, a análise destes resultados deve ser efectuada com um muito comedimento, uma vez que a distribuição dos efectivos nas duas classes apreciadas não é, de todo, homogénea. De facto, a análise foi apenas efectuada pelo interesse clínico dos dados.

No que concerne à **quinta hipótese** colocada – Existe uma associação entre bem-estar espiritual e o nível de escolaridade –, e devido à variabilidade nas respostas (cf., Tabela 1), os sujeitos foram divididos em duas categorias, nomeadamente, estudos equivalentes à Escola Primária/1º Ciclo e estudos superiores à Escola Primária/1º Ciclo. Os resultados obtidos estão patentes na Tabela 8.

Tendo em consideração a Tabela 8, é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do bem-estar espiritual em função da escolaridade, pelo que a quarta hipótese foi infirmada. É importante mencionar que, anteriormente à divisão dos participantes em dois grupos, foi utilizado o teste *One-Way Anova*²⁵, no entanto, os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas.

²⁵ O teste *One-Way Anova* é uma extensão do teste *T de Student*, que permite comparar duas ou mais médias; é um teste paramétrico que analisa o efeito de um factor na variável endógena (variável dependente), testando se as médias da variável dependente em cada categoria do factor são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 8

Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Escolaridade

Escalas	Escola Primária/ 1º Ciclo (n=20)		Estudos superiores à Escola Primária/1º Ciclo (n=12)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Domínio pessoal	19,35	3,066	21,17	2,949	-1,646	30	0,110
Domínio comunitário	19,45	2,438	19,83	1,850	-0,469	30	0,643
Domínio ambiental	19,80	3,563	20,42	2,392	-0,530	30	0,600
Domínio transcendental	20,80	3,694	18,42	5,195	1,516	30	0,140
Bem-estar espiritual global	79,40	9,986	79,83	9,703	-0,120	30	0,905

Os resultados obtidos revelam-se incongruentes com a alguma da literatura revista, que associa a um grau académico superior maiores índices de bem-estar espiritual (Lorenz et al., 2005; Mytko & Knight, 1999; Peterman et al., 2002). Os resultados da presente investigação assemelham-se, contudo, aos resultados obtidos por Bekelman et al. (2007), Kim et al. (2000), Rippentrop (2005) e Rippentrop et al. (2005) que também não comprovaram a existência de uma associação entre o bem-estar espiritual e a escolaridade.

Tendo em conta a **sexta hipótese** colocada – Existe uma relação significativa entre o bem-estar espiritual e a duração do processo de reabilitação cardíaca –, e dada a variabilidade das respostas, os participantes foram, de novo, divididos em dois grupos, nomeadamente, o grupo que se encontrava em fase de reabilitação cardíaca há dois ou menos anos e o grupo que compreende os sujeitos que se encontravam em reabilitação cardíaca há mais de dois anos (cf., Tabela 9).

Tabela 9

Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Duração da Reabilitação Cardíaca

Escalas	Menos de 2 anos (n=12)		Mais de 2 anos (n=20)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Domínio pessoal	19,50	3,849	20,35	2,621	-0,744	30	0,463
Domínio comunitário	18,83	1,749	20,05	2,373	-1,539	30	0,134
Domínio ambiental	20,17	3,040	19,95	3,284	0,186	30	0,854
Domínio transcendental	21,58	2,811	18,90	4,909	1,725	30	0,095
Bem-estar espiritual global	80,08	10,040	79,25	9,781	0,231	30	0,819

Pode constatar-se, pela análise da Tabela 9, que não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios de bem-estar espiritual e no índice de bem-estar espiritual global em função do tempo de reabilitação cardíaca, pelo que não se confirma a hipótese.

Os resultados alcançados contradizem o estudo realizado por Kim et al. (2000), que sugere que os indivíduos que possuam uma duração do processo de reabilitação superior têm uma maior probabilidade de evidenciarem níveis mais elevados de bem-estar espiritual. No entanto, é fundamental atentar às características particulares da amostra que constituiu este estudo. Assim, o estudo foi constituído por pacientes em fase de reabilitação, com determinadas condições crónicas, nomeadamente, acidente vascular cerebral (AVC), doenças oncológicas, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), esclerose múltipla, traumatismo cranioencefálico (TCE), diagnóstico primário de lesão medular, entre outros. Logo, percebe-se que, apesar do EAM se constituir como uma doença crónica, esta patologia não foi considerada na amostra do estudo. No entanto, este foi o único artigo encontrado, na revisão bibliográfica efectuada, que contemplou a relação entre a variável reabilitação e o bem-estar espiritual.

Na Tabela 10 encontram-se os resultados referentes à **sétima hipótese** – Existem diferenças ao nível do bem-estar espiritual em função da crença numa religião.

Tabela 10

Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Religião

Escala	Sim (n=30)		Não (n=2)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Domínio pessoal	20,17	3,119	18,00	2,828	-0,954	1,168	0,466
Domínio comunitário	19,77	2,112	17,00	2,828	-1,770	1,076	0,392
Domínio ambiental	20,40	2,500	14,50	7,778	-1,069	1,014	0,477
Domínio transcendental	20,70	3,186	8,00	1,414	-5,533	1,784	0,000
Bem-estar espiritual global	81,03	7,898	57,50	9,192	-4,056	1,101	0,000

Como se pode verificar na Tabela 10, existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao domínio transcendental entre os sujeitos que possuem religião e os que não possuem. É, ainda, possível constatar que foram alcançadas diferenças estatisticamente significativas no índice de bem-estar espiritual global entre o primeiro grupo e o segundo,

pelo que se confirma a hipótese. Assim, o facto dos sujeitos possuírem uma determinada religião está associada ao seu bem-estar espiritual.

Os resultados observados coadunam-se com a apreciação de diversos autores que associam à crença numa determinada religião um índice superior de bem-estar espiritual (Marques, 2003; Kim et al., 2000; Moreira-Almeida et al., 2006; Peterman et al., 2002). De acordo com Parx (2005, citado por Oliveira, 2007), esta associação pode ser justificada pelo facto da crença numa religião poder contribuir não apenas para o bem-estar subjectivo mas também nas lutas e crises da vida, como é o caso das doenças crónicas, e em particular o EAM, com todas as implicações físicas, psicológicas e sociais que lhes são inerentes.

Quanto à **oitava hipótese** colocada – Existem diferenças ao nível do bem-estar espiritual em função da prática de uma religião –, e conforme é explícito na Tabela 1, apenas são considerados 30 participantes da amostra total, isto porque representam a totalidade daqueles que responderam afirmativamente à questão da crença numa religião. Assim, na Tabela 11, são expostos os resultados do teste *t de Student* para amostras individuais.

Tabela 11

Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Prática Religiosa

Escala	Praticante (n= 20)		Não praticante (n= 10)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Domínio pessoal	20,50	2,140	19,50	4,577	0,823	28	0,417
Domínio comunitário	19,85	1,899	19,60	2,591	0,301	28	0,766
Domínio ambiental	20,95	2,417	19,30	2,406	1,765	28	0,088
Domínio transcendental	21,55	2,704	19,00	3,528	2,199	28	0,036
Bem-estar espiritual global	82,85	6,815	77,40	8,996	1,855	28	0,074

Como se pode verificar na Tabela 11, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que respeita ao domínio transcendental, isto é, existem diferenças entre o grupo de sujeitos que pratica uma religião e o grupo de sujeitos que não pratica uma religião, não sendo, todavia, possível confirmar esta hipótese. Assim, o facto dos sujeitos praticarem uma religião parece ser um factor que contribui para níveis mais elevados de bem-estar espiritual, no que se refere ao domínio transcendental. Nos restantes domínios e índice de bem-estar espiritual global não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Assim, os resultados obtidos parecem contradizer os estudos de Büssing et al. (2005a), Marques (2003), Kim et al. (2000), Moreira-Almeida et al. (2006) e Peterman et al. (2002), nos quais a prática de uma religião se encontrava relacionada com o bem-estar espiritual. Mas, apesar de não se terem observado resultados estatisticamente significativos, é importante atentar às médias, verificando-se que estas se encontram ligeiramente mais elevadas em todos os domínios e índice de bem-estar espiritual global no grupo praticante. No entanto, a análise destes resultados deve ser efectuada com parcimónia, devido à diferença dos efectivos dos dois grupos.

Por fim, e tendo em consideração a **nona hipótese** colocada – Existe uma relação significativa entre o bem-estar espiritual e a frequência com que os sujeitos praticam a religião que professam – e a dispersão das respostas à questão em causa (cf., Tabela 1), a amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com a frequência com que praticavam a religião que professavam. Assim, o primeiro grupo engloba os sujeitos que, no último ano, se haviam envolvido 1 a 50 vezes em actividades religiosas e o segundo grupo diz respeito aos sujeitos que se haviam envolvido 51 ou mais vezes. É fundamental referir que existe ainda uma outra opção de resposta, a de zero vezes ($N=2$), no entanto, essa foi excluída na verificação desta hipótese, uma vez que a frequência é nula. Na tabela seguinte são, então, expostos os resultados do teste *t de Student* para amostras individuais.

Tabela 12

Diferenças de Bem-estar Espiritual em Função da Frequência da Prática Religiosa

Escala	Entre 1 a 50 vezes ($n=15$)		51 ou mais vezes ($n=15$)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Domínio pessoal	19,13	3,720	20,67	2,257	-1,365	23,079	0,183
Domínio comunitário	19,33	2,410	20,20	1,740	-1,129	25,478	0,269
Domínio ambiental	19,60	2,613	21,33	2,024	-2,031	26,350	0,052
Domínio transcendental	18,40	4,171	22,47	1,846	-3,453	19,284	0,003
Bem-estar espiritual global	76,47	8,983	84,67	5,665	-2,990	23,615	0,006

Observando a Tabela 12, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao domínio transcendental e ao bem-estar espiritual global. Assim, os sujeitos com EAM que praticavam com mais frequência a religião que professavam apresentavam níveis mais elevados de bem-estar espiritual global e no domínio

transcendental, sendo que, nos restantes domínios, as diferenças não foram estatisticamente significativas. É, porém, de sublinhar que a diferença quase atingia a significância estatística no que se refere ao domínio ambiental.

Assim, os resultados alcançados corroboram os resultados obtidos nos estudos de Kim et al. (2000) e Moreira-Almeida et al. (2006), ou seja, que a prática ou o envolvimento em actividades religiosas pode contribuir para a promoção do bem-estar espiritual da pessoa. Contudo, é fundamental realçar o facto de que, segundo Moreira-Almeida et al. (2006), a pessoa perante uma situação de crise recorre, com maior facilidade, a um conjunto de estratégias intrínsecas de envolvimento religioso (p.e., rezar, meditar) como forma de auxílio para enfrentar a situação, pelo que é necessária alguma precaução na interpretação da possível influência desta variável.

Conclusão

Os resultados alcançados nesta investigação evidenciam uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o bem-estar espiritual e diversas estratégias de *coping*, nomeadamente, o *coping* activo, o planejar, a religião, a reinterpretção positiva e a auto-distracção. Demonstaram, ainda, diferenças estatisticamente significativas relativamente ao bem-estar espiritual entre as pessoas que possuem e as que não possuem uma crença e entre as que praticaram a religião que professavam menos de 50 vezes e as que a praticaram mais de 51 vezes, no último ano. Nas restantes variáveis do presente estudo (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, duração do processo de reabilitação cardíaca e prática de uma religião), não foram encontradas relações estatisticamente significativas.

Estes resultados validam e sublinham a potencialidade inerente à espiritualidade/bem-estar espiritual enquanto variável a considerar no âmbito da investigação, bem como no domínio da intervenção no contexto dos cuidados de saúde. Isto porque a espiritualidade/bem-estar espiritual parecer ter um impacto directo e positivo, não só nos doentes, como também sobre os profissionais do próprio serviço de saúde, beneficiando, assim, em última instância, a sociedade em geral (cf., p.e., Figueiras, 2007; Lourenço, 2004). De facto, as últimas décadas deram lugar a significativos progressos no que respeita à elucidação do papel da espiritualidade na QDV de doentes e familiares/cuidadores. Contudo, são ainda múltiplos e complexos os desafios a ultrapassar para o estabelecimento definitivo da espiritualidade enquanto área científica pertinente e de suma importância para o bem-estar biopsicossocial ou biopsicossocioespiritual do ser humano.

Como argumenta Meyerstein (2005), a doença revela-se uma experiência universal que afecta tanto o doente, como a família, o cuidador e o profissional da saúde, constituindo-se, portanto, como um desafio, tanto a nível físico, como a nível emocional, social e espiritual. Não obstante tudo isto, de acordo com Narayanasamy et al. (2004), apesar da espiritualidade, enquanto essência do ser e guia para a vida com significado, se revelar especialmente significativa e clinicamente relevante no contexto do sofrimento, da limitação e da morte, a sua posição na prática clínica permanece ambígua ou é simplesmente descartada (Crossley & Salter, 2005; Post et al., 2000). Aliás, apesar da existência de um número considerável de publicações que abarcam a espiritualidade e de nestes estudos se alertar para a importância desta dimensão psicológica positiva, a verdade é que nem sempre os profissionais a avaliam

e/ou incluem na intervenção planeada (Barros-Oliveira, 2007; Hathaway, Scott, & Graver, 2004, citado por Meneses, 2006; Pestana et al., 2007).

Esta rejeição ou o versar ambíguo na temática sobre as questões de natureza espiritual resulta, em parte, da natureza imprecisa e complexa deste construto, sendo, a sua definição muitas vezes evasiva ou incerta. Tal pode ser constatado pela quantidade, diversidade e amplitude que as definições expostas alcançam, o que se reflecte no actual âmago de consenso relativamente à sua definição, bem como, em certa medida, na ausência ou ineficácia de uma implementação abrangente versada na temática espiritual, a tratar nas mais diversas áreas de educação de saúde, tanto em contexto nacional (p.e., Lourenço, 2004) como na nomenclatura internacional (p.e., McEwen, 2004; Speck, 2005). Esta lacuna, no que respeita ao debate e interesse pelo contexto espiritual na persecução do adestramento clínico, impossibilita a integração de noções e rudimentos básicos à prática clínica e a verdadeira apreciação da natureza multidimensional da espiritualidade, assim como das vantagens inerentes à sua manipulação (p.e., melhor QDV).

O estudo apresentado, limitado pelas condições em que foi desenvolvido, suporta este movimento orientado para o cuidado espiritual, tendo como pano de fundo a avaliação do bem-estar espiritual, e constitui, tão-somente, uma singela contribuição num domínio ainda por descobrir. Assim, os resultados obtidos devem ser interpretados como preliminares e não como conclusivos, representando apenas algumas linhas de orientação que poderão ser alvo de futuras investigações no domínio da reabilitação cardíaca pós-EAM.

Algumas limitações metodológicas foram identificadas neste estudo e devem, por esse motivo, ser apontadas e consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, torna-se necessário reflectir acerca do tamanho da amostra, bem como da sua selecção. O número reduzido de sujeitos ($N=32$) deste estudo, sobretudo a diferença de efectivos ao nível do sexo, não permite afirmar seguramente a relação entre algumas das variáveis estudadas. No entanto, é importante referir que, tendo em consideração os critérios de selecção da amostra, os participantes deste estudo representam o grupo de sujeitos que se encontravam em processo de reabilitação cardíaca pós-EAM no Hospital de São Sebastião, no período de recolha de dados. Acresce a esta limitação o facto de se tratar de uma amostra de conveniência, o que

também coloca alguns problemas de auto-selecção, representando este um obstáculo ao nível da generalização dos resultados (validade externa).

É fundamental mencionar uma outra limitação relativamente à amostra, que é o facto de alguns dos participantes já terem participado em sessões do grupo psicoeducativo de reabilitação cardíaca, que decorrem no Hospital de S. Sebastião. Logo, coloca-se a questão se estas sessões terão influenciado os resultados alcançados, no sentido de uma melhoria dos níveis de bem-estar espiritual, uma vez que o objectivo primordial destas era capacitar os participantes para lidar de um modo mais adaptativo com as exigências colocadas pelo processo de reabilitação pós-EAM, através de recursos pessoais que lhes permitiriam controlar/diminuir a sua vulnerabilidade à doença cardíaca.

Outra questão tem a ver com o facto da amostra ter sido seleccionada apenas no Hospital de S. Sebastião (Santa Maria da Feira), devendo-se ter em consideração as características sociais e culturais desta região e, desta forma, precaução na generalização dos resultados obtidos a outras regiões do país.

Apesar de se terem considerado adequadas as medidas utilizadas neste estudo, durante a administração do protocolo, e talvez por se tratar de questões breves sobre o *coping* e o bem-estar espiritual, foi possível observar-se uma certa desejabilidade social. Por exemplo, no *Brief COPE*, nos itens “Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação”, “Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)”, “Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva”, “Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer”, “Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer” e “Tento aprender a viver com a situação”; e no SWBQ nos itens “Afecto pelas outras pessoas”, “Admiração e respeito pela Criação ou origem do Cosmos”, “Generosidade em relação aos outros”, “Uma ligação com a natureza”, “Um sentimento de paz com Deus”, “Alegria na vida”, “Respeito pelas outras pessoas” e “Bondade para com os outros”. Uma tentativa de justificação desta observação, pode ser o facto dos participantes terem percepcionado estes questionários como respostas ao que eles desejavam alcançar e não uma visão de si próprios, especialmente na condição em que se encontravam. Desta forma, seria pertinente um controlo da desejabilidade social, assim como a associação de uma metodologia

mais qualitativa, com o objectivo de explorar mais aprofundadamente o significado das referidas questões.

A produção do conhecimento científico assume-se como um contínuo e eterno caminho a percorrer, tal significa que as conclusões retiradas da presente investigação são válidas para o grupo estudado e para a situação e características visadas. Atendendo às limitações anteriormente referidas, à importância de estudos de investigação-acção e à escassez de investigações que visem o bem-estar espiritual no EAM, considera-se pertinente a replicação do presente estudo. Advertindo para as dificuldades de reunir uma amostra com as mesmas características mas, no entanto, mais representativa (recorde-se que o presente estudo desenvolveu-se no Hospital de S. Sebastião), propõe-se que o estudo seja replicado em diferentes instituições de saúde.

O aprofundamento deste estudo poderia passar pela ampliação do efectivo da amostra, tal permitiria a comparação entre diferentes grupos étnicos, raciais e até mesmo religiosos, versando também nos múltiplos contextos sociais, culturais, demográficos e clínicos.

Outra sugestão que parece importante é a realização de um estudo longitudinal, o qual permitiria acompanhar o desenvolvimento da espiritualidade/bem-estar espiritual e a sua associação com diferentes variáveis (p.e., sexo, idade, tempo de reabilitação, *coping*, QDV, entre outras) ao longo dos anos, podendo facultar dados pertinentes para a implementação eficaz e concreta do cuidado holístico.

No domínio da Psicologia, uma pequena contribuição foi dada para a compreensão dos correlatos de bem-estar espiritual na reabilitação cardíaca pós-EAM. Como foi referido anteriormente, não se conheciam estudos focando este construto na população em questão. Assim, espera-se que este trabalho incentive os investigadores a desenvolverem projectos de investigação-acção que não só funcionem como alicerces à construção de uma Psicologia válida e aceite pela comunidade científica, como também contribuam para o bem-estar do doente. A informação fundamental e única, bem como as implicações clínicas e terapêuticas, aparentemente inerentes ao cuidado espiritual, reforçam a necessidade premente de um investimento sólido e sério nesta área de investigação, com o intuito de comprovar empiricamente a contribuição e facultar a compreensão do fenómeno, não só no contexto da

saúde, mas também noutros domínios humanos, conduzindo, por fim, à identificação, desenvolvimento e refinamento de instrumentos de avaliação e de planos de intervenção, aplicáveis e eficientes.

Por último, é importante referir que a experiência de estágio académico na área da reabilitação cardíaca, bem como a base empírica deste estudo, permitiram alertar para a necessidade de conjugação de esforços multidisciplinares na reabilitação cardíaca pós-EAM. Desta forma, espera-se que este estudo represente um contributo para alertar todos os profissionais que trabalham neste campo, no sentido de apelar à necessidade de conjugar saberes com o objectivo de dar respostas mais alargadas e de carácter multidisciplinar às pessoas que sofreram um EAM.

Referências bibliográficas

- Aires-Gonçalves, S., & Coelho, R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: Abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1/2 (7), 65-75.
- Ai, A., Peterson, C., Bolling, S., & Koenig, H. (2002). Private prayer and optimism of middle-age and older patients awaiting cardiac surgery. *The Gerontologist*, 1 (42), 70-81. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª edição). Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, V., & Oliveira, B. A. (2000). Uma intervenção de grupo de apoio com diabéticos em cuidados de saúde primários. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 679-689). Lisboa: ISPA.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 1 (63), 81-88. Acedido a 27 de Novembro de 2007, no site <http://www.aafp.org/afp/20010101/81.pdf>
- Aquino, V. V., & Zago, M. M. F. (2007). The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1 (15), 42-47. Acedido a 6 de Dezembro de 2008, na base de dados Scielo.
- Araújo, S., & McIntyre, T. (1997). Avaliação e intervenção psicológica nas doenças cardiovasculares. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. V, pp. 429-440). Braga: APPORT.

- Armstrong, T. D., & Crowther, M. R. (2002). Spirituality among older African Americans. *Journal of Adult Development, 1* (9), 3-12. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. *The American Journal of Medicine, 4* (110), 283-287. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Ballester, A. C., Llorens, R. Z., Navarro, P. G., Campos, J. C. M., & Buunk, A. P. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1* (7), 59-70. Acedido a 8 de Novembro de 2008, na base de dados Redalyc.
- Baker, D. C. (2003). Studies of the inner life: The impact of spirituality on quality of life. *Quality of Life Research, 1* (12), 51-57. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Baptista, F., Rosas, M., & Silva, J. A. (2000). Modificação do estilo de vida e redução do risco cardiovascular em hipertensos ligeiros: Um programa multidimensional de intervenção de grupos. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 739-756). Lisboa: ISPA.
- Barrón, R. G., Castilla, I. M., Casullo, M. M., & Verdú, J. B. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescents. *Psicothema, 2* (14), 363-368.
- Barros, J. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra: Almedina.
- Bekelman, D., Dy, S. M., Becker, D. M., Wittstein, I. S., Hendricks, D. E., Yamashita, T. E., et al. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine, 4* (22), 470-477. Acedido a 19 de Fevereiro de 2008, na base de dados PsycARTICLES.

- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde* (C. Nordeste, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000)
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde* (J. Nogueira, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1997)
- Bienenfeld, D., & Yager, J. (2007). Issues of spirituality and religion in psychotherapy supervision. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 3 (44), 178-186. Acedido a 27 de Novembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Borges, P. A. E. (2005). Religião, religiosidade e espiritualidade na perspectiva do budismo. *Cons-Ciências: Actas do Fórum Internacional Ciência, Religião e Consciência*, 2, 381-389.
- Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S., (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 3 (10), 343-362.
- Bormann, J. E., Gifford, A. L., Shively, M., Smith, T. L., Redwine, L., Kelly, A., *et al.* (2006). Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: A randomized controlled trial [Resumo]. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (29), 359-376. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Boyatzis, C. J. (2005). Religious and spiritual development in childhood. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 123-143). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 5 (8), 417-428. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.

- Bremer, B. A., Simone, A. L., Walsh, S., Simmons, Z., & Felgoise, S. H. (2004). Factors supporting quality of life over time for individuals with amyotrophic lateral sclerosis: The role of positive self-perception and religiosity. *Annals of Behavioral Medicine*, 2 (28), 119-125. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Bueno, A. M. (1996). Rehabilitación post-infarto de miocardio: Propuesta de un modelo de intervención psicológica. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 203-213.
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2005a). Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (3), 1-10. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados BioMed Central.
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, T. (2005b). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 3 (44), 321-340. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Buttery, T. J., & Robertson, P. S. (2005). Spirituality: The physiological-biological foundation. *New Directions For Teaching And Learning*, 104, 37-42. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: Perspectivas e desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 4 (27), 706-717. Acedido a 11 de Abril de 2008, na base de dados Scielo.
- Cardoso, R. M. A. (1984). *Enfarte do miocárdio: Factores de risco da pessoa em situação*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Castro, E., & Bornhord, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 3 (24), 48-57. Acedido a 11 de Abril de 2008, na base de dados Scielo.

- Chiu, L., Emblem, J., Hofwegen, L., Sawatzy, R., & Meyerhoff, H. (2004). An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *Western Journal of Nursing Research, 4* (24), 405-428. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Coelho, M., & Gomes, M. C. (2000). A expressão da hostilidade e factores comportamentais associados à doença coronária. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 779-794). Lisboa: ISPA.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1* (1), 79-87.
- Connely, R., & Light, K. (2003). Exploring the “new” frontier of spirituality in health care: Identifying the dangers [Resumo]. *Journal of Religion and Health, 1* (42), 35-46. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Costa, E., & Leal, I. (2004). Estratégias de coping e saúde mental em estudantes universitários de Viseu. In J. Ribeiro, & I. Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 757-162). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Côrte, L. (2000). Grupos com cardiopatas em reabilitação. In J. M. Filho (Org.), *Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos* (pp. 269-284). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Cooper-Effa, M., Blount, W., Kaslow, N., Rothenberg, R., & Eckman, J. (2001). Role of spirituality in patients with sickle cell disease. *Journal of the American Board of Family Practice, 2* (14), 116-122. Acedido a 27 de Novembro de 2007, no site <http://www.jabfm.org/cgi/reprint/14/2/116>
- Cotton, S., Levine, E., Fitzpatrick, C., Dold, K., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 5* (8), 429-438. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

- Cotton, S., Puchalski, C. M., Sherman, S. N., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Feinberg, J., *et al.* (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 5 (21), S5-S13. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Crossley, J. P., & Salter, D. P. (2005). A question of finding harmony: A grounded theory study of clinical psychologist's experience of addressing spiritual beliefs in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 3 (78), 295-313. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Curlin, F. A., Roach, C. J., Gorawa-Bhat, R., Lantos, J. D., & Chin, M. H. (2005). How are religion and spirituality related to health? A study of physician's perspectives. *Southern Medical Journal*, 8 (98), 761-766. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Daaleman, T. P. (1999). Belief and subjective well-being in outpatients [Resumo]. *Journal of Religion and Health*, 3 (38), 219-288. Acedido a 14 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004). The spiritual index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine*, 5 (2), 499-503. Acedido a 22 de Fevereiro de 2008, na base de dados PubMed.
- Daaleman, T. P., Perera, S., & Studenski, S. A. (2004). Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. *Annals of Family Medicine*, 1 (2), 49-53. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Damásio, A. R. (1995). *O Erro de Descartes - Emoção, razão e cérebro* (4ª edição). Mem-Martins: Publicações Europa América.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43. Acedido a 12 de Dezembro de 2008, na base de dados PsycARTICLES.

- Direcção Geral de Saúde (2003). *Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*. Despacho n.º 16415/2003 (II Série). Diário da República, n.º 193 de 22 de Agosto.
- Doster, J. A., Harvey, M. B., Riley, C. A., Goven, A. J., & Moorefield, R. (2002). Spirituality and cardiovascular risk. *Journal of Religion and Health, 1* (41), 69-79. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Edmondson, K. A., Lawler, K. A., Jobe, R. L., Younger, J. W., Piferi, R. L., & Jones, W. H. (2005). Spirituality predicts health and cardiovascular responses to stress in young adult women. *Journal of Religion and Health, 2* (44), 161-171. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- El-Guebaly, N. (2004). Spirituality and psychosomatics: The challenges from Mount Sinai. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 1* (6), 9-11.
- Elias, A. C. A. (2003). Re-significação da dor simbólica da morte: Relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia, Ciência e Profissão, 3* (21), 92-97. Acedido a 27 de Dezembro de 2007, na base de dados Scielo.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well being: Conceptualization and measurement [Resumo]. *Journal of Psychology and Theology, 4* (11), 330- 340. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Emmons, R. A., & Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology, 2* (54), 377-402. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Exline, J. J., & Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 315-330). Nova Iorque: The Guilford Press.

- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (3), 381-389. Acedido a 19 de Fevereiro de 2008, na base de dados Scielo.
- Faull, K., & Kalliath, T. J. (2000). *Spirituality as a determinant of health for those with disabilities*. Acedido a 19 de Fevereiro de 2008, no site http://www.mang.canterbury.ac.nz/people/nilakant/spirit/Spirituality_and_Health.pdf
- Fernandes, A. C., & McIntyre, M. T. (2006). Intervenção psicológica multimodal em pacientes na reabilitação pós-enfarte do miocárdio em Portugal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 19 (2), 74-83. Acedido a 27 de Dezembro de 2007, na base de dados Redalyc.
- Fernández-Abascal, E. G., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 4 (15), 615-630.
- Ferreira, T. J. R., Ribeiro, J. L., Meira, M. D., & Guerreiro, S. (2003). Estudo de adaptação da escala “Coping with Health Injuries and Problems” em pessoas com Doença das Artérias Coronárias. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2 (6), 24-36. Acedido a 15 de Agosto de 2008, no site <http://paisribeiro.googlepages.com/CWHI.pdf>
- Figueiras, M. J. (2007). O enfarte agudo do miocárdio: O papel das percepções individuais do casal na recuperação. In M. G. Pereira (Coord.), *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos Teóricos e Investigação* (pp. 117-134). Lisboa: Climepsi Editores.
- Finkelstein, F. O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S. H., & Wuerth, D. (2007). Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 2432-2434. Acedido a 18 de Abril de 2008, no site <http://ndt.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/9/2432>

- Flapan, A. D., (1994). Management of patients after their first myocardial infarction. *British Medical Journal*, 309, 1129-1134. Acedido a 17 de Outubro de 2008, na base de dados PubMed.
- Flather, M. D., Shibata, M. C., Coats, A. J. S., Veldhuisen, D. J. V., Parkhomenko, A., Borbola, J., *et al.* (2005). FASTTRACK Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). *European Heart Journal*, 26, 215-225.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência e Saúde Colectiva*, 1 (5), 33-38. Acedido a 11 de Abril de 2008, na base de dados Scielo.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 4 (37), 446-455. Acedido a 11 de Abril de 2008, na base de dados Scielo.
- Gall, T., Charbonneau, C., Clarke, N. H., Grant, K. Joseph, A., & Shouldice, L. (2005). Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. *Canadien Psychology/Psychologie Canadienne*, 2 (46), 88-104. Acedido a 14 de Fevereiro de 2008, na base de dados PsycARTICLES.
- Gameiro, M. H. (1999). *O Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Geadá, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 14 (2-3), 191-201.
- Gearhart, J. G. (2000). Diabetes mellitus, tipo 2. In B. D. Weiss (Ed.), *20 problemas frequentes em cuidados primários* (pp. 79-120). Amadora: McGraw-Hill.

- Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: Perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP, 1* (13), I-XXIII. Acedido a 27 de Dezembro de 2007, na base de dados Scielo.
- Gibbs, C. R., Lip, G. Y. H., & Beevers, D. G. (2000). Salt and cardiovascular disease: Clinical and epidemiological evidence [Resumo]. *Journal of Cardiovascular Risk, 1* (1), 9-13. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Giovagnoli, A., Meneses, R., & Silva, A. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 1* (9), 133-139. Acedido a 8 de Janeiro de 2007, na base de dados ScienceDirect.
- Gomes, M. C., & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2* (1), 35-45.
- Gomes, R. S., & Nunes, J. M. (1992). Enfoque psicocardiológico das transplantações cardíacas. *Psicologia, VIII* (2), 219-227.
- Gonçalves, C. M., & Coimbra, J. L. (2002-2003). Espiritualidade e desenvolvimento vocacional: Ambiguidades e ensaio de clarificação. *Cadernos de Consulta Psicológica, 17/18*, 277-284.
- Gonçalves, M., Matos, V., Oliveira, J., & Pereira, H. (2003). *Angioplastia coronária: Passaporte para a vida*. Coimbra: Grupo de Estudos de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Gordon, J. S., & Edwards, D. M. (2005). Mindbodyspirit medicine. *Seminars in Oncology Nursing, 3* (21), 154-158. Acedido a 4 de Novembro de 2008, no site http://www.cmbm.org/mind_body_medicine_PRESS/Press/2005/MindBodySpiritMedicine-SON.pdf

- Gouveia, A. C. (2000). *Prevenção cardiovascular*. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia.
- Gouveia, J. L. R. (2004). *Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio*. Acedido a 30 de Outubro de 2007, na base de dados RepositóriUM.
- Gouveia, M. J., & Ribeiro, J. L. P. (2008). *SWBQP – vs4*.
- Gouveia, M. J., Ribeiro, J. L. P., & Marques, M. (2008a). Adaptação portuguesa do questionário de bem estar espiritual: Resultados psicométricos preliminares. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Orgs.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 423-426). Lisboa: ISPA.
- Gouveia, M. J., Ribeiro, J. L. P., & Marques, M. (2008b). Adaptação portuguesa do questionário de bem estar espiritual: Resultados psicométricos preliminares. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1* (9), 72.
- Gouveia, M. J., Ribeiro, J. L. P., & Pinto, L. (2008). Bem estar espiritual e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1* (9), 93.
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., *et al.* (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *European Heart Journal, 28*, 2375-2414.
- Greenstreet, W. (2006). From spirituality to coping strategy: Making sense of chronic illness [Resumo]. *British Journal of Nursing, 17* (15). Acedido a 18 de Fevereiro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Hall, B. A. (1998). Patterns of spirituality in persons with advanced HIV disease. *Research in Nursing & Health, 2* (21), 143-153. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

- Hamilton, J. A., Philips, K. L., & Green, A. (2004). Integral medicine and health. *World Futures*, 4 (60), 295-302. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Hardin, S. R., Hussey, L., & Steele, L. (2003). Spirituality as integrality among chronic heart failure patients: A pilot study. *The Journal of Rogerian Nursing Science*, 1 (11), 43-53. Acedido a 14 de Dezembro de 2008, na base de dados BNET.
- Hebert, R. S., Jenckes, M. W., Ford, D. E., O'Connor, D. R., & Cooper, L. A. (2001). Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 1 (16), 685-692. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Hill, P., & Pargament, K. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58 (1), 64-74. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados PsycARTICLES.
- Hoffman, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 239-254.
- Holford, P. (2006). *Vencer as doenças cardíacas* (I. Torres, Trad.). Lisboa: Lua de Papel. (Obra original publicada em 1998)
- Hollins, S. (2005). Spirituality and religion: Exploring the relationship. *Nursing Management*, 12 (6), 22-26. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. M. (1985). Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness [Resumo]. *Journal of Religion and Health*, 2 (24), 147-153. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997). Religion among disabled and nondisabled elderly persons: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being [Resumo]. *Journal of Gerontology*, 6 (52), S294-S305. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Ironson, G., Stuetzle, R., & Fletcher, M. A. (2006). An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 5 (21), 62-68. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Joyce-Moniz, L., & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em psicologia da saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.
- Kaye, J., & Raghavan, S. K. (2002). Spirituality in disability and illness. *Journal of Religion and Health*, 3 (41), 231-242. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Keefe, F., & Blumenthal, J. (2004). Health psychology: What will the future bring? *Health Psychology*, 2 (23), 156-157. Acedido a 27 de Dezembro de 2007, na base de dados PsycARTICLES.
- Kelly, J. (2004). Spirituality as a coping mechanism. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 4 (23), 162-168. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Kenchaiah, S., Narula, J., & Vasan, R. S. (2004). Risk factors for heart failure. *Medical Clinics of North America*, 5 (88), 1145-1172.
- Kennedy, J., E., Abbott, R. A., & Rosenberg, B. S. (2002). Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients [Resumo]. *Alternative therapies in health and medicine*, 4 (8), 64-73. Acedido a 27 de Novembro de 2008, na base de dados PubMed.

- Kim, J., Heinemann, A. W., Bode, R. K., Silva, J., & King, R. B. (2000). Spirituality, quality of life, and functional recovery after medical rehabilitation. *Rehabilitation Psychology, 4* (45), 365-385. Acedido a 19 de Fevereiro de 2008, na base de dados PsycARTICLES.
- King, D. E. (2006). Spirituality, health, and medical care of adults. *Southern Medical Association*. Acedido a 18 de Fevereiro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Klitzman, R. L., & Daya, S. (2005). Challenges and changes in spirituality among doctors who become patients. *Social Science & Medicine, 2* (61), 2396-2406. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Knuth, E. T. (1993). "Male spirituality": A feminist evaluation. Acedido a 3 de Dezembro de 2008, no site <http://www.users.csbsju.edu/~eknuth/xpaxx/malespir.html>
- Koenig, H. (2002). Religion, congestive heart failure and chronic pulmonary disease [Resumo]. *Journal of Religion and Health, 3* (41), 263-278. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal, 12* (97), 1194-1200. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Koenig, H., Cohen, H., Blazer, D., Pieper, C., Meador, K., Shelp, F., *et al.* (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men [Resumo]. *American Journal of Psychiatry, 12* (149), 1693-1700. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Koenig, H., George, L., & Peterson. B. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry, 4* (155), 536-542. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.

- Koenig, H. G., George, L. K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 4 (52), 554-562. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Koenig, H., George, L., Cohen, H., Hays, J., Blazer, D., & Larson, D. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults [Resumo]. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2 (28), 189-213. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Koenig, H., Hays, J., George, L., Blazer, D., Larson, D., & Landerman, L. (1997). Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms [Resumo]. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2 (5), 131-143. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Koenig, H., Hays, J., Larson, D., George, L., Cohen, H., McCullough, *et al.* (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults [Resumo]. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 7 (54), M370-M376. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Koenig, H., Pargament, K., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults [Resumo]. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 9 (186), 513-521. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Krupski, T., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G. A., Maliski, S., & Litwin, M. S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 2 (15), 121-131. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism*

Treatment Quarterly, 1-2 (24), 33-73. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.

Lawler, K. A., & Younger, J. W. (2002). Theobiology: An analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of Religion and Health*, 4 (41), 347-362. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

Lazarus, R. (1985). The costs and benefits of denial. In A. Monat, & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (2ª edição, pp. 154-173). Nova Iorque: Columbia University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circulatory. In M. H. Appley, & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 63-80). Nova Iorque: Plenum Press.

Lea, G. (1982). Religion, mental health, and clinical issues. *Journal of Religion and Health*, 4 (21), 336-351. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

Legato, M., Padus, E., & Slaughter, E. (1997). Women's perceptions of their general health, with special reference to their risk of coronary artery disease: Results of national telephone survey. *Journal of Women's Health*, 2 (6), 189-198. Acedido a 6 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.

Leifer, R. (1996). Psychological and spiritual factors in chronic illness. *The American Behavioral Scientist*, 6 (39), 752-767. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

Leite, M. (2005). Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças diabéticas. In M. P. Guerra, & L. Lima (Coords.), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp. 155-174). Lisboa: Climepsi Editores.

- Lemos, I. (2002). Aspectos psicossociais na prevenção secundária de doentes coronários. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 349-355). Lisboa: ISPA.
- Levenson, M. R., Aldwin, C. M., & D'Mello, M. (2005). Religious development from adolescence to middle adulthood. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 144-161). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Lewis, M. (2001). Spirituality: Counseling and elderly: An introduction to the spiritual life review. *Journal of Adult Development*, 4 (8), 231-240. Acedido a 6 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Loeb, S. J., Penrod, J., Falkenstern, S., Gueldner, S. H., & Poon, L. W. (2003). Supporting older adults living with multiple chronic conditions [Resumo]. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (1), 8-23. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Lorenz, K. A., Hays, R. D., Shapiru, M. F., Cleary, P. D., Asch, S. M., & Wenger, N. S. (2005). Religiousness and spirituality among HIV-infected Americans. *Journal of Palliative Medicine*, 4 (8), 774-781. Acedido a 6 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Lourenço, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico: Realidade e importância*. Coimbra: Quarteto.
- MacLean, C. D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Bynum, D., Franco, M., *et al.* (2003). Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *Journal of General Internal Medicine*, 1 (18), 38-43. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Makros, J., & McCabe, M. (2003). The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment, and quality of life among people with multiple sclerosis.

Journal of Religion and Health, 2 (42), 143-159. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

Manning-Walsh, J. K. (2005). Psychospiritual well-being and symptom distress in women with breast cancer [Resumo]. *Oncology Nursing Forum*, 3 (32), 543-550. Acedido a 6 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Marques, L. M. (1996). Qualidade de vida, uma aproximação conceitual. *Revista Psico*, 2 (27), 49-62. Acedido a 21 de Novembro de 2007, na base de dados PEPSIC.

Marques, L. F. (2000). *A Saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Acedido a 21 de Novembro de 2007, no site http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1014

Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23 (2), 56-65. Acedido a 29 de Novembro de 2008, na base de dados Scielo.

Martinet, Y., & Bohadana, A. (2003). Princípios gerais da desabituação tabágica. In Y. Martinet, & A. Bohadana (Eds.), *O tabagismo: Da prevenção à abstinência* (pp. 229-238). Lisboa: Climepsi Editores.

Martins, J. P. C. (1995). Experiência religiosa e saúde mental. In T. M. McIntyre, & C. Vila-Chã (Eds.), *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares* (pp. 113-124). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Martins, J. P. C. (2000). *Comportamento de terapeutas e clientes face ao sobrenatural*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho.

- Matos, A. P. S. (2002). Estudo de alguns factores psicológicos na doença coronária. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (7), 231-247.
- McCauley, J., Jenckess, M. W., Tarpley, M. J., Koenig, H. G., Yanek, L. R., & Becker, D. M. (2005). Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. *Journal of Religion and Health*, 2 (44), 137-146. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- McCord, G., Gilchrist, V. J., Grossman, S. D., King, B. D., McCormick, K. F., Oprandi, A. M., *et al.* (2004). Discussing spirituality with patients: A rational and etical approach. *Annals of Family Medicine*, 4 (2), 356-361. Acedido a 22 de Fevereiro de 2008, no site <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/2/4/356>
- McEwan, W. (2004). Spirituality in nursing. What are the issues?. *Orthopaedic Nursing*, 5 (25), 321-326. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- McFadden, S. H. (2005). Points of connection: Gerontology and the psychology of religion. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 162-176). Nova Iorque: The Guilford Press.
- McIntyre, T. (Ed.). (1994). *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Portugal: APPORT.
- McIntyre, T. M., & Silva, J. F. (1994). Hipertensão arterial: A psicologia da saúde e modelos complementares de intervenção. In T. M. McIntyre (Org.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 109-137). Braga: APPORT.
- McIntyre, T., Fernandes, A. C., & Soares, V. A. (2000). Intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio: Um esforço interdisciplinar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 53-60.

- McIntyre, T., Fernandes, A. C., & Soares, V. A. (2002). Programa de intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio: Um esforço interdisciplinar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (7), 399-414.
- Meneses, R. F. (2006). Espiritualidade na óptica da psicologia da saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 203-230). Coimbra: Quarteto.
- Mennin, D. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29. Acedido a 22 de Novembro de 2007, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Meyerstein, I. (2005). Sustaining our spirits: Spiritual study/discussion groups for coping with medical illness. *Journal of Religion and Health*, 2 (44), 207-225. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Michalsen, A., Knoblauch, N., Lehmann, N., Grossman, P., Kerkhoff, G., Wilhelm, F., *et al.* (2005). Psychological and quality-of-life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: Results of a randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74 (6), 344-352.
- Michello, J. A. (1988). Spiritual and emotional determinants of health [Resumo]. *Journal of Religion and Health*, 1 (27), 62-70. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Miller, L., & Kelley, B. S. (2005). Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 460-478). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Ming-Shium, T. (2006). Illness: An opportunity for spiritual growth [Resumo]. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10 (12). Acedido a 18 de Fevereiro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

- Moberg, D. O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development, 1* (9), 47-59. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Moos, R. H. (1982). Coping with acute health crises. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 129-151). Nova Iorque: Plenum Press.
- Moss, D. (2002). The circle of the soul: The role of spirituality in health care. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 4* (27), 283-297. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Moraes, R. S. (2005). Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 5* (84), 431-440. Acedido a 27 de Dezembro de 2007, na base de dados Scielo.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28* (3), 242-250. Acedido a 6 de Novembro de 2008, na base de dados Scielo.
- Musick, M. A., Traphagan, J. W., Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development, 2* (7), 73-85. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology, 5* (8), 439-450. Acedido a 6 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *British Journal of Nursing, 22* (11), 1461-1470. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

- Narayanasamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing, 1* (48), 6-16. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Negreiros, T. C. G. (2003). Espiritualidade: Desejo de eternidade ou sinal de maturidade?. *Revista Mal-estar e Subjectividade, 2* (III), 275-291. Acedido a 12 de Abril de 2008, na base de dados Redalyc.
- Neto, F., Ferreira, A. V., & Pinto, M. C. (2006). Perdão aos outros, perdão de deus e religiosidade em adolescentes. *Psicologia, Educação e Cultura, 2* (X), 387-405.
- Nicassio, P., & Meyerowitz, B. (2004). The future of health psychology interventions. *Health Psychology, 2* (23), 132-137. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados PsycARTICLES.
- Norekvål, T. M., Wahl, A. K., Fridlund, B., Nordrehaug, J. E., Wentzel-Larsen, T., & Hanestad, B. R. (2007). Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort. *Health and Quality of Life Outcomes, 5* (58), 1-11. Acedido a 4 de Janeiro de 2008, na base de dados BioMed Central.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- O'Hanlon, B. (2006). *Pathways to spirituality: Connection, wholeness, and possibility for therapist and client*. Nova Iorque: W. W. Norton & Company.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª edição revista e ampliada; C. Patrocínio & F. Andersen, Trans.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000)

- Oliveira, J. B. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *Psychologica*, 42, 133-145.
- Oliveira, J. H. B. (2007). Espiritualidade e religião: Tópicos de psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (XI), 265-287.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 437-453.
- Oliveira, M. F., Sharovsky, L. L., & Ismael, S. M. (2001). Aspectos emocionais no paciente coronário. In M. F. Oliveira, & S. M. Ismael (Eds.), *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia* (pp. 185-198). Campinas: Papirus.
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2005). Do religion and spirituality influence health?. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 435-459). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Paiva, G. J. (1998). AIDS, psicologia e religião: O estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1 (14), 27-34.
- Paloutzian, R. F. (1996). *Invitation to the psychology of religion* (2ª edição). Londres: Allyn & Bacon.
- Pan, S.-L., Lien, I.-N., Yen, M.-F., Lee, T.-K., & Chen, T. H.-H. (2008). Dynamic aspect of functional recovery after stroke using a multistate model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 6 (89), 1054-1060.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): Elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 3 (10), 507-516. Acedido a 10 de Março de 2008, na base de dados Scielo.

- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 1* (34), 126-135. Acedido a 12 de Abril de 2008, na base de dados Scielo.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica, 1* (34), 105-115. Acedido a 16 de Agosto de 2008, na base de dados Scielo.
- Pargament, K. I., Ano, G. G., & Wachholtz, A. B. (2005). The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 479-495). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment, 1* (74), 63-87. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Pereira, A. (2004). *Guia prático de utilização do SPSS: A análise de dados para ciências sociais e psicologia* (5ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. L., Lessa, P. S., & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista Psiquiatria Clínica, 1* (34). Acedido a 16 de Agosto de 2008, na base de dados Scielo.
- Pérez, J. H., & Unanua, A. P. (2003). *Hipertensão arterial*. Rio de Mouro: Editorial Everest.
- Pesce, R., Assis, S., Santos, N., & Oliveira, R. (2004), Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Revista Teoria e Pesquisa, 2* (20), 135-143. Acedido em 12 de Abril de 2008, na base de dado Scielo.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª edição revista e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, J. P., Estevens, D., & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Revista Cons-Ciências*, 3, 125-158.
- Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy spiritual well-being scale (FACIT-Sp) [Resumo]. *Annals of Behavioural Medicine*, 1 (24), 49-58. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Havens, H., & Tormoehlen, K. (2008). Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 5 (30), 606-619. Acedido a 5 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. P. (2008). Espiritualidade e cancro. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (9), 3-199.
- Pipe, T. B., Kelly, A., LeBrun, G., Schmidt, D., Atherton, P., & Robinson, C. (2008). A prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. *MEDSURG Nursing*, 4 (17), 247-257. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Post, S. G., Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (2000). Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 7 (132), 578-583. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 4 (14), 352-357. Acedido a 22 de Fevereiro de 2008, no site http://www.baylorhealth.edu/proceedings/14_4/14_4_puchalski.pdf

- Puchalski, C. M. (2005). The spiritual dimension: The healing force for body and mind. *Consciências: Actas do Fórum Internacional Ciência, Religião e Consciência*, 2, 173-195.
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing [Resumo]. *Research in Nursing & Health*, 5 (15), 349-357. Acedido a 1 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Reeder, S. G., & Gersh, J. B. (1994). Acute myocardial infarction. In H. J. Stein (Ed.), *Internal medicine* (4ª edição, pp. 169-189). Missouri: Mosby.
- Rego, A., Souto, S., & Cunha, M. P. (2007). Espiritualidade nas organizações, positividade e desempenho. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 1 (13), 7-36. Acedido a 15 de Agosto de 2008, na base de dados Scielo.
- Remor, E. (1999). Psicologia da saúde: Apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, 1 (30), 205-217. Acedido a 21 de Novembro de 2007, na base de dados PEPSIC.
- Reyes-Ortiz, C. A. (2006). Spirituality, disability and chronic illness. *Southern Medical Association*. Acedido a 18 de Fevereiro de 2007, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In T. M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 55-72). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. (2006). Variáveis positivas e qualidade de vida ou percepção de saúde. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Resumos do 6º congresso nacional de psicologia da saúde: Saúde, bem-estar e qualidade de vida* (p. 283). Lisboa: ISPA.

- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Ribeiro, J. P., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502.
- Rippentrop, A. E. (2005). A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. *Rehabilitation Psychology*, 3 (50), 278-284. Acedido a 14 de Fevereiro de 2007, na base de dados PsycARTICLES.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 3 (116), 311-321.
- Rivera-Ledesma, A., & Lena, M. M.-L. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 1 (23), 125-136. Acedido a 27 de Novembro de 2008, na base de dados Redalyc.
- Roquebrune, J.-P. (1984). *Prevenir e combater o enfarte* (A. Puga, Trad.). Lisboa: Editorial Verbo. (Obra original publicada em 1983)
- Rosmaninho, A., Júlio, I., Assunção, J., & Morais, M. (2007). *Enfarte do miocárdio*. Acedido a 27 de Dezembro de 2007, no site <http://km-stressnet.blogspot.com/2007/06/enfarte-do-miocrdio.html>
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8 (3), 107-112. Acedido a 19 de Fevereiro de 2008, no site http://www.amebrasil.org.br/html/espirt_evidencias.pdf

- Saldanha, V. (1999). *A psicoterapia transpessoal* (2ª edição). Rio de Janeiro: Rosa dos tempos.
- Santiago, J. A. P. (2007). Estudio exploratório sobre el tema de la espiritualidad en el ambiente laboral. *Anales de Psicología*, 1 (23), 137-146. Acedido a 27 de Novembro de 2008, na base de dados Redalyc.
- Santos, F. R. (2004). Problemas psicossociais no doente cardíaco. O papel da reabilitação cardíaca. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (6), 37-42.
- Santos, C. S., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2006). Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar (EAMC-F). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (VII), 29-55.
- Schulz, E. K. (2005). The meaning of spirituality for individuals with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 21 (27), 1283-1295. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Seifert, L. S. (2002). Toward a psychology of religion, spirituality, meaning – search and aging: Past research and a practical application. *Journal of Adult Development*, 1 (9), 61-70. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Seligman, M. E., P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14. Acedido a 20 de Dezembro de 2007, na base de dados PsycARTICLES.
- Serra, A. V. (2002). Stress e doenças cárdio-vasculares. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 21 (10), 1173-1187.

- Sheehan, M. N. (2005). Spirituality and the care of people with life-threatening illness [Resumo]. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 3 (9), 109-113. Acedido a 12 de Novembro de 2008, na base de dados ScienceDirect.
- Silva, I. (2006a). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, I. (2006b). Psicologia da saúde: Uma perspectiva positiva. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Resumos do 6º congresso nacional de psicologia da saúde: Saúde, bem-estar e qualidade de vida* (p. 278). Lisboa: ISPA.
- Silva, J. M. C. (2000). *Colesterol, lípidos e doença cardiovascular*. Lisboa: Lidel.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. M., Matos, A. P., et al. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (IV), 243-279.
- Sinnott, J. D. (2001). Introduction: Special issue on spirituality and adult development, Part I. *Journal of Adult Development*, 4 (8), 199-200. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2007). *Carta europeia para a saúde do coração*. Acedido a 27 de Dezembro de 2007, no site http://www.spc.pt/NR/rdonlyres/000004fd/ndbqurudfqbgghmdlpkatrlefuqhpcmsr/cartaeuropeiaparaasaúdedocoração_PT.pdf
- Sousa, E. (1986). O estudo do acidente cardiovascular por enfarte: Factores semânticos e deseabilidade social. *Psicologia*, 1 (V), 87-95.
- Speck, B. W. (2005). What is spirituality?. *New Directions for Teaching and Learning*, 104, 3-13. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.

- Stamler, J., Neaton, J. D., & Wentworth, D. N. (1989). Blood pressure (systolic and diastolic) and risk of fatal coronary heart disease [Resumo]. *Hypertension*, 5 (13), 2-12. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Steffen, P., Hinderliter, A., Blumenthal, J., & Sherwood, A. (2001). Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 4 (63), 523-530. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Straub, R. (2005). Introdução à psicologia da saúde. In R. O. Straub (Org.), *Psicologia da saúde* (pp. 21-51; R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2002)
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1999). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Stuckey, J. C. (2001). Blessed assurance. The role of religion and spirituality in alzheimer's disease caregiving and other significant life events [Resumo]. *Journal of Aging Studies*, 1 (15), 68-84. Acedido a 12 de Novembro de 2008, na base de dados ScienceDirect.
- Szaflarski, M., Ritchey, P. N., Leonard, A. C., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Ellison, C., G., et al. (2006). Modeling the effects of spirituality/religion on patient's perceptions of living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 5 (21), 28-38. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, da base de dados PubMed.
- Talbot, L. R., Viscogliosi, C., Desrosiers, J., Vincent, C., Rousseau, J., & Robichaud, L. (2004). Identification of rehabilitation needs after a stroke: An exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (53), 1-9. Acedido a 4 de Janeiro de 2008, na base de dados BioMed Central.
- Tap, P., Costa, E. S., & Alves, M. N. (2005). Escala toulousiana de coping (ETC): Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (1), 47-56.

- Thomson, J. E. (2000). The place of spiritual well-being in hospice patient's overall quality of life [Resumo]. *The Hospice Journal*, 2 (15), 13-27. Acedido a 2 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Titoto, L., Sansão, M. S., Marino, L. H. C., & Lamari, N. M. (2005). Reabilitação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: Atualização da literatura nacional. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12 (4), 216-219. Acedido a 4 de Novembro de 2008, na base de dados LILACS.
- Trigo, M., Rocha, E. C., & Coelho, R. (2000). Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), 149-199.
- Tuck, I., & Thinganjana, W. (2007). An exploration of the meaning of spirituality voiced by persons living with HIV disease and healthy adults. *Issues in Mental Health Nursing*, 2 (28), 151-166. Acedido a 6 de Março de 2008, na base de dados PubMed.
- Tuck, I., McCain, N. L., & Elswick, R. K. (2001). Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of Advanced Nursing*, 6 (33), 776-783. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª edição revista e ampliada; J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2003)
- Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data [Resumo]. *Annals of Behavior Medicine*, 1 (24), 22-33. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 479-488.

- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública, 4* (37), 440-445. Acedido a 20 de Dezembro de 2007, na base de dados Scielo.
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M. J., & Borasio, G. D. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine, 2* (19), 99-104. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Weaver, A. J., & Flannelly, K. J. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal, 12* (97), 1210-1214. Acedido a 30 de Novembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Wink, P., & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development, 1* (9), 79-94. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados Biblioteca do Conhecimento Online.
- Yi, M. S., Mrus, J. M., Mueller, C. V., Luckhaupt, S. E., Peterman, A. H., Puchalski, C. M., *et al.* (2007). Self-rated health of primary care house officers and its relationship to psychological and spiritual well-being. *BMC Medical Education, 9* (7), 1-7. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados BioMed Central.
- Yi, M. S., Mrus, J. M., Wade, T. J., Ho, M. L., Hornung, R. W., Cotton, S., *et al.* (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine, 5* (21), 21-27. Acedido a 1 de Dezembro de 2008, na base de dados PubMed.
- Young, J. B. (2004). The global epidemiology of heart failure. *Medical Clinics of North America, 5* (88), 1135-1143.
- Yunes, M. A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, 8*, 75-84. Acedido a 20 de Dezembro de 2007, na base de dados Scielo.

Zarzosa, C. P., Ligorit, A. R., Porrero, E. G., Pérez, A. B., & Stachurska, A. (2008).
Prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, *1*
(61), 97-108.

Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F.
Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality*
(pp. 21-42). Nova Iorque: The Guilford Press.