



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE  
HOSPITALIZADA**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, na especialidade de enfermagem avançada

**Maria Zita Pires Castelo Branco**

**Instituto de Ciências da Saúde  
Porto, 2015**





# **UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

## **BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, na Especialidade  
de Enfermagem Avançada

Por: **Maria Zita Pires Castelo Branco**

Sob orientação da **Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira**

**Instituto de Ciências da Saúde**  
**Porto, 2015**



"O sofrimento não mata o homem ....

Quem mata o homem é a falta de sentido no sofrimento".

in "O homem à procura de sentido", de Victor Frankl



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Vieira, pela orientação, incentivo indispensável à concretização deste estudo, pelas oportunidades de reflexão e ensinamentos.

Aos participantes deste estudo, que generosamente se prontificaram a dar os seus depoimentos e nos motivaram a levar este trabalho até ao fim.

Aos profissionais de saúde do Centro Hospital de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Hospital de São João, EPE e Casa de Saúde da Boavista, pelas condições que viabilizaram a recolha de dados.

À Direção da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pelo apoio concedido para que este trabalho fosse concretizado.

Às professoras, Conceição Rainho e Maria João Monteiro, pela amizade e sugestões indispensáveis à concretização desta caminhada.

Aos colegas e amigos da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pelo apoio desde o início do trabalho.

Aos colegas de doutoramento, pelo exemplo e camaradagem.

À Professora Regina Sousa, Dr<sup>a</sup> Teresa Brito, Dr<sup>a</sup> Lília Castelo Branco e Enfermeira Leila Lapa, pela colaboração na recolha de dados.

Aos Professores Pedro Ferreira e Elísio Costa, pela orientação no tratamento de dados.

Às funcionárias da Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pelo apoio na pesquisa bibliográfica.

À Teresa Carvalho, pela ajuda e sugestões na formatação do texto.

Aos nossos familiares, pelo acompanhamento e ajuda nos momentos difíceis.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todos, o nosso profundo agradecimento.



## RESUMO

O bem-estar espiritual é um foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância nos processos de transição de saúde /doença aguda e crônica e durante a hospitalização.

Com base no modelo de bem-estar espiritual na doença de Elizabeth O'Brien desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, de abordagem transversal, que permitiu avaliar o nível de bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada e analisar a associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e de percepção do estado de saúde sobre o bem-estar espiritual.

Participaram no estudo 705 pessoas hospitalizadas com doença aguda e crônica. A recolha de dados foi realizada em três instituições de saúde da zona norte de Portugal. Como instrumentos de recolha de dados, foram utilizados um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, escala de confusão de Neecham, a Spiritual Assessment Scale e o Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2).

Os resultados obtidos evidenciaram um nível de bem-estar espiritual e fé pessoal com sentido positivo moderado alto, e a paz espiritual e a prática religiosa revelaram valores moderados.

As variáveis sexo, idade, escolaridade e professar uma religião, demonstraram estar associadas a diferenças significativas na percepção de bem-estar espiritual, com resultados superiores para o sexo feminino, para os mais idosos, com um nível de escolaridade baixo e professar uma religião. É de realçar que os níveis globais de bem-estar espiritual aumentaram com a idade dos participantes. A maioria referiu que professava uma religião, sendo a mais apontada a religião católica apostólica romana. Professar uma religião demonstrou estar associada a um nível superior de bem-estar espiritual, fé pessoal e prática religiosa, com exceção para a subescala paz espiritual.

Os resultados obtidos da percepção do estado de saúde indicaram que as variáveis sexo, idade, escolaridade, situação laboral, coabitação, residência e proveniência, estiveram associadas a diferenças significativas, com resultados superiores para o sexo masculino, para os mais jovens, com nível de escolaridade superior, ativos profissionalmente e de proveniência urbana. Não foi possível relacionar o estado civil com a percepção do estado de saúde, contudo, os participantes que viviam integrados numa família nuclear evidenciaram percepção do estado de saúde superior.

A componente mental do SF-36v2 (vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental) apresentou valores de média de ordem superiores em comparação com a componente física.

Pela análise bivariada, verificou-se uma associação significativa positiva entre fé pessoal e saúde geral e uma associação significativa com sentido negativo entre a prática religiosa, a vitalidade e o desenvolvimento emocional. A paz espiritual manifestou um padrão superior de associações com as

dimensões de SF36v2 e o bem-estar espiritual apresentou uma associação significativa positiva com a saúde geral.

Com a regressão linear múltipla, obteve-se um modelo que explica 21,20% da variação média da variável bem-estar espiritual. O conjunto de variáveis que integrou o modelo está relacionado com aspetos sociodemográficos (sexo, idade e professar uma religião), clínicos (presença de sintomatologia) e do estado de saúde (saúde geral do SF-36v2). As variáveis que apresentaram maior valor preditivo em sentido decrescente, foram: professar uma religião, saúde geral, sexo, idade e presença de sintomatologia.

Relacionados com as alterações da integridade espiritual, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: dor espiritual; alienação espiritual; ansiedade espiritual; culpa espiritual; raiva espiritual; perda espiritual e desespero espiritual.

Consideramos que a realização deste trabalho permitiu refletir sobre diversos aspetos relacionados com o bem-estar espiritual e os seus atributos: fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual e a necessidade de compreender as necessidades espirituais durante a hospitalização, bem como os fatores que interferem com a capacidade funcional e o estado de saúde.

Palavras-chave: espiritualidade, bem-estar espiritual, percepção do estado de saúde.

## ABSTRACT

Spiritual well-being is a focus of attention and a need in nursing, with particular relevance in the processes of transition from health to chronic and acute disease and during hospitalization.

Based on the conceptual model of spiritual well-being in illness of Elizabeth O'Brien, a quantitative, descriptive, correlational study, transversal approach was developed, allowing us to assess the level of spiritual well-being of the sick person hospitalized and analyze associations between socio-demographic and clinical variables.

A sample of 705 hospitalized patients with acute and chronic illness. Data collection was conducted in three health institutions in the north of Portugal. To collect the data, were used a socio-demographic and clinical questionnaire, the Confusion of Neecham Scale, the Spiritual Assessment Scale and the Health Status Questionnaire (SF-36v2).

The results evidenced a level of spiritual well-being and personal faith with moderately high positive direction. The spiritual peace and religious practice suggested moderate values.

The variables: gender, age, education and professing a religion, demonstrated to be associated with significant differences in the perception of spiritual well-being, with superior results for women, elderly, with a low level of education and professing a religion. It is noteworthy that the overall levels of spiritual well-being increased with the age. The majority of patients professed a religion, more common at Roman Catholic religion. Professing a religion was demonstrated to be associated with a higher level of spiritual well-being, personal faith and religious practice, except for the subscale spiritual peace.

The results of the perception of health status indicated that the variables gender, age, education, employment situation, cohabitation, residence and origin were associated with significant differences, with superior results for men, younger, with level higher education, active professionally and urban origin. No significant relation was found between marital status and perception of health status, however, patients who lived in an integrated perception of the nuclear family indicated higher state of health.

The mental component of the SF-36v2 (vitality, social function, role emotional and mental health) evidenced mean values of higher order in comparison with the physical component.

In the bivariate analysis, there was a significant positive association between personal faith and general health and a significant association with negative sense of religious practice, vitality and emotional development. Spiritual peace manifested a higher standard of associations with the dimensions of SF-36v2 and spiritual well-being showed a significant positive association with general health.

In multiple linear regressions was obtained a model that explains 21.20% of the mean variation of the spiritual well-being variable. The set of variables that integrated the model is associated with socio-demographic aspects (gender, age and professing a religion), clinical (presence of symptoms) and health (general health of the SF-36v2). The variables with the greatest predictive power in descending order were: to profess a religion, general health, gender, age and symptomatology.

Related changes of spiritual integrity, the following nursing diagnoses were identified: spiritual pain; spiritual alienation; spiritual anxiety; spiritual guilt; spiritual anger; spiritual loss and spiritual despair.

We believe that this work allowed reflecting on various aspects related to the spiritual well - being and its attributes: personal faith, religious practice and spiritual peace and the need to understand the spiritual needs during hospitalization, as well as factors that interfere with functional capacity and health status.

Keywords: spirituality, spiritual well-being, perceived health status.



1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes .....	121
1.2. Caracterização clínica dos participantes.....	125
2. BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA.....	127
2.1. Relação entre o bem-estar espiritual e as variáveis sociodemográficas .....	131
2.2. Relação entre o bem-estar espiritual e as variáveis clínicas .....	138
3. PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA .....	141
3.1. Relação entre as dimensões do SF-36v2 e as variáveis sociodemográficas.....	142
3.2. Relação entre as dimensões do SF-36v2 e as variáveis clínicas .....	149
4. RELAÇÃO ENTRE O BEM-ESTAR ESPIRITUAL, AS SUBESCALAS DA SAS E A PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE .....	154
5. VARIÁVEIS QUE MELHOR PREDIZEM O BEM-ESTAR ESPIRITUAL.....	157
6. REFERÊNCIAS .....	160

#### **PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

1. BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA.....	163
2. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS QUE INFLUENCIAM O BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA.....	168
3. PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA .....	173
4. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS QUE INFLUENCIAM A PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA.....	174
5. RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E O BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA .....	177
6. VALOR PREDITIVO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DIMENSÕES DO ESTADO DE SAÚDE SOBRE O BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA .....	177
7. REFERENCIAS .....	180

#### **PARTE V – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

1. IMPLICAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO .....	187
2. REFERÊNCIAS .....	193
CONCLUSÃO.....	195

<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	203
<b>ANEXOS</b> .....	217
<b>Anexo I</b> - Operacionalização das variáveis do estudo .....	219
<b>Anexo II</b> - Escala de Confusão de NeeCham e consentimento do autor .....	229
<b>Anexo III</b> - Consentimento das comissões de ética das instituições de saúde para a recolha de dados .....	235
<b>Anexo IV</b> - Questionário de recolha de dados e consentimento dos autores .....	241
<b>Anexo V</b> - Informação para o participante e termo de consentimento informado.....	253



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Modelo conceptual do bem-estar espiritual na doença .....	15
<b>Figura 2.</b> Modelo conceptual da relação entre as variáveis do estudo .....	91
<b>Figura 3.</b> Componentes do SF-36v2 .....	107
<b>Figura 4.</b> Diagnósticos de enfermagem com base no modelo bem-estar espiritual na doença de O'Brien .....	129
<b>Figura 5.</b> Padrão de associação entre as dimensões do bem-estar espiritual e as dimensões do SF-36v2.....	156
<b>Figura 6.</b> Variáveis com maior valor preditivo do bem-estar espiritual.....	159



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Questões de investigação .....	89
<b>Tabela 2.</b> Critérios de inclusão dos participantes.....	96
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos participantes pelos serviços na instituição de saúde 1 .....	97
<b>Tabela 4.</b> Distribuição dos participantes pelos serviços na instituição de saúde 2 .....	97
<b>Tabela 5.</b> Distribuição dos participantes pelos serviços na instituição de saúde 3 .....	97
<b>Tabela 6.</b> Distribuição dos participantes da amostra final, por instituição .....	98
<b>Tabela 7.</b> Distribuição das respostas aos itens da SAS .....	100
<b>Tabela 8.</b> Medidas de dispersão e tendência central dos itens que compõem a SAS.....	101
<b>Tabela 9.</b> Correlação entre os itens e <i>alpha</i> de Cronbach dos itens com o valor global da SAS excluindo o próprio item.....	102
<b>Tabela 10.</b> Correlação entre os itens e <i>alpha</i> de Cronbach dos itens com o valor global excluindo o próprio item .....	102
<b>Tabela 11.</b> Teste de KMO e Bartlett´s test .....	103
<b>Tabela 12.</b> Matriz fatorial dos itens da escala SAS.....	104
<b>Tabela 13.</b> SAS - Correlação entre os fatores e a nota global .....	104
<b>Tabela 14.</b> SAS - Valores do coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach .....	105
<b>Tabela 15.</b> Análise da fidelidade dos resultados da SAS na amostra de participantes do estudo e nos estudos de validação desenvolvidos pelos autores .....	105
<b>Tabela 16.</b> Médias e desvios padrão dos itens e correlação entre os itens que constituem cada escala e o <i>alpha</i> de Cronbach dos itens com a nota global de cada escala excluindo o próprio item .....	109
<b>Tabela 17.</b> Correlação entre a nota total da escala saúde geral e as notas das sete escalas que compõem o SF-36v2 e o <i>alpha</i> de Cronbach.....	110
<b>Tabela 18.</b> Coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach das escalas do SF-36v2.....	110
<b>Tabela 19.</b> Coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach do SF-36v2 na amostra de participantes do estudo e nos estudos de validação desenvolvidos pelos autores .....	111
<b>Tabela 20.</b> Comparação dos resultados do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS em função do preenchimento do instrumento de recolha de dados .....	112
<b>Tabela 21.</b> Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	122
<b>Tabela 22.</b> Distribuição dos participantes por grupo profissional.....	123
<b>Tabela 23.</b> Distribuição dos participantes pela residência – Distrito .....	124
<b>Tabela 24.</b> Distribuição dos participantes que professam ou não uma religião em função do sexo e grupo etário .....	124
<b>Tabela 25.</b> Distribuição dos participantes em função do tipo de religião e sexo .....	125

<b>Tabela 26.</b> Distribuição dos participantes em função do motivo de hospitalização.....	125
<b>Tabela 27.</b> Distribuição dos participantes em função do tipo de doença, sintomatologia e comorbidade, por sexo .....	126
<b>Tabela 28.</b> Medidas de tendência central e de dispersão do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS.....	127
<b>Tabela 29.</b> Distribuição das respostas aos itens da subescala paz espiritual do SAS.....	128
<b>Tabela 30.</b> Distribuição das respostas aos itens da subescala prática religiosa do SAS.....	129
<b>Tabela 31.</b> Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função do sexo .....	131
<b>Tabela 32.</b> Correlação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da idade ....	132
<b>Tabela 33.</b> Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função do grupo etário.....	132
<b>Tabela 34.</b> Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da escolaridade .....	133
<b>Tabela 35.</b> Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da coabitação .....	134
<b>Tabela 36.</b> Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função de professar uma religião .....	134
<b>Tabela 37.</b> Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função das instituições de saúde 1, 2 e 3 .....	135
<b>Tabela 38.</b> Relação entre os participantes da instituição de saúde 1 e da instituição de saúde 2 em função do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS .....	135
<b>Tabela 39.</b> Relação entre os participantes da instituição de saúde 1 e da instituição de saúde 3 em função do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS .....	136
<b>Tabela 40.</b> Relação dos resultados entre os participantes da instituição de saúde 2 e instituição de saúde 3 em função do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS .....	136
<b>Tabela 41.</b> Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função do motivo de hospitalização .....	138
<b>Tabela 42.</b> Padrão de associação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da sintomatologia .....	139
<b>Tabela 43.</b> Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da sintomatologia.....	140
<b>Tabela 44.</b> Percepção do estado de saúde por dimensões do SF-36v2.....	141
<b>Tabela 45.</b> Percepção do estado de saúde em função do sexo.....	142
<b>Tabela 46.</b> Padrão de associação entre as dimensões do SF-36v2 e a idade em anos.....	143
<b>Tabela 47.</b> Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função do grupo etário .....	143

<b>Tabela 48.</b> Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função do estado civil: casado/união de facto e outra situação .....	144
<b>Tabela 49.</b> Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função do estado civil: casado <i>versus</i> viúvo e solteiro <i>versus</i> viúvo .....	144
<b>Tabela 50.</b> Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da escolaridade.....	145
<b>Tabela 51.</b> Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da situação laboral.....	145
<b>Tabela 52.</b> Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da coabitação .....	146
<b>Tabela 53.</b> Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da proveniência.....	147
<b>Tabela 54.</b> Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função de professar uma religião .....	148
<b>Tabela 55.</b> Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função do motivo de hospitalização .....	149
<b>Tabela 56.</b> Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função do tipo de doença .....	151
<b>Tabela 57.</b> Comparação dos resultados das dimensões do SF-36v2 em função da sintomatologia.....	152
<b>Tabela 58.</b> Padrão de associação entre as dimensões do SF-36v2 e a sintomatologia .....	152
<b>Tabela 59.</b> Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função da comorbilidade .....	153
<b>Tabela 60.</b> Padrão de associação entre as dimensões do SF-36v2 e a comorbilidade.....	153
<b>Tabela 61.</b> Padrão de associação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS.....	154
<b>Tabela 62.</b> Padrão de associação entre as dimensões do bem-estar espiritual e as dimensões do SF-36v2 .....	155
<b>Tabela 63.</b> Variáveis incluídas no modelo de regressão linear múltipla .....	158
<b>Tabela 64.</b> Resultado da regressão linear múltipla para o bem-estar espiritual .....	158
<b>Tabela 65.</b> Resultados da regressão linear múltipla do bem-estar espiritual: dos valores dos coeficientes .....	159



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- cont. - continuação
- CPP - Classificação Portuguesa das Profissões
- DGS - Direção-Geral da Saúde
- FACIT - *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*
- FACIT-Sp - *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being*
- HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
- ICN - International Council of Nurses
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*
- NANDA - North American Nursing Diagnosis Association
- nº - número
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- ONU - Organização das Nações Unidas
- p. - página
- SAS - *Spiritual Assessment Scale*
- SF-36v2 - Questionário de Estado de Saúde
- SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- SPSS - *Statistical Package for the Social Science*
- SWBS - *Spiritual Well-Being Scale*
- TLC - Teorema do Limite Central
- VIF - *Variance Inflation Factor*
- WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life Instrument



## **INTRODUÇÃO**

---



A integração da espiritualidade e do cuidado espiritual nos currículos e na prática de enfermagem, está associada com o próprio contexto do desenvolvimento da enfermagem como disciplina e profissão. Este facto, determinou não só a evolução do conceito de espiritualidade, mas também os cuidados de enfermagem dirigidos à dimensão espiritual.

Florence Nightingale, pioneira da enfermagem moderna, influenciada pelos valores do cristianismo, considerou como missão relevante, incluir o bem-estar espiritual na prática de cuidados à pessoa doente.<sup>(1-3)</sup> No entanto, com a evolução das ciências naturais e da corrente positivista, o conhecimento científico passou a centrar-se no que é mensurável e visível e, deste modo, a dimensão espiritual ficou relegada para um segundo plano no domínio do conhecimento científico e, conseqüentemente, na prática dos cuidados de enfermagem.

Entretanto, no final da década de 50, inicia-se o desenvolvimento das teorias de enfermagem, reforçando a visão holística do ser humano no que concerne ao cuidado. E, posteriormente, nas décadas de 80 e 90, as teóricas Martha Rogers, Margareth Newman, Rosemary Riso Parse e Jean Watson integram como conceito central das suas teorias a espiritualidade humana como dimensão essencial do cuidado e, em particular, do cuidar em enfermagem.

O conceito de espiritualidade integrava o construto de algumas teorias de enfermagem, mas o seu alcance e difusão era muito limitado, contudo, a partir da década de 90, a literatura científica começou a tribuir-lhe importância e a questionar a espiritualidade e a religiosidade nos cuidados de enfermagem.<sup>(4)</sup> Para esse fim, muito contribuiu a investigação realizada pelos enfermeiros e publicada nos Estados Unidos e Reino Unido na procura de uma visão mais fundamentada da dimensão espiritual, para a prática de enfermagem. E, mais recentemente, outros países têm contribuído para o debate, salientando o reconhecimento internacional da dimensão espiritual no bem-estar da pessoa doente.

Assim, a investigação tem centrado a sua atenção na análise teórica do conceito de espiritualidade,<sup>(5,6)</sup> na demonstração da existência de uma relação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e as componentes da saúde<sup>(6,7)</sup> e da doença<sup>(4-11)</sup>, na espiritualidade, religiosidade e saúde,<sup>(4,9,12)</sup> na identificação das necessidades espirituais e cuidados espirituais,<sup>(2,4,9,13-16)</sup> na relação entre o bem-estar espiritual e os fatores de conforto, tranquilidade e serenidade, que permitem uma melhor compreensão da situação de doença, sofrimento e do fim de vida<sup>(2,6,17-30)</sup> e da promoção da resiliência.<sup>(31)</sup> Também, na gestão da

saúde, os estudos têm demonstrado a influência da espiritualidade na melhoria dos indicadores de saúde física, psicológica e social.<sup>(18)</sup>

Em Portugal, a investigação sobre a espiritualidade e os processos de saúde e doença está a dar os primeiros passos, mas a realização de alguns estudos nos cursos de mestrado e doutoramento, têm contribuído com novos olhares e enquadramentos sobre a dimensão espiritual para a prática de enfermagem. O reconhecimento ou a redescoberta, por parte da literatura científica de enfermagem, da dimensão espiritual do ser humano e da sua relação com os processos de saúde são sinais evidentes da sua relevância e pertinência para a disciplina e profissão de enfermagem. No mesmo sentido, a publicação da investigação empírica sobre a dimensão espiritual no nosso país tem sido pouca, como verificado na revisão desenvolvida com o objetivo de identificar e analisar a produção científica publicada nas revistas portuguesas de enfermagem, bioética e saúde, desde 1990 até julho de 2010, em que dos 1217 números publicados foram identificados apenas 17 artigos. Constata-se que existiram dois períodos em que a publicação foi mais frequente, concretamente em 2006 e em 2008, concorrendo também, para este facto, o desenvolvimento da formação em enfermagem, especificamente a formação pós graduada em enfermagem (pós licenciaturas de especialização, pós graduações) e graduada (mestrados e doutoramentos).<sup>(32)</sup>

As orientações do *Code of Ethics for Nurses* do International Council of Nurses (ICN), são claras para a integração dos cuidados espirituais no plano assistencial de enfermagem, através da promoção de um ambiente em que os direitos humanos, os valores, as tradições e as crenças espirituais individuais, familiares e da comunidade sejam respeitados. Igualmente, o ICN dá ênfase ao desenvolvimento da investigação com o propósito da clarificação e explicitação das necessidades da pessoa, família e comunidade em cuidados de enfermagem, bem como os benefícios resultantes das respostas concretas, assentes nos processos de conceção de cuidados por parte dos enfermeiros.<sup>(33)</sup>

No que concerne à formação em enfermagem, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) construiu um documento orientador para a formação dos enfermeiros baseado na *Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe* da *European Association for Palliative Care*, recomendando a inclusão nos currícula de formação em enfermagem inicial e avançada, de conteúdos gerais e específicos relacionados com o sofrimento e a espiritualidade.<sup>(34)</sup>

A pertinência da atenção à dimensão espiritual torna-se evidente no plano assistencial de enfermagem às pessoas com doença aguda, crônica, ou que vivem transições da vida, perda, luto ou dor, sobretudo porque a consciência da dimensão espiritual é mais interiorizada e adquire maior centralidade nas preocupações reflexivas em torno da existência humana.

Tendo em conta este facto, recorreu-se à consulta dos resultados dos estudos desenvolvidos sobre a espiritualidade e os processos de saúde/doença desenvolvidos a nível nacional e internacional, que demonstraram que a pessoa doente hospitalizada apresenta um maior necessidade de apoio espiritual. No entanto, a integração do cuidado espiritual nos planos assistenciais de enfermagem tem-se revestido de alguma dificuldade e constrangimento devido à conceptualização subjetiva da espiritualidade e das interpretações de que tem sido alvo. Este dilema decorre, em parte, de diversos fatores relacionados com a atual exigência contextual da organização dos cuidados como, por exemplo, prioridades centradas na alta mobilidade de doentes, menos tempo de permanência na unidade de saúde. Também, a redução de profissionais de enfermagem, associada à falta de conhecimento formal, de habilidades, de tempo e energia, bem como a falta de clareza do conceito de espiritualidade e da sua relação com o conceito de religião, têm condicionado o equacionamento da espiritualidade na prática holística dos cuidados de enfermagem. Não menos importante é a dificuldade, em função da sua natureza privada e cultural, da expressão das necessidades espirituais por parte da pessoa doente.

Estas razões têm sido sucessivamente apontadas nos diferentes estudos, como obstáculos à assistência espiritual proporcionada pelos enfermeiros à pessoa em situação de doença. Não foi secundário a esta temática de investigação, a partilha das vivências dos familiares de doentes oncológicos em fase terminal durante a realização da dissertação de mestrado, e que contribuiu para alavancar uma compreensão mais aprofundada sobre uma das dimensões mais nobres do ser humano e muitas vezes esquecida nos cuidados de enfermagem, a dimensão espiritual. Tratou-se de uma experiência enriquecedora, inscrita no percurso pessoal e profissional, que propiciou o questionamento sobre a dimensão espiritual da pessoa, de forma a conhecer quais as necessidades espirituais, o seu nível de bem-estar espiritual e a relação existente entre o estado de saúde e o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada.

De acordo com a explicitação contextualizada, optou-se por desenvolver um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, de abordagem transversal, com os seguintes objetivos:

i) Descrever o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada; ii) Identificar os determinantes sociodemográficos e clínicos que influenciam a o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada; iii) Descrever a percepção do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada; iv) Identificar os determinantes sociodemográficos e clínicos que influenciam a percepção do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada; v) Analisar a relação entre a percepção do estado de saúde e o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada; vi) Analisar o valor preditivo das variáveis sociodemográficas, clínicas e dimensões do estado de saúde sobre o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada.

A resposta aos objetivos orientou a opção pelo modelo conceptual desenvolvido por Mary Elisabeth O'Brien, para compreender o bem-estar espiritual avaliado a partir da percepção da pessoa doente hospitalizada. Esta concepção está sustentada no modelo holístico, em que a pessoa tem a consciência da influência das dimensões fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual no bem-estar, participando ativamente na procura de sentido de vida na experiência de doença, nos relacionamentos com o próprio, com os outros, com Deus e o transcendente. As referências empíricas do conceito de bem-estar espiritual englobam a fé pessoal, a paz espiritual e a prática religiosa.<sup>(2)</sup>

A fé pessoal envolve a crença na existência, na confiança, na força, no poder e na providência de Deus, e a crença na paz espiritual. A fé pessoal de uma pessoa doente não se limita a acreditar ou não na existência de Deus, mas também na sua confiança, no poder, na sua bondade, na sensação de paz, coragem e força decorrentes das suas crenças. Assim, torna-se fundamental que a pessoa doente seja capaz de identificar e/ou aceitar a experiência de doença como uma vivência do domínio espiritual.

A paz espiritual engloba a satisfação com a fé, a sensação de proximidade, reconciliação e segurança no amor de Deus, a ausência de medo e a fidelidade.

A prática religiosa inclui o apoio da comunidade de fé, a afirmação na adoração, o apoio dos companheiros espirituais, o conforto na oração e a comunicação com Deus.

A compreensão das necessidades espirituais, assim como do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada, requer uma análise individual, dada a sua variabilidade temporal, espacial e intrínseca a cada pessoa. Neste contexto, a promoção do bem-estar espiritual numa lógica de concepção de cuidados de enfermagem, torna-se um imperativo ético, de forma a otimizar a saúde e dar resposta à doença, ao sofrimento, à perda e à fase de luto.

Neste sentido, o apoio espiritual comporta relevância para a pessoa doente em todos os estádios de doença e os esforços da equipa de saúde devem ser no sentido do atendimento das necessidades espirituais, de forma a contribuir para o seu bem-estar espiritual e melhoria da qualidade do atendimento e da satisfação com os cuidados, que se concretizam com o reconhecimento das necessidades espirituais e do bem-estar espiritual e com a sua inclusão no plano da assistência de enfermagem.

Este relatório está estruturado em cinco partes. Da primeira parte consta o enquadramento teórico, que fundamenta e alicerça o estudo, versando a explicitação do conceito de bem-estar espiritual e dos seus atributos: espiritualidade, fé e religiosidade e a evolução do conceito de espiritualidade como elemento central nos modelos e teorias de enfermagem, de forma a compreender a sua importância para a prática de enfermagem. A evidência científica completa o construto teórico sobre bem-estar espiritual, com base na revisão sistemática de estudos de investigação médica e de enfermagem, nacional e internacional, publicados no período de 2000 a 2013. Esta parte também contempla a abordagem do conceito de saúde, modelos de saúde, estado de saúde e avaliação do estado de saúde. Na segunda parte, da qual faz parte a investigação, apresentam-se as questões de investigação, os objetivos do estudo, a descrição dos métodos utilizados no desenvolvimento do estudo empírico, englobando o desenho do estudo, as variáveis em estudo, os participantes que constituíram a amostra, a identificação do instrumento de recolha de dados (caracterização sociodemográfica, clínica, *Spiritual Assessment Scale* [SAS] e o questionário de estado de saúde [SF-36v2]), bem como a adaptação psicométrica das escalas e os procedimentos utilizados no tratamento e análise dos resultados. Na terceira parte, procede-se à apresentação dos resultados obtidos. Na quarta parte, é apresentada a discussão dos resultados com recurso à análise crítico-reflexiva e à comparação com a evidência científica resultante de estudos publicados sobre a temática em análise. Na quinta parte, que integra as considerações finais, constam as implicações dos resultados obtidos, bem como o delineamento de propostas de investigação que se pretendem desenvolver futuramente, de forma a contribuir para o enriquecimento do conhecimento da disciplina de enfermagem e, conseqüentemente, integrar o domínio espiritual na prática, ensino e gestão dos cuidados de enfermagem. Finalmente, é apresentada a conclusão sobre o estudo desenvolvido.



# **PARTE I**

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



## **1. CONCEITOS E MODELOS DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL**

O termo bem-estar assenta no nível de perceção do ser humano e, apesar da sua importância para o seu crescimento e desenvolvimento, são evidentes as dificuldades para o definir com precisão, na medida em que a única pessoa que o pode avaliar é o próprio, dado o seu carácter subjetivo e pessoal. Este facto concorre com a evolução do conceito e o sentido que lhe é atribuído pelo ser humano nas diferentes fases do ciclo de vida.

Na generalidade, o conceito de bem-estar integra quatro dimensões fundamentais, material, moral, relacional e subjetiva, caracterizadas pela sua interrelação e influência mútua. A dimensão material indica a contribuição dos bens e serviços que o poder económico pode comprar para o bem-estar individual e coletivo. Relativamente à dimensão moral, pode ser expressa através das crenças religiosas, particularmente importantes nos processos humanos de transição de saúde/doença ou perda. A dimensão subjetiva, indica a importância da saúde e do bem-estar geral individual ou coletivo que reflete não só as preferências individuais, mas também os valores num sentido mais amplo. No que concerne à dimensão relacional, integra as capacidades, as atitudes perante a vida e os relacionamentos pessoais.<sup>(35)</sup>

O termo bem-estar é relativamente recente na literatura científica, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) integrou-o no desenvolvimento de diferentes documentos relacionados com a saúde geral, com ênfase para o conceito de saúde. Também, foi utilizado em diversos modelos de saúde, com destaque para o modelo salutogénico, baseado numa lógica centrada nos fatores positivos que apoiam a saúde humana e o seu bem-estar. A própria Constituição da República Portuguesa incluiu intencionalmente no artigo 9º a promoção do bem-estar como um direito do povo.<sup>(36)</sup>

Tendo em conta os objetivos deste estudo, optou-se pelo aprofundamento de uma das dimensões do bem-estar, o bem-estar espiritual. Assim, para identificar e clarificar os conceitos e atributos relacionados com o bem-estar espiritual, realizou-se uma revisão da literatura científica de enfermagem e de saúde.

Historicamente, o termo bem-estar espiritual emergiu num conferência realizada em 1975 na Casa Branca sobre o envelhecimento e a sociologia das religiões, definido como: “is the affirmation of life in a relationship with God, self, community, and environment that

nurtures and celebrates wholeness”<sup>a</sup>. Como se trata de um conceito muito amplo, não é considerado operacionalizável para ser utilizado na investigação. <sup>(37, p.48)</sup>

Outro dos conceitos de bem-estar espiritual compreende a “capacidade do ser humano para experimentar e integrar o significado e propósito de vida, através da relação com o próprio, com os outros, a arte, a música, a literatura e a natureza ou um poder superior”. A expressão de bem-estar espiritual neste conceito, compreende também as crenças de procura de saúde, empatia, autocuidado, autoconsciência e desejo de encontrar sentido de vida. <sup>(38, p.339)</sup>

Na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), no eixo dos focos de enfermagem, o bem-estar é caracterizado como “saúde com as características específicas: imagem mental, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para outras pessoas ou satisfação com a independência”. Esta forma de bem-estar subdivide-se em quatro tipos: bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual. Assim, o conceito de bem-estar espiritual apresentado pela CIPE tem como características específicas “imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida que impregna todo o ser e que integra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um”. <sup>(39, p.95)</sup>

No desenvolvimento da teoria de enfermagem de médio alcance Bem-estar Espiritual na Doença, foi utilizado o conceito de bem-estar espiritual desenvolvido por Moberg. Para este autor, o bem-estar espiritual está relacionado com a “interacção com os recursos interiores da pessoa, as preocupações em torno das quais todos os outros valores se interligam, a filosofia de vida que serve de guia de conduta e o significado central à vida humana, que influencia o comportamento individual e social”. <sup>(2, p.61)</sup>

Riley e colegas, através da análise dos resultados de um estudo em adultos com doença crónica, identificaram três tipos de bem-estar espiritual: bem-estar religioso, bem-estar existencial e bem-estar não espiritual. Estes tipos de bem-estar espiritual estavam associados com diferenças na qualidade de vida dos participantes, nos vários domínios. <sup>(40)</sup>

Dos conceitos apresentados depreende-se que o bem-estar espiritual é intrínseco ao ser humano e, como tal, é necessidade fundamental e estruturante, que transcende a natureza biológica e afirma o sentido da vida em harmonia com o próprio e com os outros e o poder superior, que pode ser Deus ou qualquer natureza, numa atitude de abertura e aceitação.

---

<sup>a</sup> “Bem-estar espiritual é a afirmação da vida na relação com Deus, consigo próprio, com a comunidade e com o ambiente, que alimenta e celebra a plenitude” [tradução nossa].

O bem-estar espiritual tem-se constituído como interesse investigativo de diferentes áreas disciplinares e foco de atenção dos profissionais da saúde. Neste sentido, o desenvolvimento de modelos conceituais pretendem contribuir com um melhor entendimento sobre o bem-estar espiritual. Como exemplo, destaca-se o modelo de bem-estar espiritual, com características multidimensionais, conceptualizado em quatro fatores estruturais: i) Fatores pessoais (relacionados com a interrelação consigo mesmo no que diz respeito ao significado, propósito e valores de vida); ii) Fatores comunitários (expressam a qualidade e a profundidade das relações interpessoais, incluindo a justiça, a esperança e a fé na humanidade); iii) Fatores ambientais (relacionados com o prazer nos cuidados, na educação, no domínio físico e biológico, que transmitem uma sensação de admiração e unidade com o meio ambiente); iv) Fatores transcendentais (formados na relação com o próprio, com algo Superior, ou seja, é ir mais além do nível humano, como uma força cósmica, uma realidade que envolve a fé, a adoração e o culto como fonte de mistério de Deus e do universo). Neste modelo, o termo bem-estar espiritual não significa necessariamente ter sempre o melhor bem-estar, este pode assumir distintas expressões, para pessoas diferentes em contextos e momentos diversos.<sup>(21)</sup>

No mesmo sentido, também o Minnesota Center for Spirituality and Healing, da Universidade de Minnesota, desenvolveu um modelo, *Well-Being Model*, constituído por seis dimensões que influenciam o bem-estar, ou seja, a saúde, os relacionamentos, a segurança, o propósito, a comunidade e o meio ambiente. Cada componente é definida tendo em conta algumas características: i) saúde (saúde física, emocional, mental e espiritual); ii) propósito (objetivo, direção, expressão de espiritualidade que dá significado à vida e ao trabalho); iii) relacionamentos (redes sociais e qualidade dos relacionamentos); iv) comunidade (recursos e infraestruturas para integrar e capacitar as pessoas); v) meio ambiente (acesso à natureza com ar puro e água livre de toxinas); vi) segurança (necessidades humanas básicas, emprego estável, recursos financeiros adequados e segurança pessoal).<sup>(41)</sup> Esta conceptualização de bem-estar espiritual integra três características principais: 1) o bem-estar numa perspetiva positiva; 2) o bem-estar centrado na pessoa (nas suas prioridades e expectativas); 3) o bem-estar numa visão holística (mente, corpo e espírito). Assim, o bem-estar corresponde a um estado de equilíbrio do corpo, mente e espírito. Segundo este modelo, as pessoas compreendem o estado de bem-estar quando se sentem saudáveis, em paz e harmonia, com energia, felizes, prósperas e seguras.

No domínio particular das ciências de enfermagem, foi desenvolvido um modelo conceptual de bem-estar espiritual na doença, por Mary Elisabeth O'Brien, em 1999, que serviu de base ao enquadramento teórico deste estudo e, como tal, será objeto de maior aprofundamento. Apesar da existência de outros modelos concetuais relacionados com o bem-estar espiritual, desenvolvidos por outras disciplinas do conhecimento, o modelo de bem-estar espiritual na doença tem vindo a dar suporte e fundamentação à prática dos cuidados de enfermagem.

Para o desenvolvimento da teoria de enfermagem de médio alcance, a autora, com base na prática e na investigação em enfermagem, desenvolveu o conceito de bem-estar espiritual na doença, constituído por duas dimensões, a espiritualidade ou relacionamento pessoal com Deus ou com o transcendente, e a religiosidade, refletindo uma prática individual nas crenças e na fé. Deste modo, a dimensão espiritual do bem-estar pode ou não envolver a participação numa tradição religiosa organizada. Assim, as referências empíricas do conceito de bem-estar espiritual englobam a fé pessoal, a paz espiritual e a prática religiosa.<sup>(2)</sup>

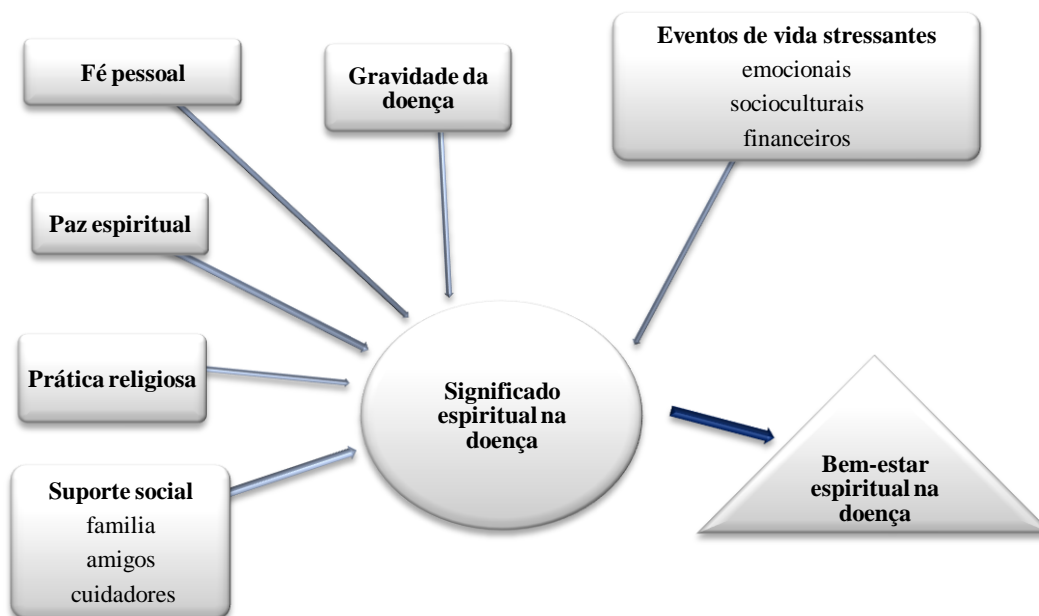
*A fé pessoal*, envolve a crença na existência de Deus, a crença na paz espiritual, a confiança no poder de Deus, a crença na força da fé e confiança na providência de Deus. A fé pessoal de uma pessoa doente não se deve só ao facto de acreditar ou não na existência de Deus, mas também à sua confiança no poder e na sua bondade, na sensação de paz, coragem e força decorrente das suas crenças. Assim, torna-se fundamental que a pessoa doente seja capaz de identificar e/ou aceitar a experiência de doença como uma vivência do domínio espiritual.

*A paz espiritual*, engloba a satisfação com a fé, a sensação de proximidade de Deus, a ausência de medo, a reconciliação, a segurança no amor de Deus e fidelidade.

*A prática religiosa*, inclui o apoio da comunidade de fé, afirmação na adoração, apoio dos companheiros espirituais, conforto na oração e comunicação com Deus.

O modelo conceptual reconhece que a pessoa doente tem a capacidade de encontrar na experiência de doença significado que resulta no bem-estar espiritual e enquadra um conjunto de variáveis potenciais, como por exemplo, a gravidade da doença, os eventos stressantes da vida (de carácter emocional, socioculturais e financeiros) e o suporte social (amigos, família e cuidadores), a fé pessoal, a paz espiritual e as práticas religiosas que, numa relação dialética,

podem interferir, condicionar e alterar a capacidade de uma pessoa doente encontrar significado espiritual na experiência de doença, que se resumiam na Figura 1.



**Figura 1.** Modelo conceitual do bem-estar espiritual na doença<sup>(2, p.90)</sup>

O modelo de bem-estar espiritual na doença foi validado em vários estudos desenvolvidos com diferentes populações de doentes: *Spiritual needs of the patient with an acute illness*; *Spiritual needs of the chronically ill person*; *Spiritual needs of the older adult*; *Spiritual Well-being and quality life at the end of life*; *Spiritual needs and bereavement e Spiritual needs in mass casualty disasters*.

Assim, com a orientação deste modelo conceitual de bem-estar espiritual na doença, os enfermeiros podem ter a oportunidade de intervir e integrar esses fatores na abordagem assistencial. Como exemplo, podem servir de elo de ligação para facilitar, otimizar e mediar a comunicação com a família e os amigos, sobretudo quando as relações se tornam difíceis devido à doença ou deficiência. Acrescenta-se, ainda, a pertinência das intervenções de enfermagem do domínio orientar, aconselhar, ensinar ou apoiar a pessoa doente quando confrontada com os fenómenos emocionais, socioculturais e até financeiros, que possam interferir na motivação da procura de bem-estar espiritual na experiência de doença.

Além da teoria de médio alcance, bem-estar espiritual na doença, O'Brien construiu um instrumento (SAS) que, pelos estudos realizados para o seu desenvolvimento e validação, constitui uma ferramenta útil para a prática de enfermagem, com a finalidade de avaliar as

necessidades espirituais e identificar diagnósticos relacionados com a alteração da integridade espiritual, bem como para a investigação em enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem são utilizados para identificar as necessidades percebidas pela pessoa doente, cujo cuidado é da competência do enfermeiro. Num estudo com 179 doentes com doença grave ou fatal, O'Brien<sup>(2)</sup> utilizou o conceito de diagnóstico de enfermagem<sup>b</sup> proposto pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para identificar sete diagnósticos de enfermagem relacionados com as alterações da integridade espiritual:

1. *Dor espiritual*, evidenciada por expressões de desconforto ou sofrimento e pelo desespero de não ter vivido segundo a vontade de Deus;
2. *Desprendimento espiritual*, manifestado por expressões de solidão ou de percepção de estar distanciado de Deus, de sentimentos de falta de paz e conforto e de ter sido esquecido por Deus, frequente verbalizado na expressão “*onde está Deus quando eu mais preciso dele?*”;
3. *Ansiedade espiritual*, evidenciada por expressões de medo, ira pela punição de Deus, falta de confiança na misericórdia de Deus e de não ser digno do seu perdão;
4. *Culpa espiritual*, resultado das vivências anteriores, evidenciada através da percepção de não ter cumprido as orientações de Deus e de o ter esquecido. A percepção de culpa é influenciada pelas atitudes espirituais e comportamentos religiosos de cada pessoa. Esta culpabilidade aumenta durante o período de doença física grave e psicológica;
5. *Raiva espiritual*, manifestada através de sentimentos de frustração ou de revolta contra Deus, como resultado da presença de dor real percebida, sofrimento ou ainda a perda de uma pessoa significativa;
6. *Perda espiritual*, evidenciada através de sentimentos de não ser amado por Deus, relacionada com uma diminuição da paz espiritual anterior;
7. *Desespero espiritual*, expresso pela perda de esperança de manter uma relação com Deus e sobretudo de lhe agradecer, determinado pela percepção de confiança, alegria e segurança no amor, na misericórdia e compaixão de Deus todo-poderoso.

---

<sup>b</sup> “Diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos de vida, ou aos problemas de saúde, os quais fornecem a base para a tomada de decisão na selecção das intervenções de enfermagem e previsão dos resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável”.<sup>(38, p.2)</sup>

O conceito de bem-estar espiritual na doença compreende os atributos específicos que incluem a espiritualidade, a religiosidade e a fé. Neste contexto, a clarificação destes conceitos torna-se importante, quando se pretende utilizar uma linguagem de natureza científica. Tendo em conta o equilíbrio entre a abstração do conceito chave e a sua aplicabilidade na prática de enfermagem, foi adotada a teoria de médio alcance bem-estar espiritual na doença de Mary Elisabeth O'Brien, como sustentação do construto teórico deste estudo. Com a finalidade de compreender os atributos do bem-estar espiritual na doença, seguidamente será feita a análise dos conceitos de espiritualidade, desenvolvimento humano da fé e religiosidade.

### 1.1. A espiritualidade

Através da revisão da literatura de enfermagem, foram encontradas referências de carácter epistemológico relacionadas com a necessidade de clarificação do conceito de espiritualidade, religiosidade e fé, no que concerne à sua natureza subjetiva e multidimensional, situadas entre o sagrado e o profano. Para a compreensão do conceito de espiritualidade, procedeu-se à análise da sua raiz etimológica. Assim, o termo espiritualidade deriva da palavra latina *spiritus* e está relacionada com a respiração, “dar vida”, “sopro da vida”, “aquilo que dá vida ao organismo físico”.<sup>(37,42)</sup>

Na perspetiva filosófica, as culturas greco-latinas e judaico-cristãs, que estão na base da civilização ocidental, consideram que “o espírito evoca uma realidade misteriosa ... interior e invisível ligada à parte mais valiosa do ser humano”.<sup>(43, p.156)</sup> O espírito é a relação com a consciência, expressa através do agir, associado ao dever moral numa lógica de amor e de conciliação entre a subjetividade e a realização pessoal. A conceptualização da espiritualidade, orienta para múltiplas dimensões da existência do ser humano: biológica, psicológica, emocional, ética, estética, artística, cultural, cidadania e fé, com ênfase para a função unificadora de todas as dimensões do ser humano, ultrapassando as diferenças e “reinscrevendo-se numa dinâmica existencial”.<sup>(43, p.158)</sup> Uma vez que atua como elemento unificador e conciliador, a espiritualidade tem importância significativa na saúde da pessoa, da família, do grupo e da comunidade. O conceito de espiritualidade é pessoal, entendido em termos das atitudes e crenças individuais, relacionadas com a transcendência.<sup>(8)</sup>

No paradigma de bem-estar espiritual na doença, a espiritualidade contempla “as experiências do ser humano que transcendem os fenómenos sensoriais, percebida como necessidade de pertença, de significado de vida, necessidade de perdão, de reconciliação, de afirmação e de dignidade” (2, p.62)

Assim, a expressão da espiritualidade é uma experiência subjetiva, multidimensional, inata ao ser humano, considerada uma necessidade humana fundamental e descrita como a dimensão que se preocupa com a procura de sentido e com os valores que orientam a nossa transcendência, para além das coisas materiais. A espiritualidade também pode ser considerada um fenómeno universal, influenciada socialmente e individualmente desenvolvida ao longo da vida, num contexto pessoal, interpessoal e transpessoal.<sup>(4)</sup> De facto, o ser humano cresce em grupos sociais e os seus modos de ver o mundo e perceber a existência humana são profundamente influenciados pelo grupo de pertença.

Conceptualizada em quatro domínios interrelacionados, a espiritualidade integra a crença num poder superior ou inteligência universal, que pode ou não incluir as práticas religiosas formais, a autodescoberta e um novo elemento, a *eco-consciência*.<sup>(14)</sup> Este conceito de espiritualidade assenta numa lógica holística dos cuidados de enfermagem, sobretudo na procura de um sentido de abrangência que, atualmente, deve ser preocupação dos contextos de uma profissão que, apesar de sujeita a transformações, continua a incorporar reflexões que fundamentam os princípios éticos da manutenção e integração da espiritualidade no âmbito da prática dos cuidados dirigidos à pessoa, à família e ao grupo.

Da análise de 76 artigos e 19 livros, emerge, de forma unânime, um conceito de espiritualidade, que vai de encontro à multidimensionalidade, à procura pessoal de sentido, através dos valores, crenças e práticas religiosas que inspiram e motivam os indivíduos para alcançar os seus ideais de estar na vida. Esta interligação inclui a fé, a esperança, a paz, a alegria, a consciência e a aceitação do sofrimento e da mortalidade, bem como a capacidade de perdoar e de transcender a existência da doença.<sup>(5)</sup> Neste conceito, aparecem explícitas as práticas religiosas como recurso na procura de sentido de vida e na capacidade de transcender a doença.

Na introdução ao livro “Espiritualidade, sofrimento e doença”, o termo espiritualidade é utilizado pela autora como “o desejo humano de alcançar o significado, a intenção, a ligação e a satisfação através das relações pessoais e das experiências de vida“, no entanto, no primeiro capítulo sobre sofrimento, espiritualidade e doença no quotidiano, é apresentada uma

definição mais abrangente da espiritualidade, considerada “tudo aquilo e todo aquele que atribui um significado e um propósito final à vida de uma pessoa e que apresenta formas particulares de estar no mundo, em relação com os outros, consigo mesmo e com o universo”.<sup>(44, p.14)</sup>

Da análise de 73 referências de literatura de enfermagem e saúde, desde 1980 a 2005, emergiram quatro temas que, da sua reciprocidade conceptual, evoluíram para uma definição de espiritualidade entendida como: i) sistema religioso de crenças e valores; ii) sentido e significado de vida e em relação com os outros; iii) sistema não religioso de crenças e valores; iv) fenómeno metafísico e transcendental.<sup>(12)</sup>

No mesmo sentido, foram analisados 18 estudos publicados no período de 2000 a 2012, sobre necessidades espirituais da pessoa em situação de doença, que apontam para um conceito de espiritualidade sobreponível aos anteriormente explicitados. Ocorre, a espiritualidade, como uma dimensão fundamental, que motiva o ser humano na procura de sentido de vida, em relação com o próprio, com os outros, com Deus, com a natureza e com o transcendente. As práticas religiosas convertem-se num recurso para enfrentar as situações de doença, sofrimento, incapacidade, que pode ser mobilizado e reinterpretado para a procura do sentido de vida.<sup>(45)</sup>

Outros autores referem, ainda, que a espiritualidade é um processo único e dinâmico, que reflete a fé em Deus ou num ser supremo em relação com o próprio e os outros,<sup>(7)</sup> a auto superação, o amor e compromisso e o sentido do sagrado, bem como pode ser expressa de muitas formas incluindo a música, a arte, a natureza, a família e a comunidade.

Neste contexto, a espiritualidade e a religião, embora relacionadas, são conceptualmente, diferentes, com mais sentido de abrangência a espiritualidade, pois orienta a forma como a pessoa conduz a sua vida em direção à transcendência.<sup>(46)</sup> A espiritualidade pode também incluir experiências religiosas. Assim, quando a pessoa está perante a realidade da doença, inevitavelmente é confrontada com questões que transcendem o ser biológico.<sup>(47,48)</sup> Neste sentido, a espiritualidade, além de ser uma entidade individual, iguala-se ao conforto, à paz, à harmonia, à esperança e à alegria.

Em síntese, a multidimensionalidade do conceito de espiritualidade integra características comuns ao ser humano: a procura de sentido nas experiências de vida, estar em relação e a transcendência.

Para o ser humano, a procura de sentido é a sua “primeira motivação...”. Esta procura pode ser alcançada através da criatividade, da vivência de sentimentos de generosidade, de verdade e de beleza, através da natureza, da cultura ou ainda na relação com outro ser humano na sua singularidade e pela sua atitude perante o sofrimento inevitável dos acontecimentos irreversíveis da natureza, das situações de doença incurável, perda de funções fisiológicas e de pessoas significativas.<sup>(49)</sup>

A espiritualidade promove a capacidade de dar sentido e significado ao sofrimento em relação harmoniosa com o próprio, com as outras pessoas, com Deus ou um ser superior e com o universo<sup>(44,50,51)</sup> e sobretudo inscreve-se num registo de relações que singularmente dão coerência à vida.<sup>(13)</sup> Pode, então, afirmar-se que, quando perde a motivação para a procura de sentido nas experiências de vida ou se sente incapaz de encontrar esse significado, o ser humano sofre, manifestando sentimentos de vazio e angústia espiritual.<sup>(2)</sup> Leder, identifica três domínios específicos da espiritualidade, que são o reflexo da capacidade para: 1) a comunhão com o sagrado; 2) a integração da maravilha estética da vida; 3) dar e receber compaixão.<sup>(52)</sup>

No que diz respeito à dicotomia aparente entre os conceitos espiritualidade e religiosidade e até à falta de consenso que a literatura evidencia, parece apontar para que embora distintos, estes dois conceitos são interdependentes. Apesar da diferença conceptual entre espiritualidade e religiosidade, estes apresentam áreas de sobreposição e semelhanças, sobretudo no que diz respeito ao sagrado ou divino, à fé, às crenças sobre o sagrado e o efeito das crenças e das práticas utilizadas para obter ou melhorar o sentido de vida e encontrar conforto nas situações de sofrimento, bem-estar e, conseqüentemente, melhor saúde. De facto, embora nem todas as pessoas professem uma religião, nas situações de transição saúde/doença procuram significado no transcendente, podendo considerar-se que essa experiência de vida é espiritualidade,<sup>(53)</sup> havendo concordância sobre a sua importância nos processos de saúde/doença.

Atualmente, o significado emergente da espiritualidade e religião na saúde, sobretudo na enfermagem, evidencia o reconhecimento ou a redescoberta da dimensão espiritual do ser humano, cada vez mais demonstrada na literatura científica de enfermagem e da saúde.

No que concerne às teorias e modelos concetuais de enfermagem, a sua maioria não aborda especificamente o conceito de espiritualidade, no entanto, as teóricas de enfermagem (Virgínia Henderson, Betty Neuman, Calista Roy, Joyce Travelbee, Riso Parse, Madeleine

Leininger, Jean Watson, Katharine Kolkaba e Elizabeth O'Brien), integram a dimensão espiritual do ser humano como pressuposto filosófico. As suas teorias dão ênfase às dimensões fundamentais do ser humano, cada uma delas com as suas especificidades, não preterindo os cuidados físicos mas, pelo contrário, integrando com a mesma ordem de grandeza as necessidades psicossociais, emocionais e espirituais, sobretudo respeitando a sua particularidade e pertinência.

Em 1966, Virgínia Henderson desenvolveu uma nova filosofia de cuidados de enfermagem centrada nas grandes dimensões do ser humano. Identificou catorze necessidades fundamentais, integradas nas grandes dimensões do ser humano: física, afetiva e relacional, intelectual e espiritual. Deste conjunto de necessidades relacionadas com as funções fisiológicas, o agir, de acordo com as suas crenças espirituais, é uma necessidade fundamental, porque contribui para a manutenção da pessoa como um todo singular. A partir deste marco conceptual dos cuidados, a intervenção em enfermagem passa a significar “agir com” a pessoa, a fim de dar resposta às suas necessidades, em oposição ao agir para as pessoas. A pessoa é compreendida como um todo em interação, ou seja, como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.<sup>(54)</sup>

De acordo com Freese, Betty Neuman em 1970 integrou no modelo de sistemas a variável espiritualidade como inata à estrutura básica do ser humano, que facilita o bem-estar, a saúde e a estabilidade. A espiritualidade completa a totalidade da pessoa, independentemente de ser reconhecida ou estar desenvolvida e as necessidades espirituais podem surgir durante a fase de doença e do seu tratamento. A natureza dinâmica do modelo é compatível com as interpretações culturais necessárias à prática holística dos cuidados de enfermagem. A meta de enfermagem, de acordo com Newman, é ajudar a pessoa no sentido do desenvolvimento da consciência e da transcendência do ser físico em direção à dimensão espiritual.<sup>(55)</sup>

Phillips, ao analisar o modelo de adaptação desenvolvido por Calista Roy em 1970, dá ênfase ao processo e resultado da adaptação, através do qual as pessoas, enquanto indivíduos ou em grupos, utilizam a consciência e a capacidade de escolha para promoverem a integração humana e ambiental. No que concerne aos pressupostos filosóficos do modelo, as pessoas têm relações mútuas com o mundo e com Deus que, em última análise, é revelado na diversidade da criação e do destino comum. No mesmo sentido, as pessoas usam as capacidades humanas

criativas de consciência, esclarecimento e fé, na responsabilização pelos processos de vida, que promovem a integridade fisiológica, psicológica, social e espiritual do ser humano.<sup>(56)</sup>

O modelo interpessoal de Travelbee em 1979 dá relevo à valorização, compreensão e aceitação das pessoas tal como elas são, respeitando a sua individualidade, limitações e potencialidades na relação terapêutica. Os pressupostos do modelo consideram que a doença e o sofrimento não são apenas experiências físicas para os seres humanos, mas sobretudo emocionais e espirituais. Neste sentido, o foco de atenção conceptual do modelo interpessoal centra-se na descoberta de sentido na doença e no sofrimento como experiência com significado e verdade espiritual. Argumenta a autora que, em relação aos profissionais de enfermagem, estes devem “estar preparados para ajudar as pessoas e as famílias não só a lidar com a doença e o sofrimento, mas também a encontrar significado nessas experiências”.<sup>(57,p.13)</sup>

Para Mitchell, a teoria “tornar-se humano”, desenvolvida por Parse em 1981 e influenciada pelos princípios da filosofia existencial de Marta Rogers, transmite uma perspectiva diferente da enfermagem. A sua teoria considera as dimensões, espiritual, biológica, psicológica e social do ser humano, como um processo unitário em relação com o universo. Não aceita o paradigma da totalidade, mas apoia o da simultaneidade. O princípio da sua teoria indica explicitamente as crenças como valorização do processo de estruturação do significado, confirmando ou não as crenças em função do ponto de vista individual, admitindo a sua liberdade de escolha. Parse, organizou a teoria em três temas contínuos: sentido, ritmicidade e transcendência. O sentido indica o significado de algo que é escolhido pelas pessoas, complementando que ninguém pode decidir o sentido ou o significado de algo para outra pessoa. Neste contexto, as pessoas constroem as suas realidades através das escolhas e formas de entender e interpretar as suas experiências. A ritmicidade está relacionada com os padrões irrepitíveis que as pessoas vivenciam e que estão em constante mudança à medida que se envolvem em novas experiências, ideias e sonhos ao longo da vida. O terceiro e grande tema da escola de pensamento tornar-se humano, é a transcendência. Este tema está relacionado com o processo de ser humano – universo com opções de escolha, por exemplo, acreditar em alguma coisa ou simplesmente não acreditar, ir numa direção ou noutra, ser persistente ou não, ter esperança ou desesperança. Todas estas opções de escolha fazem parte do quotidiano do ser humano e integram-se no “co-transcender”.<sup>(58,59)</sup>

Na teoria da “diversidade e da universalidade”, cuidar cultural, Madeleine Leininger em 1984 deu ênfase à compreensão dos fenómenos humanos com base no conhecimento dos

fatores sociais, incluindo a religião e a espiritualidade, políticos e económicos, os laços familiares, a educação, a tecnologia, o meio ambiente e o contexto histórico/cultural. Nesta abordagem holística, é imperativo o conhecimento específico dos valores e padrões culturais para poder cuidar da pessoa doente, família e comunidade. O conhecimento baseado na evidência científica deve ser utilizado para influenciar a saúde, o bem-estar na doença, invalidez e morte da pessoa doente, com base nos seus padrões culturais. O conceito de espiritualidade está inserto no relacionamento da pessoa com um ser superior que dá sentido e orientação às crenças, desejos e ações pessoais. A teoria da diversidade do cuidar cultural contempla três tipos de cuidados na assistência culturalmente adequada: 1) os cuidados culturais de preservação ou de manutenção; 2) os cuidados culturais de acomodação ou negociação; 3) o atendimento cultural de reestruturação ou (re)padronização.<sup>(60)</sup>

Com base nos trabalhos filosóficos ocidentais e orientais, foi desenvolvida em 1985, por Jean Watson, a teoria do “cuidar”. Nesta teoria, a vida humana “é ser no mundo (espiritual-mental e físico), contínuo no tempo e no espaço”,<sup>(51, p.84)</sup> e na relação enfermeiro-doente está evidente a aproximação entre duas pessoas em interação mente-corpo-alma (espírito). Para esta teórica, a pessoa está em constante crescimento e desenvolvimento, associado ao grau de coerência com o eu percebido e experienciado, em direção a um bem mais elevado, através dos aspetos interpessoais, transpessoais e espirituais implícitos e explícitos. Intervir, significa *estar com* a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde/doença. Esta teoria apoia a esperança, o bem-estar espiritual e a qualidade de vida como dimensões altamente relevantes para os cuidados de enfermagem.

O conforto, elemento central dos cuidados de enfermagem e naturalmente do bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual do ser humano, constitui o objeto da teoria do conforto desenvolvida por Kolcaba, em 1996. Esta teórica, orientou o seu trabalho com base nas teorias de Virgínia Henderson, Ida Orlando e Paterson e Zderad para sintetizar os tipos de conforto. A teoria “conforto” está alicerçada no paradigma holístico e o seu conceito chave de conforto é “the state of having met basic human needs for ease, relief, and transcendence”.<sup>(61, p.88)</sup> Neste sentido, o conforto concretiza-se nos resultados diretos e desejáveis dos cuidados de enfermagem. Além disso, quando as intervenções de conforto são adequadas e realizadas de forma consistente, pressupõem o aumento dos níveis de conforto ao longo do tempo. A estrutura taxonómica da teoria contempla três tipos de conforto: 1) tranquilidade (estado de satisfação); 2) alívio (ter conforto específico); 3) transcendência (estado no qual alguém está

acima dos problemas e da dor), de onde emergem três classes de necessidades: necessidade de tranquilidade, necessidade de alívio e necessidade de transcendência. A multidimensionalidade das necessidades de conforto pode ser experienciada nos contextos, físico (sensações do corpo), psico-espiritual (consciencialização interna do eu, incluindo a estima, a sexualidade, o significado de vida e a relação com um ser superior), ambiente (experiência humana externa como a luz, o silêncio, a cor, a temperatura e os elementos naturais e artificiais), e social (relações interpessoais, familiares, incluindo a situação financeira).<sup>(61,62)</sup>

A teoria de médio alcance “bem-estar espiritual na doença”, desenvolvida por O’Brien em 1999, assenta na crença de que a pessoa possui uma natureza física, psicológica, social e espiritual, capaz de transcender e aceitar as experiências como a dor e o sofrimento, em função da sua natureza superior. Esta capacidade de aceitar, em alguns casos, até mesmo receber a doença e o sofrimento, resulta dos recursos espirituais da pessoa doente. Esta teoria baseia-se fundamentalmente no modelo de enfermagem concebido por Travelbee, que dá ênfase à capacidade do ser humano de encontrar sentido nas experiências de doença, assente na verdade espiritual e na preocupação com os valores.<sup>(2)</sup>

Outra forma de enquadrar a relevância da espiritualidade e bem-estar espiritual na disciplina e prática de enfermagem, é compreender o seu enquadramento nas taxonomias de enfermagem.

O bem-estar espiritual, sofrimento espiritual e o comprometimento da religiosidade, emergem na classificação da NANDA como diagnósticos de enfermagem. O sofrimento espiritual é a capacidade de demonstrar e integrar o significado e o sentido de vida, através da ligação com o eu, a arte, a música, a literatura, a natureza, ou com um ser superior, com as seguintes características:

- *Ligação com o eu*, expresso através da falta de esperança, significado e propósito de vida, paz ou serenidade, aceitação, amor, perdão, valores, cólera e culpa;
- *Ligação com os outros*, manifestado pela rejeição e desprendimento na interação com o orientador espiritual, com os amigos, com a família, e pelo afastamento das suas redes de apoio;
- *Ligação com a arte, a música, a literatura, a natureza*, expressa pela incapacidade para demonstrar criatividade (cantar, escutar música, escrever) e falta de interesse pela natureza e literatura espiritual;

- *Ligação com um ser superior*, evidenciada pela incapacidade para rezar e participar nas atividades religiosas. Traduz-se na expressão de sentimentos de sofrimento e raiva, dirigidos a Deus, porque se sente abandonado, bem como na mudança súbita das práticas espirituais e a incapacidade para olhar para dentro de si e de utilizar a transcendência.

Os fatores relacionados com o sofrimento espiritual incluem o autodesprendimento, a saudade, o desinteresse social, a ansiedade, a privação sociocultural, a agonia e a morte, a dor, as alterações vitais e a doença crónica.<sup>(63)</sup>

Na *Nursing Outcomes*, o bem-estar espiritual inclui indicadores com pontuação qualitativa e quantitativa, de entre os quais se destacam: expressão de confiança e esperança; expressão de significado no fim de vida/relação como ele próprio e com os outros/interação com os outros para partilhar sentimentos e crenças.<sup>(63)</sup>

A *Nursing Interventions Classification* desenvolveu um conjunto de intervenções específicas para o cuidado espiritual e religioso, como por exemplo, a facilitação do crescimento espiritual, a simplificação e o perdão e ainda intervenções mais gerais, frequentemente utilizadas na assistência espiritual, como a leitura de textos sagrados.<sup>(63)</sup>

Na CIPE, o eixo dos focos de enfermagem divide a crença em subtipos: crença espiritual entre outras. Define que a crença espiritual tem características específicas: a convicção e disposição pessoal para reter e abandonar ações, tendo em conta os princípios de vida que impregnam, integram e transcendem a natureza biológica e psicossocial de cada um. No mesmo sentido, amargura espiritual é definida como “a desagregação daquilo em que a pessoa acredita da vida, questões acerca do significado da vida, associado ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos e culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga com a divindade”.<sup>(39, p.96)</sup>

Em síntese, a espiritualidade é um processo dinâmico, que reflete a fé em Deus ou num ser supremo em relação com o próprio e os outros, conceptualizada de uma forma geral, através dos seguintes elementos comuns: sentido de vida relacionado com o significado ontológico da vida como resultado das mais diversas experiências; relacionamentos com o próprio, com as pessoas significativas e com Deus e a transcendência com as experiências de âmbito subjetivo e imaterial.

No que diz respeito à integração da espiritualidade nas teorias de enfermagem, no geral, formulam construtos importantes sobre o tema, contudo, a aplicabilidade dos seus conceitos tem sido limitada na medida em que alguns foram formulados com base em premissas religiosas, o que tem causado alguma resistência na sua utilização por parte dos profissionais de enfermagem.

Num esforço para encontrar consenso entre as diversas crenças e em resposta aos desafios impostos pelas sociedades, o entendimento do conceito de espiritualidade no contexto dos cuidados de enfermagem tem sido cada vez mais secularizado. Assim, os conceitos de espiritualidade, na literatura científica, são menos fundamentados nos aspetos religiosos ou sagrados e mais centrados nas características da existência humana, através das quais a pessoa procura o sentido de vida, a harmonia e o bem-estar.

## 1.2. O desenvolvimento humano da fé

A fé, tal como respirar, beber ou comer, é uma necessidade humana básica, compartilhada por todos os seres humanos, quer sejam agnósticos, ateus ou professessem uma religião convencional. Pode, também, ser entendida como a forma de uma pessoa ou grupo encontrar sentido nos múltiplos aspetos que fazem parte da vida.<sup>(64)</sup> Tal como a esperança, a fé ajuda a sair das situações de crise e abraçar novas oportunidades, ou seja, “sem fé a nossa vida é incompleta”.<sup>(65, p.7)</sup>

Na tradução da Carta aos Hebreus, a definição de fé é apresentada como “...o firme fundamento das coisas que se esperam e uma demonstração das que não se vêem”.<sup>(66, p.1582)</sup> Esta definição dá ênfase à esperança que salva e a existência de um Deus pessoal e invisível, que justifica a esperança no futuro.

Segundo Jasper, a fé é a “expressão máxima da liberdade assim como da universalidade para todo o ser humano”.<sup>(67, p.459)</sup>

Na análise teológica e antropológica do desenvolvimento humano da fé, são apresentados, em oposição, quatro pressupostos básicos: 1) a fé como verdade *versus* a fé como capacidade cognitiva; 2) a fé como proposição *versus* experiência religiosa; 3) a natureza *versus* graça; 4) a crença *versus* descrença.<sup>(65)</sup>

No pressuposto “fé como verdade *versus* fé como capacidade cognitiva”, é apresentada a raiz etimológica da palavra fé, com origem em dois termos latinos: “*fiducia e fides*”. O termo “*fidúcia*” reporta-se a uma atitude verdadeira de confiança em Deus e nos outros, enquanto “*fides*” está relacionado com a capacidade cognitiva através da qual o ser humano é considerado conhecedor de Deus, incluindo as experiências religiosas pouco comuns, como as narrativas bíblicas e místicas que ocorreram ao longo dos tempos. Também pode referir-se a “uma apreensão racional de Deus para aqueles que como, Einstein, acreditavam em Deus, porque viam a criação demasiado sublime para ser fruto do acaso”.<sup>(p.7)</sup>

A verdadeira atitude de *fiducia* pode ser compreendida pelos aspetos da fé adquiridos por direito pelo ser humano à nascença. Esta atitude de fé pode ser desenvolvida, destruída ou alterada pela família ou pessoas significativas ao longo do ciclo vital.

Na perspetiva antropológica, a fé como verdade fundamental é vista como essencial na ligação de todas as experiências do ser humano, consigo próprio, com os outros e com Deus, no entanto, a fé sem a reflexão sobre as experiências de vida mantém-se estática e imutável e não consegue responder à imprevisibilidade dos desafios que a vida coloca ao ser humano.

Na fé “proposição *versus* experiência religiosa”, a autora sustenta que a fé não é só um produto resultante das experiências religiosas, implica a assunção de um compromisso e da tomada de decisão. Para se crer numa proposição tem que se aceitar como verdadeira intelectualmente, ou seja, para ter fé numa proposição é estar disposto a agir na presunção da sua veracidade. Em termos teológicos, a fé é relação. Como proposição, também está expressa nos fundamentos dos credos e das comunidades de fé, através da linguagem utilizada na partilha das experiências religiosas e, sobretudo, estabelece normas/regras para uma fé produtiva, conferindo valor individualmente e também coletivamente.

No pressuposto “natureza *versus* graça”, a fé é reconhecida pelos seus resultados e ainda pela graça e não pelo trabalho. “Devemos concordar que a comunicação e comunhão entre Deus e a humanidade só podem ocorrer como resultado da iniciativa divina de Deus, do presente da graça de Deus, dado gratuitamente”<sup>(p.8)</sup>. Esta visão da fé realça a transcendência de Deus e a nossa liberdade para com Deus. De facto, “a fé é para receber ou rejeitar e não para coagir”.<sup>(p.8)</sup>

Na “crença *versus* descrença”, a autora defende que “a fé é a nossa capacidade de acreditar na realidade e na deidade das coisas que não vemos”.<sup>(p.9)</sup> Assim, torna-se necessário o exercício de apreciação em relação ao que acreditamos e aquilo que recusamos acreditar.

Continua referindo, sem a abertura a novas experiências, qualquer fé pode tornar-se limitada e, na pior das hipóteses, fatal, em vez de afirmação de vida. Quando a fé é saudável, torna-nos mais crentes e mais afetivos, em relação a nós próprios, aos outros e a Deus. Neste sentido, os princípios da fé têm que estar em constante análise reflexiva, tendo em conta que a dinâmica da fé está presente em todas as interações e associações humanas, do nascimento até ao fim da vida. Uma vez que o conceito de fé pessoal do modelo de bem-estar espiritual na doença, desenvolvido por O'Brien, assenta na teoria do desenvolvimento humano da fé de James Fowler, procurou-se conhecer como se processa esta teoria ao longo do ciclo vital do ser humano.

A teoria do desenvolvimento humano da fé foi construída com base nas teorias de desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget, de desenvolvimento pessoal de Erik Erickson, de desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg, e ainda com os contributos teológicos de Paul Tillich e Richard Niebuhr.

Ao contrário da crença ou da religião, a fé é fundamental para o ser humano, na procura de sentido de vida, apesar da grande diversidade cultural, das práticas religiosas e das crenças que a podem influenciar. Cada uma das religiões universais aborda a fé de forma a torná-la num fenómeno visível. Assim, no sentido clássico, a fé não é uma dimensão separada da vida, nem uma especialidade compartimentada, tem uma orientação holística, universal, em conformidade com os relacionamentos do ser humano. Neste sentido, o desenvolvimento da fé ocorre ao longo das fases do ciclo de vida e influencia a forma como a pessoa vive os seus relacionamentos com os outros, assim como a procura de sentido de vida.<sup>(64)</sup>

Na sua essência, a fé é uma forma de “conhecer e ver o mundo; encontrar sentido nas múltiplas relações que coordenam a vida, na relação com os outros num contexto de significado e propósito compartilhado”.<sup>(64, p.4)</sup> A fé não é sempre religiosa no seu conteúdo ou contexto, no entanto, integra as razões das pessoas para valorizar a sua vida. Também, está relacionada com a maneira como a pessoa ou um grupo vão evoluindo no seu projeto de vida.

A teoria do desenvolvimento humano da fé, inicialmente apresentava três dimensões: a universalidade, o saber e a relação. A universalidade da fé está relacionada com o facto de a pessoa estar dotada ao nascer de capacidades para o seu desenvolvimento, sendo esta condição reconhecida pelos cristãos, marxistas, hindus entre outros. Fowler, considera-a parte integrante da personalidade, englobando o modo como as pessoas constroem os seus

relacionamentos, moldam os seus propósitos e os significados da vida. Assim, fé é a relação que advém quando duas ou mais pessoas estão envolvidas, tendo por base a confiança e a lealdade. Neste sentido, podem coexistir diferentes triângulos relacionais de fé, compreendendo os papéis que o ser humano assume nos diferentes contextos institucionais, os significados que atribuiu às relações que aprecia, o valor dos compromissos partilhados, em que todos estes elementos contribuem para “manter a fé”.<sup>(64)</sup>

O desenvolvimento desta teoria tem a sua origem na tradição judaico-cristã, no entanto, o autor teve a preocupação de encontrar forma de poder incluir todas as pessoas, independentemente do seu credo ou religião. O autor ressalva que a sua utilização requer alguns cuidados para a compreensão do conceito de fé, assim como do conteúdo de cada etapa. À medida que a pessoa cresce e amadurece, as suas habilidades e modos de conhecer e de atribuir valor também se desenvolvem e, assim, pode apreciar os outros, o mundo, a si próprio e a sua transcendência. Mas este conhecimento não é uma atividade puramente cognitiva, é sobretudo um saber complexo e dinâmico que envolve a razão, os sentimentos e a paixão.<sup>(68)</sup>

De facto, constata-se que o ser humano cresce em grupos sociais e os seus modos de ver o mundo são profundamente moldados e partilhados pelas imagens e construções do grupo de pertença. Esta condição explica porque a cultura, a formação religiosa e a religião têm grande impacto na vida do ser humano.

A teoria de desenvolvimento da fé está estruturada num pré-estadio e seis estadios<sup>(64,68)</sup>, a saber:

*Pré-estadio fé indiferenciada (0-2anos)* - a base para o desenvolvimento da fé fundamenta-se na qualidade da reciprocidade, na construção da confiança em interação com a mãe e/ou cuidadores e com o ambiente nos seus primeiros anos de vida. A criança estabelece uma relação de dependência com os adultos, reconhecendo-os como pessoas com poder para alimentar as suas necessidades e desejos, através da confiança, da coragem, da esperança e do amor, de forma a poder ultrapassar obstáculos relacionados com inconsistências ou abandono. Nesta fase, a fé tem particular relevância para a enfermagem materno-infantil no que diz respeito às questões da parentalidade.

*1º Estadio fé intuitiva-projetiva (3-6 anos)* - a criança por volta dos dois anos de idade começa a desenvolver a sua linguagem e vai assimilando as diferentes imagens da vida diária, de uma forma desorganizada. Estas imagens incluem os acontecimentos reais influenciados

pelo seu imaginário. A transição para a fase seguinte envolve a crescente preocupação da criança para saber como as coisas são e esclarecer o que é real do que é apenas imaginário.

2º Estadio *fé mítica-litera*l (7-12 anos) - nesta fase, a criança tem necessariamente de mudar do nível de desenvolvimento cognitivo para o pensamento operacional concreto. Para a criança, o mundo torna-se linear, ordenado e previsível e sente que é capaz de pensar com lógica. A fé torna-se uma questão de confiança sobre as histórias, as regras e os valores implícitos, impostos pelo grupo de pertença, e também pelo significado que a família lhe atribui. Esta etapa caracteriza-se pela presença de permuta, demonstrado pela interpretação simplificada do bem e do mal (os bons são recompensados e os maus punidos), no entanto, apresenta ainda dificuldade na compreensão das situações mais complexas, principalmente quando os bons não são recompensados. A diferenciação das pessoas é feita através do seu valor nominal e da sua capacidade reflexiva individual e as histórias e narrativas são utilizadas como a principal forma de comunicar com os outros.

3º Estadio *fé sintética-convencional* (13-20 anos) - na generalidade, começa quando ocorre a transição para o pensamento operacional formal, que facilita a reflexão sobre o pensamento e as contradições das histórias. O termo “convencional” indica que os valores e crenças têm origem no grupo de pessoas significativas que, em geral, são aceites sem questionar. Os adolescentes estão ansiosos por um Deus que os aceite e confirme a sua própria identidade. Assim, podem imaginar que Deus é um ser profundo, misterioso e inesgotável em si mesmo, que ninguém pode entender. Este estadio contempla as estruturas fundamentais em termos de relações interpessoais e do ambiente. Nesta fase, os adolescentes estão totalmente adaptados às suas expectativas e aos julgamentos dos outros, mas ainda não têm certeza da sua identidade ou fé e do seu próprio julgamento para construir e manter uma perspectiva independente. No entanto, podem ter convicções profundas, como seja, uma ideologia, um conjunto mais ou menos coerente de valores e crenças, mas não parece terem consciência de os possuir, sobretudo podem ainda apresentar alguma contradição nos comportamentos. Deste modo, o adolescente pode utilizar duas estratégias: “compartimentar”, ou seja, adota comportamentos em conformidade com as expectativas que os elementos do grupo de pertença esperam dele, mantendo a mesma atitude noutra grupo diferente; “hierarquia de pessoas”, respeito pela autoridade. Podem também assumir um compromisso religioso, reconfortante nesta etapa.

4º Estadio *fé individual-reflexiva* (21-30 anos) - corresponde à transição da fase 3 para a fase 4, é um processo demorado e particularmente crítico, desestabilizador e desorientador para a transição da adolescência para a adultez. A mudança para a fase reflexiva resulta de uma variedade de experiências necessárias para objetivar, analisar e fazer escolhas críticas sobre a sua identidade de fé. Para que este processo de transição ocorra, torna-se necessário a mudança, a mobilização, a orientação, a objetivação, a escolha crítica das crenças, valores e compromissos. Nesta fase, o jovem adulto demonstra mais responsabilidade nos seus atos, através da autenticidade, congruência e coerência. As relações são construídas sobre o julgamento pessoal autónomo e também com base no respeito pelo outro. O risco, nesta fase, é o exagero da autossuficiência, autogestão e autorreparação. Este momento de criatividade pessoal e de individualismo tem implicações importantes para a enfermagem no que diz respeito à autonomia no planeamento dos cuidados dos doentes jovens ou adultos.

5º Estadio *fé conjuntiva* (31-40 anos) - corresponde às experiências de meia-idade que podem marcar o início de uma nova fase de desenvolvimento da fé. Assim, é tempo de abertura à voz que vem de dentro de si próprio e do desenvolvimento da consciência social da pessoa. Este estadio é influenciado por quatro fatores: 1) a consciência da necessidade de enfrentar e desenvolver diferentes entendimentos da vida (polaridades relacionadas com antigo/novo, masculino/feminino); 2) a fé determina a perceção da verdade como algo multifacetado e complexo; 3) a ambiguidade e a multidimensionalidade abordadas pelo menos através de dois ou mais ângulos simultaneamente; 4) a simplicidade desenvolvida na recetividade e na disponibilidade para a participação na realidade, expressa através de símbolos e mitos. Este estadio apresenta fragilidades, nomeadamente sensação de solidão ou abandono da consciência da revelação de Deus. Neste sentido, a aceitação da verdade e das tradições pode ter um sentido fraco de «evangelização» e, deste modo, a consciência da pessoa vê-se envolvida em sistemas complexos com manifestação de sensação de apatia e de isolamento no universo particular da espiritualidade. Nesta etapa, a pessoa doente pode apresentar uma maior maturidade espiritual, procurando significado na sua doença. O autor sugere que muitos dos adultos não chegam a atingir este estadio de desenvolvimento da fé.

6º Estadio *fé universalizante* (40 e mais anos) - em que ocorrem duas mudanças fundamentais na transição para o estadio da fé universalizante. Em primeiro lugar, há a descentralização do eu e, seguidamente, uma mudança em relação aos valores individuais e ao sentido de valorização, através das experiências e do conhecimento do mundo. O autor

reconhece que são raras as pessoas que atingem este estadio de desenvolvimento da fé. Dá exemplos de pessoas que o atingiram: Madre Teresa de Calcutá, Martin Luther King, Mahatma Ghandhi e Jesus. Os enfermeiros necessitam estar cientes de que as pessoas doentes podem variar significativamente em termos do nível de cumprimento dos imperativos desta fase final. Assim, a avaliação deve centrar a sua atenção na identificação do estadio em que a pessoa doente se encontra, de forma a ajudar a compreender a sua resposta ao processo de saúde/doença e, eventualmente, a necessidade de apoio externo para lidar com a crise.

Este modelo de desenvolvimento da fé é considerado como uma espiral, com algumas qualidades que se sobrepõem durante as fases de transição, com alguns retrocessos durante as diferentes crises da fé.<sup>(64)</sup> Por exemplo, embora a maioria das pessoas passe da fase 2 durante a adolescência/jovens adultos, existem algumas pessoas que nunca passam desta fase. A caracterização dos estadios é complexa e dinâmica, pelo que não devem ser entendidos como inflexíveis. O autor recomenda que, quanto à avaliação dos estadios, “nunca deve ser usada para a comparação prejudicial ou desvalorização da pessoa”, ou seja, os estadios não devem ser entendidos como rótulos, sobretudo porque em cada um existem pessoas “de coragem, serenidade e fé verdadeira”.<sup>(64, p.80)</sup> A idade de passagem de um estadio a outro pode variar, mas a sequência mantém-se. Também, teve o cuidado de não centralizar a teoria do desenvolvimento humano da fé numa tradição religiosa ou crença em particular, mas no “conceito psicológico da fé”, para que possa ser utilizada na compreensão do desenvolvimento de fé do ser humano.

A investigação tem procurado confrontar a teoria do desenvolvimento da fé com as teorias tradicionais do conhecimento e crescimento na lógica de Piaget e do desenvolvimento do raciocínio moral de Kolberg e outros. Neste sentido, Fowler, com base na perspetiva social de Selman, integrou quatro dimensões, a emoção, o conhecimento, o discernimento e a resposta. Estas integram: i) a capacidade de resposta e avaliação de fontes de autoridade (*locus control*); ii) a qualidade e a extensão da nossa capacidade de aprofundar a construção na perspetiva dos outros (limites da consciência social); iii) a imaginação e construção de uma experiência coerente e significativa do “mundo” (forma de coerência do mundo); iv) o desenvolvimento das capacidades de crescimento humano, para dar forma e responder com imaginação aos símbolos, narrativas e rituais, que convidam à participação do sagrado, e que tocam as dimensões mais profundas do nosso relacionamento com o divino (função simbólica).<sup>(64,68,69)</sup>

Com base no trabalho realizado por Fowler e na sua própria experiência profissional, Peck, em 2005,<sup>(70, p.304)</sup> construiu uma teoria do desenvolvimento da fé, organizada em quatro estádios:

Estádio I - *Caótico e anti-social*, considerado como um estádio muito primitivo, na medida em que as pessoas podem demonstrar ser religiosas ou seculares e o seu sistema de crenças é muito superficial. O autor denomina-o como um estádio “sem lei”;

Estádio II - *Formal, institucional*, no qual as pessoas são geralmente fundamentalistas em relação à sua religião. Este estádio é também chamado “letra da lei”;

Estádio III - *Cético, individualista*, em que podem encontrar-se as pessoas mais seculares. As suas características integram a racionalidade, a moralidade, a humanidade e defendem o pensamento positivista e materialista. Demonstrem ceticismo perante o espiritual e acreditam apenas naquilo que pode ser comprovado cientificamente.

Estádio IV - *Místico, comunal ou espírito da lei*, caracteriza-se por ser um estádio de maturidade e de desenvolvimento religioso. As pessoas são racionais, no entanto, duvidam de si próprias. “Sentem-se profundamente ligadas a uma ordem invisível das coisas .... e confortadas com o sagrado” (p.304).

O autor refere que estes estádios são essencialmente desenvolvimentais, no sentido de que as pessoas mais secularistas do estádio III apresentam um nível superior de desenvolvimento espiritual, quando comparadas com a maior parte das pessoas ditas religiosas.

Em jeito de síntese, a fé compreende uma visão sistémica e integradora das experiências vividas pelo ser humano ao longo do ciclo da vida. Assim, a fé integra a dimensão corporal, afetiva, social e cultural, favorecendo uma construção do conhecimento do desenvolvimento humano da fé, para além das crenças e das instituições. Os estádios de desenvolvimento da fé de Fowler pretendem mostrar que, ao longo do ciclo de vida, a nossa maneira de crer muda e que nessas mudanças há uma espécie de padrão universal que indica não o caminho percorrido por todas as pessoas, mas um certo potencial para termos fé.

A contribuição dos estádios de desenvolvimento humano da fé de Fowler para os profissionais de enfermagem pode ser reconhecida através da vivência pessoal da fé e, sobretudo, no desenvolvimento de recursos significativos que permitem identificar a fase de desenvolvimento cronológico da fé da pessoa doente. Neste sentido, a sua categorização

aproximada em associação com a idade permite ser um guia orientador, no entanto, é de referir que, em qualquer religião, alguns dos praticantes poderão estar nos primeiros estadios da fé e, outros, no último, dependendo das suas experiências de vida e amadurecimento e não como resultado da sua devoção a determinados pormenores do seu credo.

### 1.3. A religiosidade

Atualmente, as sociedades demonstram cada vez mais pluralidade nas suas crenças religiosas e modos de conduta nem sempre assentes numa religião convencional. Como a religião tem assumido várias faces ao longo do tempo e em diferentes lugares, importa clarificar o conceito de religião e religiosidade.

A palavra religião, etimologicamente deriva do latim “relegere” (respeitar) e do verbo “religare”, composta por prefixo “re” que significa “outra vez de novo” e pelo verbo “ligare” cujo significado é “ligar, unir, vincular”, criando assim uma ligação entre o sagrado e o secular.<sup>(71)</sup>

A religião pode integrar duas componentes: a religião como uma instituição social (as igrejas) e a religião como experiência pessoal (religiosidade). Assim, a religiosidade assenta nas diversas formas, de como a pessoa ou grupo vivencia a religião, podendo ser expressas através das suas representações sociais, das práticas religiosas e das relações ou vínculos estabelecidos com os membros de uma comunidade religiosa.<sup>(72)</sup>

Na perspetiva sociológica, proposta por Durkheim, a religião constitui um sistema de crenças (dogmas) e de práticas (rituais) alusivas ao sagrado e que unem, numa mesma comunidade moral, todos aqueles que a professam. Trata-se de um todo formado de partes distintas e relativamente individualizadas, que reconhece a pluralidade de realidades sagradas. Para este autor toda a religião é “eminentemente social” e as representações religiosas “exprimem realidades colectivas” e os rituais são “regras de agir” que surgem nos grupos coordenados e organizados e indicam como “o ser humano se deve comportar perante as coisas sagradas”.<sup>(73, p.24)</sup>

Tal como Durkheim, também Espírito Santo considera a religião um sistema de crenças ou dogmas e acrescenta, ainda, que a religião apresenta “práticas obrigatórias suficientes para a salvação (durante a vida ou após a morte)”. O mesmo autor refere que as

três religiões que existem nos países mediterrânicos são a expressão da vontade de Deus, ditada por pessoas enviadas para o fazer. Na religião judaica, a divulgação da mensagem foi feita pelos profetas do Antigo Testamento, no cristianismo, por Jesus Cristo, e no Islão, pelo Profeta Maomé, o último dos profetas enviados por Deus. Relativamente aos seus dogmas, são rígidos e os textos sagrados representam a palavra de Deus “definitiva e imutável”.<sup>(74, p.1)</sup>

De uma forma mais simplificada, outro autor define religião como um conjunto de crenças, textos, rituais, e outras práticas que orientam uma determinada comunidade na sua relação com o transcendente.<sup>(47)</sup> Estas crenças têm regras específicas que podem influenciar as práticas de cuidados de saúde, que estão presentes no ciclo de vida e nos processos de saúde/doença e na morte.

Na generalidade, todas as religiões assentam e partilham “um conjunto de símbolos que invocam sentimentos de reverência ou de temor, ligados a rituais ou cerimónias (serviços religiosos) realizados por uma comunidade de crentes”.<sup>(75, p.535)</sup> Podem ser impostas do exterior e herdadas de sacerdotes, profetas e livros sagrados ou apropriadas através da família e da tradição,<sup>(76)</sup> revelando terem um importante papel na vida dos seres humanos ao longo dos tempos nas situações de transição de saúde, doença ou perda.<sup>(77)</sup> Por sua vez, os valores, como a justiça social, o amor, a dignidade humana e a compaixão, têm a sua raiz nos textos sagrados e são determinados por praticamente todas as religiões.<sup>(78)</sup>

Uma revisão sistemática da literatura identificou três atributos da religiosidade: filiação religiosa (religião católica, protestante, judaica ou outra); práticas religiosas (oração, frequência dos ritos e cultos); e crenças religiosas (ter um sistema de crenças centrado na religião como uma parte importante da vida e um relacionamento com um poder superior). As práticas religiosas podem ser organizadas de duas formas: atividades extrínsecas ou públicas (atividades organizadas pela igreja) e intrínsecas ou privadas (atividades religiosas não organizadas, por exemplo, oração, leitura da bíblia e artigos espirituais). As práticas religiosas extrínsecas são desenvolvidas em espaços sagrados (igrejas, templos e santuários) e concretizadas através de preces, com a finalidade de pedir graças ou de agradecimento por tê-las recebido.<sup>(79)</sup> O' Brien inclui na definição de prática religiosa, além da oração em grupo ou individual, a realização de voluntariado e oferta de donativos.<sup>(2)</sup>

Outro autor<sup>(80)</sup> centra a sua análise na religiosidade individual e organiza-a em três dimensões: *saliência*, crenças e rituais. A *saliência religiosa*, que documenta: o quotidiano das pessoas, incluindo a influência das crenças religiosas no seu dia a dia, na tomada de

decisão; o ser ou não ser religioso; a assistência aos atos religiosos; a crença nos santos; a oração e “a existência de Deus como motivação que dá sentido à vida”<sup>(p.109)</sup>. As *crenças*, que incluem as atitudes das pessoas face à concepção que tem de Jesus Cristo como líder religioso, profeta ou “simultaneamente Deus e Homem”<sup>(p.109)</sup>. Considerado um fenómeno interior, um sentimento apoiado na crença de um Deus, com o reconhecimento da transcendência divina, as crenças envolvem uma atitude de veneração e de respeito a Deus. Relativamente aos *rituais*, podem não estar globalmente vinculados às práticas religiosas, mas à realização de atos religiosos em determinadas fases da vida, como o nascimento, o casamento e a morte. Para outros autores, os rituais associados à religião podem ser muito diversificados e incluir orações, cânticos, comer ou abster-se de certos alimentos, jejuar em certos dias. Nesta concepção, os rituais podem ser assumidos individualmente ou coletivamente.<sup>(75)</sup>

Outra forma de religiosidade, mais secularizada, também vivenciada pela sociedade portuguesa, é a “religiosidade popular”, que se manifesta através “de ritos de passagem (nascimento, casamento e na morte)”, no culto dos santos, “na participação em festas e romarias locais”<sup>(81, p.23)</sup>. Os símbolos e rituais religiosos estão muitas vezes enraizados na cultura e na arte das sociedades, na música, pintura, escultura, dança e na literatura.

No contexto demográfico português, com uma população tendencialmente envelhecida e, por conseguinte, marcada pela presença das doenças crónicas, progressivas e avançadas, a expressão da religiosidade extrínseca pode estar comprometida devido às limitações ou défices funcionais decorrentes da fragilidade física, contudo, a religiosidade intrínseca pode estar reforçada. Assim, o envelhecimento conjuga-se com a história da experiência de vida, que pode proporcionar e potenciar o crescimento ou desenvolvimento espiritual do ser humano. Não é alheio a influência do sexo na religiosidade, como se constata nos estudos sobre a religião em Portugal, considerando que “as mulheres são mais religiosas do que os homens”<sup>(82, p.118)</sup>.

#### **1.4. As necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada**

As necessidades espirituais são entendidas como requisitos para encontrar significado nas situações de doença e de sofrimento, de afirmar as relações consigo próprio, com os outros, com Deus e com a natureza, e ainda desenvolver os valores transcendentais, tais como a esperança, a criatividade, a compaixão, a fé, a paz, a confiança, a coragem e o amor.<sup>(2,83)</sup>

Embora as necessidades espirituais aceitem as expectativas que os seres humanos têm de encontrar sentido na sua vida, podem ser ou não acompanhadas de práticas religiosas, sendo que as pessoas que não têm uma fé religiosa pré existente ou não professam uma religião, também apresentam sistemas de crenças que os ajudam a encontrar sentido de vida.

Assim, as necessidades espirituais da pessoa com doença aguda variam em função de diferentes fatores, tais como a idade, as crenças religiosas e a gravidade da doença. Estas variáveis podem tornar-se mais importantes durante a doença do que em qualquer outro momento da vida. Enquanto a pessoa está de boa saúde física e mental, as práticas espirituais ou religiosas, na sua generalidade, podem ser relegadas para um plano inferior. No entanto, com o início da doença aguda, especialmente se associada à exacerbação de uma doença crónica, podem ocorrer algumas mudanças de vida significativas em termos físicos e emocionais, na medida em que é obrigada a reduzir subitamente as atividades físicas, especialmente as que estão associadas com as atividades de vida e do trabalho. Este facto pode proporcionar benefícios positivos em relação ao tempo para reavaliar as crenças espirituais e encontrar sentido de vida na experiência de doença. Esta pausa forçada pode, no entanto, afetar negativamente a pessoa no domínio emocional e psicológico, alterar a avaliação das atitudes e comportamentos passados e futuros.<sup>(2)</sup>

Apesar de um possível impacto positivo, o início de uma doença aguda súbita e imprevista pode representar sérios problemas emocionais e espirituais relacionados com o medo da morte ou invalidez. Embora o diagnóstico de angústia espiritual possa ser ocultado pelos sintomas físicos e emocionais da doença, a pessoa doente revela sempre alguns sinais, por vezes subtis, da presença de alterações da integridade espiritual. Neste sentido, o atendimento das necessidades espirituais envolve conceitos básicos de cuidados espirituais, nomeadamente ouvir, confortar, comunicar orientar, aconselhar, ensinar ou apoiar a pessoa doente, quando confrontada com os fenómenos emocionais, socioculturais e até financeiros, que podem interferir na motivação da procura de bem-estar espiritual na experiência de doença. Essas atividades devem ser abordadas com sensibilidade, principalmente quando a pessoa doente apresenta sintomas fisiopatológicos, por exemplo, dor, dispneia, náuseas e fadiga.

Relativamente à doença crónica, embora possa ser frequentemente vivenciada no domicílio, durante a exacerbação, para a realização de procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, a hospitalização pode ser um imperativo, e as necessidades espirituais nesta

situação, são também influenciadas pela idade, pela gravidade da doença e pelo grau de incapacidade.

O aumento de doenças crónicas exige que os objetivos de enfermagem sejam redimensionados de acordo com as reais mudanças e contemplem a proteção e a conservação da dignidade, de forma a proporcionar conforto físico, emocional e espiritual à pessoa doente. Neste âmbito, os cuidados espirituais são uma dimensão importante de cuidado holístico na situação de doença aguda ou de uma situação de exacerbação de uma doença crónica, pelo que o enfermeiro deve selecionar estratégias criativas de intervenção dirigidas à pessoa doente, que pode estar a experienciar uma crise de fé, ou uma doença grave.

Tendo em conta os desafios impostos à enfermagem como profissão e disciplina, diversos organismos nacionais e internacionais estruturaram um conjunto de orientações dirigidas à prática dos cuidados de enfermagem. De entre os quais, o ICN tem justificado o desenvolvimento da investigação na promoção, clarificação e explicitação das necessidades da pessoa, família e comunidade em cuidados de enfermagem, bem como dos benefícios resultantes das respostas humanas, assentes nos processos de conceção de cuidados dos enfermeiros. No mesmo sentido, o *Code of Ethics for Nurses* do ICN, defende que, na prestação de cuidados, o enfermeiro deve promover um ambiente que respeite os direitos humanos, os valores, as tradições e as crenças espirituais individuais, familiares e da comunidade.<sup>(33)</sup> É também de sublinhar o crescente interesse pela dimensão espiritual demonstrado na literatura científica em diferentes áreas do conhecimento, particularmente na enfermagem, com ênfase para a importância da espiritualidade nas respostas humanas aos processos de transição saúde/doença.

A necessidade do desenvolvimento de uma avaliação, sistemática e rigorosa, da dimensão física, psicológica, social e espiritual da pessoa doente, de forma a identificar as suas necessidades e a prestar cuidados adequados e rigorosos, assume um imperativo ético na prática de cuidados de enfermagem, tendo em conta que a manifestação e a intensidade das necessidades espirituais estão relacionadas com o ser humano e a sua expressão em situação de doença não é igual para uma pessoa jovem, adulta ou idosa saudável. Assim, dada a “complexidade do ser humano...”, devemos considerar as necessidades “...no seu conjunto, uma vez que a pessoa forma um todo integrado”, bem como a satisfação de uma delas determina sempre impacto na satisfação de outras necessidades.<sup>(84, p.53)</sup>

Como as necessidades de ordem espiritual fazem parte do quadro das necessidades humanas fundamentais, são indissociáveis das necessidades físicas, psicológicas e emocionais e, portanto, requerem igualmente uma intervenção adequada, competente e profissional dos enfermeiros.

Na análise do modelo conceptual de Virgínia Henderson, Phaneuf conceitua necessidade humana fundamental como “uma necessidade vital que a pessoa deve satisfazer a fim de conservar o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual e assegurar o seu desenvolvimento”.<sup>(84, p.40)</sup> Continuando o aprofundamento, Henderson identificou catorze necessidades fundamentais, associadas às grandes dimensões do ser humano: dimensão física, afetiva e relacional, espiritual e intelectual. Neste modelo, as causas ou perturbações na satisfação de uma necessidade e a dependência que elas ocasionam confere-lhe o sentido de “fontes de dificuldades”, que podem ser “de natureza física, psicológica (emotiva e cognitiva), socioculturais e espirituais ou ligadas ao ambiente (meio, condições económicas)”.<sup>(p.4)</sup>

Na lógica do cuidado humano transpessoal, Watson conceitua as necessidades humanas no sentido de ser amado, cuidado, alvo de consideração positiva, de ser aceite, compreendido e valorizado, de união, de transcender a vida individual e encontrar a harmonia. Neste conceito, é reforçada a “necessidade de crescimento e atualização do eu espiritual, de forma a manter a harmonia entre o corpo, a mente e a alma (espírito)”. Acrescenta que as “transações humanas do cuidar” contribuem para o desenvolvimento da essência espiritual da pessoa, bem como para o seu autorrestabelecimento e autoconhecimento.<sup>(51, p.103)</sup>

Com base nas tradições espirituais, o ser humano apropria-se de uma realidade espiritual de pertença e, ao fazê-lo, é moldado de acordo com essa realidade. De facto, a intencionalidade tem vantagens na medida em que essas práticas espirituais são reconhecidas, associadas ou não a recursos religiosos tradicionais, que podem variar no grau de compromisso.<sup>(85)</sup> O impacto da relação espiritualidade/religiosidade na pessoa doente pode ter um papel decisivo na tomada de decisão sobre as opções terapêuticas, confirmado cada vez mais, pelas evidências científicas da relação entre a espiritualidade e os resultados positivos de saúde,<sup>(14,86)</sup> embora tenha sido associada, também, a potenciais efeitos negativos sobre a saúde espiritual e o bem-estar, com manifestações de sofrimento e angústia espiritual.<sup>(19,25,87)</sup>

A espiritualidade constitui a pedra angular da enfermagem holística e o cuidado espiritual um dever ético<sup>(44,85)</sup> que os doentes consideram prioritário durante a hospitalização.<sup>(88,89)</sup> Assim, o foco de atenção de enfermagem, da dimensão física, requer a

assunção de um conceito de cuidado que, assente em pressupostos fenomenológicos e de abertura às dimensões espirituais, conduza a um cuidado terapêutico de natureza intersubjetiva.

Neste sentido, compreender as crenças espirituais, as experiências relevantes e o seu grau de intencionalidade para o doente, é condição necessária para oferecer uma resposta adequada, visando cuidados holísticos, pelo que se torna necessária uma avaliação multidimensional e interdisciplinar da pessoa doente, através de instrumentos de avaliação da espiritualidade cada vez mais aperfeiçoados em função da investigação que decorre em diferentes contextos.

De uma forma geral, os modelos de avaliação espiritual existentes refletem dois domínios principais: a avaliação das práticas religiosas e das experiências subjetivas, como o significado, propósito, amor, força, respeito, confiança e a sua relação com a saúde.<sup>(27)</sup> Mas, encontrar uma linguagem apropriada para construir um instrumento que considere a pluralidade espiritual dirigida a participantes religiosos ou não religiosos tem sido considerado tarefa difícil. Alguns instrumentos usam frases como “a fé em Deus”, enquanto outros, usam apenas a linguagem genérica para medir a experiência subjetiva ou existencial, de forma a não excluírem ninguém e serem capazes de traduzir as diferentes sensibilidades e subjetividades de que se reveste a natureza humana.

Neste contexto, a literatura científica reflete a existência de um grande número de instrumentos concebidos para a avaliação das necessidades espirituais e bem-estar espiritual, no entanto, permanece a escassez de instrumentos de qualidade, especialmente construídos para medir o bem-estar espiritual, suportados por uma base teórica sólida.<sup>(6)</sup> Por exemplo, num estudo qualitativo desenvolvido em participantes com doença oncológica, o termo assistência espiritual foi interpretado como sendo equivalente a práticas religiosas.<sup>(13)</sup> Este facto pode estar relacionado com as muitas formas de expressão espiritual em que, para muitos crentes, a prática de uma religião é apenas uma delas.<sup>(14,83)</sup>

Como a doença confronta a pessoa com a realidade de proximidade com a sua mortalidade, a religiosidade e a espiritualidade podem ser estratégias de apoio cada vez mais importantes para os doentes na construção do seu bem-estar espiritual. Assim, a avaliação da espiritualidade pode proporcionar uma abordagem sistematizada, para conceber e planear a assistência dirigida a uma das necessidades, muitas vezes negligenciada e fundamental aos processos terapêuticos da pessoa doente.

Na atenção à dimensão espiritual na prática de cuidados, embora os enfermeiros aleguem prestar cuidados holísticos e considerem o cuidado espiritual incluído no seu papel, em articulação com a equipa interdisciplinar, são muitos os estudos que referem ser os cuidados espirituais ainda negligenciados, descuidados e esquecidos na assistência da maioria das pessoas doentes, durante a hospitalização.<sup>(2,13,44,87,89-93)</sup>

Os resultados dos estudos desenvolvidos dão ênfase às necessidades espirituais não satisfeitas,<sup>(89,94)</sup> apontando que a maioria dos participantes referiu que o sistema de saúde (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde) não dava resposta às suas necessidades espirituais e religiosas. Verificou-se, ainda, que a satisfação das necessidades espirituais é importante para as pessoas doentes e em fim de vida.<sup>(9)</sup>

Outros autores vão mais longe e alegam que a atual exigência contextual da organização dos cuidados com prioridades centradas na alta mobilidade de doentes, menor tempo de permanência na unidade de saúde, associada à falta de coragem, de conhecimento formal, de habilidades e de tempo dos profissionais de saúde, são fatores que condicionam um cuidado integrador que não dispensa a dimensão espiritual. Também, o sentido subjetivo e individual da espiritualidade poderá ser outro fator dificultador para o reconhecimento de necessidades espirituais, do diagnóstico e das intervenções adequadas por parte dos enfermeiros. Neste contexto, será um desafio para os profissionais de enfermagem encontrar formas de responder às necessidades espirituais dos doentes que concretizem a plenitude do cuidado. No caso particular dos cuidados paliativos, pela natureza dos seus objetivos, a gestão dos cuidados espirituais está mais assegurada e os profissionais de saúde possuem uma maior preparação para atender não só as necessidades físicas, mas também as necessidades espirituais dos doentes,<sup>(95)</sup> em oposição aos doentes em fase aguda, que referem que os recursos eram menores em termos de profissionais de saúde e estes não tinham tempo<sup>(96)</sup> nem competências para atenderem as necessidades espirituais.<sup>(97,98)</sup> Aliás, um estudo com doentes hospitalizados por doença aguda evidenciou uma importante crença espiritual, apesar de muitos deles não mencionarem práticas religiosas.<sup>(99)</sup>

Da revisão sistemática realizada a 18 estudos publicados no período de 2000 a 2010, em que a maioria dos participantes apresentava doença avançada e progressiva,<sup>(4,6,9,100-104)</sup> com o objetivo de identificar as necessidades espirituais manifestadas pelos participantes durante a hospitalização, para além das práticas religiosas que emergiram como uma necessidade expressa, foram identificados quatro componentes principais: 1) sentido de vida,

manifestado através das experiências vivenciadas com significado, do sentido encontrado na doença e da demonstração de uma atitude positiva perante a vida,<sup>(4,13,100-105)</sup> necessidade de ter esperança e confiança,<sup>(6,13,106)</sup> perda de sentido de vida,<sup>(13,103,107)</sup> necessidade de ter capacidade de reavaliar a vida;<sup>(102)</sup> 2) relacionamento com o próprio, família e pessoas significativas, traduzido através da necessidade de compreender e de se sentir incluído nos processos de tomada de decisão sobre a sua saúde,<sup>(13,27,100)</sup> de adaptar-se à nova situação de saúde e de aprender para melhor lidar com a doença ou deficiência,<sup>(108)</sup> de poder reencontrar-se consigo próprio,<sup>(13)</sup> e reconhecer e gerir o processo de morte,<sup>(6,18,102)</sup> fazer a transição sem remorso,<sup>(109)</sup> a perda de papéis e de identidade e o medo de morrer.<sup>(19)</sup> Convém acentuar que, perante a presença de uma situação de doença, os participantes crentes e não crentes podem demonstrar, conscientemente, falta de controlo sobre a sua vida, como uma necessidade espiritual.<sup>(91,110)</sup> No que respeita ao relacionamento com os outros e com a família, foram expressas a necessidade de estar acompanhado pela família e pessoas significativas<sup>(4,9,103,107)</sup> e de receber estima, conforto da família, e simpatia no atendimento durante a doença.<sup>(88,106)</sup> Na relação com os outros, vivenciada na comunicação interpessoal, pode proporcionar um forte indicador, na medida em que a pessoa doente se sente cuidada, conformando um aspeto da experiência que, muitas vezes, é recordado, quer pelo doente quer pela família, após a hospitalização;<sup>(26)</sup> 3) a ligação com Deus ou um ser superior foi manifestado através de necessidade de estar em harmonia e em paz com Deus,<sup>(88,100,111)</sup> de ter serenidade e paz de espírito,<sup>(107)</sup> de rever as crenças,<sup>(13,27)</sup> manter-se próximo de Deus e garantir um lugar no céu,<sup>(109)</sup> e da necessidade de perdoar e ser perdoado.<sup>(88)</sup> Nesta componente, ainda foram apontados, presença de sentimentos negativos de ter sido abandonado por Deus, sentimentos de cólera, culpa, perda de esperança e de interesse pela natureza,<sup>(104)</sup> necessidade de perdão e reconciliação com o ser superior;<sup>(6,104)</sup> 4) ligação com o transcendente, expressa na necessidade de transcender o ser espiritual no mundo físico e social, de superar a doença, de sentimentos de harmonia e comunhão com Deus ou um ser superior e de fé,<sup>(88,101,102,109,111)</sup> na autodescoberta através da ecoconsciência,<sup>(14)</sup> e necessidade de aceitar a morte como um processo natural da vida, com serenidade, paz interior e autenticidade.<sup>(107)</sup>

No desenvolvimento de um modelo de necessidades espirituais para dar resposta aos doentes idosos hospitalizados, foi incluída a dimensão “os valores“, definida como um sistema que determina a bondade e a verdade da pessoa e as suas opções de vida.<sup>(108)</sup> Embora esta componente seja pouco explícita nas definições de espiritualidade encontradas na literatura científica, os autores deste modelo, à semelhança de Watson, consideraram-na

importante no contexto hospitalar e, sobretudo, essencial para os doentes sentirem que o seu sistema de valores é respeitado pelos profissionais de saúde, enquanto afirmação e reconhecimento da sua autonomia, integridade e dignidade humana.

Num estudo de carácter qualitativo, realizado com o objetivo de conhecer a perceção dos idosos hospitalizados relativamente à espiritualidade e como a experienciavam, emergiram quatro temas principais: 1) a espiritualidade relacionada com a boa saúde e a religião; 2) a espiritualidade como experiência; 3) a oração como forma de expressar a espiritualidade; 4) a equipa médica e de enfermagem como auxiliar na expressão da espiritualidade.<sup>(112)</sup>

Para alguns autores, a vivência plena da espiritualidade manifesta-se no relacionamento com os amigos, com os familiares, no contacto com a natureza, a música, as artes, ou ainda através de um conjunto de crenças filosóficas, teológicas e de práticas religiosas.<sup>(53,87,113)</sup> A oração individual foi identificada como a prática espiritual mais utilizada num estudo desenvolvido com mulheres com cancro da mama.<sup>(114)</sup> A meditação e a realização de trabalho voluntário na comunidade de pertença constituíram também as atividades de carácter espiritual identificadas pelas participantes em outro estudo.<sup>(115)</sup>

O recurso à espiritualidade/religiosidade revela-se semelhante nas pessoas que “não são muito crentes”. Com a procura de significados positivos, como a deposição de confiança no divino, na oração e nas promessas, as pessoas parecem obter tranquilidade, fé, esperança no futuro e sentido de vida, expressa num estudo de abordagem qualitativa com participantes ostomizados, ao referirem “*Nunca fui muito de igreja, mas a vida ensina-nos que há algo lá em cima que se lhe pedimos com fé?! Vejo agora a vida de outra maneira*”, tendo outro participante acrescentado “*Foram ouvidas as minhas preces, senão, não estava aqui*”.<sup>(116)</sup> Apesar destas práticas espirituais não estarem confinadas a pessoas doentes hospitalizadas, continuam a ter interesse no que concerne ao seu conhecimento, a fim de proporcionar espaço e motivação ao doente como recurso na busca de significado na doença e no sofrimento durante a hospitalização.

Uma questão colocada nos diversos estudos de análise da espiritualidade e do cuidado espiritual está relacionada com o elemento da equipa de saúde que deve prestar cuidados espirituais, colocando a responsabilidade entre a equipa de enfermagem ou de outro elemento da equipa de saúde. Além disso, nos últimos anos, os cuidados hospitalares nas sociedades ocidentais tornaram-se holísticos, favorecendo a integração da dimensão espiritual.

Embora os doentes recorram, em primeiro lugar, às suas capacidades intrínsecas e/ou aos elementos da família, no que respeita à procura de apoio espiritual antes de procurarem o apoio de profissionais de saúde,<sup>(13)</sup> a prestação de cuidados espirituais deve ser também uma das funções da enfermagem.<sup>(4,9,13,27,89,117,118)</sup> No entanto, alguns autores<sup>(97,118)</sup> alertam que, na prática dos cuidados espirituais, os enfermeiros encontram dificuldades no seu envolvimento neste domínio.

Uma das opções adotadas pelos enfermeiros nos hospitais, quando um doente apresenta necessidades espirituais, é solicitar a presença do capelão ou outro representante religioso, embora esta abordagem simples de assistência espiritual, utilizada em instituições mais seculares, exclua os doentes que não professam uma religião, o que é incompatível com o cuidado holístico.<sup>(70)</sup>

Para além da delegação de funções, existem outros obstáculos identificados pelos enfermeiros relacionados com o contexto económico e ambiental (tempo, recursos humanos e organização dos cuidados), com os profissionais de enfermagem (falta de conhecimentos ou habilidades) e com a pessoa doente (a natureza íntima e de difícil abordagem).<sup>(95)</sup>

Apesar dos obstáculos, os enfermeiros admitem a sua responsabilidade no reconhecimento das necessidades espirituais dos seus doentes, no entanto, só uma pequena percentagem as identifica e reconhece alguns diagnósticos.<sup>(119)</sup> Os resultados de um estudo com doentes com doença oncológica avançada e progressiva, sugerem que a dimensão espiritual é uma componente importante da qualidade de vida e está intimamente relacionada com sintomas físicos e psicológicos.<sup>(120)</sup> Outro estudo realizado com um grupo de veteranos de guerra, com colostomia, concluiu que a sua qualidade de vida espiritual era influenciada pela ostomia. Deste modo, os resultados dos estudos sobre a espiritualidade/religiosidade destes ou de outros doentes podem auxiliar os enfermeiros na prestação de cuidados holísticos.<sup>(121)</sup>

Com base na teoria de bem-estar espiritual na doença e com recurso à utilização da SAS, foi realizado um estudo em pessoas com doença grave ou fatal cujos resultados demonstraram sete diagnósticos de enfermagem relacionados com alterações da integridade espiritual: dor espiritual; alienação espiritual; ansiedade espiritual; culpabilidade espiritual; raiva espiritual; perda espiritual e desespero.<sup>(2)</sup> Confirmam diversos estudos que a angústia espiritual tem sido associada a uma redução no bem-estar e qualidade de vida da pessoa doente.<sup>(19,26,88)</sup>

Diversos estudos evidenciam a posição privilegiada que os enfermeiros têm na assistência espiritual aos doentes que estão ao seu cuidado, <sup>(92,103,122)</sup> no entanto para poderem prestar essa assistência, subsistem duas condições: a primeira, é determinar a natureza e o grau de envolvimento da enfermagem no cuidado espiritual e, a segunda, é construir um sistema hierárquico de cuidados espirituais na equipa de saúde.<sup>(85)</sup>

A ideia de que o cuidado espiritual pertence exclusivamente às funções do capelão ou outro representante religioso é contestada, com fundamentação na conceptualização do cuidado espiritual, base de sustentação para o enfermeiro na avaliação das necessidades espirituais do doente.<sup>(123)</sup> O pressuposto básico neste trabalho é que a assistência espiritual faz parte das funções profissionais dos enfermeiros e, assim, é sua tarefa cuidar das necessidades e problemas espirituais dos doentes.

A espiritualidade, como um foco de atenção da enfermagem, deve ser limitada aos aspetos que se relacionam especificamente com a saúde, e os enfermeiros têm de reconhecer quando o seu envolvimento com a dimensão espiritual ultrapassa as suas competências.<sup>(85)</sup> Neste sentido, o enfermeiro que faz a avaliação das necessidades espirituais da pessoa doente deve ter a capacidade de transmitir uma mensagem positiva de vida e cuidar no respeito pela singularidade da pessoa. Assim, os enfermeiros, ao reconhecerem a importância que a espiritualidade tem para a pessoa doente e ao avaliarem as necessidades espirituais específicas, podem desenvolver intervenções adequadas e contribuir para a promoção do seu bem-estar espiritual. Igualmente, promover a espiritualidade no paradigma da disciplina de enfermagem pode ser uma forma de promover e otimizar a saúde, especialmente como resposta ao sofrimento e à doença.<sup>(124)</sup>

A saúde espiritual e o sofrimento não são estados antiéticos, mas podem coexistir com a capacidade de cada um interpretar o sofrimento e contribuir positivamente para a caminhada espiritual, quer do enfermeiro quer da pessoa doente.<sup>(85)</sup> Esta via espiritual pode contribuir para o desenvolvimento da resiliência em situação de doença e sofrimento.<sup>(31,122,125)</sup>

Os doentes expressam as necessidades espirituais de forma subtil e, por vezes, a doença ocorre num contexto desencadeador de sofrimento, e enquanto resposta ao processo de saúde/doença, este deve ser um foco de atenção da intervenção de enfermagem.

O cuidado espiritual está fundamentado na razão e reflexão (procura de sentido nas experiências de vida vivenciadas em contextos mais ou menos extremos, consideradas como um traço essencial e universal ao ser humano), na religião (como um meio de expressão da

espiritualidade através de um quadro de valores, crenças e práticas religiosas), nos relacionamentos (relações que o ser humano estabelece consigo próprio, com os outros e com Deus ou outro foco de atenção, como por exemplo, a natureza), e na restauração (influência positiva da espiritualidade sobre os aspetos físicos da pessoa como, por exemplo, certos eventos de vida que podem servir de obstáculo à restauração da dimensão física), resultando em sofrimento espiritual.<sup>(123)</sup>

Por outro lado, o cuidado espiritual não deve ser normalizado, como não deve estar só previsto apenas para aqueles que acreditam de uma determinada forma. O cuidado espiritual é para todos os crentes e não crentes sempre que o desejarem, porque envolve o que dá sentido e valor ao ser humano. Assim, a natureza do cuidado espiritual deve basear-se na relação mútua entre enfermeiro e pessoa doente, construída na confiança, visando ajudar a encontrar significado na doença e no sofrimento.<sup>(51,44,97)</sup> Igualmente, torna-se importante considerar o cuidado espiritual, não uma característica compartimentada do tratamento, mas uma atitude transversal à abordagem multidisciplinar dos cuidados à pessoa doente.<sup>(126,127)</sup> Por isso, são os profissionais de saúde que devem estar mais conscientes do impacto da espiritualidade na vida do doente e tornar-se mais qualificados na prestação desse atendimento.<sup>(46,97,101,118)</sup> Pode ser necessário ao enfermeiro reconhecer a sua espiritualidade pessoal para a poder utilizar como estratégia de reflexão sobre a prática, bem como consciencializar-se sobre a singularidade de cada pessoa no respeito pela relação existente entre a mente, o corpo e o espírito.<sup>(46,92,123)</sup>

Em forma de síntese, a literatura científica revela que os doentes consideram importantes as necessidades religiosas e desejam que os profissionais de saúde lhes proporcionem resposta sempre que necessário. Outro aspeto apontado está relacionado com a falta de instrumentos adequados de avaliação clínica das necessidades espirituais dos doentes, além de alguns obstáculos identificados pelos profissionais de saúde na abordagem desta dimensão, tendo em conta o seu âmbito individual, subjetivo, abstrato e invisível. Igualmente, há estudos que referem que se deve incluir não só o doente mas os cuidadores informais e ainda desenvolver a investigação neste âmbito em populações diversificadas.

Relativamente às necessidades espirituais, estas englobam os aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais do ser humano, incluem mas não se limitam à procura de sentido e propósito na vida, ao relacionamento harmonioso com o próprio, com a família, amigos e outros significativos e com Deus/ou poder supremo, à capacidade de perdoar e ser

perdoado, à motivação na procura de soluções e energia para manter o seu autocontrolo, de compreender a sua situação de saúde ou doença e de lhe atribuir sentido. As necessidades espirituais são humanas e fundamentais, independentemente da filiação religiosa, e nos processos de doença podem proporcionar à pessoa reavaliar o sentido da sua vida através da partilha de amor, na compaixão, no perdão e sobretudo na capacidade de estar preparado, para a vivência de situações adversas que atravessam os percursos de vida.

Na medida em que se reconhece que a espiritualidade pode contribuir como estratégica para a compreensão da situação de doença, para a adaptação e a adesão ao regime terapêutico, para a sua eficácia, torna-se necessário, sobretudo, a compreensão das espiritualidades dos doentes e o cuidado centrado na totalidade da pessoa como ser singular. Assim, para os enfermeiros entenderem a pluralidade das espiritualidades, crenças, valores e experiências dos doentes, implica a individualização e intencionalidade dos cuidados de enfermagem e, naturalmente, a necessária profundidade da compreensão humana, balizada pela especificidade da situação clínica e da competência do enfermeiro neste âmbito.

### **1.5. As necessidades religiosas da pessoa doente hospitalizada**

Em Portugal, existem diversos documentos de forma a garantir os direitos de liberdade de consciência, de religião e de culto. A Constituição da República Portuguesa, no capítulo I - liberdades e garantias pessoais, artigo 41º, consagra “a liberdade de consciência, de religião e de culto”, e acrescenta ainda que “é inviolável e garantida a todos em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e o direito internacional aplicável.”<sup>(128, p.4648)</sup> No mesmo sentido, a Carta dos Direitos do Doente Internado agrupa direitos consagrados em diversos textos legais, nomeadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Assim, no ponto 2, refere que o doente internado tem “direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas”. Explicita, ainda, que “cada pessoa é um todo único e singular, protagonista de uma história e de uma entidade cultural e espiritual, que para muitos se define religiosamente” e indica as estratégias para “promover a consciência sobre a dimensão espiritual e investir na formação dos profissionais e criar um novo modelo de serviço assistencial espiritual e religioso dirigido à pessoa doente”.<sup>(129, p.4)</sup>

Na enfermagem, Florence Nightingale apelou à tolerância no que concerne a todos os tipos de crenças, rituais e práticas culturais, dando importância à diversidade cultural na prática dos cuidados. Salientou, ainda, o interesse pelo estudo e compreensão das grandes religiões, de forma a cuidar da pessoa como um todo.<sup>(130)</sup>

No mesmo sentido, o Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses afirma que é dever do enfermeiro: a) “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica ... ideológica e religiosa; f) respeitar e fazer respeitar as opções ... culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer nestas áreas os seus direitos”.<sup>(131, p.54)</sup>

A APCP construiu um documento orientador para a formação dos enfermeiros baseado na “*Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe*” da European Association for Palliative Care, sugerindo a inclusão de conteúdos gerais e específicos relacionados com o sofrimento e a espiritualidade nos currículos de formação em enfermagem inicial e avançada.<sup>(34)</sup>

Diversos estudos têm demonstrado o papel positivo da religiosidade nos processos de saúde/doença, facilitando as transições normativas, como o nascimento, a adolescência, o casamento, o envelhecimento, e as não normativas, como a doença, o sofrimento e a morte.<sup>(7,18)</sup> Embora alguns estudos evidenciem o efeito protetor que as crenças religiosas conferem ao ser humano nas situações de doença, nem sempre proporcionam uma visão positiva destas experiências, podendo influenciá-las também negativamente, através de sinais de medo e sentimentos de culpa.<sup>(47)</sup>

Também as práticas religiosas são apontadas como essenciais no diagnóstico de doença grave, crónica e na hospitalização.<sup>(13,19,27,89,103)</sup> Orar com os mais significativos, ter o apoio do orientador espiritual, receber a comunhão,<sup>(4,9)</sup> a leitura de textos religiosos, a discussão sobre Deus e a vida eterna,<sup>(6)</sup> ter um lugar de culto e ser respeitado nas suas crenças<sup>(106)</sup> e ter suporte religioso,<sup>(105)</sup> são algumas das práticas identificadas nos diferentes estudos.

No estudo realizado com 811 doentes, de 50 ou mais anos de idade, hospitalizados em cuidados intensivos e cuidados continuados, as crenças e práticas religiosas eram comuns entre eles, especialmente quando apresentavam problemas relacionados com a agudização da doença, que comprometiam o funcionamento físico e a qualidade de vida. Também demonstrou a existência de uma crescente evidência científica de que a religiosidade pode estar associada a uma melhor saúde física e uma maior longevidade, bem como a um melhor

estado de saúde mental e de apoio social e ainda influenciar a utilização dos serviços de saúde.<sup>(88)</sup> Contudo, os estudos que têm avaliado a associação entre o envolvimento religioso e a hospitalização têm apresentado resultados controversos.

A construção das crenças religiosas tem o seu início nos grupos de pertença, embora ao longo da vida sofram alterações em resultado do desenvolvimento da fé, do envelhecimento, da doença e perda, podendo tornar-se mais fortes. Assim, a orientação religiosa anterior pode ser um bom preditor da religiosidade nas pessoas com idade avançada.<sup>(37)</sup>

Num estudo desenvolvido com 220 idosos com doença crónica, tendo por base a teoria de continuidade do eu espiritual de Atchley, foi verificado que existiam diferentes atitudes, com ênfase para as crenças e as práticas culturais (ou seja, religiosidade) e sobretudo a consciência da espiritualidade experiencial que os idosos adotaram na promoção da sua vida espiritual. Foi também verificada uma forte correlação entre a religiosidade privada e a espiritualidade experiencial,<sup>(132)</sup> cuja opção pode ser por escolha ou por necessidade devido às condições incapacitantes ou a outras perdas que incentivam a outras expressões particulares de fé.

A doença física pode levar a pessoa a questionar as suas crenças e valores, principalmente na presença de dor ou sofrimento, referindo falta de fé. Além disso, pode referir sentimentos de abandono ou expressar raiva em direção a Deus ou a um ser transcendente, bem como levantar questões sobre a situação vivenciada como um castigo de Deus.<sup>(133)</sup>

Alguns autores sugerem que os idosos que utilizaram mais a oração individual (religiosidade intrínseca) na adaptação à situação de doença, expressaram mais facilmente as suas experiências espirituais. Assim, a religiosidade pode ser uma fonte de esperança e fortaleza, na busca de sentido de vida, além de servir de recurso no atendimento dos propósitos espirituais.<sup>(9,132)</sup> Os mesmos estudos fizeram referência aos efeitos positivos do uso do *coping* religioso nos processos de transição saúde/doença do ser humano que, associado a uma reinterpretação positiva, proporciona mais força para a gestão da doença, melhoria do bem-estar e satisfação com a vida. Contudo, outros estudos apontam as necessidades relacionadas com as práticas religiosas como aquelas menos satisfeitas pelos serviços de saúde.<sup>(88,103)</sup>

A fé de natureza religiosa dirige-se para algo superior e sobrenatural, com influência no alívio do sofrimento, uma vez que facilita as mudanças nas representações subjetivas face à doença e ao crescimento pessoal.<sup>(118)</sup> Como exemplo, num estudo, quase metade dos doentes idosos hospitalizados referiram que a fé religiosa era o fator mais importante que lhes permitiu enfrentar a situação de doença e a hospitalização. Assim, a fé religiosa é um fenómeno multidimensional que pode influenciar a saúde e o bem-estar do indivíduo, embora os fatores temporais (por exemplo, as variáveis demográficas) também possam estar relacionados com o controlo pessoal face as transições saúde/doença.<sup>(111)</sup>

As crenças religiosas podem influenciar a tomada de decisão da pessoa doente ou da família como tutora de cuidados, nas situações de doença, principalmente quando os tratamentos não são admitidos pela religião professada (medicamentos, tratamentos como hemoderivados, produtos alimentares à base de alguns animais), ou no caso de a família transferir para as mãos de Deus a resolução de uma situação crítica da pessoa significativa e não aceitar os cuidados indicados para a situação vivenciada. Nestas situações, os profissionais de saúde devem respeitar as crenças religiosas e orientar os doentes e os seus familiares para a conciliação entre as crenças religiosas e a realidade da situação com primazia pela singularidade e direito à autonomia.<sup>(111)</sup>

Está reconhecido que as pessoas de todas as convicções religiosas oram a Deus ou a uma entidade da sua devoção. Durante a hospitalização, os doentes podem sentir a necessidade de aprofundar a relação com Deus através de diferentes expressões e manifestações consoante a sua crença religiosa. A oração pode assumir, nesta fase, uma importância determinante e é feita muitas vezes com o objetivo de pedir proteção, outras de agradecimento por uma graça concedida. Assim, se orar é estar em relação com um ser superior ou o transcendente, esta manifestação religiosa torna-se o reflexo das experiências vivenciadas, influenciadas pela cultura e contexto, que afirmam a crença na existência de algo superior. Como comprovam os resultados de um estudo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, com uma amostra constituída por 70 doentes com cancro em estadió avançado, na sua maioria, os doentes consideram a oração como apoio espiritual.<sup>(134)</sup>

A oração pode assumir diferentes formas, entre as quais a oração por devoção que envolve um diálogo íntimo com Deus e está associada com o otimismo e bem-estar e, em oposição, a oração de pedido de ajuda apenas em situações extremas, no entanto, na ausência de uma fé pré existente, pode estar associada a um aumento da angústia e mal-estar.<sup>(8)</sup>

Apesar das necessidades culturais e religiosas serem inerentes a todos os seres humanos, os enfermeiros devem ter em atenção que algumas pessoas podem partilhar conceitos e crenças religiosas semelhantes, embora não partilhem os mesmos princípios culturais.<sup>(46)</sup> A evidência confirma a importância da oração durante a hospitalização, alerta, no entanto, para a necessidade da adoção desta estratégia, por parte dos enfermeiros, desde que seja feita a avaliação da fé dos doentes para a adequação da forma e do conteúdo. Neste sentido, os doentes hospitalizados que não têm uma fé pré existente e cujas orações envolvem pedidos desesperados de ajuda, podem precisar de acompanhamento adicional de profissionais de enfermagem competentes.<sup>(8)</sup>

Tendo em conta que nem todas as pessoas são religiosas, e que existe uma grande variedade de diferentes credos e expressões possíveis de religiosidade, é provável que existam diferentes pontos de vista sobre a religião entre as pessoas doentes. Neste sentido, o propósito da avaliação da fé pessoal da pessoa doente tem como finalidade identificar a forma como lida com a doença, as convicções religiosas ou outras que têm impacto na tomada de decisão sobre o planeamento de cuidados de saúde. O enfermeiro deve ter presente que se um doente se sente desconfortável ao falar sobre a sua religião e as questões espirituais, a avaliação da história espiritual deve ser suspensa.<sup>(87)</sup> Deste modo, o respeito pelas crenças individuais da pessoa doente proporciona um melhor acolhimento e estabelece um vínculo de confiança que facilita a adesão à terapêutica, promove o bem-estar e aumenta a satisfação com os cuidados.

Quanto ao apoio religioso disponibilizado aos doentes hospitalizados, os estudos realizados comprovam a importância das práticas religiosas no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida dos doentes.<sup>(87,89)</sup> Igualmente, num estudo comparativo entre um grupo de participantes saudáveis *versus* grupo de participantes com doença crónica, foi verificado que as práticas religiosas convencionais aumentam com a idade e que os participantes com uma orientação cristã e uma atitude religiosa e espiritual apresentaram pontuações superiores de práticas religiosas. Os participantes com esclerose múltipla evidenciaram pontuação mais baixa em todas as cinco dimensões do bem-estar espiritual (prática religiosa convencional; prática existencial; prática religiosa não convencional; prática orientada para a natureza/meio ambiente; prática humanista), enquanto os participantes com doença oncológica apresentaram pontuações baixas apenas na prática humanista e nas práticas religiosas não convencionais.<sup>(11)</sup>

O último estudo “Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas”, realizado em 2011, solicitado pela Igreja Católica Portuguesa ao Centro de Estudos

de Religiões e Culturas e Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa, envolveu um inquérito a 4000 participantes, com o objetivo de saber como é que os portugueses se posicionam perante a religião, a regularidade das suas práticas, a frequência da oração e ainda conhecer o papel da religião na sua vida. Este estudo apresenta a caracterização da população católica a partir da perspetiva da diferenciação face a outras posições religiosas e a sua pluralidade interna. Num universo formado pelos residentes em Portugal, com 15 e mais anos, verificou-se que quatro em cada cinco portugueses são católicos e quase metade vai à missa. Em relação ao último estudo realizado em 1999, o número de crentes decresceu de 86,9% para 79,5%, enquanto os não crentes ou sem religião aumentaram de 8,2% para 14,2%, assim como o número de pessoas com uma posição religiosa diferente da católica, de 2,7% para 5,7%. A zona norte apresentou um maior número de pessoas crentes. No que concerne à religião, os participantes referiram que a mesma dá sentido à vida, aumenta a capacidade de perdoar (28,9%), ajuda a dar valor à família (27%), permite ser melhor (24,5%) e aceitar a dor e a morte (18,7%). Quanto à moral humanitária, 32,7% refere que a religião contribui para o desejo e vontade de ajudar os outros. De um modo geral, os não crentes são mais novos, enquanto os crentes se repartem por todos os grupos etários, maioritariamente no grupo mais envelhecido.<sup>(135)</sup> Embora a prática religiosa tenha diminuído substancialmente, uma alta proporção da população portuguesa continua a exercer a sua prática religiosa e a atribuir à religião uma elevada importância na sua vida.

Este estudo, também confirma que Portugal continua a ser um país de maioria católica, com indicadores de crença e prática religiosa elevada, comparativamente à maioria dos países europeus.

Nos últimos anos, verificou-se um crescimento exponencial das pessoas sem religião, constituindo o segundo maior grupo da população portuguesa, o que confirma a tendência geral observada já há algum tempo, nos outros países da Europa.<sup>(81)</sup>

Em síntese, os participantes dos diferentes estudos analisados consideram as necessidades religiosas importantes e desejam que os profissionais de saúde lhes proporcionem resposta, sempre que necessário. A prática religiosa intrínseca e extrínseca convencional, influenciada pelo género e pelos aspetos culturais, aumenta com a idade e com a baixa instrução, daí a sua importância para a promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual, o autoconhecimento e consciencialização da situação que a pessoa doente hospitalizada vivencia, atribuindo-lhe sentido pessoal.

## 1.6. O bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada

A espiritualidade, como fator integrador das diferentes dimensões do ser humano, manifesta-se, particularmente, associada à doença, à perda ou quando o ser humano se confronta com o sofrimento ou a morte.

Para a maioria dos doentes hospitalizados, existe risco de sofrimento espiritual, no entanto, cada pessoa reage de maneira diferente às situações de crise, enquanto umas podem manifestar falta de resiliência, outras encontram reforço na harmonia entre a mente, o corpo e o espírito, motivando-as a reconstruir o seu projeto de vida, através das mudanças e da reorganização dos papéis.<sup>(136)</sup>

Embora o bem-estar espiritual seja considerado uma das necessidades do ser humano, é manifestamente difícil de medir com precisão, tendo em conta que os níveis de perceção do bem-estar espiritual mudam consoante os contextos sociodemográficos, culturais, clínicos e o estado de saúde. Para exemplificar, os resultados dos estudos relativamente à relação entre o bem-estar espiritual e o sexo têm sido, na generalidade, concordantes, apontando para a existência de um nível superior de bem-estar espiritual no sexo feminino.<sup>(11,137,138)</sup> Embora alguns autores confirmem estes resultados, outros não encontraram essa relação, demonstrando que podem ser os participantes do sexo masculino a apresentar níveis mais altos de espiritualidade em relação aos participantes do sexo feminino.<sup>(139)</sup> Estas diferenças poderão estar relacionadas com o contexto cultural, com as crenças e com o estadió de adaptação à situação de doença.

Num estudo desenvolvido com 210 participantes com doença oncológica, foi verificada a existência de uma correlação positiva muito significativa entre a idade *versus* espiritualidade, a idade *versus* fé pessoal e entre a idade *versus* práticas religiosas. Entre a idade e a paz espiritual foi encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa. Os resultados deste estudo demonstraram um sentido fortemente positivo de bem-estar espiritual dos seus participantes.<sup>(137)</sup> No entanto, no estudo com participantes sobreviventes de uma doença oncológica, foi evidente uma correlação positiva baixa entre a idade e as crenças e uma correlação negativa baixa entre a idade e a dimensão da esperança/otimismo. Este estudo evidenciou ainda uma associação significativa mas baixa entre as dimensões da qualidade de vida (dimensões funcionais) e as dimensões da espiritualidade.<sup>(138)</sup>

Relativamente aos tipos de bem-estar espiritual, num estudo com pessoas doentes e/ou com deficiência, foram identificados o bem-estar religioso, o bem-estar existencial e o bem-estar não espiritual, associados com diferenças na qualidade de vida nos vários domínios. Os doentes com maior nível de bem-estar religioso demonstraram mais conforto e força para ultrapassar a situação de doença. Nas dimensões física e emocional, os doentes com um nível superior de bem-estar existencial, apresentaram um nível superior de funcionamento quando comparados com o grupo de doentes com nível superior de bem-estar religioso.<sup>(40)</sup> Estes resultados são consistentes com resultados de estudos anteriores, com evidência para a associação positiva da espiritualidade com as atitudes que favorecem os comportamentos de saúde.<sup>(140)</sup> Naturalmente, a espiritualidade constitui o elemento estruturante da vida de todos os seres humanos, independentemente de serem crentes ou não.

Foi também evidenciada uma associação positiva, embora não significativa, entre o bem-estar espiritual e a fé no estudo desenvolvido em participantes com doença avançada. O nível de bem-estar espiritual entre os doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) e doentes com cancro, foi semelhante. Este facto pode estar relacionado com as necessidades espirituais comuns e os problemas vividos no final da vida, independentemente do tipo de doença. Neste estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no nível de bem-estar espiritual dos doentes com SIDA.<sup>(141)</sup> No entanto, a baixa pontuação dos níveis de religiosidade pode refletir a raiva com Deus, pela não cura da sua doença e a sensação de abandono por Deus.<sup>(142)</sup> A tomada de consciência da doença terminal está associada com bem-estar espiritual. O direito à verdade sobre a saúde, mesmo quando se trata de uma doença terminal, é um princípio ético que deve ser respeitado pelos profissionais de saúde e pela família.<sup>(6)</sup>

O nível de bem-estar espiritual de um grupo de doentes com insuficiência cardíaca foi superior ao nível do grupo sem insuficiência cardíaca. Estes resultados podem estar relacionados com o reconhecimento de sentido na experiência de doença. É de notar que não houve diferenças na espiritualidade diária, uma vez que as variáveis género e etnia foram controladas.<sup>(22)</sup> Num estudo longitudinal com pessoas hospitalizadas com problemas cardíacos médicos e cirúrgicos, foram evidentes os resultados que apontavam para a existência de diferenças significativas na relação entre o bem-estar religioso e o bem-estar existencial. A satisfação das necessidades espirituais estava significativamente correlacionada com o bem-estar espiritual, no entanto, a necessidade de participar em atividades religiosas não

apresentou uma correlação significativa com o bem-estar existencial. Esta situação apoia a construção teórica da diferença entre os dois conceitos.<sup>(143)</sup> Comprova outro estudo que a espiritualidade aumenta o bem-estar dos doentes com insuficiência cardíaca, quando existe adaptação pessoal às alterações resultantes da doença, e sobretudo quando mantêm o relacionamento com outras pessoas. Estas condições podem ajudar o doente na procura de sentido de vida e a aumentar o controlo da doença.<sup>(144)</sup>

Constata-se que níveis mais elevados de bem-estar espiritual se associam a níveis mais baixos de sofrimento, desespero e pensamentos suicidas em situações de doença avançada e progressiva em cuidados paliativos. E de igual modo, uma correlação positiva estatisticamente significativa, entre o bem-estar espiritual e a religião, o significado, a paz, a serenidade e a fé, num grupo de doentes com doença avançada e progressiva.<sup>(20)</sup> No entanto, pode ocorrer que doentes com níveis mais elevados de desesperança, apresentem níveis significativamente mais altos de espiritualidade.<sup>(139)</sup>

Na procura da identificação dos preditores de bem-estar espiritual, os estudos indicam a visão positiva da vida, a satisfação com as atividades diárias, as relações humanas satisfatórias, o equilíbrio na avaliação da vida<sup>(1)</sup> e ainda a perceção de autocontrolo.<sup>(144)</sup> Em oposição ao bem-estar espiritual, foram reconhecidas outras variáveis preditores, relacionadas com sentimentos de incerteza perante a evolução e prognóstico da doença, conflitos familiares, dificuldade na perceção de controlo<sup>(1)</sup> e falta de esperança.<sup>(139)</sup>

No estudo desenvolvido com dois grupos de participantes, com e sem incapacidades funcionais, foi verificado que os níveis de bem-estar religioso eram mais altos do que os níveis de bem-estar existencial, refletindo um maior sentido de transcendência vertical (das pessoas face a Deus, um ser supremo ou uma força superior) do que horizontal (em relação a si mesmas, aos outros e/ou ambiente). Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de bem-estar espiritual nos dois grupos em estudo.<sup>(136)</sup>

Através do estudo de pessoas doentes hospitalizadas com enfarte agudo do miocárdio, foi verificada uma correlação positiva moderada entre o bem-estar espiritual e a perceção do estado de saúde e também uma correlação moderada entre o bem-estar religioso e a perceção do estado de saúde e o sofrimento emocional. Neste estudo, foi reconhecida a capacidade dos profissionais de saúde para o atendimento das necessidades espirituais e emocionais, demonstrado através da correlação entre a satisfação dos doentes com a hospitalização e o apoio recebido. Os autores reforçam que os profissionais de saúde devem ajudar os doentes a

encontrar significado e propósito de vida, para que estes possam melhorar a sua perceção de saúde.<sup>(24)</sup>

Em síntese, os doentes em situação de hospitalização apresentam níveis de bem-estar espiritual positivamente correlacionados com a esperança e o suporte social e familiar, e baixos níveis de bem-estar espiritual na presença de sintomas de depressão, dificuldade na gestão da doença, ausência de suporte social e familiar. Os doentes com maior nível de bem-estar religioso demonstraram mais conforto e força para ultrapassar a situação de doença. No mesmo sentido, foi demonstrado que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o bem-estar espiritual e a importância da religião, serenidade, tranquilidade e conforto. Os diferentes estudos reforçam que os participantes com maior nível de bem-estar espiritual manifestam um maior controlo sobre a sua doença, e identificaram a espiritualidade como um recurso importante, que influencia o modo como as pessoas respondem aos eventos relacionados com a sua saúde.

Perante as dificuldades e a incerteza, muitas pessoas doentes podem desenvolver vínculos pessoais, redimensionar a sua forma de ser, mudar alguns aspetos da sua vida, que antes da doença não valorizavam. Pode, então, afirmar-se que o bem-estar espiritual e a melhoria da qualidade de saúde, sobretudo nas situações de doença crónica avançada ou incapacidade, bem como a avaliação do bem-estar espiritual, contribuem para aumentar o conhecimento e diagnosticar alterações da integridade espiritual, são cada vez mais evidenciados nos resultados da investigação empírica. Na sua aplicação, ao ter por objetivo ajudar as pessoas a encontrar significado na doença e no sofrimento, é importante que os profissionais de saúde promovam a utilização dos recursos espirituais e religiosos e estratégias de apoio às pessoas doentes, a fim de, num processo (co)partilhado, ajudarem a procurar significado de vida e de paz e a minimizar o desespero e a angústia espiritual.

Algumas tipologias de espiritualidade, descritas na literatura de enfermagem, são úteis na medida em que ilustram as diferenças, embora reconhecendo que a intenção não é o estereótipo dos indivíduos dentro dessas categorias, pelo contrário, a intenção é compreender o sentido intrínseco dessas posições e perceber as possíveis implicações para a prática de enfermagem.<sup>(85)</sup> Com base nas características relacionadas com a espiritualidade e a religiosidade, Morrison sugere uma tipologia que envolve três grupos: 1) as pessoas religiosas, que valorizam a fé religiosa, o bem-estar espiritual e o sentido da vida; 2) as pessoas que valorizam a perspetiva existencial e reconhecem o bem-estar, mas não a fé

religiosa e apresentam um alto nível de espiritualidade; 3) as pessoas não espirituais, que atribuem pouco valor à religiosidade, à espiritualidade ou ao significado e ao sentido de vida.<sup>(145)</sup>

No entanto, Moberg alerta para os cuidados que devem estar subjacentes ao uso das tipologias, referindo que, na generalidade, estão relacionadas com a espiritualidade, e apenas dão ênfase às características selecionadas como ideais, pelo que podem exagerar ou distorcer a realidade ao procurar fazer distinções claras. Assim, quando utilizadas indevidamente, as tipologias reforçam os estereótipos e tornam a compreensão, de cada uma delas, mais difícil para as pessoas. Neste sentido, um questionário nunca pode revelar a verdadeira natureza da espiritualidade ou bem-estar, só pode proporcionar indicadores que “refletem ou são consequência da saúde espiritual, e não o fenómeno em si”<sup>(37, p.54)</sup>.

Através da pesquisa bibliográfica foram identificados alguns instrumentos de avaliação do bem-estar espiritual com características semelhantes na abordagem das dimensões espiritual e religiosa. Neste contexto, apresentam-se como exemplo alguns instrumentos desenvolvidos para a avaliação das necessidades espirituais e do bem-estar espiritual, que podem ser utilizados na prática de cuidados e da investigação em enfermagem.

A *Spiritual Assessment Scale* (SAS), desenvolvida por O'Brien, traduzida, validada linguística e culturalmente para portugueses,<sup>(137)</sup> pretende avaliar o bem-estar espiritual na doença. Esta escala é constituída por 21 itens no total, cujas respostas podem ser expressas numa escala com cinco opções: “Concorda totalmente”, “Concorda”, “Indeciso”, “Discorda”, “Discorda totalmente”, sendo que quanto maior for a pontuação obtida, melhor é o bem-estar espiritual da pessoa. Está organizada em três subescalas, cada uma delas com sete itens: a subescala *fé pessoal*, com 7 itens; a subescala *prática religiosa*, com 7 itens; e a subescala *paz espiritual*, também com 7 itens. A autora evidencia que esta escala pode ser utilizada também para avaliar o bem-estar espiritual em pessoas que não estão vinculadas a uma religião convencional.

A *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS), de Paloutzian e Ellison, é uma das escalas mais utilizadas nos estudos consultados. É constituída por duas subescalas: bem-estar religioso (relação da pessoa com Deus) e bem-estar existencial (sentido e propósito e satisfação com a vida).<sup>(146)</sup>

O Inventário de Orientação Espiritual foi desenvolvido para medir a espiritualidade das pessoas não-religiosas. A escala inclui 85 itens, que medem nove adjetivos espirituais,

incluindo transcendência, significado e propósito na vida, altruísmo, idealismo, consciência da missão, sacralidade da vida e valores materiais.<sup>(147)</sup>

A avaliação funcional da doença crónica “*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)*”, é uma subescala que faz parte de uma escala mais extensa “FACIT” que tem como objetivo a medição da avaliação da qualidade de vida. A escala FACIT-Sp é uma medida de bem-estar espiritual que inclui duas subescalas: significado e paz (sentido) e fé na doença.<sup>(148)</sup>

O instrumento de medida “Faith and Belief, Importance, Community, Address in Care” (*FICA Spiritual History Tool*), é constituído por quatro questões que devem ser dirigidas à pessoa doente na admissão,<sup>(149)</sup> sendo, pela sua simplicidade, dos mais frequentemente utilizados na prática clínica.

Outros instrumentos identificados na bibliografia, e menos utilizados, englobam: *The Spiritual Involvement and Beliefs Scale (SIBS), the Greek version; The Spirituality Transcendence Measure (STM); Spirituality Index of Well-Being (SIWB); FACT-Sp, version 4.*

## 2. CONCEITOS E MODELOS DE SAÚDE

O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos tempos, com base nas expectativas dos seres humanos, influenciadas pelas condições socioeconómicas, concepções culturais, religiosas e filosóficas, bem como pela evolução do conhecimento técnico e científico.

Conceituar saúde não é tarefa fácil, tendo em conta as constantes revisões de que tem sido alvo ao longo dos anos. Ao analisar o conceito de saúde, verifica-se que, etimologicamente, deriva da palavra latina “salus”, que significa “salvação, conservação da vida.” O termo saúde apresenta outras significações que lhe conferem uma condição antropológica utilizada com frequência em diferentes contextos sociais das pessoas e grupos, de entre as quais: a saudação (quando se saúda alguém), o voto que se faz a alguém que espirra; o desejo de boa saúde na despedida; “estado de vigor e força física e mental”; áreas do estudo da saúde individual e coletiva (saúde pública, ciências da saúde); instituições que tutelam a saúde (ministério da saúde, secretaria de estado da saúde). Também pode ser conceituada do ponto de vista biológico “ausência de enfermidade” ou “estado de equilíbrio

dinâmico entre o organismo e o seu ambiente o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para a forma particular de vida (raça, género e espécie) e para a fase particular do seu ciclo vital.<sup>(150)</sup> O estado de saúde individual sempre foi uma preocupação do ser humano, relacionada com a sua sobrevivência e, mais tarde, com a ausência de doença,<sup>(151)</sup> e hoje cada vez mais dirigida a um nível ótimo de qualidade de vida.

Até à conferência realizada pela OMS e pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1946, não existia um conceito de saúde universalmente aceite. Nessa conferência, emergiu uma carta assinada por todos os signatários presentes com um conceito que até hoje, apesar da controvérsia, não mereceu alteração. O conceito de saúde divulgado pela OMS reconhece, desde então, o direito fundamental à saúde de todos os seres humanos sem distinção de raça, religião, credo político, condição económica ou social e o dever dos estados zelarem pela promoção e proteção da saúde dos indivíduos. O conceito exarado no preâmbulo diz que "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social não apenas a ausência de doença".<sup>(152, p.2)</sup> Esta definição acabou com a conceção negativa do conceito "ausência de doença" e identificou três dimensões da saúde: física, mental e social, com múltiplos fatores implícitos, que se interligam e que influenciam a saúde dos indivíduos. Embora a conceptualização de saúde continue a ser um marco positivo no desenvolvimento da sua compreensão, tem merecido críticas relacionadas com a sua operacionalização e sobretudo pela subjetividade dos componentes. Assim, o conceito tem sido considerado utópico e inacessível, visto que a ideia de completo bem-estar significa equilíbrio, e não contempla outras formas de pensamento, que defendem novos modos de viver saudavelmente, mesmo em presença de uma situação de doença. Para alguns, é incompleto pela ausência da dimensão espiritual no bem-estar. Na análise do conceito de saúde da OMS, na visão de Gadamer, para ficar completa deveria incluir a "dimensão ética ou bem-estar moral". Neste sentido, "a saúde necessita da ética e a ética necessita da saúde", porque ambas expressam "mundividências complementares" concretizadas na "reciprocidade e continuidade no ser e no agir".<sup>(153, p.10-11)</sup>

A dificuldade da construção de um conceito de saúde aceite por todos, está relacionada em grande parte com a própria natureza da saúde, expressa por um estado variável e subjetivo, cujos atributos a convertem numa realidade complexa.<sup>(154)</sup>

A condição de viver com ou sem saúde "não se reduz, a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem a um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada com as

características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de vida”<sup>(155, p.390)</sup>.

Assim, a saúde geral do ser humano é dinâmica e influenciada continuamente por fatores pessoais e ambientais, alterações do ciclo vital e escolhas adotadas ao longo da vida.

Embora o conceito de saúde continue a ser considerado idealista, não se pode esquecer que contribuiu para a mudança do foco de atenção, ou seja, de uma orientação estritamente biomédica centrada na doença para uma lógica orientada para o bem-estar físico, mental e social e, mais tarde, também espiritual.

O conceito de saúde tem continuado ao longo dos anos a merecer discussão, com ênfase para a integração ou não da dimensão espiritual, no entanto, em 1984, o Conselho Executivo da OMS concordou com as reflexões do relatório do Diretor Geral sobre a dimensão espiritual como Estratégia Global de Saúde para Todos no Ano 2000 e recomendou este tema para o programa da 37ª Assembleia Mundial da Saúde. Neste contexto, o conselho executivo convidou todos os Estados-Membros a incluir nas suas estratégias de saúde para todos a dimensão espiritual de acordo com os seus padrões culturais, como ficou definido na resolução WHA 37, de 13 de maio de 1984. Embora o conceito de saúde tivesse sido alargado, na prática continuou a ser considerado uma dicotomia saúde/doença.

Com a valorização do ser humano como ser social, que influencia e é influenciado pelo meio onde está inserido, o conceito de saúde continuou a ter o seu desenvolvimento com a Carta de Ottawa, em 1986, com ênfase para a promoção da saúde, considerada o “código genético” do movimento.<sup>(156)</sup> O desenvolvimento do conceito de saúde da Carta de Ottawa assentou no paradigma salutogénico, que valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde. A intervenção sobre os múltiplos fatores que influenciam o processo saúde/doença é multidimensional e deve fazer apelo ao contributo das diferentes disciplinas. Para atingirem um estado de bem-estar físico, mental e social, “os indivíduos ou os grupos devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”<sup>(156, p.2)</sup> Neste contexto, a saúde é entendida como “um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida”<sup>(156, p.2)</sup>.

O paradigma salutogénico desenvolvido por Antonovsky apresenta uma visão positiva da saúde, valorizando os fatores que interferem positivamente na saúde. A orientação salutogénica, como base da promoção da saúde, deve guiar a investigação e a ação, de forma a englobar todas as pessoas, onde quer que elas estejam, numa lógica de continuum de

saúde/mal-estar e, sobretudo, valorizar os fatores saudáveis. Além disso, o autor identifica o sentido de coerência como uma metodologia para operacionalizar a promoção da saúde constituída pelos componentes chave: compreensão (componente cognitivo); gestão (instrumental ou componente do comportamento); significado (componente motivacional).<sup>(157)</sup>

Em resumo, a saúde passou a ser um desafio para o ser humano, quando foi responsabilizado a adotar comportamentos saudáveis de vida. Neste processo, além do respeito pelos direitos humanos, as pessoas passaram a tornar-se agentes ativos do seu projeto de saúde. A integração da participação ativa da comunidade contribui para a identificação dos problemas e para a tomada de decisão sobre as intervenções dirigidas à promoção da saúde, aspeto fundamental para que a pessoa, família e grupo assumam a responsabilidade pela sua saúde. Assim, os diferentes atores devem estar reciprocamente envolvidos no processo de capacitação (*empowerment*).

Com a ênfase nas desigualdades do estado de saúde nos diferentes países, fruto das injustiças sociais, a Região Europeia da OMS, para atingir o objetivo de “saúde para todos”, determinou como primeira meta que “até ao ano 2000, as diferenças reais do estado de saúde entre países e entre grupos dum mesmo país devem ser reduzidas pelo menos em 25%, através da melhoria do nível de saúde das nações e dos grupos desfavorecidos”.<sup>(158, p.4)</sup>

Neste sentido, a conceção holística de saúde, centrada na equidade e na autonomia individual, pretendeu dar liberdade de associação às pessoas, de forma a melhorarem as suas condições de vida e a perceção do seu estado de saúde. Decorrente do interesse pelo desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde entendido de “superior importância”<sup>(159, p.2)</sup> na 30ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1991, foi assumido o conceito de “ambientes favoráveis à saúde” como os locais onde as pessoas vivem e trabalham e ocupam os seus tempos livres. Assim, a ênfase atribuída às questões estruturais, determinam o acesso aos recursos fundamentais e às oportunidades de *empowerment*, com realce para as dimensões dos ambientes favoráveis à saúde: dimensão social, dimensão política e dimensão económica.

Com a Declaração de Jacarta, em 1997, sobre Promoção da Saúde no Século XXI, a saúde passa a ser considerada um direito fundamental do ser humano e um fator indispensável ao desenvolvimento social e económico. Este pressuposto implica agir sobre os determinantes da saúde e contribuir para “ganhos em saúde; redução das desigualdades em saúde; promoção dos direitos fundamentais do ser humano e desenvolvimento social”. Esta visão centrada na

promoção da saúde, através da intervenção sobre os determinantes da saúde, estabelece o estado de saúde das pessoas e da população.<sup>(160, p.1-2)</sup>

A promoção da saúde num mundo globalizado reconhece que “ser detentor de um nível de saúde o mais elevado possível sem qualquer discriminação ... é um direito fundamental do ser humano”. Acrescenta, ainda, que a promoção da saúde “alicerça-se nesse direito humano prioritário e traduz um conceito positivo e inclusivo de saúde como determinante da qualidade de vida, que inclui o bem-estar psico-espiritual”.<sup>(161, p.2)</sup>

A crise financeira ameaça a viabilidade das economias nacionais, em geral, e dos sistemas de saúde, em particular, o aquecimento global e as mudanças climáticas constituem um fator de risco, principalmente para as economias mais pobres. Neste contexto, a promoção da saúde nunca foi mais oportuna e necessária do que atualmente, como uma estratégia integradora dos sistemas de saúde para responder adequadamente às preocupações emergentes.<sup>(162)</sup>

De todos os documentos resultantes das diferentes conferências internacionais organizadas pela OMS sobre saúde, apenas a resolução da 37<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 1984, apresenta a dimensão espiritual como importante para a saúde dos indivíduos e, mais tarde, na carta de Banguécoque, em 2005, volta a ser reforçada a importância do bem-estar espiritual como componente essencial da qualidade de vida de todos os seres humanos.

A definição original não mudou ainda, mas a discussão continua a ser uma prioridade. Outros desenvolvimentos no seio da OMS indicam que a espiritualidade está relacionada com a saúde, com destaque para a importância da atenção para as respostas humanas nos processos de saúde/doença aguda, crónica e terminal.<sup>(163,164)</sup>

Outra forma de enquadrar a relevância da evolução do conceito de saúde na disciplina e prática de enfermagem é compreender o seu enquadramento nos modelos e teorias de enfermagem. Todas as teorias e modelos conceituais de enfermagem integram pressupostos ou declarações assumidas como verdades para o seu desenvolvimento. Assim, a maioria das teóricas de enfermagem aponta como pressupostos das suas teorias e modelos, a enfermagem, a pessoa, a saúde e o ambiente.

O conceito de saúde utilizado nas teorias e modelos de enfermagem foi muito influenciado pelos contextos filosóficos e científicos. Para Florence Nightingale, a promoção

de ambientes saudáveis contribuía para que a natureza agisse na saúde das pessoas.<sup>(165)</sup> Virgínia Henderson, na sua teoria, utilizou o conceito de saúde enquanto qualidade de vida essencial ao funcionamento humano. Os indivíduos conseguem manter a saúde se tiverem a força e o desejo ou o conhecimento necessário. Esta definição contempla o conhecimento, a motivação e a capacitação do indivíduo para manter a sua saúde, elementos utilizados mais tarde nas diferentes orientações da OMS para a promoção da saúde individual, família e grupo.<sup>(54)</sup>

Com base em Heidegger e Merleau Ponty, Patrícia Benner utilizou o termo bem-estar como experiência humana de saúde, o que implica que a saúde não é apenas ausência de doença.<sup>(166)</sup>

Na conceção de Levine, a saúde é socialmente determinada pela capacidade de funcionar de forma razoavelmente normal de cada indivíduo. A saúde é culturalmente determinada e influenciada pelas crenças dos grupos de pertença. Nesta perspetiva, o social potencia o biológico.<sup>(167)</sup> Dorothy Johnson, definiu saúde como um “estado dinâmico, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais”.<sup>(168, p.248)</sup> Para Leininger, a saúde envolve as crenças, valores e as formas de atuar reconhecidas culturalmente e utilizadas com a finalidade de manter o bem-estar, avaliado e praticado, o que reflete a capacidade que as pessoas ou grupos necessitam para desenvolver as atividades diárias, de forma satisfatória.<sup>(169)</sup> O conceito de saúde para Roy, tem a sua base na adaptação e interação da pessoa com o meio ambiente. A adaptação implica um processo de promoção da integridade fisiológica, psicológica e social.<sup>(56)</sup> A saúde é bem-estar na conceção de Betty Neuman, e a saúde também é um ponto num contínuum que vai desde a maior “neguentropia à máxima entropia”, quando todas as partes estão em harmonia ou em equilíbrio. O bem-estar indica que as necessidades do indivíduo estão satisfeitas.<sup>(57)</sup> No modelo interpessoal, Travelbee aceita o conceito de saúde preconizado pela OMS. Acrescentou ainda que atingir o mais alto nível de saúde e bem-estar é um direito fundamental de todo o ser humano sem distinção de religião, raça, condição política, económica e social.<sup>(58)</sup> Para Parse, a saúde está inscrita num processo de mudança ao longo da vida, através da estruturação do significado individual, cocriando padrões rítmicos de relacionamento e co-transcendendo, numa lógica de compromisso e escolhas pessoais. A saúde é uma experiência vivida e não ausência de doença ou de um estado de bem-estar.<sup>(59)</sup>

O processo de desenvolvimento da consciência de si e do ambiente, em conjunto com a capacidade de perceber as alternativas e de responder de forma diversa, constitui, para Newman, o conceito de saúde.<sup>(170)</sup> Orem, apoia a definição do conceito de saúde da OMS, no entanto, o autocuidado está relacionado com o conceito de saúde, definido como as ações que constituem a prática de atividades desempenhadas intencionalmente em benefício próprio, com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar.<sup>(171)</sup> Para Watson, saúde é mais do que ausência de doença. É uma experiência subjetiva que se refere “à unidade e harmonia da mente, corpo e espírito ... associada ao grau de congruência entre o Eu , percebido, e o Eu experienciado”. Esta visão da saúde está centrada “na totalidade da natureza do indivíduo, no seu domínio físico, social, estético e moral...”.<sup>(51, p.86)</sup>

Em síntese, as concepções de saúde de Benner e Wrubel, Betty Neuman, Travelbee e Leininger, inserem o conceito de saúde e a ideia de bem-estar individual como experiência humana e não meramente ausência de doença. O estado de saúde, na perspetiva de Levine, Johnson, Roy, Leininger e Newman, é influenciado pelos contextos culturais e pelo meio em constante mudança. Para Parse e Newman, a saúde dos indivíduos depende das opções e das escolhas que cada um faz ao longo da vida. Virgínia Henderson, integra o conhecimento, a motivação e a qualidade de vida do indivíduo para definir saúde. Watson vai mais longe, quando se refere à saúde como experiência humana.

Para um melhor entendimento da saúde humana, foram desenvolvidos modelos de saúde que apresentam formas de entender a saúde dos indivíduos nas suas diferentes dimensões. Uns mais reducionistas do que outros, no entanto, contribuem, no seu conjunto, para uma melhor compreensão da complexidade que enforma a saúde do ser humano. Neste sentido, os modelos são declarações que fornecem uma determinada perspetiva para a compreensão de um fenómeno, através da interrelação de conceitos.<sup>(172)</sup> Neste seguimento, considerou-se importante fazer uma síntese de alguns modelos de saúde, entre os quais, o modelo de crenças de saúde, o modelo contínuo de saúde, o modelo de promoção da saúde e, por último, o modelo holístico de saúde.

#### **a) Modelo de crenças de saúde**

As crenças de saúde, tal como as crenças pessoais, são construídas ao longo da vida a partir de diversas fontes, incluindo a família, os amigos, as redes sociais, a comunidade e a religião. Também se fundamentam nas experiências pessoais e sofrem modificações ao longo

do tempo. Algumas dessas crenças são tão intensas que as pessoas não as alteram, mesmo quando confrontadas com explicações de base científica e racional.<sup>(173)</sup>

Na prática de enfermagem, o conhecimento das crenças que as pessoas têm sobre a sua saúde, pode ajudar a compreender os fatores que influenciam as percepções, convicções e os comportamentos, e ajudar a planear cuidados mais eficazes na promoção da saúde e prevenção da doença.

O modelo de crenças de saúde desenvolvido por Rosenstoch pode contribuir para um melhor conhecimento do fenómeno, tendo em conta que estabelece a relação entre as crenças e os comportamentos de saúde das pessoas e proporciona um modo de compreender e prever como vão agir em relação à sua saúde. Este modelo, defende o princípio de que a saúde está relacionada com a tomada de decisão e considera que nela estão implicados, simultaneamente, quatro crenças, duas delas estão relacionadas com a doença e as outras duas relacionadas com os comportamentos de saúde para prevenir ou tratar a doença: 1) *Severidade percebida*, diz respeito à gravidade ou severidade da doença, que pode ser avaliada pelo grau de perturbação emocional resultante de pensar na doença e/ou pelos tipos de consequências causadas pela doença (dor, morte, gasto de material, interrupção de atividades, perturbações nas relações familiares e sociais, etc.); 2) *Suscetibilidade percebida*, crença de que é suscetível (vulnerável) a um problema grave de saúde ou às sequelas desse problema; 3) *Benefícios percebidos*, referem-se à crença na efetividade da intervenção e à percepção das suas consequências positivas; 4) *Barreiras percebidas*, são os aspetos negativos da intervenção, avaliados na análise do impacto custo-benefício, envolvendo os possíveis custos temporais, económicos e emocionais, entre outros. Estas barreiras devem ser ultrapassadas, a fim de serem implementadas com eficácia as intervenções de saúde.<sup>(174)</sup>

As crenças de saúde podem basear-se em fatores reais ou simbólicos, que influenciam a saúde de modo negativo ou positivo. Mediante as crenças de saúde, as pessoas podem adotar comportamentos positivos, ou seja, atividades relacionadas com a tomada de decisão que promovam a manutenção ou a adoção de estilos de vida saudáveis. A sua implementação depende dos conhecimentos, da capacidade e motivação da pessoa para adotar e pôr em prática os comportamentos de saúde. Diferentes variáveis podem impulsionar ou condicionar a tomada de decisão em saúde. As variáveis internas incluem o estadio de desenvolvimento, passado intelectual, fatores emocionais e fatores espirituais. De entre as variáveis externas, apontam-se as práticas familiares, os fatores socioeconómicos (acesso aos cuidados de saúde)

e o passado cultural (crenças, valores, costumes) que podem influenciar, indireta ou diretamente, a forma de pensar e agir do indivíduo na tomada de decisão em saúde.<sup>(173,174)</sup>

Os comportamentos negativos de saúde podem ser reais ou potenciais e determinar alterações graves na saúde, e temos como exemplo, o tabagismo, a obesidade, as drogas, a não adesão ao regime terapêutico, entre outros. Nesta situação, a mudança de comportamentos pode ser mais complexa e demorada.<sup>(173)</sup>

Quando o modelo de crenças de saúde foi desenvolvido não integrava a variável autoeficácia, no entanto, com a sua utilização em situações cada vez mais complexas (gestão do regime terapêutico nos doentes crónicos; modificações ao longo da vida: tabagismo, regimes nutricionais, sedentarismo), os autores recomendam a associação da variável autoeficácia, para ajudar a iniciar e manter os comportamentos de saúde. Assim, para a tomada de decisão em saúde, as pessoas devem ter um incentivo para agir, mas também têm de se sentir competentes (autoeficazes) para iniciar e manter essa mudança.<sup>(174)</sup>

Quando a pessoa fica doente, a aceitação social do papel de doente é influenciada pela interação de vários fatores, de modo que os comportamentos perante a doença podem variar consoante a perceção real ou simbólica do estado de saúde, como é percebida e avaliada e as decisões que vão ser adotadas com base nessa perceção.<sup>(173,174)</sup> Neste contexto, a probabilidade de aceitação do papel de doente está relacionada com a gravidade percebida e também com a conotação social da própria doença. Aceitar uma doença hipertensiva é diferente de aceitar uma doença oncológica ou uma doença infetocontagiosa. Assim, os conhecimentos da pessoa sobre as causas da doença, o diagnóstico, as alternativas de tratamento e as possibilidades de cura, são fundamentais à motivação para a tomada de decisão mais adequada.

Este modelo está baseado na premissa de que as pessoas estão mais dispostas a adotar comportamentos adequados ao seu estado de saúde, se percecionarem as situações negativas que podem ocorrer, como a dor, o sofrimento, as sequelas ou cronicidade da doença ou a morte. Embora o modelo de crenças de saúde tenha sido desenvolvido com o objetivo de compreender os comportamentos de saúde, centrados na prevenção, pode ser utilizado também, segundo os autores, para compreender os comportamentos na situação de doença e o papel da pessoa doente, como por exemplo, adesão ao tratamento de diversas doenças, tais como diabetes e hipertensão, cancro, SIDA, entre outras.

### **b) Modelo do contínuo saúde-doença**

O modelo do contínuo saúde-doença integra o ser humano num determinado contexto temporal e espacial, ao longo de um contínuo de saúde-doença. Neste modelo, o conceito de saúde “é um estado dinâmico que varia conforme a pessoa se adapta a alterações do meio ambiente interno e externo, para manter o bem-estar”,<sup>(173, p.2)</sup> e o estado de saúde/doença são qualidades relativas demonstradas através de vários graus ou níveis.

A doença é percebida pelos autores como um processo em que o funcionamento da pessoa está diminuído ou afetado, comparativamente com a condição anterior. Assim, a saúde e a doença são os extremos opostos do contínuo e o nível de saúde e bem-estar vai variando ao longo do tempo, consoante a situação de saúde da pessoa. No centro do contínuo podemos encontrar os fatores de risco não modificáveis (genéticos, fisiológicos e idade) e os que podem ser modificados se a pessoa assim o desejar (estilos de vida e fatores ambientais). À medida que a pessoa avança nos estádios de desenvolvimento, existem fatores de risco que se manifestam com mais intensidade do que outros. Assim, a perceção do nível de saúde e de bem-estar depende das atitudes que as pessoas têm face à saúde, às crenças, aos valores e ao desenvolvimento físico, social, emocional e intelectual e espiritual.<sup>(173)</sup>

O modelo do contínuo saúde doença, desde o bem-estar de nível elevado até à doença grave, proporciona um método para se identificar o nível de saúde, indicador do reflexo do funcionamento do indivíduo em todos os níveis. Pode ser utilizado para comparar dois momentos distintos, por exemplo, o estado de saúde no momento da admissão e o estado de saúde no momento da alta hospitalar.

### **c) Modelo de saúde holística**

O modelo de saúde holística considera a pessoa como um ser biopsicossocial e espiritual. Este modelo emergiu para dar resposta à necessidade de ultrapassar o reducionismo do modelo biomédico e atender às diferentes dimensões do ser humano numa perspetiva humanista. A palavra holismo/holístico vem do grego *holos* que significa todo, completo,<sup>(173)</sup> e a sua conceção deriva do preceito básico de que o todo individual (mente, corpo e espírito) é mais do que a soma das suas partes.

Neste modelo, o conceito de saúde tem em conta a totalidade da pessoa e não só o órgão que está doente, demarcando-se de uma perspetiva organicista que tem estado presente

na compreensão dos fenómenos de saúde/doença, integra os aspetos fisiológicos, mentais, emocionais, sociais, espirituais e ambientais do indivíduo e da comunidade. O seu foco de atenção envolve a saúde ótima, a prevenção da doença e o estado mental e emocional positivo, ao contrário de outros modelos de saúde, este integra a saúde espiritual.<sup>(175)</sup>

O bem-estar, neste modelo, envolve a saúde física e os aspetos mentais, emocionais e espirituais da pessoa, assim como as relações entre essas dimensões. Neste modelo, todas as dimensões (biológicas, psicológicas, sociais e espirituais) estão interligadas para compreender a trajetória da doença que influencia a diversidade de manifestações, que ocorrem em cada pessoa doente.

O estado de bem-estar inscreve-se num *continuum*, cujos extremos integram o bem-estar ótimo e o estado de doença ou morte prematura. Ao longo da vida, a pessoa vai circulando ao longo desse *continuum*. A maioria das pessoas encontra-se no centro do *continuum*, mas o seu estado pode variar entre o estado de doença e um nível alto de bem-estar. No modelo holístico, o bem-estar não é estático, é um processo dinâmico e está relacionado com os comportamentos de saúde adotados pela pessoa, que podem potencialmente afetar a sua saúde e o bem-estar.

O modelo holístico de saúde dá ênfase à singularidade do ser humano, quando refere que as pessoas com uma doença podem viver alegremente e com bem-estar positivo, enquanto outras pessoas, sem doença, podem sentir-se desanimadas, infelizes e doentes.

Os autores do modelo reforçam que “as pessoas precisam de metas alcançáveis para promover o bem-estar e viver em harmonia com a família, amigos e o meio ambiente”,<sup>(175, p.6)</sup> pressupondo, por parte do cuidador, a compreensão da complexidade do ser humano e de todas as interações que influenciam os processos de saúde/doença, exigindo um olhar sobre a totalidade da pessoa cuidada.<sup>(176)</sup>

Reforça os pressupostos deste modelo, a carta de Ottawa, ao considerar a pessoa responsável pelo seu projeto de saúde, ou seja, tem liberdade de fazer as suas próprias escolhas, no que concerne aos cuidados pessoais, com grande impacto na saúde. Este modelo envolve um conjunto de procedimentos (relaxamento, meditação, musicoterapia e aromaterapia, entre outros) que, no passado recente, eram considerados alternativas e, por vezes, menosprezados nos cuidados de saúde.

#### **d) Modelo de promoção de saúde**

O modelo promoção de saúde foi desenvolvido por Nola Pender 1982, com base na enfermagem holística e na teoria da aprendizagem social de Bandura, com ênfase para a importância dos processos cognitivos na alteração do comportamento humano. Embora este modelo apresente analogias com o modelo de crenças de saúde, existem algumas diferenças, principalmente no que diz respeito aos fatores motivadores do comportamento de saúde. Os principais pressupostos espelham a perspectiva do comportamento e dão ênfase ao papel ativo da pessoa na gestão dos comportamentos de saúde. Este modelo procura descrever “a natureza multifacetada de cada pessoa em interação com o meio ambiente onde se insere”<sup>(177, p.706)</sup>.

É um modelo de médio alcance, simples e claro, sustentado nos processos bio-psico-sociais que motivam a pessoa para a adoção de comportamentos promotores de bem-estar e aplicável nos diversos contextos ao longo do ciclo vital.

No modelo de promoção da saúde de Nola Pender, são evidentes três componentes principais, que se subdividem em variáveis orientadoras, com vista a uma prática de cuidados de enfermagem fundamentada. A primeira componente está relacionada com as características e experiências individuais que integram os comportamentos anteriores e os fatores pessoais biológicos (idade, sexo, estado civil, sinais vitais), psicológicos (autoestima, motivação pessoal) e socioculturais (educação, nível socioeconómico).

A segunda componente integra os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar, contextualizada em diferentes variáveis nomeadamente: a perceção dos benefícios para a ação (representações mentais positivas que reforçam os resultados da adoção de um determinado comportamento); a perceção das barreiras para a ação (dificuldades e custos pessoais); a perceção da autoeficácia (apreciação das capacidades pessoais para planear e executar as ações); os sentimentos relacionados com o comportamento (refletem uma reação emocional direta ou uma resposta de acordo com o tipo de pensamento negativo ou positivo; as influências interpessoais (o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cuidadores ou por normas ou modelos sociais) e as influências contextuais (o ambiente pode ser facilitador ou não de determinados comportamentos de saúde).

A terceira componente diz respeito aos comportamentos de promoção de saúde desejáveis, que incluem o compromisso com o plano de ação (ações que favorecem a

manutenção dos comportamentos de promoção de saúde esperados), as exigências imediatas e preferências pessoais (pouco controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais podem exercer um controlo acentuado sobre os comportamentos que se pretendem alcançar) e, por último, o comportamento de promoção de saúde.<sup>(173,177)</sup>

O modelo continua a ser aperfeiçoado através dos resultados de investigação desenvolvida pela autora e colegas, e sobretudo apresenta atributos generalizáveis, que podem ajudar a clarificar o papel da enfermagem na promoção da saúde.

## **2.1. A perceção do estado de saúde**

A perceção do estado de saúde da pessoa saudável ou doente é definido como o impacto da saúde sobre a capacidade para a realização das suas atividades de vida diária.<sup>(178)</sup> Tratando-se de uma avaliação subjetiva, o estado de saúde está sempre associado a uma construção multifatorial, que integra componentes físicas, sociais, emocionais e mentais. A perceção do estado de saúde da pessoa, permite definir níveis de comparação entre grupos e identificar desigualdades em relação aos comportamentos de saúde, áreas geográficas, condições socioeconómicas e ainda as que estão relacionadas com o género e a idade. Por exemplo, a literatura científica, na generalidade, revela que o sexo feminino apresenta menores pontuações na perceção do estado de saúde, bem como um decréscimo com a idade; os grupos com menores níveis de escolaridade e de rendimentos também apresentam pontuações mais baixas; igualmente, a variável estado civil é também apontada como uma condição de diferenciação na perceção do estado de saúde, com vários estudos a indicar a existência de níveis significativamente superiores nos indivíduos casados, bem como um nível menor de escolaridade, justificando-se que quanto maior o nível de escolaridade dos participantes mais oportunidades têm de compreender e utilizar a informação em saúde para benefício do seu bem-estar; na presença de comorbilidades, as pessoas apresentam pontuações na componente física mais baixas, assim como a pessoa activa perante o trabalho apresenta valores na componente mental significativamente superiores.<sup>(179,180,181)</sup>

Com a globalização surge um novo paradigma, resultado das profundas modificações nas relações sociais das populações e nas diferentes formas culturais, pensamentos, perceções e valores. Neste sentido, não podemos olhar para o estado de saúde das pessoas

separadamente dos seus contextos de vida, nem dos recursos internos e externos, como complemento para a capacitação, de forma a mobilizar os comportamentos positivos em saúde e assim conseguir os melhores resultados de saúde e bem-estar.<sup>(182)</sup> Recentemente, tem surgido um corpo crescente de conhecimentos sobre o estado de saúde das pessoas saudáveis ou doentes. Estes conhecimentos podem ser divididos em quatro categorias: estado de saúde, serviços públicos de saúde, adesão ao regime terapêutico e satisfação do doente com os cuidados de saúde.

Assim, a avaliação do estado de saúde física, mental e espiritual das pessoas, nos diferentes contextos, contribui para a adequação de estratégias, de forma a verificar os ganhos em saúde e, sobretudo, melhorar a qualidade de vida individual, da família e do grupo.

O mais recente inquérito nacional de saúde realizado em parceria entre o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e o Instituto Nacional de Estatística (INE), em colaboração com a Direção Geral de Saúde (DGS) em 2005/2006, para determinar o estado de saúde dos portugueses, indica que, em 2005, 53,4% da população residente avaliava o seu estado de saúde em “bom” ou “muito bom”, 32,4% em “razoável”, enquanto 13,9% considerava o seu estado de saúde como “mau” ou “muito mau”. Relativamente aos homens, 59,6% considerava o seu estado de saúde como “bom” e “muito bom”, sendo proporcionalmente mais favorável do que à avaliação feita pelas mulheres (47,6%). Esta diferença foi mais expressiva no grupo com idades entre os 35 e os 64 anos. A partir dos 45 anos, a maioria das pessoas já não avaliava o seu estado de saúde em “bom” ou “muito bom”, tendo se verificado decréscimo no estado de saúde dos portugueses nos grupos etários com idade avançada.<sup>(183)</sup>

A avaliação do estado de saúde coloca a necessidade de criação de instrumentos capazes de dar conta de um construto marcado pelo seu carácter individual, subjetivo e dinâmico. Assim, as medidas do estado de saúde são, por definição, “subjetivas” e, portanto, os dados resultantes da aplicação de questionários retratam apenas a perceção que a pessoa tem do seu estado de saúde. Como são resultados subjetivos, podem variar de doente para doente, mesmo com a mesma situação clínica e, por conseguinte, a avaliação do estado de saúde não tem uma forte correlação com medidas fisiológicas. Não se trata de uma limitação, mas do reflexo da individualidade da perceção de saúde, dado que indivíduos diferentes, com as mesmas limitações fisiológicas, podem expressar efeitos diferentes sobre seu estado de saúde.

De uma forma genérica, constata-se que o objetivo dos instrumentos que avaliam o estado de saúde não é substituir a avaliação das variáveis fisiológicas, mas acrescentar mais conhecimento e consequente compreensão sobre as alterações do estado de saúde e como as pessoas percecionam o seu estado de saúde. A ausência de instrumentos para avaliar o estado de saúde, numa perspetiva transcultural, motivou a OMS a organizar um grupo de trabalho com a finalidade de desenvolver instrumentos sobre qualidade de vida, que pudessem ser utilizados em diferentes contextos socioculturais.

Assim, a OMS iniciou o desenvolvimento internacional de instrumentos de avaliação da qualidade de vida na década de 90, apresentando quatro instrumentos de avaliação genérica de saúde: WHOQOL-100, constituída por 100 questões, com a avaliação de diferentes dimensões, incluindo a dimensão espiritual; WHOQOL-Bref, uma versão reduzida do instrumento WHOQOL-100, com 26 itens, com uma subescala específica para avaliar a qualidade de vida de pessoas com vírus da imunodeficiência humana e WHOQOL-SRPB, com uma subescala específica para avaliar a componente crença espiritual e religiosa.<sup>(184)</sup>

Além destes instrumentos de medida de saúde geral, construídos pela OMS, foram concebidos outros, entre os quais, o *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey* (SF-36), desenvolvido por Ware em 1993 e traduzido e validado para a população portuguesa por Ferreira em 1998, como Questionário de Estado de Saúde SF-36. É considerado uma medida genérica de saúde, uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes para o bem-estar de cada um e não é específico para qualquer nível etário, doença ou tratamento. A sua utilidade está demonstrada na literatura internacional, revelando possuir propriedades adequadas para ser considerado um bom instrumento. O SF-36v2 pode ser preenchido pelo participante ou através de uma entrevista telefónica ou presencialmente.<sup>(185,186)</sup>

De uma forma sumária, este instrumento de medida é constituído por 36 itens, que integram oito escalas multi-itens, que permitem medir oito dimensões de estado de saúde: função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade, contudo não contempla a dimensão espiritual.

### 3. BIBLIOGRAFIA

1. McLeod DL. Espiritualidade e doença na literatura profissional. Espiritualidade, sofrimento e doença. Coimbra: Ariadne Editora; 2005.
2. O'Brien E. Spirituality in nursing. Standing on holy ground. London: Jones e Bartlett Publishers; 2007.
3. Collière M-F. Cuidar.... A primeira arte da vida. Lisboa: Lusodidacta; 2003.
4. Hermann C. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2001 [cited 2008 Nov. 6]; 28(1): 67-72. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11198899](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11198899)
5. Tanyi RA. Nursing theory and concept development or analysis. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*. [Internet]. 2002 [cited 2009 May 14]; 39(5): 500-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.c>
6. Leung, K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The Influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2006 [cited 2009 Apr 20]; 31(5): 449-56. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392406001370>
7. Meraviglia, M. The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2004 [cited 2010 Sep 15]; 31(1): 89-94. Available from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2b554720-5>
8. Hollywell C, Walker J. Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2008 [cited 2010 Sep 3]; 18: 637-65. Available from: [www.blackwellpublishing.com](http://www.blackwellpublishing.com)
9. Hermann C. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncology Nursing Forum* [Internet]. 2007 [cited 2009 May 23]; 34(1): 70-8. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17562634](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17562634)
10. Lemmer C. Recognizing and caring for spiritual needs of clients. *J Holist Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2009 Apr 23]; 23: 310-20. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/3/310>
11. Büssing A, Thomas O, Matthiessen P. Search for meaningful support and the meaning of illness in German cancer patients. *Anticancer Res* [Internet]. 2005 [cited 2011 Apr 20]; 25: 1449-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15865104>
12. Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis. *J Holist Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2010 Sep 8]; 25: 252-62. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/25/4/252.refs.html>
13. Taylor E. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2009 Jan 15]; 26: 260-66. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/21372265/>
14. Delaney C. Human Spiritual Dimension The Spirituality Scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *J Holist Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2008 May 20]; 23: 145-67. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/2/145>
15. Büssing A, Balzat, HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer-validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur Journal Medicine Research*. 2010; 15(6): 266-73

16. Büssing, A, Koenig HG. Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* [Internet]. 2010 [cited 2011 Apr 20]; 1: 18-27. Available from: [www.mdpi.com/journal/religions](http://www.mdpi.com/journal/religions)
17. Lim J-W, Yi J. The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean Breast and gynecologic cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2009 [cited 2010 Apr 23]; 36(6). Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19887358](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19887358)
18. Koenig H. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2001 [cited 2008 Dec 2]; 31(3): 321-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841129>
19. Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease - A qualitative study. *Palliat Support Care* [Internet]. 2004 [cited 2008 Feb 8]; 2(4): 371-78. Available from: [www.journals.cambridge.org/article\\_S147895150404](http://www.journals.cambridge.org/article_S147895150404)
20. Kruse B, Ruder S, Martin L. Spirituality and coping at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* [Internet]. 2007 [cited 2010 Jan 12]; 9(6): 296-304. Available from: [http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article\\_ID=754352](http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=754352)
21. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35: 1975-91
22. Griffin Q, Lee YH, Salman A, Seo Y, Marin PA, Starling RC et al. Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2007 [cited 2010 Dec 2]; 2(4): 669-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686336/>
23. Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2007 [cited 2009 Jul 8]; 15(2): 225-31. Available from: <http://www.springerlink.com/content/81551572452u20nm/>
24. Arnold S, Herrick L, Pankratz V, Mueller P. Spiritual well-being, emotional distress, and perception of health after a myocardial infarction. *Int J Adv Nurs Pract*[Internet]. 2007 [cited 2010 May 3]; 9(1). Available from: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-advanced-nursing-practice/>
25. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *The Lancet* [Internet]. 2003 [cited 2011 Mar 15]; 361: 1603-7. Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
26. Pipe TB, Kelly A, LeBrun G, Schmidt D, Atherton P, Robinson C. A prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. *Medsurg Nurs*. [Internet]. 2008 [cited 2010 May 10]; 17(4): 247-57. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b0374ddf-b518-4dcd-a0d6-34431784>
27. Taylor E. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2006 [cited 2009 Jan 15]; 33(4): 729-35. Available from: <http://openurl.ebscohost.com/linkvc/linking.aspx?sid=a9h&volume=33&date=2007&spage=79>
28. Clark P, Drain M, Malone M. Addressing patients' emotional and spiritual needs. *Jt Comm J Qual Saf*. [Internet]. 2003 [cited 2008 May 30]; 29(12): 59-70. Available from: [www.permanente.net/kaiser/pdf/51472.pdf](http://www.permanente.net/kaiser/pdf/51472.pdf)
29. Koslander T, Arvidsson B. Patients' conceptions of how the spiritual dimension is addressed in mental health care: a qualitative study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2009 Mar 3]; 57(6): 597-604. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17346318>

30. Creel E, Tillman K. The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness. *Holist Nurs Pract*. [Internet]. 2008 [cited 2008 Apr 20]; 22: 303-9. Available from: <http://online.sagepub.com>
31. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2009 Oct 20]; 15: 885-96. Available from: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
32. Caldeira S, Castelo Branco Z, Vieira M A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011; 5 Série 3: 145-52.
33. International Council Nurses. The ICN code of ethics for nurses [Internet]. Geneva: ICN; 2011. Available from: <http://www.icn.ch/ethics>
34. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Formação dos enfermeiros em cuidados paliativos. *Recomendações da APCP* [Documento]. Lisboa: APCP; 2006.
35. White SC. Analysing wellbeing: a framework for development practice. *Development in Practice* [Internet]. 2010 [cited 2011 Oct 19]; 20(2): 158-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09614520903564199>
36. Portugal. Lei Constitucional nº1/2005. Sétima revisão constitucional. *Diário da República*; 12 agosto 2005; 155; Série I-A.
37. Moberg DO. Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development* [Internet]. 2001 [cited 2011 Oct 10]; 9(1): 47-60. Available from: [www.springerlink.com/.../H683V41674247887](http://www.springerlink.com/.../H683V41674247887)
38. Solari-Twadell A, Burkhart L. Disposición para mejorar el Bienestar espiritual. In: Ackley B, Ladawig G. *Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados*. 7a ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 339-47.
39. Conselho Internacional de Enfermeiras. *Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão 2*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros; 2011.
40. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 1998 [cited 2011 Nov 12]; 79(3): 258-64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999398900041>
41. Kreitzer JM. Spirituality and well-being: focusing on what matters West *J Nurs Res* [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 10]; 34: 707-11. Available from: <http://wjn.sagepub.com/content/34/6/707>
42. Durozoi G, Roussel A. *Dicionário de filosofia*. Porto: Porto Editora; 2000.
43. Renaud M. Do espírito à espiritualidade. In: Biscaia J. *A que pais os filhos têm direito*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2008. p. 152-68.
44. Wright L. *Espiritualidade, sofrimento e doença*. Coimbra: Ariadne Editora; 2005.
45. Castelo Branco MZ, Brito D, Longarito C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*. 2014; 14(1): 100-8.
46. Narayanasamy A, Gates B, Swinton J. Spirituality and learning disabilities: a qualitative study. *British Journal of Nursing*. 2002; 11(14), 948-57.
47. Sulmasy DP. Spirituality, religion, and clinical care. *CHEST* [Internet]. 2009 [cited 2010 Sep 11]; 135: 1634-42. Available from: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/135/6/1634.full.html>
48. Sulmasy DP. Spiritual issues in the care of dying patients: “... it’s ok between me and God”. *JAMA* [Internet]. 2006 [cited 2010 Sep 11]; 296: 1385-92. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=203365>
49. Frankl V. *Em busca de sentido*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2010.

50. Mount, BM, Boston P, Cohen R. Healing connections: on moving from suffering to a sense of well-being. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2007; 33: 372-88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17397699>
51. Watson J. *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência; 2002.
52. Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs. A comprehensive instrument. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2005 [cited 2008 Jan 20]; 19(2): 62-9. Available from: [www.shi.or.th/images/.../200608011805260.pdf](http://www.shi.or.th/images/.../200608011805260.pdf)
53. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist* [Internet] 2002; [cited 2009 Jan 12]; 42 (Special issue III): 24-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/124151>
54. Henderson V. *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill; 1994.
55. Freese B. Betty Neuman: modelo de sistemas. In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 335-76.
56. Phillips, K. Irmã Callista Roy: modelo de adaptación In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 301-33.
57. Tomey AM. Joyce travelbee: modelo de relación de persona a persona In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 467-79 .
58. Mitchel GJ. Tornar-se humano In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 593-628.
59. Meleis AI. *Theoretical nursing: development & progress*. 3a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
60. Leininger M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger M, McFarland M. *Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory*. Canadá: Jones and Bartlett Publishers; 2006. p. 361-75.
61. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook* [Internet]. 2001 [cited 2011 Dec 28]; 49(2): 86-92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655401435986>
62. Kolcaba K. *Comfort Theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company; 2003.
63. Ackley B, Ladawig G. *Manual de diagnósticos de enfermería. Guia para la planificación de los cuidados*. 7a ed. Madrid: Elsevier; 2007.
64. Fowler J. *Stages of faith. The psychology of human development and the quest for meaning*. New York: Harper Collins Publishers; 1995.
65. Kelcourse F. *Human development and faith. Life-cycle stages of body, mind and sou*. St. Louis, Missouri: Chalice Press; 2004.
66. *Bíblia Sagrada. Carta aos Hebreus*. Lisboa: Difusora Bíblica; 1995.
67. Brito MJ. Fé filosófica. In: *LOGOS Enciclopedia Luso Brasileira de Filosofia*. Lisboa: Verbo; 1990. p. 459-63.
68. Fowler J. Faith development at 30: naming the challenges of faith in a new millennium. *Religious Education*. 2004; 99(4): 405-21.

69. Tam EPC. Faith development theory and spiritual direction. *Pastoral Psychology* [Internet]. 1996 [cited 2008 May 2]; 44(4): 251-63. Available from: [www.springerlink.com/.../Y48135M96763N011](http://www.springerlink.com/.../Y48135M96763N011)
70. Peck MS. *O caminho menos percorrido e mais além*. Lisboa: Sinais de Fogo; 2005.
71. Durozoi G, Roussel A. *Dicionário de filosofia*. Porto: Porto Editora; 2000.
72. Sarriera, JC. Saúde, bem estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas actuais. In: Borges E, Muller M., Silva J. *Espiritualidade e qualidade de vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004. p. 79-90
73. Durkheim E. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
74. Espírito Santo M. Inter-religious dialogue meeting of the Euro-Mediterranean Parliamentary Assembly (EMPA) Committee on the Promotion of the Quality of Life, Human Exchanges and Culture [Internet]. Lisboa : Assembleia da República Portuguesa [acesso em 6 de jun. 2012]. Disponível em: <http://www.empacult.parlamento.pt/ing/documentos/DCMoisesEspiritoSanto060808Lusoen.pdf>
75. Giddens A. *Sociologia*. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2008.
76. Zohar D, Marshall I. *Inteligência espiritual*. Lisboa: Sinais de Fogo; 2004.
77. Kuczewski MG. Talking about spirituality in the clinical setting: can being professional require being personal? *Am J Bioeth.* [Internet]. 2007 [cited 2009 Oct 12]; 7(7): 4-11. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654370](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654370)
78. O'Mathúna DP. The place of dignity in everyday ethics. *J Christ Nurs.* [Internet]. 2011 [cited 2011 Mar 9]; 28(1): 12-8. Available from: [http://www.nursingcenter.com/prodev/ce\\_article.asp?tid=1109778](http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=1109778)
79. Bjarnason D. Concept analysis of religiosity. *Home Health Care Management & Practice* [Internet]. 2007 [cited 2010 Oct 15]; 19(5): 350-5. Available from: <http://hhc.sagepub.com/content/19/5/350>
80. Vilaça H. Identidades, práticas e crenças religiosas. In: Pais JM, Cabral MV, Vala J. *Religião e bioética. Atitudes sociais dos portugueses*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 2001. p. 367.
81. Dix S. As esferas seculares e religiosas na sociedade portuguesa. *Análise Social*. 2010; 45(194): 5-27.
82. Vilaça H. *Da Torre da Babel às Terras Prometidas - pluralismo religioso em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento; 2006.
83. Emblen J, Pesut B. Strengthening transcendent meaning: A model for the spiritual nursing care of patients experiencing. *J Holist Nurs* [Internet]. 2001 [cited 2010 Oct 15]; 19(1): 42-56. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/19/1/42>
84. Phaneuf M. *Planificação de cuidados*. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.
85. Pesut B, Fowler M, Reimer-Kirkham S, Taylor EJ, Sawatzky R. Particularizing spirituality in points of tension: enriching the discourse. *Nurs Inq* [Internet]. 2009 [cited 2011 Sep 15]; 16(4): 337-346. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=31bb9dee-f3c9-4ec6-a789-45064389>
86. Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*. 2001 [cited 2008 Dec 2]; 13(2): 67-78. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6ab1ec3c-072a-4080-96f4>
87. Astrow A, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J*

- Clin Oncol. [Internet]. 2007 [cited 2008 Nov 12]; 25(36): 5753-7. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/23/2884>
88. Koenig HG, George LK, Titus P., Meador, KG. Religion, spirituality, and health service use by older hospitalized patients. *Journal of Religion and Health* [Internet]. 2003 [cited 2008 Oct 15]; 42(4): 301-14. Available from: <http://www.springerlink.com/content/x4101647853527nu>
  89. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* [Internet]. 2007 [cited 2008 Jul 23]; 25(8): 555-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/?tool=pubmed>
  90. Malinski VM. Developing a nursing perspective on spirituality and healing. *Nurs Sci Q*. [Internet]. 2002 [cited 2008 May 21]; 15(4): 281-7. Available from: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/refs/15/4/281>
  91. Speck P, Higginson I, Addington-Hall J. Spiritual needs in health care may be distinct from religious ones and are integral to palliative care. *BMJ* [Internet]. 2004 [cited 2008 Oct 15]; 329(7458): 123-4. Available from: <http://jhn.sagepub.com>
  92. Baldacchino D. Spiritual care is it the nurse's role? *Spirituality and Health Internacional* [Internet]. 2008 [cited 2009 Jul 23]; 9(4): 270-84. Available from: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
  93. Jenkins M, Wikoff K, Amankwaa L, Trent B. Nursing the spirit. *Nursing Management* [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 6]; 40(8): 29-36. Available from: [www.nursingcenter.com/prodev/ce\\_article.asp](http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp)
  94. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2009 May 16]; 15(7): 811-21. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54682d78>
  95. McSherry W. *Making sense of spirituality in nursing and health care practice: an interactive approach*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
  96. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen HS. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 12]; 15(7): 875-84. Available from: [dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/.../c5.pdf](http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/.../c5.pdf)
  97. McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2010 Sep 13]; 15(7): 905-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879383>
  98. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2009 Oct 29]; 15: 885-96. Available from: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
  99. King M, Speck P, Thomas A. The Royal Free interview for spiritual and religious beliefs: development and validation of a self-report version. *Psychology Medicine* [Internet]. 2001 [cited 2008 Apr 23]; 31(6): 1015-23. Available from: [www.sagepub.com](http://www.sagepub.com)
  100. Steinhauser E, Christakis A, Clipp C. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* [Internet]. 2000 [cited 2010 Nov 12]; 284: 2476-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1107>
  101. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med* [Internet]. 2004 [cited 2010 Sep 12]; 18(1): 39-45. Available from: <http://pmj.sagepub.com/content/18/1/39>
  102. Williams A. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat Support Care* [Internet]. 2006 [cited 2008 Nov 12]; 4(4): 407-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17133899>

103. Hampton D, Ollis DE, Lloyd DA, Taylor J, McMillan SC. Spiritual needs of persons with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2007 [cited 2008 Nov 6]; 24(1): 42-8. Available from: [www.sagepub.com/content/24/1/42full.pdf](http://www.sagepub.com/content/24/1/42full.pdf)
104. Ortega Galán M. Validación de una escala valorativa del diagnóstico enfermero “Sufrimiento espiritual” en los enfermos oncológicos en fase termina. *Biblioteca Lascasas* [Internet]. 2008 [cited 2009 Jan 12]; 4(1): 1-15. Available from: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0309.php>
105. Karimollahi M, Abedi AH, Yousefi A. Spiritual needs as experienced by Muslim patients in Iran: A qualitative study. *Annals of General Psychiatry* [Internet]. 2008 [cited 2009 Feb 24]; 7(Suppl. 1): S147. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1744-859X-7-S1-S147.pdf>
106. Yousefi H, Abedi H.A. Spiritual care in hospitalized patients. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2011 [cited 2012 Jul 7]; 16(1): 125-32. Available from: [m http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203292/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203292/)
107. Mok E, Wong F, Wong D. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese Terminally ill. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 24]; 66(2): 360-70. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)
108. Monod S, Rochat E, Büla C, Spencer B. The spiritual needs model: spirituality assessment in the geriatric hospital setting. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 2]; 22(4): 271-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15528030.2010.509987>
109. Shih F-J, Lin HR, Gau ML, Chen CH, Hsiao SM, Shih SN, Sheu SJ. Spiritual needs of taiwan’s older patients with terminal cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2009; 36(1): 31-8.
110. Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *J Adv Nurs*. 2001; 34(6): 833-41.
111. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research, findings and implications for clinical practice. *South Med J* [Internet]. 2004 [cited 2011 Oct 21]; 97(12): 1194-1200. Available from: [www.gvsu.edu/.../Southern%20Medical%20J](http://www.gvsu.edu/.../Southern%20Medical%20J)
112. Kotrotsiou-Barbouta E, Sapountzi-Krepia D, Roupa-Darivaki Z, Psychogiou M, Sgantzios M. The meaning of spirituality as perceived by hospitalised elderly people in a small city of Greece. *ICUS Nurs Web J* [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 4]; 28: 1-7. Available from: <http://www.nursing.gr>
113. Mcsherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nurs*. 2002; 38(5): 479-88.
114. Thomas JC, Burton M, Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *J Holist Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2010 Sep 8]; 28(2): 115-22. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/28/2/115.refs.html>
115. Sartori P. Spirituality 1: should spiritual and religious beliefs be part of patient care? *Nursing Times* [Internet]. 2010 [cited 2010 Jul 19]; 28: 106. Available from: [www.nursingtimes.net/.../spirituality...spiritual.../](http://www.nursingtimes.net/.../spirituality...spiritual.../)
116. Sousa C, Brito D, Castelo Branco MZ. Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(1): 12-5.
117. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2009 Nov 10]; 23(1): 19-33. Available from: [jhn.sagepub.com/content/23/1/19.full.pdf](http://jhn.sagepub.com/content/23/1/19.full.pdf)
118. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2008 May 12]; 15: 852-62. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=962f44ec-f2c2-4231>.

119. Fernandes C, Monteiro C, Alves J. Espiritualidade no cuidar. *Informar*. 2006; 36: 10-21 .
120. Kandasamy A, Chaturvedi S, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer* [Internet]. 2011 [cited 2011Dic 16]; 48: 55-9. Available from: <http://www.indianjancer.com/text.asp?2011/48/1/55/75828>
121. Baldwin CM, Grant M, Wendel C, Rawl S, Schmidt CM, Ko C, Krouse RS. Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of U.S. veterans. *J Holist Nurs*. 2008; 26(3): 185-94.
122. Tanyi R, Werner JS, Recine AC, Sperstad RA. Perceptions of incorporating spirituality into their care: a phenomenological study of female patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 31]; 33(5): 532-38. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9640b42-a657-49f9-8829-5592>
123. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*. [Internet]. 2000 [cited 2008 Jul 20]; 14(17): 32-6. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11209419](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11209419)
124. Burckhardt L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qual Health Res* [Internet]. 2008 [cited 2010 Apr 20]; 18(7): 928-38. Available from: <http://online.sagepub.com>
125. kathelen L, Younger J. Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of Religion and Health* [Internet]. 2002 [cited 2010 Apr 23]; 41(4): 347-62. Available from: <http://www.springerlink.com/content/k5h16gqng8110337/fulltext.pdf>
126. Puchalski C, Dorff E, Hendi Y. Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clin Geriatr Med*. [Internet]. 2004 [cited 2009 Nov 12]; 20(4): 689-714. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541620](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541620)
127. Kaut KP. Religion, spirituality, and existentialism near the end of life implications for assessment and application. *American Behavioral Scientist* [Internet]. 2002 [cited 2008 Apr 23]; 46(2): 220-34. Available from: <http://abs.sagepub.com/content/46/2/220.full.pdf>
128. Portugal. Declaração Universal dos Direitos do Homem e o direito internacional aplicável. *Diário da República*; 12 agosto 2005; 155; Série I-A.
129. Direção-Geral da Saúde. Direitos dos doentes internados. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2005.
130. Dossey BM. Florence Nightingale's vision for health and healing. *J Holist Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 9]; 28(4): 221-4. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/28/4/221.refs.html>
131. Ordem dos Enfermeiros. Estatuto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2009.
132. Boswell GEH, Boswell-Ford KC. Testing a SEM model of two religious concepts and experiential spirituality. *J Relig Health* [Internet] 2010 [cited 2012 Jun 19]; 49(2): 200-11. Available from: <http://www.springerlink.com/content/4x7u4q9138608q5n/>
133. Villagomez LR. Spiritual distress in adult cancer patients. toward conceptual clarity. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2005 [cited 2010 Jan 2]; 19(6): 285-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269948>
134. Balboni MJ, Babar A, Dillinger J, Phelps AC, George E, Block SD et al. "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. [Internet]. 2011 [cited 2011 May 4]; 41(5): 836-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21276700>
135. Teixeira A. Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas [Internet]. Resumo do relatório apresentado na Assembleia Plenária da Conferência Episcopal Portuguesa,

- Fátima 16 a 19 de abril de 2012. [Acesso em 18 maio 2012]. Disponível em: [www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=90561](http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=90561)
136. Herrera Sánchez B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *CHÍA*. 2009; 9(1): 8-22.
  137. Rego AC. O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*. 2008; 1(2): 199-204.
  138. Pinto C, Ribeiro JLP. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010 jan-jun; 28(1): 49-56.
  139. Mystakidou K, Tsilika E, Efi P, Smyrnioti M, Pagoropoulou A, Lambros V. Indicateurs de spiritualité en fin de vie. *Le Médecin de Famille Canadien*. 2008; 54(1): 1720-6.
  140. Walton J. Finding a balance: a grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J*. 2002; 29(5): 447-57.
  141. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* [Internet]. 2002 [cited 2010 Sep 12]; 43(3): 213-20. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../PMC2699019/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../PMC2699019/)
  142. Sherman DW, McSherry CB, Parkas V, Ye XY, Calabrese M, Gatto M. Recruitment and retention in a longitudinal palliative care study. *Appl Nurs Res*. [Internet]. 2005 [cited 2011 Jul. 19]; 18(3): 167-77. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189705000376>
  143. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *J Holist Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2011 Jul 14]; 20(1): 5-25. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/20/1/5>
  144. Vollman M, La Montagne L, Wallston K. Existential well-being predicts perceived control in adults with heart failure. *Appl Nurs Res*. [Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 18]; 198-203. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189708000062>
  145. Morrison D. "Well-being and spirituality". Geneva, Switzerland: ESCA Open Day Programme [Internet]. 2005 [cited 2011 Jul 24]. Available from: [www.strathmor.com](http://www.strathmor.com)
  146. Kapuscinski A, Masters K. The current status of measures of spirituality: a critical review of scale development. *Psychology of Religion and Spirituality* [Internet]. 2010 [cited 2011 Dec 16]; 2(4): 191-205. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/a0>
  147. Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JÁ, Saunders, C. Toward a humanistic-phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*. 1988; 28(4): 5-18.
  148. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. [Internet]. 2002 [cited 2010 Nov 12]; 24(1): 49-58. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=35738311>
  149. Puchalski C. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* [Internet]. 2001 [cited 2012 Apr 21]; 14(4): 352-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305900/>
  150. Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa: Círculo de Leitores; 2003.
  151. Ferreira PA. *Medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 1998.
  152. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1946 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html>

153. Meneses RB. Os significados da saúde: da audição à recitação. *Acção Médica*. 2004; 68(1): 5-26.
154. Isla Pera P, Lopez Matheu C, Insa Soria R. Qué es la salud? *Revista Rol de Enfermería*. 2008; 31(12): 18-26.
155. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2): 389-94.
156. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 Nov 1986 [Internet]. Ottawa: WHO; 1986. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
157. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* [Internet]. 1996 [cited 2012 Jan 15]; 11(1): 11-8. Available from: [www.salutare.ee/files/.../Salutogenees.pdf](http://www.salutare.ee/files/.../Salutogenees.pdf)
158. World Health Organization. Recommendations on healthy public policy. Second International Conference on Health Promotion. 5-9 April, Adelaide: WHO, 1988. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/_charter_hp.pdf)
159. World Health Organization. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall: WHO; 1991. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/_charter_hp.pdf)
160. World Health Organization. Declaration Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era. Jakarta: WHO; 1997. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Jakarta\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Jakarta_charter_hp.pdf)
161. World Health Organization. Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 6th International Conference on Health Promotion. Bangkok: WHO; 2005. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Bangkok\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Bangkok_charter_hp.pdf)
162. World Health Organization. Promoting health and development closing the implementation Gap. 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi: WHO; 2009. [cited 2012 Mar 7]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html>
163. World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO; 2002. [cited 2011 Sep 23]. Available from: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
164. World Health Organization. Palliative care: cancer control knowledge into action. Geneva: Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Geneva: WHO; 2007. [cited 2008 Mar 12]. Available from: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>
165. Nightingale F. Notas sobre enfermagem. Loures: Lusociência; 2005.
166. Benner P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 2a ed. Coimbra: Quarteto; 2005.
167. Schaefer KM. Modelo del conservación. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermía y su obra. Modelos y teorías de enfermía. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 237-51.
168. Brown VM. Modelo del sistema comportamental. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermía y su obra. Modelos y teorías de enfermía. 7a ed. Madrid: Elsevier; 2010. p. 279-300.

169. Welch AZ. Cuidados culturais: La teoría de la diversidad y la universalidad. In Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier, 2010. p. 563-91.
170. Wituki JM. Modelo de salud. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier, 2011. p. 655-82.
171. Taylor SG. Teoría déficit del auto-cuidado en enfermería. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier, 2010. p. 211-36.
172. Alligood MR., Tomey, AM. Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e sua Obra. Modelos e teorías de enfermagem. 5a ed. Loures: Lusociência, 2004. p. 3-14.
173. Potter, PA, Perry, A. Fundamentos de enfermagem. 5a ed. Loures: Lusociência, 2006.
174. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly [Internet]. 1988 [cited 2012 Mar 123]; 15(2): 175-83. Available from: [http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177\\_109019818801500203.pdf](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177_109019818801500203.pdf)
175. Edlin G, Golanty E. Health & wellness. In: Achieving personal health. 10a ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2010. pp. 4-6.
176. Bermejo J. A Relação de Ajuda no Encontro com os Idosos. Testemunhos, reflexões e propostas. Lisboa: Edições Paulinas; 2010.
177. Sakraida TJ. Modelo del promoción de la salud. In Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier, 2010. p. 699-715.
178. Curtis JR, Patrick DL. The assessment of health status among patients with COPD. Eur Respir J. 2003; 21( Suppl. 41): 36s-45s.
179. Ferreira P, Santana A. Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2003; 21(2): 15-30.
180. Ferreira P, Ferreira L. A medição das preferências em saúde da população portuguesa. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2006; 24(2): 5-14.
181. Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2012; 30(2): 163-71.
182. Rotegard AK, Moore SM, Fagermoen MS, Ruland CM. Health assets: a concept analysis. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2010 [cited 2012 May 22]; 47: 513-25. Available from: [www.science-direct.com/.../S002074890900](http://www.science-direct.com/.../S002074890900)
183. Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE/INSA; 2009.
184. World Health Organization. WHOQOL-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field Test Instrument [Internet]. Geneve: WHO; 2002. [cited 2009 Nov 22]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_MSD\\_MER\\_02.5\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_MSD_MER_02.5_eng.pdf)
185. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I- Adaptação Cultural e Linguística Portuguesa. Acta Médica Portuguesa. 2000; 13; 55-6.
186. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. Acta Médica Portuguesa. 2000; 13: 119-27.



## **PARTE II**

### **A INVESTIGAÇÃO**

---



## 1. DA PROBLEMÁTICA GERAL ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A doença e o envelhecimento influenciam os recursos físicos, cognitivos e sociais do ser humano, tornando-os menos eficazes. Para muitas pessoas, esta etapa pode ser marcada pela riqueza de experiências de vida que podem proporcionar níveis mais elevados de espiritualidade e religiosidade, traduzidos em excelentes recursos internos na gestão dos processos de saúde/doença.

A hospitalização é uma das transições de vida que mais perturba a pessoa doente, porque experiencia diferentes alterações e mudanças, como a passagem do estado saudável para o estado de doença, da comunidade para uma instituição, de um ambiente familiar para um estranho, da autonomia para a dependência, entre outras. Assim, a vivência dessas experiências pode proporcionar momentos de reflexão sobre a vida, o sofrimento, a morte, o relacionamento com Deus, com a família e com as pessoas significativas, acompanhada ou não de sentimentos de esperança, conforto e paz interior, com profundas implicações no bem-estar global.

A espiritualidade, enquanto dimensão intrínseca do ser humano, é multidimensional, pessoal, subjetiva e reconhecível quando surge como uma necessidade. Neste sentido, as pessoas com doença, sofrimento e incapacidade podem manifestar diferentes tipos de necessidades, incluindo a necessidade de: i) atribuir sentido à experiência de doença; ii) reconhecimento das suas crenças espirituais; iii) relacionamento com a família e pessoas significativas e com Deus; iv) reconhecimento e gestão do seu processo de morte; v) perdoar e ser perdoado; vi) ser grato e ter esperança.<sup>(27)</sup> Igualmente, num estudo em doentes adultos e idosos com doença crónica, foram identificados cinco diagnósticos de enfermagem relacionados com a integridade espiritual: alienação espiritual, ansiedade espiritual, perda espiritual, raiva espiritual e paz espiritual.<sup>(187)</sup>

A procura de apoio espiritual depende da gravidade da doença ou incapacidade, do suporte social e familiar, das experiências de perda e luto e do estadió de desenvolvimento da fé pessoal. Contudo, a sua subjetividade e complexidade condicionam a sua procura, pelo que o ser humano, mesmo em situações limite, pode não precisar de apoio espiritual e, por sua vez, a manifestação das necessidades espirituais nem sempre é fácil para a pessoa doente, tendo em conta a sua natureza privada. Assim, quando precisa de ajuda espiritual, a pessoa

doente pode recorrer aos seus próprios recursos internos ou a familiares e a pessoas significativas para esse apoio. Este pode ser diverso, tendo em conta a complexidade do ser humano, assim, para umas pessoas, a ajuda espiritual pode ser de natureza física, porque nesse momento a sua atenção está centrada no alívio da sua dor, desconforto ou incapacidade, para outras, o apoio espiritual tem o foco de atenção nos relacionamentos, com o objetivo de ajudar os outros e, igualmente, contribuir como fator iniciador de transformação espiritual.<sup>(69,188)</sup>

Através da pesquisa bibliográfica, constatou-se que diferentes autores mantêm o pressuposto de que o conceito de espiritualidade é substancialmente diferente do conceito de religião, e a assistência espiritual deve ser preocupação dos profissionais de saúde. Deste ponto de vista, os profissionais de enfermagem estão bem posicionados para integrar o cuidado espiritual no plano assistencial da pessoa hospitalizada, embora concorram algumas contingências relacionadas com a conceptualização subjetiva da espiritualidade, bem como do seu reducionismo à religião. Este dilema decorre, em parte, de outros fatores manifestos como a atual exigência contextual da organização dos cuidados, com prioridades centradas na alta mobilidade de doentes, menor tempo de permanência na unidade de saúde, associados à falta de conhecimentos, habilidades, tempo e energia.

Alguns dos estudos consideram que as instituições hospitalares transformam a pessoa doente em órgãos doentes, comprometendo a sua identidade e priorizando apenas a satisfação de necessidades básicas (alimentação, higiene), no entanto, a pessoa doente pretende que a considerem competente na tomada de decisão, relativamente aos cuidados, aos relacionamentos e ao processo de morrer.<sup>(109)</sup> Neste sentido, ignorar as necessidades espirituais e o apoio espiritual pode conduzir a pessoa doente à não adesão terapêutica, à falta de resiliência num sistema de cuidados de saúde tradicional que pode impedir o acesso a uma poderosa fonte interna de saúde e de bem-estar global.<sup>(124)</sup>

A compreensão das necessidades espirituais, assim como dos determinantes soicodemográficos, clínicos e estado de saúde que influenciam o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada, requer uma análise individual, dada a sua variabilidade contextual e intrínseca ao ser humano. Neste contexto, a promoção do bem-estar espiritual numa lógica de conceção de cuidados de enfermagem, torna-se um imperativo ético, de forma a otimizar a saúde e dar resposta à doença, ao sofrimento, à perda e à fase de luto.

Face ao exposto no desenvolvimento do constructo teórico, compreende-se a importância que o bem-estar espiritual pode assumir nos processos de saúde /doença da pessoa hospitalizada. Assim, os referenciais teóricos e profissionais conduziram à formulação de algumas questões de investigação, que enquadram e orientam a análise, em função dos objetivos definidos, e que são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1.**  
Questões de investigação

Questões de Investigação
Q.1.1. Qual é a perceção de bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada?
Q.1.2. Quais são as necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada?
Q.1.3. De quem é que a pessoa doente recebe conforto e apoio espiritual durante a hospitalização?
Q.2.1. A perceção do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada está associada ao sexo, idade, escolaridade, coabitação, situação laboral e professar uma religião?
Q.2.2. A perceção do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada está associada ao motivo e tempo de hospitalização, tipo de doença, sintomatologia e comorbilidade?
Q.2.3. Existem diferenças na perceção do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada em função do sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, coabitação e professar uma religião?
Q.2.4. Existem diferenças na perceção do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada em função do motivo de hospitalização, tipo de doença, sintomatologia e comorbilidade?
Q.3. Qual é a perceção estado de saúde da pessoa doente hospitalizada?
Q4.1.A perceção do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada está associada ao sexo, idade, escolaridade, coabitação, situação laboral e professar uma religião?
Q.4.2. A perceção do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada está associada ao motivo e tempo de hospitalização, tipo de doença, sintomatologia e comorbilidade?
Q.4.3. Existem diferenças na perceção do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada em função do sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, coabitação e professar uma religião?
Q.4.4 Existem diferenças na perceção do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada em função do motivo de hospitalização, tipo de doença, sintomatologia e comorbilidade?
Q.5. O bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada está a associado à perceção do estado de saúde?
Q.6.Qual o valor preditivo das variáveis sociodemográficas, clínicas e estado de saúde, sobre o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada?

Para sistematizar e organizar a pesquisa, definiram-se os seguintes objetivos: 1) Descrever o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada; 2) Identificar os determinantes sociodemográficos e clínicos que influenciam a o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada; 3) Descrever a perceção do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada; 4) Identificar os determinantes sociodemográficos e clínicos que influenciam a perceção do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada; 5) Analisar a relação entre a perceção do estado de saúde e o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada; 6) Analisar o valor preditivo das variáveis sociodemográficas, clínicas e dimensões do estado de saúde sobre o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Os problemas de investigação revestem-se de diversas formas, impondo o recurso a diferentes métodos. Assim, na seleção dos materiais e métodos de investigação foi considerada a natureza do problema, das questões de investigação e dos objetivos do estudo. Igualmente, tendo em linha de conta a importância da determinação dos métodos usados para a recolha de informação no processo investigativo, considerou-se pertinente apresentar o desenho do estudo, as variáveis, os instrumentos de recolha de dados, as técnicas de análise e da recolha de informação. Neste sentido, o desenho de investigação tem por objetivo fornecer uma estrutura operacional que permita obter respostas às questões de investigação formuladas.

### **2.1. Desenho do estudo**

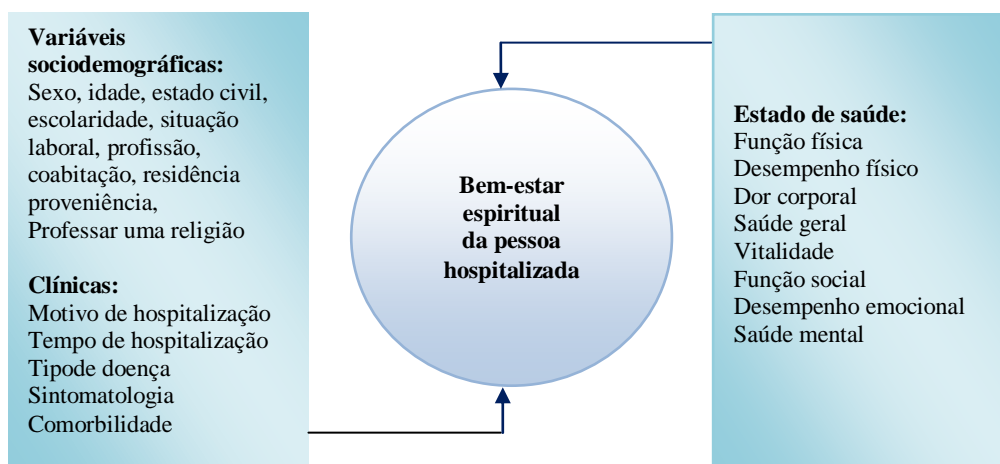
A construção do modelo de análise pressupõe o conhecimento do estado da arte relativamente ao objeto em estudo. Com essa finalidade, foi realizada uma pesquisa da literatura científica de enfermagem indexada nas bases de dados LILACS, PUBMED, COCHRANE e CINAHL, sobre espiritualidade, religião, bem-estar espiritual, estado de saúde e a sua relação com os processos de saúde/doença.

Equacionadas as razões que motivaram este estudo e as referências teóricas, bem como a natureza do problema, desenvolveu-se um estudo com foco de atenção no bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada.

No sentido de aumentar a compreensão sobre a problemática em estudo, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo descritivo-correlacional. Descritivo, porque permitiu caracterizar e descrever as variáveis envolvidas. E, no sentido de tornar a problemática mais explícita, assumiu características de um estudo correlacional, com análise e descrição das possíveis relações entre as variáveis e comparações entre grupos de participantes, de forma a obter-se uma compreensão mais aprofundada do fenómeno em estudo. Quanto ao momento da recolha de informação, optou-se por um estudo transversal, ou seja, toda a informação necessária foi recolhida num só momento da pesquisa.

## 2.2. Variáveis em estudo

Partindo do referencial teórico, foram selecionadas variáveis sociodemográficas, clínicas e do estado de saúde, consideradas importantes para um melhor conhecimento dos participantes do estudo, além de serem consideradas relevantes para a análise das suas relações com as variáveis que dão resposta aos objetivos formulados. Seguidamente apresenta-se o modelo conceptual da relação entre as variáveis que se pretendem estudar (Figura 2).



**Figura 2.** Modelo conceptual da relação entre as variáveis do estudo

O modelo conceptual apresentado pretende, sobretudo, identificar as variáveis que hipoteticamente podem estabelecer uma relação estatística significativa com o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada, no entanto, não permite caracterizar o tipo e a força da relação entre as variáveis em análise, sendo a sua principal função servir de referencial orientador da investigação.

### a) Variáveis sociodemográficas

Selecionaram-se as seguintes variáveis de caracterização da amostra: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, profissão, coabitação, residência, proveniência, professar uma religião. A sua operacionalização é apresentada em anexo (*Anexo I*). Neste estudo, foram utilizados os conceitos indicados pelo INE para as variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra. <sup>(189)</sup>

- A variável *sexo* integra o conjunto de características anatomofisiológicas que distinguem o homem da mulher. Foi incluída no estudo porque a evidência científica aponta diferenças ao nível do bem-estar espiritual e de percepção do estado de saúde.
- A *idade* é “o intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia mês e ano) até às horas da data de referência”.<sup>(p.158)</sup> Neste estudo, a idade é expressa em anos completos e operacionalizada em três categorias, ”jovens adultos” ( $\leq 34$  anos), “adultos” (34-64 anos) e “idosos” ( $\geq 65$ ).
- O *estado civil*, “situação real em que o indivíduo vive em termos de relacionamento conjugal (situação ‘de facto’) e perante o registo civil (situação ‘de direito’).<sup>(p.546)</sup> Esta variável envolveu duas categorias, “casado/em união de facto” e “outros” (solteiro, viúvo e divorciado/separado).
- A *escolaridade*, refere-se a cada um dos três níveis sequenciais que constituem o sistema de ensino: ensino básico, ensino secundário e ensino superior. “Corresponde ao grau de ensino mais elevado atingido, completo ou incompleto”,<sup>(p.551)</sup> sendo agrupada em “nível baixo” (não sabe ler nem escrever e 1º ciclo), “nível médio” (2º ciclo, 3º ciclo e ensino secundário) e “nível superior” (ensino superior). Esta variável foi incluída por se considerar que o nível de escolaridade influencia a forma como a pessoa vivencia a doença, a incapacidade e a finitude.
- A *situação laboral*, “constitui a relação de dependência ou independência de um indivíduo ativo no exercício da profissão, em função dos riscos económicos em que incorre e da natureza do controlo que exerce na empresa”.<sup>(p.557)</sup> Por questões operacionais, foi agrupada em duas categorias, “ativos para o trabalho” (trabalhador independente e por conta de outrem) e “não ativos” (desempregado, reformado, doméstica e estudante). Esta variável é significativa porque distingue as pessoas ativas das não ativas perante o trabalho.
- A variável *profissão*, definida como “ofício ou modalidade de trabalho, remunerado ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, constituído por um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes”.<sup>(p.554)</sup> Foi utilizada a classificação de profissões mais recente, Classificação Portuguesa das Profissões (CPP), de 2010.

- *Coabitação* é habitar em comum ou partilhar o mesmo espaço de habitação. Os elementos “podem ter ou não relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si. Incluiu-se também o alojamento coletivo independentemente da relação de parentesco entre si, e que observam uma disciplina comum...”,<sup>(p.552)</sup> e ainda aquelas que vivem sós. Optou-se por esta variável porque permitiu caracterizar a amostra em termos de apoio durante a hospitalização.
- *Residência* é o “local onde o indivíduo reside com a respectiva família ou detém a totalidade ou a maior parte dos seus haveres”.<sup>(p.550)</sup> Neste estudo, dada a dispersão dos participantes, foram organizados por distrito de residência.
- Relativamente à *proveniência*, considerou-se rural (próprio ou pertencente ao campo, à vida agrícola, diz-se freguesia situada fora da vila ou cidade) e urbana (adjetivo que diz respeito a urbe, próprio de cidade, diz-se do prédio para habitação).
- *Professar uma religião* significa assumir a prática de uma religião. *E religião* é “um sistema organizado de crenças ou dogmas e práticas religiosas obrigatórias para a salvação (durante a vida ou após a morte), e que unem numa mesma comunidade moral, todos aqueles que a professam”.<sup>(74)</sup> Esta variável foi agrupada em quatro categorias, *católica apostólica romana*, *católico não praticante*, *testemunhas de Jeová* e *pertencentes a outras religiões cristãs*. Considerou-se importante a sua integração, tendo em linha de conta que as práticas religiosas podem ser um recurso importante para o bem-estar espiritual na doença.

## b) Variáveis clínicas

As variáveis clínicas consideradas importantes para descrever o estado clínico dos participantes do estudo compreendem: o motivo de hospitalização, o tempo de hospitalização, o tipo de doença, a sintomatologia e a comorbilidade.

O *motivo de hospitalização*, diz respeito à condição clínica que motivou a hospitalização.

O *tempo de hospitalização*, refere-se ao período de tempo desde o momento da admissão hospitalar até à aplicação dos instrumentos de medida.

No que concerne ao *tipo de doença*, em função do tempo de evolução, foi considerada *doença aguda* como a situação clínica de evolução rápida e episódica, e *doença crónica*,

caracterizada por apresentar um tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis, complicações de grau variável de incapacidade, incuráveis, com origem multifatorial, podendo ainda apresentar períodos incertos de latência e de agravamento.<sup>(173)</sup>

Considerou-se *sintomatologia*, o conjunto de sinais e sintomas manifestados no momento da aplicação dos instrumentos de medida relacionados ou não com o motivo de hospitalização e que interferem com as atividades de vida.

A *comorbilidade*, será a coexistência de duas ou mais doenças, agudas ou crónicas numa pessoa.<sup>(190)</sup>

### c) Variável estado de saúde

Esta variável é constituída por oito dimensões básicas da saúde:<sup>(179,180,185,186)</sup>

- *Função física*: compreende as condições físicas para desenvolver atividades, como por exemplo, tomar banho, ou vestir-se sozinho(a), praticar desportos mais exigentes fisicamente, subir escadas, ajoelhar-se e andar uma determinada distância;
- *Desempenho físico*: capacidade para realizar as atividades diárias e a quantidade de trabalho realizado;
- *Dor corporal*: consiste na intensidade do desconforto e o modo como interfere nas atividades diárias e no trabalho;
- *Saúde geral*: perceção holística de saúde, incluindo a saúde atual, a resistência à doença e a aparência saudável;
- *Vitalidade*: envolve os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar;
- *Função social*: engloba a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais sobre essas atividades;
- *Desempenho emocional*: extensão com que os problemas emocionais interferem no trabalho e outras atividades diárias; necessidade de reduzir as atividades diárias e/ou profissionais;

- *Saúde mental*: inclui questões relativas à ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico;
- *Transição de saúde*: não constitui por si só uma dimensão, visa a saúde atual em comparação com a saúde do ano anterior.

#### d) Variável dependente

Nesta investigação, a variável dependente é o *bem-estar espiritual*. As referências empíricas do conceito de bem-estar espiritual englobam a fé pessoal, a prática religiosa e a paz espiritual:

- A *fé pessoal*, envolve a crença na existência de Deus; crença na paz espiritual; confiança no poder de Deus; crença na força da fé e confiança na providência de Deus. A fé pessoal de uma pessoa doente não se deve só ao facto de acreditar ou não na existência de Deus, mas também à sua confiança no poder e na sua bondade, na sensação de paz, coragem e força decorrente das suas crenças. Assim, torna-se fundamental que a pessoa doente seja capaz de identificar e/ou aceitar a experiência de doença como uma experiência do domínio espiritual;
- A *prática religiosa*, engloba o apoio da comunidade de fé; afirmação na adoração; apoio dos companheiros espirituais; conforto na oração; comunicação com Deus através da prática religiosa.
- A *paz espiritual*, inclui a satisfação com a fé; sensação de proximidade de Deus; ausência de medo; reconciliação; segurança no amor de Deus e fidelidade.<sup>(2)</sup>

### 2.3. Participantes no estudo

A amostra em estudo foi constituída por pessoas com doença aguda e crónica, hospitalizadas. Para a sua seleção, foi utilizada a Escala de Confusão de NeeCham (*Anexo II*), depois de cedida a autorização do autor (*Anexo II*), traduzida e validada para a população portuguesa por Neves em 2010, trata-se de uma escala observacional com nove itens interativos. Esta escala divide-se em três subescalas: processamento, comportamento e controlo fisiológico. As pontuações são apresentadas numa escala de orientação positiva de 0 (resposta mínima) a 30 (função normal). Uma pontuação abaixo dos 25 pontos indica que o

doente tem confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão. O grau de confusão definido pela Escala de Confusão de NeeCham, considera os valores entre 0-19 (confusão moderada a severa), 20-24 (confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão), 25-26 (não confuso mas com alto risco de confusão) e entre 27-30 (não confuso ou função normal). A escala foi construída para ser utilizada numa avaliação rápida pelos enfermeiros, sem causar qualquer tipo de sobrecarga ao doente, motivo pelo qual foi opção para a seleção da amostra deste estudo.<sup>(191)</sup>

Para os diferentes autores, quanto mais variáveis existem num estudo, mais elevado deve ser o número de participantes. Assim, para alguns deve-se considerar 20 a 30 participantes por cada variável, outros indicam a utilização da seguinte fórmula: o mínimo de respostas válidas (N) por variável (k) é  $N=10 \times K$  se  $K > 15$ , para uma amostra suficiente, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores.<sup>(192,193)</sup>

Tendo em linha de conta o número de variáveis em estudo, considerou-se uma amostra mínima constituída por 675 participantes.

Relativamente à determinação da técnica de amostragem, optou-se por uma amostra aleatória sistemática, tendo em consideração as características dos participantes do estudo e o tempo de hospitalização.

Os critérios de inclusão correspondem às características essenciais dos elementos da população, de forma a encontrar uma amostra o mais homogénea possível.<sup>(192)</sup> No presente estudo, foram considerados os critérios de inclusão assinalados na Tabela 2.

**Tabela 2.**  
Critérios de inclusão dos participantes

Critérios de inclusão	Estratégias
Idade $\geq 18$ anos;	Informação do participante Informação do elo de ligação
Estar hospitalizado(a) há pelo menos dois dias;	Informação do elo de ligação
Sem alterações do estado de consciência	Valores de 26 a 30 na Escala de Confusão de NeeCham

A seleção das instituições para a recolha de dados, teve por base a situação geográfica e a acessibilidade. Assim, após concedida autorização pela comissão de ética (*Anexo III*), a recolha de dados foi realizada no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (Vila Real), no Hospital de São João, EPE (Porto), e numa instituição de saúde particular, Casa de Saúde da Boavista (Porto). A partir desta fase do relatório, para o Centro Hospitalar

de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, será utilizada a designação “instituição de saúde 1”, para o Hospital de São João, EPE, “instituição de saúde 2”, e para a Casa de Saúde da Boavista, “instituição de saúde 3”.

O número de participantes de cada serviço hospitalar foi determinado tendo em conta o número de unidades de internamento (Tabelas 3, 4, 5).

**Tabela 3.**

Distribuição dos participantes pelos serviços na instituição de saúde 1

Instituição de Saúde 1	n	%
Serviço de oncologia	30	12,20
Serviço de cardiologia	32	13,10
Serviço de ortopedia	60	24,50
Serviço de cirurgia	60	24,50
Serviço de medicina	33	13,50
Serviço de pneumologia	30	12,20
Total	245	100,00

**Tabela 4.**

Distribuição dos participantes pelos serviços na instituição de saúde 2

Instituição de Saúde 2	n	%
Serviço de cardiologia	100	25,00
Serviço de nefrologia	60	15,00
Serviço de cirurgia homens	62	15,50
Serviço de cirurgia mulheres	73	18,30
Serviço de ortopedia	40	10,00
Serviço de medicina mulheres	25	6,20
Serviço de medicina homens	28	7,00
Serviço de pneumologia	12	3,00
Total	400	100,00

**Tabela 5.**

Distribuição dos participantes pelos serviços na instituição de saúde 3

Instituição de Saúde 3	n	%
Serviço de cardiologia	60	100,00
Total	60	100,00

Quanto ao tipo de serviços, constata-se, para as três instituições, uma diversidade de serviços de âmbito médico-cirúrgico, sendo de seis serviços para a instituição 1, oito para a instituição 2 e de um serviço para a instituição 3. Para a instituição 1, o maior número de participantes está afeto aos serviços de ortopedia (60) e cirurgia (60), para a instituição 2

concorrem os serviços de cardiologia (100) e cirurgia mulheres (73), para a instituição 3, todos os participantes são do serviço de cardiologia (60).

A amostra final ficou constituída por 705 doentes, com um maior predomínio de participantes da instituição de saúde 2 (400 - 56,7%), seguido da instituição de saúde 1 (245 - 34,8%) e em menor número a instituição de saúde 3 (60 - 8,5%).

Na Tabela 6 apresenta-se o número de participantes contactados por instituição, os que recusaram participar no estudo, os nulos e a amostra final. Da amostra total, a maior redução de participantes verificou-se na instituição 1, ficando a amostra final constituída por 705 participantes.

**Tabela 6.**  
Distribuição dos participantes da amostra final, por instituição

Participantes	Contactados	Recusaram	Nulos	Amostra final
Instituição de saúde 1	315	69	1	245
Instituição de saúde 2	409	9	0	400
Instituição de saúde 3	67	-	7	60
Total	791	78	8	705

## 2.4. Instrumentos de recolha de dados

A seleção dos instrumentos de recolha de dados foi feita em função dos objetivos do estudo, da obtenção de um conjunto de informação necessária à natureza do fenómeno em análise e da sua fiabilidade e validade. Optou-se pela utilização de instrumentos de medida já existentes, traduzidos e validados para a população portuguesa, tendo em conta a morosidade na construção e validação de novos instrumentos de medida.

O protocolo de investigação integrou um *Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo IV)*, construído para o estudo, constituído por um conjunto de questões estruturadas e semiestruturadas relacionadas com a caracterização da amostra (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, coabitação, residência, proveniência e professar uma religião), bem como os aspetos clínicos do doente (motivo e tempo de hospitalização, tipo de doença, sintomatologia e comorbilidade) e ainda uma questão que indicava se o preenchimento era feito pelo participante ou com ajuda total ou parcial do investigador. Com o objetivo de obter conhecimento sobre a perceção do estado de saúde dos participantes, foi utilizado o *Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2) (Anexo IV)*, e para avaliar o bem-estar espiritual

da pessoa doente hospitalizada a *Spiritual Assessment Scale* (SAS) (*Anexo IV*). Depois de cedida a autorização pelos autores da SAS e do Questionário SF-36v2, na versão portuguesa, foram aplicados à amostra de doentes hospitalizados deste estudo (*Anexo IV*). O instrumento de recolha de dados foi precedido de informação relativa aos objetivos do estudo, orientações para o seu preenchimento e a relacionada com a confidencialidade e participação (*Anexo V*).

Seguidamente e no sentido de verificar a consistência interna dos instrumentos utilizados, procedeu-se à análise psicométrica para a amostra dos participantes no estudo, da SAS e do SF-36v2.

#### 2.4.1. *Spiritual Assessment Scale* (SAS)

O construto da SAS, traduzido no *Spiritual Well-Being*, inclui duas dimensões, espiritualidade e religiosidade, operacionalizadas em três conceitos: fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual. A dimensão da espiritualidade resulta da avaliação das subescalas fé pessoal e paz espiritual e a religiosidade é refletida na subescala prática religiosa.<sup>(137)</sup>

A SAS, desenvolvida por O'Brien e traduzida e validada linguística e culturalmente para português por Rego, pretende avaliar o bem-estar espiritual na doença. No total, é constituída por 21 itens, organizados em três subescalas, cada uma delas com sete itens: a subescala fé pessoal (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7); a subescala prática religiosa (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) e a subescala paz espiritual (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). Cada item apresenta cinco opções de resposta: “concorda totalmente”; “concorda”; “indeciso”; “discorda”; “discorda totalmente”, sendo que quanto maior a pontuação obtida, melhor é o bem-estar espiritual da pessoa doente. Para reduzir o enviesamento, as duas primeiras subescalas, fé pessoal e prática religiosa, são expressas de forma positiva, em que “concordo totalmente” corresponde a 5 pontos, “concordo” a 4 pontos, “indeciso” a 3 pontos, “discordo” a 2 pontos e “discordo totalmente” corresponde a 1 ponto. A terceira subescala, paz espiritual, é apresentada de forma negativa ou inversamente, ou seja, para a análise estatística os *scores* são invertidos.<sup>(137)</sup>

O total da SAS resulta do somatório de todos os itens das subescalas fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual e a cotação de cada subescala é realizada através do somatório de todos os itens que a compõem.

O'Brien evidencia que esta escala pode ser utilizada também para avaliar o bem-estar espiritual em pessoas que não estão vinculadas a uma religião convencional,<sup>(2)</sup> desde que se proceda à explicitação de termos.

#### 2.4.1.1. Adaptação psicométrica da *Spiritual Assessment Scale* (SAS) a doentes hospitalizados

A opção por este instrumento de medida esteve relacionada com a sua especificidade e aplicabilidade aos objetivos deste estudo. No entanto, a sua reduzida utilização em estudos com amostras de participantes doentes da população portuguesa, constituiu pertinência na sua adaptação e validação.

Através da análise das opções de resposta da SAS, verificou-se que todas foram consideradas pelos participantes do estudo, embora se constate uma preferência pelas opções com uma cotação mais alta, apesar de desconhecerem a sua valoração (Tabela 7).

**Tabela 7.**  
Distribuição das respostas aos itens da SAS

Respostas Itens	1		2		3		4		5		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	9	1,3	17	2,4	30	4,3	415	58,9	234	33,2	705	100,0
P2	8	1,1	15	2,1	24	3,4	459	65,1	199	28,2	705	100,0
P3	9	1,3	16	2,6	44	6,2	453	64,3	181	25,7	705	100,0
P4	7	1,0	28	4,0	54	7,7	452	64,1	164	23,3	705	100,0
P5	8	1,1	26	3,7	67	9,5	466	66,1	138	19,6	705	100,0
P6	8	1,1	18	2,6	82	11,6	45	64,5	142	20,1	705	100,0
P7	7	1,0	16	2,3	48	6,8	508	72,1	126	17,9	705	100,0
P8	19	2,7	95	13,5	42	6,0	405	57,4	144	20,4	705	100,0
P9	16	2,3	109	15,5	59	8,4	391	55,5	130	18,4	705	100,0
P10	15	2,1	184	26,1	46	6,5	294	41,7	66	9,4	705	100,0
P11	6	0,9	62	8,8	46	6,5	461	65,4	130	18,4	705	100,0
P12	17	2,4	220	31,2	73	10,4	320	45,4	75	10,5	705	100,0
P13	12	1,7	44	6,2	48	6,8	426	60,4	175	24,8	705	100,0
P14	7	1,0	55	7,8	54	7,7	436	61,8	153	21,7	705	100,0
P15	12	1,7	125	17,7	103	1,6	335	47,5	130	18,4	705	100,0
P16	6	0,9	100	14,2	71	10,1	371	52,1	157	22,3	705	100,0
P17	8	1,1	127	18,0	100	14,2	351	49,8	119	16,9	705	100,0
P18	5	0,7	74	10,5	111	15,7	386	54,8	129	18,1	705	100,0
P19	7	1,0	46	6,5	39	5,5	427	60,6	186	26,4	705	100,0
P20	2	0,3	18	2,6	42	6,0	447	63,4	196	27,8	705	100,0
P21	6	0,9	27	3,8	38	5,4	439	62,3	195	27,7	705	100,0

A média dos itens da escala, no geral, aproxima-se do valor 4, com exceção do item 10 que apresenta um valor de 3,30, com uma amplitude de variação entre 1 e 5. A moda situa-se

no valor de 4 em todos os itens. Salvaguarda-se que os resultados registados nesta tabela referem-se à escala final (Tabela 8).

**Tabela 8.**

Medidas de dispersão e tendência central dos itens que compõem a SAS

Itens	$\bar{X}$	dp	Min	Max	P25	P75	Mo
Item1	4,20	0,739	1	5	4	5	4
Item 2	4,17	0,689	1	5	4	5	4
Item3	4,10	0,725	1	5	4	5	4
Item4	4,05	0,746	1	5	4	4	4
Item5	3,99	0,736	1	5	4	4	4
Item6	4,00	0,723	1	5	4	4	4
Item7	4,04	0,653	1	5	4	4	4
Item8	3,79	1,002	1	5	4	4	4
Item9	3,72	1,008	1	5	3	4	4
Item 10	3,30	1,024	1	5	2	4	4
Item 11	3,92	0,820	1	5	4	4	4
Item12	3,31	1,094	1	5	2	4	4
Item13	4,00	0,849	1	5	4	4	4
Item 14	3,95	0,833	1	5	4	4	4
Item 16	3,81	0,966	1	5	3	4	4
Item 17	3,63	1,000	1	5	3	4	4
Item 19	4,05	0,817	1	5	4	5	4
Item 20	4,16	0,664	1	5	4	5	4
Item 21	4,12	0,739	1	5	4	5	4

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; Min= mínimo; Max=máximo; P25=percentil25; P75=percentil75; Mo=moda.

Tendo em vista a confirmação da estrutura da escala, foi realizada a análise de componentes principais ou análise fatorial e determinada a consistência interna e a fiabilidade do SAS, através do teste de coeficiente *alpha* de Cronbach e da correlação entre os itens que constituem a escala.

A análise dos componentes principais foi utilizada para obter a validade do construto dos 21 itens através da rotação ortogonal com o método de rotação varimax. A correlação total dos itens variou entre 0,21 e 0,75, com exceção do item 15 que apresentou um valor de 0,13 (Tabela 9), sendo eliminado dado que só as correlações superiores a 0,20 revelam que os itens medem o mesmo construto.<sup>(193)</sup>

**Tabela 9.**Correlação entre os itens e *alpha* de Cronbach dos itens com o valor global da SAS excluindo o próprio item

Itens	Correlation com a nota total (excluindo o próprio item)	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach (excluindo o próprio item)
Item 1	0,62	0,89
Item 2	0,65	0,89
Item 3	0,75	0,87
Item 4	0,74	0,87
Item 5	0,72	0,87
Item 6	0,71	0,87
Item 7	0,71	0,89
Item 8	0,60	0,89
Item 9	0,66	0,89
Item 10	0,30	0,90
Item 11	0,49	0,89
Item 12	0,34	0,90
Item 13	0,75	0,88
Item 14	0,74	0,89
Item 15	0,13	0,90
Item 16	0,51	0,89
Item 17	0,30	0,90
Item 18	0,21	0,90
Item 19	0,37	0,89
Item 20	0,51	0,89
Item 21	0,45	0,89

Repetiram-se os procedimentos com a escala constituída por 20 itens e verificou-se que o item 18 apresentava uma correlação de 0,19, o que por sua vez é inferior aos valores de referência. Assim, com a exclusão dos itens 15 e 18, a SAS ficou constituída por 19 itens com valores de correlação mínimo 0,24 e máximo de 0,77, que se enquadram nos valores aceitáveis defendidos pelos autores para este tipo de escala (Tabela 10).

**Tabela 10.**Correlação entre os itens e *alpha* de Cronbach dos itens com o valor global excluindo o próprio item

Itens	Correlação com a nota total (excluindo o próprio item)	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach (excluindo o próprio item)
Item 1	0,65	0,90
Item 2	0,66	0,90
Item 3	0,77	0,90
Item 4	0,76	0,90
Item 5	0,74	0,90
Item 6	0,74	0,90
Item 7	0,73	0,90
Item 8	0,62	0,90
Item 9	0,69	0,90
Item 10	0,32	0,91
Item 11	0,51	0,91
Item 12	0,38	0,91
Item 13	0,77	0,90
Item 14	0,77	0,90
Item 15	-	-
Item 16	0,46	0,91
Item 17	0,24	0,91
Item 18	-	-
Item 19	0,33	0,91
Item 20	0,47	0,91
Item 21	0,40	0,91

Para se proceder à continuidade da análise da consistência interna e fiabilidade da escala SAS (refere-se à precisão e à consistência da medida, bem como à estabilidade temporal dos seus resultados), foi utilizado o teste de esfericidade de Bartlett's e a medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O resultado do teste permitiu dizer que existe uma correlação entre as variáveis com um valor de KMO=0,93, ou seja, muito boa e um nível de significância  $p<0,001$ , evidenciando que a análise fatorial é adequada para aplicação neste conjunto de dados (Tabela 11).

**Tabela 11.**

Teste de KMO e Bartlett's test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)		0,933
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi.Square	8124,441
	Df	171
	<i>p</i>	0,001

Em função da matriz para relacionar os itens, neste estudo foram três os fatores extraídos. A tabela da matriz de componentes rodados (método rotação varimax) permitiu identificar a distribuição dos itens pelos três fatores extraídos. Os itens que medem o fator 1 são, por ordem de importância, os itens 3, 6, 4, 5, 7, 2, 1, 13 e 14, e estão fortemente saturados. Por sua vez, o fator 2 é medido pelos itens 9, 8, 12, 10 e 11, também fortemente saturados. O fator 3 é medido pelos itens 20, 21, 19, 16 e 17, fortemente saturados, sendo que os itens 13 e 14 estão igualmente saturados nos fatores 1 e 2. Tal como no estudo apresentado por Rego, os itens 13 e 14 apresentavam uma saturação superior no fator 1. Seguindo o critério da autora da validação, bem como a saturação dos itens, optou-se por incluí-los na subescala fé pessoal, ficando assim estruturalmente constituída com nove itens e a subescala “prática religiosa” com cinco itens.<sup>(137)</sup>

A observação do comportamento dos itens na matriz permite dizer que o primeiro fator apresentou 43,5% da variância total e saturou nove itens da subescala fé pessoal. O segundo fator apresentou 55,8% da variância total, e saturou cinco itens que avaliam a prática religiosa. O terceiro fator manifestou 62,1% da variância total e saturou cinco itens que avaliam a paz espiritual (Tabela 12).

**Tabela 12.**

Matriz fatorial dos itens da escala SAS

Itens da escala	Componentes		
	Fé pessoal	Prática religiosa	Paz espiritual
Item 1	0,73		
Item 2	0,78		
Item 3	0,84		
Item 4	0,83		
Item 5	0,82		
Item6	0,83		
Item 7	0,79		
Item 8		0,74	
Item 9		0,77	
Item 10		0,52	
Item 11		0,50	
Item 12		0,67	
Item 13	0,63	0,46	
Item 14	0,63	0,51	
Item16			0,70
Item 17			0,66
Item 19			0,74
Item 20			0,80
Item 21			0,75
<b>Valores próprios</b> (Eigenvalues)	8,28	2,33	1,21
<b>% Variância</b>	43,55%	12,26%	6,36 %
<b>% Variância acumulada</b>	43,55%	55,81%	62,17%

A análise fatorial dos itens indicou que eles se devem agrupar: na dimensão fé pessoal, com nove itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 14); na dimensão prática religiosa, com cinco itens (8, 9, 10, 11, 12); e na dimensão paz espiritual, também com cinco itens (16, 17, 19, 20, 21), não obedecendo à estrutura proposta pela autora da escala, O'Brien. A estrutura apresentada por Rego, quando fez a validação da escala para a população portuguesa, apresentou apenas uma diferença na dimensão paz espiritual, relativamente à eliminação de itens, tendo eliminado os itens 17 e 18, enquanto na estrutura atual foram eliminados os itens 15 e 18. A estrutura da dimensão fé pessoal mantém-se com o mesmo número de itens. Constatou-se, através da Tabela 13, que todas as dimensões da SAS apresentam correlações estatisticamente muito significativas para um nível de significância de  $p < 0,01$  com o total.

**Tabela 13.**

SAS - Correlação entre os fatores e a nota global

Fatores	<i>r</i>	<i>p</i>
Fé pessoal	0,92	<0,001
Prática religiosa	0,81	<0,001
Paz espiritual	0,60	<0,001

Para avaliar a fiabilidade da escala SAS, com 19 itens, e das subescalas, foi utilizado o coeficiente *alpha* de Cronbach no sentido de analisar a sua consistência interna, tendo sido encontrados os seguintes valores: fé pessoal, 0,94; prática religiosa, 0,75; e paz espiritual, 0,79. A escala global apresenta valores de consistência interna de 0,91. Verificou-se que os valores apresentados eram aceitáveis, tendo em conta os valores de referência dos limites psicométricos, indicando que, em cada componente, os itens se apresentaram como um todo homogêneo com base nos valores de referência: <sup>(193)</sup> maior do que 0,90 - excelente; entre 0,80 e 0,90 - bom; entre 0,70 e 0,80 - razoável; entre 0,60 e 0,70 - fraco; e abaixo de 0,60 - inaceitável (Tabela 14).

**Tabela 14.**SAS - Valores do coeficiente *alpha* de Cronbach

Fatores	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach
SAS Global	0,91
Fé pessoal	0,94
Prática religiosa	0,75
Paz espiritual	0,79

Na Tabela 15 apresentam-se os valores do coeficiente *alpha* de Cronbach obtidos no presente estudo e nos estudos de validação apresentados pelos autores. <sup>(2,137)</sup>

**Tabela 15.**

Análise da fidelidade dos resultados da SAS na amostra de participantes do estudo e nos estudos de validação desenvolvidos pelos autores

Subescalas	Nº de itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach				
		Amostra (n=705)	Nº de itens	Autor da escala (n=182)	Nº de itens	Autor (n=210) (versão portuguesa)
Fé pessoal	9	0,94	7	0,89	9	0,95
Prática religiosa	5	0,75	7	0,89	5	0,82
Paz espiritual	5	0,79	7	0,76	5	0,75
SAS Global	19	0,91	21	0,92	19	0,89

A análise permitiu constatar que apesar da alteração estrutural das dimensões, os valores do coeficiente *alpha* de Cronbach das subescalas e da escala global obtidos na presente amostra são semelhantes aos dos estudos de validação da autora. A utilização desta escala SAS em estudos portugueses, nomeadamente em doentes oncológicos, com uma amostra de n=210 participantes, apresentou valores semelhantes, embora seja referida também a eliminação de dois itens, 17 e 18, que integram a subescala paz espiritual, para aumentar a consistência interna da escala global. <sup>(137)</sup>

#### 2.4.2. Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)

O questionário SF-36v2 é considerado uma medida de avaliação genérica de saúde, uma vez que se destina a medir conceitos de saúde relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada indivíduo e, sobretudo, não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento. A sua utilidade está demonstrada na literatura internacional, revelando possuir propriedades adequadas para ser considerado um bom instrumento para o presente estudo. O SF-36v2 pode ser preenchido pelo próprio participante ou através de entrevista. Para evitar a possibilidade de enviesamento causado pela interação do doente com o prestador de cuidados, quando aplicado na área clínica, o SF-36v2 deve ser preenchido antes do participante responder a quaisquer outras questões sobre a sua saúde ou doença. Um aspeto importante para a escolha deste instrumento deve-se ao facto de existir uma versão adaptada para a população portuguesa por Pedro Ferreira e reconhecida pela Medical Outcomes Trust (MOT), organizadora e autora da versão original.<sup>(151,179,185,186)</sup> Posteriormente, foi desenvolvida a versão 2 do questionário SF-36 pelo mesmo autor e apresentada em 2003.<sup>(179)</sup>

O SF-36v2 é constituído por 36 itens, que integram oito escalas multi-itens que permitem medir oito dimensões de estado de saúde: função física (itens 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j - dez itens); desempenho físico (itens 4a, 4b, 4c, 4d - quatro itens); dor corporal (itens 7 e 8 - dois itens); saúde geral (itens 1, 11a, 11b, 11c, 11d - cinco itens); vitalidade (itens 9a, 9e, 9g, 9i - quatro itens); função social (itens 6 e 10 - dois itens); desempenho emocional (itens 5a, 5b, 5c - três itens) e saúde mental (itens 9b, 9c, 9d, 9f, 9h - cinco itens). Para além das oito dimensões, existe um item (2), transição de saúde, que não integra nenhuma das dimensões que compõem o questionário de estado de saúde. A resposta a este item informa sobre a perceção que a pessoa tem acerca da mudança da sua saúde em comparação com o nível de saúde de há um ano atrás (Tabela 14).

Este questionário foi desenvolvido sob a forma de uma escala tipo likert, com um número de opções de resposta que varia de 1 a 3, 1 a 5 e de 1 a 6. As pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de orientação positiva de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde).<sup>(179,185,186)</sup>

A dimensão função física pretende medir a limitação física para desenvolver atividades, como por exemplo, tomar banho ou vestir-se sozinho/a, praticar desportos mais exigentes fisicamente, subir escadas, ajoelhar-se e andar uma determinada distância.

O desempenho físico mede a limitação em termos de quantidade de trabalho realizado, a necessidade de reduzir o trabalho ou a dificuldade no realizar.

A dor corporal demonstra a intensidade da dor e o seu impacto sobre o desenvolvimento das atividades diárias e no trabalho.

A saúde geral mede a percepção holística de saúde, incluindo a saúde atual, a resistência à doença e a aparência saudável.

A vitalidade envolve os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar.

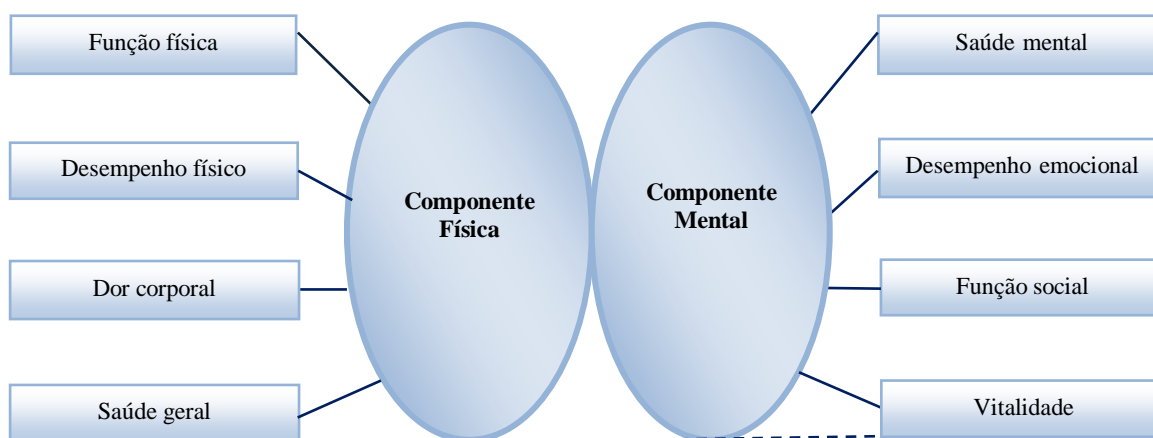
A dimensão função social engloba a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais sobre essas atividades.

O desempenho emocional pretende avaliar a extensão com que os problemas emocionais interferem no trabalho e outras atividades diárias, necessidade de reduzir o trabalho ou dificuldade em o realizar.

A saúde mental inclui questões relativas à ansiedade, à depressão, à perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico.

A transição de saúde, que não constitui por si só uma dimensão, visa avaliar a saúde atual em comparação com a saúde no ano anterior.

As oito dimensões podem agrupar-se em duas componentes gerais do estado de saúde: física e mental. A componente física, compreende as dimensões função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral, e a componente mental é constituída pelas dimensões saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade<sup>(185)</sup> (Figura 3).



**Figura 3.** Componentes do SF-36v2

O resultado de cada dimensão é obtido através da soma dos itens correspondentes, após inversão e recodificação e os resultados assim obtidos são transformados numa escala que varia entre 0 e 100, sendo que quanto maior o valor, melhor o estado de saúde.

O instrumento de medida demora, no geral, cerca de 10 minutos a ser preenchido pelo participante. Quando o preenchimento é feito com ajuda total ou parcial do investigador, o seu preenchimento demora mais tempo, cerca de 20 minutos.<sup>(179,185,186)</sup>

Este instrumento, quando aplicado na área clínica, deve ser preenchido em primeiro lugar, para que as respostas não sejam induzidas ou influenciadas por outras questões de outros instrumentos utilizados.<sup>(185,186)</sup>

Conforme indicação do autor, a análise da escala foi realizada por fases distintas, uma vez que a sua estrutura é multi-domínios e não uma estrutura única. Assim, deu-se início à verificação da distribuição das frequências e constatou-se que todos os itens foram respondidos e as diferentes opções de resposta utilizadas. Por indicação do autor, a correlação entre cada escala e os itens que a compõem devem ser positivas e altas (0,30, pelo menos); os valores das correlações entre a escala saúde geral e as outras sete devem ser positivas e com raras exceções, serem altas.<sup>(179,185,186)</sup>

#### 2.4.2.1. Análise psicométrica do Questionário do Estado de Saúde (SF-36v2)

Para verificar a consistência interna das escalas do SF-36v2, procedeu-se à análise psicométrica, através do teste *alpha* de Cronbach para a amostra dos participantes do estudo. A consistência interna do teste *alpha* de Cronbach enquadra-se nos seguintes valores: maior do que 0,90 - excelente; entre 0,80 e 0,90 - bom; entre 0,70 e 0,80 - razoável; entre 0,60 e 0,70 - fraco; e abaixo de 0,60 – inaceitável.<sup>(193,194)</sup>

De acordo com o autor da validação do SF-36v2, verificaram-se os valores de correlação entre cada escala e os itens que a compõem, seguidamente analisaram-se as escalas: função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental.

As correlações entre os totais das escalas do SF-36v2 e os itens que a compõem apresentaram valores entre 0,34 e 0,94, sendo na sua maioria positivos e altos como o autor da escala aconselha. Quanto ao coeficiente do teste *alpha* de Cronbach dos itens que constituem

as diferentes escalas, apresentam valores entre 0,64 a 0,89, o que significa que os valores dos itens que constituem as escalas, apresentam uma consistência interna de satisfatória a boa, segundo os valores de referência psicométrica, indicando que os itens se devem agrupar de acordo com a estrutura inicial (Tabela 16).

**Tabela 16.**

Médias e desvios padrão dos itens e correlação entre os itens que constituem cada escala e o  $\alpha$  de Cronbach dos itens com a nota global de cada escala excluindo o próprio item

Item	$\bar{X}$	dp	Correlation com a nota total (excluindo o próprio item)	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach (excluindo o próprio item)
○ 3a	1,38	0,64	0,61	0,77
○ 3b	1,90	0,80	0,79	0,76
○ 3c	1,86	0,82	0,79	0,76
○ 3d	1,76	0,79	0,83	0,76
○ 3e	2,11	0,79	0,84	0,76
○ 3f	1,92	0,82	0,72	0,76
○ 3g	1,78	0,82	0,83	0,76
○ 3h	1,93	0,83	0,84	0,76
○ 3i	2,33	0,75	0,78	0,76
○ 3j	2,48	0,71	0,65	0,77
▪ 4a	2,98	1,47	0,84	0,81
▪ 4b	2,64	1,52	0,90	0,80
▪ 4c	2,59	1,46	0,93	0,80
▪ 4d	2,51	1,44	0,91	0,80
● 7	3,14	1,72	0,94	0,88
● 8	2,92	1,67	0,94	0,89
❖ 1	2,17	1,10	0,54	0,66
❖ 11a	3,46	0,96	0,44	0,70
❖ 11b	3,04	1,04	0,60	0,64
❖ 11c	3,63	1,02	0,34	0,74
❖ 11d	2,48	0,94	0,54	0,67
* 9a	2,88	1,23	0,76	0,79
* 9e	2,78	1,21	0,76	0,78
* 9g	3,08	1,31	0,77	0,79
* 9i	2,83	1,23	0,79	0,78
✓ 6	3,59	1,32	0,69	0,87
✓ 10	3,28	1,48	0,74	0,82
- 5a	3,36	1,38	0,90	0,83
- 5b	3,16	1,49	0,91	0,82
- 5c	3,36	1,49	0,89	0,82
➤ 9b	3,14	1,24	0,76	0,78
➤ 9c	3,40	1,33	0,86	0,76
➤ 9d	3,29	1,08	0,85	0,76
➤ 9f	3,43	1,32	0,76	0,78
➤ 9h	3,30	1,38	0,62	0,79
© 2	3,55	1,09	-0,34	0,73

○ Função física  
 ▪ Desempenho físico  
 ● Dor corporal  
 ❖ Saúde geral  
 \* Vitalidade  
 ✓ Função social  
 - Desempenho emocional  
 ➤ Saúde mental  
 © Transição de saúde  
 $\bar{X}$ = Média;  
 Dp= Desvio padrão

No segundo passo verificou-se a análise da correlação da escala saúde geral com as outras sete escalas, com valores da correlação que variaram entre 0,33 na escala dor corporal e 0,73 na escala vitalidade (Tabela 17).

As correlações entre a escala saúde geral e as outras escalas devem apresentar valores positivos e, com raras exceções, ser altas. Os valores da correlação da escala dor corporal são positivos (0,33) e superiores a 0,30, como o autor indica.<sup>(185,186)</sup>

**Tabela 17.**

Correlação entre a nota total da escala saúde geral e as notas das sete escalas que compõem o SF-36v2 e o *alpha* de Cronbach

Escalas	Correlation com a nota global (excluindo o próprio item)	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach (excluindo o próprio item)
Função física	0,53	0,83
Desempenho físico	0,69	0,80
Dor corporal	0,33	0,84
Saúde geral	0,52	0,82
Vitalidade	0,73	0,79
Função social	0,55	0,82
Desempenho emocional	0,66	0,80
Saúde mental	0,64	0,80

No sentido de analisar a consistência interna das escalas do SF-36v2 foi utilizado o coeficiente *alpha* de Cronbach, tendo sido encontrados os seguintes valores: função física, 0,94; desempenho físico, 0,94; dor corporal, 0,93; saúde geral, 0,73; vitalidade, 0,85; função social, 0,59; desempenho emocional, 0,92; e saúde mental, 0,87 (Tabela 18). Verificou-se que os valores apresentados são aceitáveis tendo em conta os valores de referência dos limites psicométricos, com exceção da escala função social que apresenta um valor marginal, no entanto, optou-se por manter os itens agrupados na estrutura fatorial conforme propostos pelo teste original e pela versão portuguesa.<sup>(179,185,186)</sup>

**Tabela 18.**

Coefficiente *alpha* de Cronbach das escalas do SF-36v2

Subescalas	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	
	Nº de itens	Amostra (n=705)
Função física	10	0,94
Desempenho físico	4	0,94
Dor corporal	2	0,93
Saúde geral	5	0,73
Vitalidade	4	0,85
Função social	2	0,59
Desempenho emocional	3	0,92
Saúde mental	5	0,87

A utilização do questionário em estudos portugueses, nomeadamente em mulheres grávidas com uma amostra de  $n=930$  participantes, apresentou valores semelhantes aos valores do presente estudo na maioria das escalas do SF-36v2, embora com um valor de consistência interna da escala função social de 0,60, referindo que os participantes que constituíram a amostra do estudo apresentavam características sociodemográficas diversas<sup>(179)</sup> (Tabela 19).

**Tabela 19.**

Coefficiente *alpha* de Cronbach do SF-36v2 na amostra de participantes do estudo e nos estudos de validação desenvolvidos pelos autores

Subescalas	Coeficiente $\alpha$ de Cronbach		
	Nº de itens	Amostra (n=705)	Autor da escala (n=930)
Função física	10	0,94	0,87
Desempenho físico	4	0,94	0,75
Dor corporal	2	0,93	0,84
Saúde geral	5	0,73	0,87
Vitalidade	4	0,85	0,83
Função social	2	0,59	0,60
Desempenho emocional	3	0,92	0,71
Saúde mental	5	0,87	0,64

No presente estudo, também o valor de consistência interna da escala função social (0,59), pode estar relacionado não só com as características sociodemográficas dos participantes da amostra do estudo, mas também com a sua situação de saúde.

## 2.5. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados decorreu de novembro de 2010 a outubro de 2011, com a participação temporária de alguns colaboradores, tendo em conta as características da amostra e a necessidade de recorrer à entrevista, sempre que a pessoa doente apresentava dificuldades no preenchimento do instrumento de recolha de dados. As vantagens deste tipo de técnica inclui a flexibilidade, porque permite ao investigador reformular as perguntas, clarificar a linguagem, maior uniformidade na anotação das respostas e um número superior de informações, ou seja, diminuição de dados omissos.

Da avaliação global, constatou-se que 551 (78,2%) participantes precisaram de ajuda total para o preenchimento do instrumento de recolha de dados, cujas razões estavam relacionadas com não saber ler nem escrever, dificuldades na leitura e escrita, alterações

visuais, limitação física por doença e preferência do participante. Apenas 154 (21,8%) dos participantes não precisaram de ajuda no preenchimento do questionário.

No sentido de precisar os resultados, foi verificada a comparação entre o grupo de participantes que preencheu de forma autónoma os instrumentos de recolha de dados e o grupo que precisou de ajuda (Tabela 20).

**Tabela 20.**

Comparação dos resultados do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS em função do preenchimento do instrumento de recolha de dados

SAS	Sem ajuda (n=153)			Com ajuda (n=552)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Ordem média	$\bar{X}$	dp	Ordem Média		
<b>FP</b>	36,04	8,06	364,2	36,64	4,66	349,8	40509,0	0,432
<b>PR</b>	17,69	4,58	339,6	18,13	3,13	356,7	40186,5	0,357
<b>PE</b>	19,20	4,25	337,3	19,93	2,68	357,3	39831,5	0,273
<b>BEE</b>	72,94	13,19	341,6	74,71	8,65	356,1	40497,5	0,437

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste de *Mann-Whitney*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Dos resultados apresentados, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (com ajuda e sem ajuda) para o preenchimento do instrumento de recolha de dados nas diferentes subescalas e no total da SAS.

Os participantes conseguiram responder à totalidade dos itens do instrumento de medida com exceção da questão nº 5 da primeira parte, relacionada com a profissão, em que 7 (1%) participantes não responderam. Este facto pode estar relacionado com a situação de reformado em que se encontravam os participantes, acrescentando-se que a questão não respondida pertence ao grupo dos participantes que não precisaram de ajuda no preenchimento dos instrumentos de recolha de dados.

De uma forma geral, iniciou-se cada entrevista atendendo aos aspetos éticos, respeitando a autonomia e a privacidade, disponibilizando a cada participante informação oral e escrita sobre os objetivos do estudo, as condições de participação e garantia da confidencialidade, a não obrigatoriedade de participação no estudo e poder em qualquer momento desistir de participar. Verificados estes procedimentos e após consentimento informado, deu-se início a um diálogo informal durante o qual era aplicada a escala de confusão de NeeCham para avaliar estado de consciência do participante. Relativamente à última subescala “controlo fisiológico”, foi solicitado, ao enfermeiro responsável pelo doente, informação sobre parâmetros vitais, de modo a permitir o preenchimento da subescala. Após a

avaliação do estado de consciência, deu-se ao início à recolha de dados, sempre que os valores obtidos estivessem no *score* 26 a 30, que corresponde a não confuso ou com função normal. Seguidamente, será apresentado com maior descrição a recolha de dados em cada uma das instituições.

### **A) Instituição de Saúde 1**

O trabalho de campo nos serviços de medicina, cirurgia, cardiologia, ortopedia, pneumologia e oncologia, decorreu entre o mês de novembro de 2010 e junho de 2011. Na recolha de dados nesta instituição, participaram dois colaboradores, sob a orientação do investigador. Um dos elementos colaborou de novembro até à primeira quinzena de janeiro, e o outro elemento, de abril a junho para terminar a recolha de dados nesta instituição. Todos os colaboradores tiveram acesso ao protocolo de investigação, foram discutidos com o investigador principal todos os aspetos considerados mais relevantes e esclarecidas algumas dúvidas. Os enfermeiros dos diferentes serviços mostraram-se acolhedores e simpáticos, questionando, frequentemente, sobre o interesse da investigação e sobretudo da curiosidade dos resultados para a sua aplicabilidade na prática dos cuidados de enfermagem.

A abordagem do doente foi sempre feita pelo investigador e colaboradores, explicitando os objetivos do estudo e auscultando a sua vontade para participar. Foram convidadas a participar no estudo 315 pessoas doentes hospitalizadas, participaram 246 (78%) e recusaram 69 (22%).

Nesta instituição, a recolha de dados excedeu o tempo previsto, devido a fatores relacionados com alguma reserva na participação no estudo, manifestada por parte das pessoas doentes, principalmente no que concerne ao consentimento informado, sendo uma das principais causas e sobretudo pela falta de participantes que cumprissem os critérios de inclusão no estudo, pelo que foi necessário pedir a prorrogação do prazo, que foi concedida.

### **B) Instituição de Saúde 2**

O trabalho de campo começou no dia 22 de março de 2011 e terminou no dia 31 de outubro 2011 (com interrupção no mês de agosto), nos serviços de cirurgia geral, cardiologia, nefrologia, medicina, pneumologia e ortopedia. Nesta instituição, colaboraram em tempo parcial (1 dia por semana) dois elementos da área da saúde autorizados pela comissão de ética da instituição, no serviço de cirurgia mulheres e ortopedia. Estes colaboradores tiveram

acesso ao protocolo de investigação para conhecimento dos objetivos de estudo, técnicas previstas de recolha de dados e instrumentos de medida, assim como orientações presenciais do investigador principal.

O elo de ligação (enfermeiro do serviço selecionado pelo enfermeiro chefe que assumiu a responsabilidade pela presença do investigador no serviço, por exigência da comissão de ética) foi uma mais-valia para a identificação dos participantes no estudo, sobretudo na integração do investigador no serviço e na equipa de enfermagem. Cada elo de ligação teve acesso ao protocolo de investigação de forma a ter conhecimento sobre os objetivos do estudo e instrumentos de medida utilizados, assim como a técnica de recolha de dados prevista. De modo a facilitar a integração e no sentido de os doentes identificarem o investigador como profissional de enfermagem, foi-lhe permitido usar farda hospitalar, sempre que estava no serviço, o que contribuiu para reforçar a confiança e a aceitação.

A primeira abordagem foi feita sempre com a colaboração do elo de ligação que procedeu à apresentação do investigador ao doente e explicou o motivo da sua presença no serviço. Foram convidados 409 doentes hospitalizados, participaram 400 (97,8%) e recusaram 9 (2,2%) por diversos motivos relacionados com a sua indisponibilidade no momento.

Os profissionais de enfermagem mostraram-se acolhedores e simpáticos e sobretudo curiosos em relação ao estudo. Tivemos oportunidade de dialogar com os doentes e familiares no sentido de criar um melhor ambiente e reforçar a confiança. Privilegiaram-se os contactos informais, a relação com os profissionais e com os doentes para facilitar a integração no serviço.

Nesta instituição, em particular, os doentes foram muito generosos na sua participação no estudo. Sempre que possível, o nosso diálogo ultrapassou a relação investigativa, e foi também uma oportunidade de partilha de histórias de vida, que deixou uma marca indelével no nosso percurso profissional e pessoal. A título de exemplo, foi frequentemente verbalizado que aqueles momentos de partilha, embora breves, sobre as experiências de sofrimento causado pela hospitalização, dor e doença, contribuíram muitas vezes para o alívio ou diminuição do sofrimento espiritual e emocional. Nesta instituição, dado o número de serviços selecionados (oito), a mobilidade e tempo de internamento dos doentes e, sobretudo, para maximizar o tempo disponível, optou-se pela presença física durante um dia por semana em cada serviço.

A recolha de dados nos serviços de medicina e pneumologia não decorreu como previsto devido às características dos doentes (alteração do estado de consciência, situação instável e terminal), então, como estratégia de recurso, aumentou-se o número de doentes dos serviços de cardiologia, nefrologia, cirurgia e ortopedia.

### C) Instituição de Saúde 3

Nesta instituição, o trabalho de campo decorreu de novembro de 2010 a janeiro de 2011, com a total colaboração do elo de ligação da instituição, sem intercorrências. À semelhança da preparação dos outros elementos que colaboraram na recolha de dados, o elo de ligação desta instituição teve acesso ao protocolo de investigação, assim como à discussão sobre aspetos pertinentes do protocolo: objetivos, instrumentos de medida, potenciais participantes, técnicas de recolha de dados.

## 2.6. Procedimento de análise estatística dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi construída uma base de dados recorrendo ao programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20 para Windows.

Com a finalidade de dar resposta aos objetivos traçados, foi utilizada a análise descritiva, com recurso às medidas de dispersão e tendência central. A utilização da análise estatística inferencial assentou na verificação das características da distribuição das variáveis intervalares do presente estudo.

No sentido de fazer a opção pelo tipo de testes estatísticos, paramétricos *versus* não paramétricos, recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* e ao teste de *Shapiro-Wilk*, para verificar se as variáveis intervalares apresentavam uma distribuição normal. Os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos implicam que a variável a analisar deva ser intervalar, bem como seguir uma distribuição aproximadamente normal e existir homogeneidade das variâncias.<sup>(193,194)</sup>

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o teste de *Shapiro-Wilk* para a amostra deste estudo apresentaram valores de  $p < 0,001$ , valores concordantes com uma distribuição sem os requisitos para optar pelos testes paramétricos.

Na comparação de amostras independentes, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* (2 grupos) e o teste de *Kruskal-Wallis* (3 ou mais grupos). A opção por estes testes esteve relacionada com o facto da assimetria evidente, ou seja, não se observarem as condições para a aplicabilidade dos testes paramétricos.

O teste de *Kruskal-Wallis* expressa apenas que foram encontradas diferenças, não especificando os grupos onde se encontram. Neste sentido, para identificar em que grupos se encontravam as diferenças foi necessário recorrer ao teste de *Mann-Whitney*, que permite comparar os grupos dois a dois, identificando-se, assim, entre que grupos existem diferenças estatisticamente significativas. Para não incorrer na probabilidade de erro tipo I devido ao facto de se proceder a comparações múltiplas, aplicou-se a *correção de Bonferroni*. Este procedimento consiste em dividir o valor do ponto de corte convencional relativo à significância estatística  $p=0,05$ , pelo número de testes adicionais que se devem fazer na sequência de um teste de diferenças significativas, que pretendem comparar três ou mais grupos.<sup>(193)</sup>

Alguns autores defendem que quando se aplicam os testes *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*, para avaliar as diferenças entre grupos de uma população, as medidas descritivas de eleição a apresentar nas tabelas devem ser a mediana, os valores mínimos e máximos e os intervalos interquartílicos.<sup>(193)</sup> No entanto, outros referem que se pode também optar pelas medidas descritivas, média e desvio padrão das variáveis em estudo, tendo em conta a utilização dos valores originais da variável e as suas ordens.<sup>(194)</sup> Neste estudo, para os resultados obtidos optou-se pelas medidas descritivas, média, desvio padrão e médias de ordem das variáveis em estudo, sempre que oportuno.

Na análise das associações entre variáveis em estudo, foi utilizado o *coeficiente de correlação de Spearman*, tendo em atenção as suas características métricas e a não obtenção das condições para a aplicabilidade dos testes paramétricos. Como se trata de uma medida de associação entre variáveis quantitativas, a intensidade de uma acompanha tendencialmente a intensidade da outra, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Os valores de referência de  $r$  inferiores a 0,30 indicam uma associação muito fraca, entre 0,30 e 0,70, uma associação moderada, acima destes valores, existe numa associação forte.<sup>(193)</sup> Para outros autores, tendo em conta a pouca expressividade das relações entre as variáveis em ciências sociais, aceitam-se outros valores de referência, considerando  $r$  abaixo de 0,19 uma correlação muito baixa, entre 0,20 e 0,39 uma correlação baixa, entre 0,40 e 0,69 uma correlação moderada, valores

entre 0,70 e 0,89 uma correlação alta e um valor de  $r$  superior a 0,89 é considerada uma correlação muito alta. Quanto às diferenças das associações, serão consideradas significativas para um valor de  $p \leq 0,05$ .<sup>(193-195)</sup>

Para analisar o valor preditivo das variáveis em análise, foi utilizado o modelo de regressão linear múltipla, que permite a análise da relação entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes, optando-se pelo procedimento *Stepwise* na inclusão de variáveis, porque permite selecionar as variáveis com maior valor preditivo.<sup>(194,195)</sup>

### 3. BIBLIOGRAFIA

2. O'Brien E. Spirituality in nursing. Standing on holy ground. London: Jones e Bartlett Publishers; 2007.
27. Taylor E. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2006 [cited 2009 Jan 15]; 33(4): 729-35. Available from: <http://openurl.ebscohost.com/linksvc/linking.aspx?sid=a9h&volume=33&date=2007&spage=79>
69. Tam EPC. Faith development theory and spiritual direction. *Pastoral Psychology* [Internet]. 1996 [cited 2008 May 2]; 44(4): 251-63. Available from: [www.springerlink.com/.../Y48135M96763N011](http://www.springerlink.com/.../Y48135M96763N011)
109. Shih F-J, Lin HR, Gau ML, Chen CH, Hsiao SM, Shih SN, Sheu SJ. Spiritual needs of taiwan's older patients with terminal cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2009; 36(1): 31-8.
126. Puchalski C, Dorff E, Hendi Y. Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clin Geriatr Med*. [Internet]. 2004 [cited 2009 Nov 12]; 20(4): 689-714. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541620](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541620)
137. Rego AC. O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*. 2008; 1(2): 199-204.
151. Ferreira PA Medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 1998.
173. Potter, PA, Perry, A. Fundamentos de enfermagem. 5a ed. Loures: Lusociência, 2006.
179. Ferreira P, Santana A. Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2003; 21(2): 15-30.
181. Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012; 30(2): 163-71.
185. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I- Adaptação Cultural e Linguística Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13; 55-6.
186. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13: 119-27.
187. O'Brien ME. Parish nursing meeting spiritual needs of elders near the end of life. *Journal Cristian Nursing*. 2006; 23(1): 28-33.

188. Koenig H. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *Journal of the Am Med Assoc* [Internet]. 2002 [cited 2008 Dec 2]; 288: 487-93. Available from: <http://jamanetwork.com/article.aspx?volume=288&issue=4&page=487186>
189. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2011. Lisboa: INE; 2013. [acesso em 22 Mar 2013]. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
190. van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus J.A. Problems in determining the occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol*. 2001; 54(7): 675-79.
191. Neves HL. Confusão aguda no doente hospitalizado. Adaptação cultural e validação a escala de NeeCham [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; 2008.
192. Fortin M-F, Côté J, Filion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
193. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para as ciências sociais. A complementaridade do SPSS. 4a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
194. Maroco J. Análise estatística com utilização do SPSS. 3a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
195. Martins C. Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga: Psiquilibrios Edições; 2011.

## **PARTE III**

### **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

---



Nesta parte apresentam-se em primeiro lugar, os resultados relacionados com a caracterização sociodemográfica e clínica e das variáveis relacionadas com o bem-estar espiritual e o estado de saúde recorrendo-se à estatística descritiva. Seguidamente, apresentam-se os resultados da relação entre o bem-estar espiritual e as variáveis de natureza sociodemográfica e clínica e ao valor preditivo das variáveis sociodemográficas, clínicas e estado de saúde sobre o bem-estar espiritual. Os resultados foram agrupados no sentido de responder aos objectivos propostos. Também, foram apresentados os cálculos estatísticos utilizados no tratamento dos dados, apesar de alguns deles não apresentarem significado estatístico, demonstraram relevância para a interpretação e discussão do bem-estar espiritual da pessoa hospitalizada em situação de doença. Para facilitar a leitura e interpretação dos resultados, optou-se pela sua apresentação em tabelas e figuras, na medida em que permitem sintetizar uma grande quantidade de resultados, tornando mais fácil a sua compreensão e interpretação.

## **1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

As características sociodemográficas da amostra são apresentadas de acordo com a sua relevância, de forma a permitir a análise das suas relações com as variáveis em estudo.

A evidência científica tem demonstrado que o bem-estar espiritual e a percepção do estado de saúde alteram-se consoante o grupo etário, o sexo, o tipo de ocupação, o nível de escolaridade, a idade e o local de residência (rural/urbano) e a comorbilidade.<sup>(181,185,186)</sup>

### **1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes**

Para a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo foram privilegiadas as variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, profissão, coabitação, proveniência, professar uma religião.

Para a análise das variáveis sociodemográficas, foram utilizadas estatísticas descritivas, sendo os principais resultados sumariados na Tabela 21.

**Tabela 21.**  
Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis sociodemográficas	Masculino (n=366)		Feminino (n= 339)		Total (n=705)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade anos</b>						
≤34	33	4,7	22	3,1	55	7,8
35-64	196	27,8	164	23,3	360	51,1
≥65	137	19,4	153	21,7	290	41,1
<b>Estado civil</b>						
Casado/união de facto	266	37,8	200	28,3	466	66,1
<b>Outros</b>						
Solteiro	49	7,0	30	4,2	79	11,2
Viúvo	28	4,0	83	11,7	111	15,7
Divorciado/separado	23	3,3	26	3,7	49	7,0
<b>Escolaridade</b>						
<b>Nível baixo</b>						
Não sabe ler, nem escrever	20	5,4	40	11,8	60	8,5
1ºciclo	185	50,6	186	54,8	371	52,6
<b>Nível médio</b>						
2ºciclo,3ºciclo	136	37,1	86	25,3	222	31,5
Ensino secundário	99	27,0	57	16,8	154	22,0
<b>Nível superior</b>						
Ensino superior	37	10,1	29	8,5	66	9,4
<b>Situação laboral</b>						
<b>Ativo</b>						
Trabalhador dependente	93	25,4	52	15,3	145	20,5
Trabalhador por conta própria	36	9,8	16	4,7	52	7,3
<b>Não ativo</b>						
Desempregado/a	24	6,5	10	2,9	34	4,8
Reformado/a	206	56,28	196	57,8	402	57,0
Doméstica			62	18,2	62	8,7
Estudante	7	1,9	4	1,1	11	1,5
<b>Coabitação</b>						
Só	44	12,0	64	18,8	108	15,3
Pais, filhos, outros familiares	69	18,8	90	26,54	159	22,6
Cônjuge	248	67,7	175	51,6	423	60,0
Outras pessoas	5	1,3	10	2,9	15	2,1
<b>Proveniência</b>						
Rural	153	41,8	154	45,4	307	43,5
Urbana	213	58,1	185	54,5	398	56,5

A amostra foi constituída por 705 participantes, sendo 52,0% (366) do sexo masculino e 48,0% (339) do sexo feminino, com idades entre os 18 e os 95 anos e uma média de 59,42 anos ( $dp=15,65$ ), evidenciando uma grande dispersão de idades, demonstrada pelo valor do desvio padrão. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ) em relação à média de idades em função do sexo, com uma média de idades superior para o sexo feminino 61,42 anos ( $dp=15,30$ ) em relação ao masculino 57,56 ano ( $dp=15,73$ ).

Relativamente ao grupo etário, verificou-se o predomínio do grupo etário 35-64 anos, com 51,1% (360) participantes, tanto para o sexo masculino (27,8% - 196) como para o sexo feminino (23,3% - 164). Quanto ao grupo etário com  $\leq 34$  anos, a proporção foi, apenas, de 7,8% (55).

No que concerne ao estado civil, foi a situação de casado/união de facto a que obteve maior expressão na amostra, com 66,1% (466), seguido de viúvo, com 15,7% (111) e, por último, solteiro, com 11,2% (79).

Relativamente à escolaridade, a maioria dos participantes (61,2% - 431) apresentava um nível de escolaridade baixo, 31,5% (222) com nível médio e apenas 7,3% (52) detinha um nível superior de escolaridade. Para os diferentes níveis de escolaridade, é apenas no nível superior que é mais elevada a proporção do sexo feminino (7,9%).

No que respeita à situação laboral dos participantes, a maioria encontrava-se na situação de reformado/a (57,0% - 402), e 27,8% (n=197) do grupo de participantes mantinha atividade laboral ativa.

Quanto à profissão dos participantes e tendo por base a CPP<sup>(196)</sup>, constituída por 10 grupos de acordo com o conteúdo funcional, explicita-se na Tabela 22, os diferentes grupos profissionais, acrescentando-se um grupo com vista a incluir os participantes não remunerados (domésticas e estudantes).

**Tabela 22.**  
Distribuição dos participantes por grupo profissional

Grupos profissionais	n	%
0. Profissões das forças armadas	0	0,0
1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	5	0,7
2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas	49	7,0
3. Técnicos e profissionais de nível intermédio	17	2,4
4. Pessoal administrativo e similar	31	4,4
5. Pessoal dos serviços e vendedores	108	15,3
6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	45	6,4
7. Operários, artífices e trabalhadores similares	199	28,2
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	42	6,0
9. Trabalhadores não qualificados	14	2,0
10. Atividade não remunerada (domésticas e estudantes)	188	26,7

Das respostas obtidas, verifica-se que a atividade profissional dos participantes estava distribuída pelos diferentes grupos profissionais, sendo o mais comum na amostra, o grupo 7 (operários, artífices e trabalhadores similares), com 28,2% (199), seguido do grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores), com 15,3% (108). Os participantes com atividade não remunerada (domésticas e estudantes) constituíram um grupo importante, com 26,7% (188). Do total de participantes, 1,0% (7) não mencionou a profissão, particularidade que pode estar relacionada com a situação de reformado em que se encontravam.

Quanto à coabitação, predomina o vínculo afetivo, com referência ao cônjuge (60,0% - 423) e aos pais/filhos ou outros familiares (22,6% - 159). É também de realçar que 15,3% (108) dos participantes referiu viver sozinho.

Considerando a proveniência, a maioria (56,5% - 398) dos participantes referiu proveniência urbana, para 43,5% (307) com proveniência rural.

Relativamente à residência, a maioria dos participantes referiu o distrito do Porto (52,6%) como residência, seguindo-se, por ordem decrescente, os distritos de Vila Real (26,8%), Viseu (6,7%), Braga (4,8%), Bragança (3,4%), Viana do Castelo (2,4%), Aveiro (2,0%) e outros (1,3%) (Tabela 23).

**Tabela 23.**  
Distribuição dos participantes pela residência – Distrito

Residência	n	%
Aveiro	14	2,0
Braga	34	4,8
Bragança	25	3,5
Porto	370	52,6
Viana do Castelo	17	2,4
Vila Real	189	26,8
Viseu	47	6,7
Outra (Coimbra, Leiria, Lisboa, Funchal, Barcelona)	9	1,3

A religião, bem como a sua prática, têm sido consideradas como recursos que ajudam a pessoa a desenvolver mecanismos de adaptação aos processos de transição saúde/doença, particularmente nas situações de hospitalização. Dada a importância destas variáveis para o presente estudo, nas Tabelas 24 e 25 apresentam-se os resultados em função do sexo e do grupo etário.

**Tabela 24.**  
Distribuição dos participantes que professam ou não uma religião em função do sexo e grupo etário

Classes	Masculino (n=366)				Feminino (n=339)			
	Professam uma religião		Não professam uma religião		Professam uma religião		Não professam uma religião	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<=34 Anos	23	7,2	10	20,8	18	5,6	4	20,0
35-64 Anos	168	52,8	28	58,4	149	46,8	15	75,0
>=65 Anos	127	40,0	10	20,8	152	47,6	1	5,0
Total	318	100,0	48	100,0	319	100,00	20	100,00

Constata-se que a maioria dos participantes referiu professar uma religião. Do total de participantes que referiu não professar uma religião, 48 eram do sexo masculino e apenas 20 do sexo feminino, com predominância no grupo etário 35-64 anos.

**Tabela 25.**

Distribuição dos participantes em função do tipo de religião e sexo

Religião	Masculino (n=318)		Feminino (n= 319)		Total (n=637)	
	n	%	n	%	n	%
Católica apostólica romana	265	83,3	284	89,0	549	86,2
Católicos não praticantes	50	15,8	24	7,6	74	11,6
Testemunhas de Jeová	0	0,0	4	1,2	4	0,6
Outras religiões cristãs	3	0,9	7	2,2	10	1,6

A religião mais apontada pelos participantes foi a católica apostólica romana (86,2% - 549) tanto para o sexo masculino (83,3% - 265) como para o sexo feminino (89,0% - 284). O grupo de participantes católicos não praticantes também é de considerar (11,6% - 74), seguindo-se, por ordem decrescente, os participantes testemunhas de Jeová (0,6% - 4) e outras religiões cristãs (1,6% - 10).

## 1.2. Caracterização clínica dos participantes

A caracterização clínica teve em conta as seguintes variáveis: motivo e tempo de hospitalização, tipo de doença, sintomatologia e comorbilidade, categorizadas com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, organizada por grandes grupos e subgrupos de doenças.<sup>(197)</sup> Quanto ao motivo de hospitalização, também foi determinado com recurso ao diagnóstico clínico (Tabela 26).

**Tabela 26.**

Distribuição dos participantes em função do motivo de hospitalização

Motivo de hospitalização	n	%
Doenças do aparelho circulatório (enfarte do miocárdio; pericardite; hipertensão arterial; insuficiência cardíaca)	168	23,8
Doenças do aparelho respiratório (doença pulmonar obstrutiva crónica; pneumonia; problemas respiratórios)	79	11,2
Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo (artroses; osteoporose)	102	14,5
Doenças do aparelho digestivo (hérnia inguinal; problemas hepáticos; problemas vesiculares e outros problemas intestinais)	128	18,2
Neoplasia (gástrica; cólon; reto; sigmoide; tiróide; mama; próstata; mieloma múltiplo; leucemia; linfoma; pulmonar)	93	13,2
Doenças do aparelho geniturinário (insuficiência renal crónica; hipertrofia da mama)	57	8,1
Lesões traumáticas, envenenamento e outras consequências de causas externas	43	6,1
Outras (doenças da pele; sangue; endócrinas; neurológicas; oftalmológicas)	35	4,9

Neste estudo, verifica-se uma grande diversidade quanto às situações clínicas dos participantes que motivaram o seu internamento. As mais frequentemente mencionadas dizem respeito às doenças do aparelho circulatório (23,8% - 168), seguido pelo grupo das doenças digestivas (18,2% - 128) e das doenças do sistema osteomuscular (14,5 % - 102). Também com destaque se menciona o grupo de participantes que tem como motivo de internamento as doenças neoplásicas. Um dos critérios para a inclusão dos participantes no estudo esteve relacionado com o tempo mínimo de hospitalização, situando-se este entre 2 dias, no mínimo, e 240 dias, no máximo, com uma média de 8,00 dias (dp=6,9), com um número mais elevado de participantes (47,8% - 337) a referir entre 2 a 5 dias de internamento.

Na Tabela 27 apresenta-se a distribuição de frequências relativas e absolutas quanto ao tipo de doença no momento da hospitalização, sintomatologia e comorbilidade associada por sexo.

**Tabela 27.**

Distribuição dos participantes em função do tipo de doença, sintomatologia e comorbilidade, por sexo

	Masculino (n=366)		Feminino (n= 339)		Total (n=705)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Tipo de doença</b>						
Aguda	222	31,6	200	28,4	422	60,0
Crónica	144	20,4	139	19,6	283	40,0
<b>Sintomatologia</b>						
Sim	247	35,1	277	39,2	524	74,3
Não	119	16,9	62	8,8	181	25,7
<b>Comorbilidade</b>						
Sim	225	31,9	255	36,2	480	68,1
Não	141	21,0	84	11,9	225	31,9

No que respeita ao tipo de doença que motivou a hospitalização, a maioria dos participantes foi a doença aguda, com 60,0% (422), seguida da doença crónica, com 40,0% (283).

A presença de sintomatologia foi manifestada por 74,3% (524) dos participantes, enquanto 25,7% (181) reportou não apresentar nenhum sintoma no momento da recolha de dados, sendo este valor percentual superior entre os elementos do sexo feminino (39,2% - 277). Tal como em relação ao motivo de hospitalização, os participantes apresentaram uma grande diversidade de sintomas, em que a dor foi o mais frequentemente autorreferido, com 48,5% (342), seguindo-se, por ordem decrescente, a sintomatologia relacionada com dificuldade em respirar, com 17,9% (132), fadiga, com 17,3% (122) e dificuldade em deambular, com 16,0% (113).

Do total de participantes, 68,1% (480) apresentava comorbidade, com valores percentuais semelhantes em ambos os sexos (31,9% para o sexo masculino e 36,2% para o sexo feminino), sendo as mais frequentemente referidas as doenças do sistema circulatório (40,6% - 286), as doenças do sistema endócrino nutricionais e metabólicas (34,2% - 241), que são o reflexo dos fatores determinantes da saúde nos processos de morbidade e até de mortalidade.

## 2. BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA

No sentido de descrever e analisar o bem-estar espiritual e as dimensões que o constituem, foi utilizada a estatística descritiva, medidas de dispersão e tendência central da informação obtida das respostas dos participantes à escala aplicada (SAS).

O somatório dos 19 itens da SAS traduz o nível de bem-estar espiritual, cujo valor varia entre o mínimo de 19 e o máximo de 95, correspondendo a Tabela 28 aos resultados obtidos em cada subescala e na escala global.

Quanto aos resultados das subescalas, salienta-se: fé pessoal apresentou uma média de 36,51 (dp=5,57; Me=36 e amplitude de variação 36), com valor mínimo de 9 e valor máximo de 45; prática religiosa apresentou uma média de 18,04 (dp=3,50; Me=18 e uma amplitude de variação 36), com valor mínimo de 5 e valor máximo de 25; e paz espiritual apresentou uma média de 17,77 (dp=3,10; Me=20 e uma amplitude de variação de 19), com valor mínimo de 6 e valor máximo de 26.

**Tabela 28.**

Medidas de tendência central e de dispersão do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS

n=705	$\bar{X}$	dp	Me	Amplitude (min/max)	P <sub>k</sub> 25	P <sub>k</sub> 75	IQQ
<b>FP</b>	36,51	5,57	36	9,0/ 45,00	35	39	4
<b>PR</b>	18,04	3,50	18	5,0/ 25,0	16	20	4
<b>PE</b>	19,77	3,10	20	6,0/ 25,0	18	21	3
<b>BEE</b>	74,32	9,83	74	35,0/ 95,0	70	79	9

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; Me=mediana; Pk25=percentil 25; Pk75=percentil 75; IQQ=Intervalo inter-quartil; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Face aos resultados obtidos, o bem-estar espiritual apresenta uma média de 74,32 (dp=9,83), com valor mínimo de 35 e máximo de 95. Assim, por ordem decrescente dos

valores da média, estão a dimensão fé pessoal (36,51), paz espiritual (19,77) e, por último, a prática religiosa (18,04).

### Necessidades espirituais

Com a finalidade de identificar as necessidades espirituais dos participantes, procurou-se analisar as respostas aos itens da subescala paz espiritual da SAS. O'Brien, com base na definição da NANDA, considera diagnóstico de enfermagem um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, aos processos de vida ou aos problemas de saúde, os quais fornecem a base para a tomada de decisão na seleção das intervenções de enfermagem e previsão dos resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável. Por conseguinte, a subescala paz espiritual adquire maior relevância, pelo que se apresentam na Tabela 29 as frequências relativas e absolutas das respostas aos itens que a compõem.

**Tabela 29.**

Distribuição das respostas aos itens da subescala paz espiritual do SAS

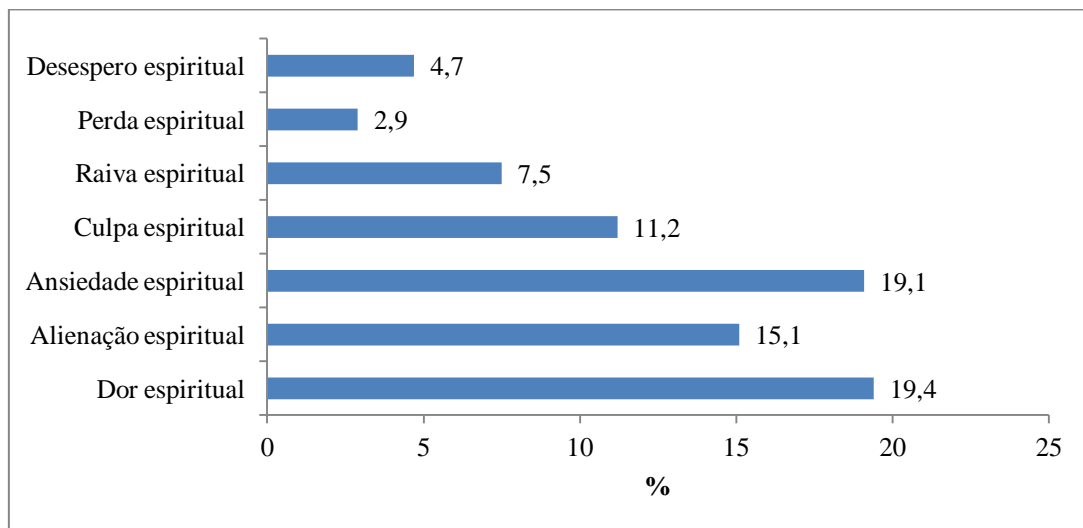
Itens da dimensão da subescala paz espiritual	CT	C	I	D	DT
Experimento dor associada com as minhas crenças espirituais	12 1,7%	125 17,7%	103 1,6%	335 47,5%	130 18,4%
Sinto-me “longe” de Deus	6 0,9%	100 14,2%	71 10,1%	371 52,1%	157 22,3%
Tenho medo que Deus não possa tomar conta das minhas necessidades	8 1,1%	127 18,0%	100 14,2%	351 49,8%	119 16,9%
Fiz alguma coisa que temo que Deus não possa perdoar-me	5 0,7%	74 10,5%	111 15,7%	386 54,8%	129 18,1%
Sinto-me zangado com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam, a mim ou às pessoas de quem gosto	7 1,0%	46 6,5%	39 5,5%	427 60,6%	186 26,4%
Sinto que perdi o amor de Deus	2 0,3%	18 2,6%	42 6,0%	447 63,4%	196 27,8%
Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus	6 0,9%	27 3,8%	38 5,4%	439 62,3%	195 27,7%

CT=Concordo totalmente; C=Concordo; I=Indeciso; D=Discordo; DT=Discordo totalmente.

No sentido de proporcionar uma apreciação global dos principais resultados, agruparam-se as opções de resposta “concordo totalmente” e “concordo”, dos itens que constituem a subescala paz espiritual, salientando-se que: 19,4% (137) considerou “experimento dor associada com as minhas crenças espirituais”; 15,1% (106), “sinto-me longe de Deus”; 19,1% (135) “tenho medo que Deus não possa tomar conta das minhas necessidades”; 11,2% (79) “fiz alguma coisa que temo que Deus não possa perdoar-me”; 7,5% (53) “sinto-me zangado com Deus por permitir que coisas más me aconteçam, a mim ou às pessoas de quem gosto”; 2,9% (20) “sinto que perdi o amor de Deus”; e 4,7% (33) considerou “acredito que não há esperança de obter o amor de Deus”. O valor percentual das respostas na posição “indeciso” é pouco expressivo, com exceção dos itens “fiz alguma coisa

que temo que Deus não possa perdoar-me” (15,7%) e “tenho medo que Deus não possa tomar conta das minhas necessidades” (14,2%).

Considerando que a cada item corresponde um diagnóstico de enfermagem, identificaram-se sete diagnósticos de enfermagem, tendo maior expressão, com valores muito semelhantes, a dor espiritual e a ansiedade espiritual, seguindo-se a alienação espiritual e a culpa espiritual e, com menos expressão, a raiva espiritual, o desespero espiritual e a perda espiritual, com representação gráfica na Figura 4.



**Figura 4.** Diagnósticos de enfermagem com base no modelo bem-estar espiritual na doença de O'Brien

Quanto à subescala prática religiosa, cujo valor médio se situou em 18,04, os resultados estatísticos constam da Tabela 30.

**Tabela 30.**

Distribuição das respostas aos itens da subescala prática religiosa da SAS

Prática religiosa	CT	C	I	D	DT
Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida.	144 20,4%	405 57,4%	42 6,0%	95 13,5%	19 2,7%
Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.	130 18,4%	391 55,5%	59 8,4%	109 15,5%	16 2,3%
Encontro mais satisfação em atividades motivadas pela religião do que em serviços religiosos, por exemplo, trabalho voluntário ou ajudar os outros.	66 9,4%	294 41,7%	46 6,5%	184 26,1%	15 2,1%
Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas.	130 18,4%	461 65,4%	46 6,5%	62 8,8%	6 0,7%
Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo.	75 10,5%	320 45,4%	73 10,4%	220 31,2%	17 2,4%
A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal.	175 24,8%	426 60,4%	48 6,8%	44 6,2%	12 1,7%
Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus.	153 21,7%	436 61,8%	54 7,7%	55 7,8%	7 1,0%

CT=Concordo totalmente; C=Concordo; I=Indeciso; D=Discordo; DT=Discordo totalmente.

Igualmente, para facilitar a análise global dos principais resultados, agruparam-se as opções de resposta “concordo totalmente” e “concordo”, dos itens que constituem a subescala prática religiosa da SAS, evidenciando-se que a maioria dos participantes (77,8% - 549) considerou que “pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida”, enquanto 73,9% (521) acrescenta que “sou fortalecido por participar nos serviços religiosos”. No que concerne ao apoio recebido durante a hospitalização, constata-se que 83,8% (591) referiu “sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas”, 55,9% (395) “recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo”, 85,2% (601) “a minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal” e 83,5% (599) referiu “ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus“. O valor percentual das respostas na posição “indeciso” é pouco expressivo, com exceção dos itens “recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo” (10,4%) e “sou fortalecido por participar nos serviços religiosos” (8,4%).

Apresenta-se seguidamente a síntese dos resultados:

- A fé pessoal manifestou uma média de 36,51 (dp=5,57; Me=36 e amplitude de variação 36), com valores mínimo de 9 e máximo de 45;
- A prática religiosa apresentou uma média de 18,04 (dp=3,50; Me=18 e uma amplitude de variação 36), com valores mínimo de 5 e máximo de 25;
- A paz espiritual revelou uma média de 17,77 (dp=3,10; Me=20 e uma amplitude de variação de 19), com valores mínimo de 6 e máximo de 26;
- O bem-estar espiritual apresentou uma média de 74,32, com valores mínimo de 35 e máximo de 95;
- Por ordem decrescente estão os valores da média das dimensões: fé pessoal (36,51), paz espiritual (19,77) e prática religiosa (18,04);
- Identificaram-se sete diagnósticos de enfermagem, tendo maior expressão, com valores muito semelhantes, a dor espiritual e a ansiedade espiritual, seguindo-se a alienação espiritual e a culpa espiritual, e com menos expressão, a raiva espiritual, o desespero espiritual e a perda espiritual.
- Verificou-se que a maioria dos participantes (77,8% - 549) autorreferiram que pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da sua vida; 73,9% (521)

eram fortalecidos por participar nos serviços religiosos; 85,2% (601) sentiram-se apoiados pela relação com amigos ou familiares que partilham as suas crenças religiosas; para 83,5% (599) ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudaram-nos a comunicar com Deus.

## 2.1. Relação entre o bem-estar espiritual e as variáveis sociodemográficas

Apresentada a estatística descritiva em relação ao bem-estar espiritual, pretende-se nesta subsecção analisar a relação entre o bem-estar espiritual e as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a coabitação, professar uma religião. Também, serão citados os dados relativos às instituições de saúde 1,2 e 3.

A Tabela 31 apresenta os resultados do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS em função do sexo dos participantes.

**Tabela 31.**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função do sexo

SAS	Masculino (n=366)				Feminino (n=339)				U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordens	Mín max	$\bar{X}$	dp	Média Ordens	Mín max		
FP	35,48	5,95	311,79	9,0/ 45,0	37,62	4,90	397,49	9,0/ 45,0	46955,0	<0,001
PR	17,51	3,66	323,13	5,0/ 25,0	18,60	3,23	385,50	5,0/ 25,0	51103,0	<0,001
PE	19,33	3,17	325,77	6,0/ 25,0	20,24	2,95	382,40	10,0/ 25,0	52071,0	<0,001
BEE	72,34	9,95	312,35	38,0/ 95,0	76,47	9,25	396,89	35,0/ 95,0	47159,0	<0,001

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; min/máx=valor mínimo e máximo; U=teste de *Mann-Whitney*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual.

Através do resultado do teste de *Mann-Whitney* constatam-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo para todas das subescalas da SAS: fé pessoal (U=46955,0;  $p<0,001$ ), prática religiosa (U=51103,0;  $p<0,001$ ), paz espiritual (U=52071,0;  $p<0,001$ ), bem-estar espiritual (U=47159,0;  $p<0,001$ ), sendo que os participantes do sexo feminino apresentaram uma média de ordens mais elevada.

Relativamente aos valores da correlação entre a idade e o bem-estar espiritual e as subescalas de SAS, estes constam da Tabela 32.

**Tabela 32.**

Correlação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da idade

SAS	FP	PR	PE	BEE
Idade (anos)	0,108**	0,101**	0,073	0,115**
<i>p</i>	0,004	0,007	0,053	0,002

FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual; \*\*Correlação significativa ( $p=0,01$ ).

Pelos resultados obtidos, a fé pessoal, a prática religiosa e o bem-estar espiritual apresentaram diferenças estatisticamente significativas, exceto na paz espiritual, no entanto, as correlações são positivas e muito fracas entre a idade e as subescalas da SAS, com coeficientes de correlação inferiores a 0,115. Considerando o grupo etário, os resultados da relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS constam da Tabela 33.

**Tabela 33.**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função do grupo etário

SAS	$\bar{X}$	$\leq 34$ (n=55)		$\bar{X}$	35-64 (n=360)		$\bar{X}$	$\geq 65$ (n=290)		$X^2$	<i>p</i>
		Média Ordem	min/ máx		Média Ordem	min/ máx		Média Ordem	min máx		
FP	35,1	302,9	9,0/ 45,0	35,8	329,7	9,0/ 45,0	37,5	391,3	11,0/ 45,0	18,96	<0,001
PR	16,4	261,9	7,0/ 25,0	17,8	343,1	5,0/ 25,00	18,5	382,5	8,0/ 25,0	18,15	<0,001
PE	19,4	346,7	9,0/ 25,0	19,4	335,6	6,0/ 25,0	20,2	375,7	9,0/ 25,0	6,51	0,039
BEE	71,0	285,0	40,0/ 95,0	73,1	332,26	35,0/ 95,0	76,4	391,6	38,0/ 95,0	20,34	<0,001

 $\bar{X}$ =média; min/max=valor mínimo e máximo;  $X^2$ =teste de *Kruskal-Wallis*; *p*=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Quando se procedeu à comparação do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS em função do grupo etário, verificou-se a existência de diferenças significativas (*teste de Kruskal-Wallis*) ao nível das subescalas fé pessoal ( $X^2=18,96$ ;  $p<0,001$ ), prática religiosa ( $X^2=18,15$ ;  $p<0,001$ ), paz espiritual ( $X^2=6,51$ ;  $p=0,039$ ), e bem-estar espiritual ( $X^2=20,34$ ;  $p<0,001$ ). No que concerne à média de ordens, verificou-se que o grupo etário dos jovens adultos apresentava valores inferiores em todas as subescalas, com exceção na subescala paz espiritual em relação aos outros grupos etários. É de evidenciar que os níveis de bem-estar espiritual aumentaram em função do grupo etário estabelecido.

Relativamente à comparação entre o grupo de participantes com idade  $\leq 34$  anos e o grupo  $\geq 65$  anos (teste de *Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni* com um ponto de corte de  $p=0,016$ ), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para as subescalas prática religiosa ( $U=5289,5$ ;  $p<0,001$ ) e bem-estar espiritual ( $U=5613,5$ ;  $p<0,001$ ). Relativamente à subescala paz espiritual, não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas, assim como no grupo etário  $\leq 34$  anos *versus* 35-64 anos. Na comparação do grupo etário 35-64 anos *versus*  $\geq 65$  anos, verificaram-se diferenças ao nível das subescalas fé pessoal ( $U=42986,0$ ;  $p<0,001$ ), prática religiosa ( $U=46322,5$ ;  $p=0,013$ ), paz espiritual ( $U=46246,5$ ;  $p=0,011$ ) e bem-estar espiritual ( $U=43357,0$ ;  $p<0,001$ ).

No que concerne à relação entre o bem-estar espiritual, as subescalas da SAS e o nível de escolaridade, as pontuações do bem-estar espiritual ( $X^2=12,76$ ;  $p=0,002$ ) e da prática religiosa ( $X^2=16,24$ ;  $p<0,001$ ), apresentaram diferenças estatisticamente significativas, sendo que o grupo com um nível baixo de escolaridade apresentou uma média de ordem superior nas subescalas da SAS e do nível de bem-estar espiritual quando comparados com os outros níveis de escolaridade (Tabela 34).

**Tabela 34.**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da escolaridade

Escolaridade	Nível baixo (n=431)			Nível médio (n=222)			Nível alto (n=52)			$X^2$	$p$
	SAS	$\bar{X}$	dp	Médias Ordens	$\bar{X}$	dp	Médias Ordens	$\bar{X}$	dp		
FP	37,0	4,3	364,11	35,9	6,9	343,88	34,6	7,5	299,80	5,47	0,065
PR	18,4	3,0	375,43	17,6	3,8	327,31	16,6	4,5	276,78	16,24	0,001
PE	19,3	2,6	360,88	19,5	3,6	338,90	19,5	4,0	347,88	1,81	0,404
BEE	75,3	7,9	372,77	73,0	11,6	330,92	70,8	13,2	283,45	12,76	0,002

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão;  $X^2$ = teste de *Kruskal-Wallis*;  $p$ =nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz Espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

O teste de Mann-Whitney com correção de Bonferroni com um ponto de corte de  $p=0,016$ , evidenciou diferenças significativas entre os participantes com um nível baixo de escolaridade *versus* nível médio, na prática religiosa ( $U=41358,0$ ;  $p=0,004$ ) e bem-estar espiritual ( $U=42228,5$ ;  $p=0,014$ ). Igualmente, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de participantes com um nível baixo de escolaridade *versus* nível alto de escolaridade no que respeita à prática religiosa ( $U=8023,0$ ;  $p=0,001$ ) e bem-estar espiritual ( $U=8299,5$ ;  $p=0,002$ ).

A Tabela 35 diz respeito à relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da coabitação.

**Tabela 35.**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da coabitação

SAS	$\bar{X}$	Vive sozinho (n=108)		Familiars (n=174)			Cônjuge (n=423)		$X^2/p$	
		Média Ordem	min/ max	$\bar{X}$	Média Ordem	min/ max	$\bar{X}$	Média Ordem		min/ max
<b>FP</b>	37,24	393,1	9,0/ 45,0	36,56	357,0	9,0/ 45,0	36,30	341,1	9,0/ 45,0	5,91/ 0,05
<b>PR</b>	18,34	371,3	5,0/ 25,0	18,17	360,0	7,0/ 25,0	17,91	345,4	5,0/ 25,0	1,68 / 0,431
<b>PE</b>	20,15	379,3	10,0/ 25,0	19,78	353,5	9,0/ 25,0	19,67	346,0	6,0/ 25,0	2,39 / 0,302
<b>BEE</b>	75,74	380,9	35,0/ 95,0	74,52	357,3	38,0/ 95,0	73,88	344,0	39,0/ 95,0	2,93/ 0,231

$\bar{X}$ =média;  $X^2$ = teste de *Kruskal-Wallis*;  $p$ = nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Da análise dos resultados do bem-estar espiritual e das subescalas de SAS em função das características de coabitação, viver sozinho, com familiares e com o cônjuge, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas, com exceção para a subescala fé pessoal ( $X^2=5,91$ ;  $p=0,05$ ). No entanto, na comparação dos grupos de participantes, constatou-se não haver diferenças significativas, apesar de uma média de ordens mais elevada para o grupo que vive sozinho, tanto no bem-estar espiritual como nas subescalas, fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual.

Considerando a religião, enquanto conjunto de crenças, rituais e práticas partilhados por uma comunidade de crentes, a Tabela 36 apresenta os resultados do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS em função de professar uma religião.

**Tabela 36.**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função de professar uma religião

SAS	Professa uma religião (n=637)			Não professa uma religião (n=68)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
<b>FP</b>	37,19	4,45	368,06	30,17	9,66	211,90	12063,50	<0,001
<b>PR</b>	18,47	3,09	373,32	14,00	4,45	162,67	8715,50	<0,001
<b>PE</b>	19,87	2,98	357,75	18,82	4,00	308,52	18633,50	0,53
<b>BEE</b>	75,53	8,55	373,03	63,00	13,33	165,33	8896,50	<0,001

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste de *Mann-Whitney*;  $p$ =nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Os participantes que referiram professar uma religião apresentaram uma média de ordens superior no bem-estar espiritual e nas subescalas da SAS. Relativamente aos resultados obtidos, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes que professava uma religião e o grupo de participantes que não professava uma religião, no que respeita ao bem-estar espiritual ( $U=8896,50$ ;  $p<0,001$ ) e às

subescalas, fé pessoal ( $U=12063,50$ ;  $p<0,001$ ) e prática religiosa ( $U=8715,50$ ;  $p<0,001$ ) que constituem a SAS, com exceção para a subescala paz espiritual.

Como a recolha de dados foi realizada em três instituições de saúde distintas, procedeu-se à comparação dos grupos de participantes das diferentes instituições, no que concerne às subescalas da SAS (Tabela 37).

**Tabela 37.**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função das instituições de saúde 1, 2 e 3

SAS	Instituição de saúde	n	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$X^2$	p
FP	1	245	35,96	4,19	314,84	28,203	<0,001
	2	400	36,46	6,02	359,56		
	3	60	39,08	6,72	465,13		
PR	1	245	18,51	2,79	379,64	36,968	<0,001
	2	400	17,47	3,65	318,64		
	3	60	19,91	4,11	473,31		
PE	1	245	18,99	2,46	292,11	36,811	<0,001
	2	400	20,16	3,20	380,43		
	3	60	20,38	4,08	418,78		
BEE	1	245	73,46	7,79	328,87	23,310	<0,001
	2	400	74,09	10,20	350,26		
	3	60	79,38	13,01	469,81		

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; 1,2,3=instituição de saúde;  $X^2$ =teste de *Kruskal-Wallis*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Pela análise dos resultados obtidos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as três instituições de saúde ao nível do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS, sendo que a instituição de saúde 3 apresenta uma média de ordens sempre superior em todas as subescalas. Tendo em conta a evidência de diferenças significativas, procedeu-se à realização do teste de *Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni* com um ponto de corte de  $p=0,016$ , expresso nas Tabelas 38, 39 e 40.

**Tabela 38.**

Relação entre os participantes da instituição de saúde 1 e da instituição de saúde 2 em função do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS

SAS	Instituição de saúde 1 (n= 245)			Instituição de saúde 2 (n= 400)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FP	35,96	4,19	297,31	36,46	6,02	338,73	42707,0	0,005
PR	18,51	2,79	359,27	17,47	3,65	300,79	40115,0	<0,001
PE	18,99	2,46	272,64	20,16	3,20	353,85	36662,0	<0,001
BEE	73,46	7,79	311,19	74,09	10,20	330,24	46105,5	0,207

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste *Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Tendo em conta os resultados obtidos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes da instituição de saúde 1 *versus* participantes da instituição de saúde 2 no que respeita às subescalas fé pessoal ( $U=42707,0$ ;  $p=0,005$ ), prática religiosa ( $U=40115,0$ ;  $p<0,001$ ) e paz espiritual ( $U=36662,0$ ;  $p<0,001$ ). Não se apuraram diferenças estatisticamente significativas no bem-estar espiritual. Seguidamente, compararam-se os participantes da instituição de saúde 1 *versus* participantes da instituição de saúde 3, cujos resultados constam da Tabela 39.

**Tabela 39.**

Relação entre os participantes da instituição de saúde 1 e da instituição de saúde 3 em função do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS

SAS	Instituição de saúde 1 (n= 245)			Instituição de saúde 3 (n= 60)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FP	35,96	4,19	140,52	39,08	6,72	203,95	4293,0	<0,001
PR	18,51	2,79	143,37	19,91	4,11	192,32	4991,0	<0,001
PE	18,99	2,46	142,47	20,38	4,08	195,99	4770,5	<0,001
BEE	73,46	7,79	140,69	79,38	13,01	203,28	4333,5	<0,001

$\bar{X}$  =média; dp=desvio padrão; U=teste *Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Face aos resultados, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes das instituições 1 *versus* 3, quanto às subescalas da SAS fé pessoal ( $U=4293,0$ ;  $p<0,001$ ), prática religiosa ( $U=4991,0$ ;  $p=0,001$ ), paz espiritual ( $U=4770,5$ ;  $p<0,001$ ) e bem-estar espiritual ( $U=4333,5$ ;  $p<0,001$ ). No que concerne à média de ordens das subescalas da SAS, foram superiores nos participantes da instituição de saúde 3 (Tabela 40).

**Tabela 40.**

Relação dos resultados entre os participantes da instituição de saúde 2 e instituição de saúde 3 em função do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS

SAS	Instituição de saúde 2 (n=400)			Instituição de saúde 3 (n=60)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FP	36,46	6,02	221,32	39,08	6,72	291,68	8329,5	<0,001
PR	17,47	3,65	218,35	19,91	4,11	311,49	7140,5	<0,001
PE	20,16	3,20	227,08	20,38	4,08	253,28	10633,0	0,149
BEE	74,09	10,20	220,52	79,38	13,01	297,03	8008,0	<0,001

$\bar{X}$  =média; dp=desvio padrão; U=teste *Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Da análise dos resultados obtidos, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes da instituição de saúde 2 *versus* participantes da

instituição de saúde 3, no que diz respeito às subescalas fé pessoal ( $U=8329,5$ ;  $p=0,001$ ), prática religiosa ( $U=7140,5$ ;  $p<0,001$ ) e bem-estar espiritual ( $U=8008,0$ ;  $p<0,001$ ). Relativamente à média de ordens das subescalas da SAS, também foram superiores nos participantes da instituição de saúde 3. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à subescala paz espiritual.

Quanto às outras variáveis sociodemográficas, nomeadamente estado civil, situação laboral (ativo e não ativo para o trabalho) e proveniência (rural/urbana), os resultados obtidos relativos ao bem-estar espiritual e às subescalas da SAS não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Em síntese, das comparações entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função das variáveis sociodemográficas, verificou-se neste estudo:

- Os participantes do sexo feminino apresentaram pontuações mais elevadas de bem-estar espiritual e nas subescalas da SAS, do que os participantes do sexo masculino ( $p<0,001$ );
- Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do grupo etário ( $p<0,001$ ), com o grupo etário dos jovens adultos a apresentar valores inferiores em todas as subescalas, com exceção na subescala paz espiritual;
- Os participantes com nível de escolaridade baixo e que responderam professar uma religião, apresentaram pontuações superiores de bem-estar espiritual em relação aos restantes;
- Existiram diferenças estatisticamente significativas em função de professar ou não uma religião, para o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS ( $p<0,001$ ), com exceção para a paz espiritual;
- Existiram diferenças estatisticamente significativas entre as três instituições de saúde ao nível do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS ( $p<0,001$ );
- Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes das instituições de saúde 1 e 3, no bem-estar espiritual e nas subescalas da SAS ( $p<0,001$ );
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função das características de coabitação (viver sozinho, com familiares e com o cônjuge), situação

laboral (ativo e não ativo para o trabalho) e proveniência (rural/urbana), com exceção para a subescala fé pessoal ( $p=0,05$ ).

## 2.2. Relação entre o bem-estar espiritual e as variáveis clínicas

Prosseguindo no estudo da compreensão do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada, a presente subsecção pretende aprofundar este conhecimento na sua relação com as variáveis de natureza clínica, de entre as quais se mencionam o motivo e o tempo de hospitalização, o tipo de doença, a sintomatologia e a comorbilidade.

Em relação ao tempo de hospitalização dos participantes do estudo, não se encontrou uma correlação significativa (*coeficiente  $r$  de Spearman*) entre esta variável e as subescalas da SAS. No que respeita às diferenças entre os grupos em função do tempo de hospitalização (2 a 5 dias; 6 a 10 dias; e mais de 10 dias), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS. Igualmente, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com doença aguda *versus* doença crónica quanto ao bem-estar espiritual e às subescalas da SAS.

Os resultados da comparação dos grupos em função da variável motivo de hospitalização, sumariam-se na Tabela 41.

**Tabela 41.**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função do motivo de hospitalização

SAS	Aparelho circulatório (n=168)		Aparelho respiratório (n=79)		Sistema Músculo-esquelético (n=102)		Aparelho digestivo (n=128)		X <sup>2</sup>	p
	$\bar{X}$	Média Ordem	$\bar{X}$	Média Ordem	$\bar{X}$	Média Ordem	$\bar{X}$	Média Ordem		
<b>FP</b>	<b>35,3</b>	305,4	36,6	346,1	37,7	403,4	37,0	366,3	19,1	0,008
<b>PR</b>	<b>17,2</b>	305,7	18,4	361,6	18,7	395,2	18,2	370,5	15,0	0,036
<b>PE</b>	<b>19,4</b>	326,3	19,5	322,6	20,3	394,9	19,9	356,3	12,1	0,96
<b>BEE</b>	71,9	300,3	74,5	348,5	76,8	413,2	75,1	365,6	22,7	0,002

$\bar{X}$ =média; X<sup>2</sup>=teste de *Kruskal-Wallis*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

**Tabela 41. (cont.)**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função do motivo de hospitalização

SAS	Aparelho geniturinário (n=61)		Neoplasia (n=91)		Lesão traumática (n=43)		Outra (n=32)		X <sup>2</sup>	p
	$\bar{X}$	Média Ordem	$\bar{X}$	Média Ordem	$\bar{X}$	Média Ordem	$\bar{X}$	Média Ordem		
FP	37,1	371,32	36,6	373,83	36,2	347,69	<b>35,6</b>	317,52	19,1	0,008
PR	18,4	366,94	18,0	350,57	17,9	357,15	17,7	350,03	15,0	0,036
PE	20,2	392,75	19,5	347,15	19,7	367,28	19,5	342,97	12,1	0,96
BEE	75,6	384,34	74,2	352,56	73,8	362,15	73,0	326,86	22,7	0,002

$\bar{X}$ =média; X<sup>2</sup>=teste de *Kruskal-Wallis*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Quanto à média de ordens das subescalas da SAS, constatou-se que são diferentes em função do motivo de hospitalização, com relevância para o grupo com doenças do aparelho circulatório, a evidenciar uma ordenação média inferior. Os resultados obtidos através do teste de *Kruskal-Wallis* indicaram a existência de diferenças significativas quanto às subescalas fé pessoal (X<sup>2</sup>=19,1; p=0,008), prática religiosa (X<sup>2</sup>=15,00; p=0,036) e bem-estar espiritual (X<sup>2</sup>=22,7; p=0,002), com exceção para a subescala paz espiritual.

Das comparações múltiplas (teste de *Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni*, com ponto de corte de p=0,016), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes com doença do aparelho circulatório *versus* doença do sistema músculo-esquelético, nas subescalas fé pessoal (U=6242,0; p<0,001), prática religiosa (U=6424,50; p<0,001), paz espiritual (U=6919,50; p=0,007) e bem-estar espiritual (U=6345,00; p<0,001). Quanto aos restantes grupos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

A Tabela 42 apresenta os resultados relativos à correlação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da sintomatologia.

**Tabela 42.**

Padrão de associação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da sintomatologia

SAS	FP	PR	PE	BEE
<b>Sintomatologia</b>	0,103**	0,106**	0,013	0,082*
<b>P</b>	0,006	0,005	0,728	0,029

FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual; \*\*Correlação significativa (p=0,01); \*correlação significativa (p=0,05)

Constatou-se uma associação positiva significativa muito fraca entre a sintomatologia e o bem-estar espiritual (r=0,082; p=0,029), a fé pessoal (r=0,103; p=0,006) e a prática religiosa (r=0,106; p=0,005), com exceção para a subescala paz espiritual. Quanto à

comparação entre os participantes com sintomatologia *versus* ausência de sintomatologia, os resultados obtidos constam da Tabela 43.

**Tabela 43.**

Relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da sintomatologia

SAS	Presença de sintomatologia (n=524)			Ausência de sintomatologia (n=181)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FP	36,82	5,29	365,06	35,62	6,26	318,08	41102,0	0,006
PR	18,25	3,40	365,60	17,43	3,71	316,51	40817,5	0,005
PE	19,82	3,00	354,54	19,62	3,39	348,55	46616,5	0,728
BEE	74,89	9,39	362,82	72,67	10,88	324,56	42275,0	0,029

$\bar{X}$  = média; dp=desvio padrão; U=teste de *Mann-Whitney*; p=nível de significância; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Da análise dos resultados obtidos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na fé pessoal ( $U=41102,0$ ;  $p=0,006$ ), na prática religiosa ( $U=40817,5$ ;  $p=0,005$ ) e no bem-estar espiritual ( $U=42275,0$ ;  $p=0,029$ ), com exceção para a paz espiritual, sendo que os valores da média de ordem são superiores nos participantes que autorreferiram sintomatologia.

Quando se procedeu à correlação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da comorbilidade, não foram encontradas associações significativas.

Em síntese, das comparações entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função das variáveis clínicas, verificou-se neste estudo:

- Não existirem diferenças em relação ao tempo de hospitalização, tipo de doença e comorbilidade;
- Pontuações do bem-estar espiritual e das subescalas da SAS, variaram em função do motivo de hospitalização, sendo que o grupo com doenças do aparelho circulatório apresentou uma ordenação média inferior;
- Diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes com doença do aparelho circulatório e o grupo com doença do sistema músculo-esquelético, nas subescalas fé pessoal ( $p<0,001$ ), prática religiosa ( $p<0,001$ ), paz espiritual ( $p=0,007$ ) e bem-estar espiritual ( $p<0,001$ ).

- Diferenças estatisticamente significativas em função da presença/ausência de sintomatologia na fé pessoal ( $p=0,006$ ), na prática religiosa ( $p=0,005$ ) e no bem-estar espiritual ( $p=0,029$ ), com exceção na paz espiritual.

### 3. PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA

A percepção do estado de saúde corresponde a uma construção multifatorial que integra componentes físicos, sociais, emocionais e mentais, pelo que consiste, sempre, numa avaliação subjetiva de um estado, por definição dinâmico, com reflexo na saúde e na capacidade para a realização das atividades de vida diária. Para avaliação subjetiva do estado de saúde dos participantes deste estudo, foram utilizadas as medidas de tendência central e de dispersão dos dados obtidos das oito dimensões do questionário SF-36v2.

Os valores das dimensões (oito) do SF-36v2, como já referido anteriormente, variam entre 0 e 100, sendo que quanto maior for o valor, melhor o estado subjetivo de saúde percecionado. A Tabela 44 apresenta os resultados para cada uma das dimensões que compõem o SF-36v2.

**Tabela 44.**  
Percepção do estado de saúde por dimensões do SF-36v2

(SF36v2)	$\bar{X}$	dp	Me	Amplitude (min/máx)	P <sub>k</sub> 25	P <sub>k</sub> 75	IQQ
FF	47,21	31,15	45,00	0,0-100,0	20,00	75,00	55,00
DF	42,00	33,94	31,25	0,0-100,0	12,50	68,75	56,25
DC	40,71	32,85	31,00	0,0-100,0	12,00	62,00	50,00
SG	48,96	17,61	50,00	0,0 -100,0	35,00	60,00	25,00
V	46,99	27,67	43,75	0,0-100,0	20,00	70,00	50,00
FS	60,88	29,65	62,50	0,0-100,0	37,50	87,50	50,00
DE	57,38	33,97	50,00	0,0-100,0	25,00	100,00	75,00
SM	58,51	26,01	60,00	0,0-100,0	36,00	84,00	48,00

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; med=mediana; IQQ=Intervalo inter-quartilico; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Através da análise dos resultados obtidos, verificou-se que a componente física (função social, desempenho social, dor corporal e saúde geral) apresentou médias inferiores à componente mental (função social, desempenho emocional e saúde mental), com exceção da dimensão vitalidade.

Quanto aos resultados obtidos no item 2, transição em saúde do SF-36v2, verificou-se que 4,4% (31) dos participantes classificou a sua saúde geral em "Muito melhor", 13,2% (93) "Com algumas melhoras", 34,9% (246) "Um pouco pior" e 21,6% (152) referiu que a sua saúde geral estava "Muito pior", quando comparado com o que acontecia há um ano atrás.

### 3.1. Relação entre as dimensões do SF-36v2 e as variáveis sociodemográficas

Apresentada a estatística descritiva em relação ao estado de saúde, pretende-se nesta subsecção analisar a relação entre o estado de saúde e as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a situação laboral, a coabitação, a proveniência e professar uma religião.

A análise dos resultados evidenciou existirem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o feminino, nas dimensões função física, dor corporal, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental (Tabela 45).

**Tabela 45.**  
Perceção do estado de saúde em função do sexo

SF-36v2	Masculino (n=366)			Feminino (n=339)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média ordem	$\bar{X}$	dp	Média ordem		
FF	49,83	31,90	369,77	44,38	30,12	334,90	55900,5	0,023
DF	44,26	34,84	364,78	39,56	32,83	340,28	57725,5	0,108
DC	45,24	33,97	380,30	35,69	30,86	323,53	52046,5	<0,001
SG	49,97	17,95	366,88	47,88	17,20	338,01	56955,5	0,059
V	52,13	26,22	390,71	42,21	24,54	312,29	48236,0	<0,001
FS	63,70	29,66	372,27	57,85	29,37	332,20	54986,0	0,008
DE	61,29	34,42	376,74	53,17	33,02	327,37	53348,0	0,001
SM	63,03	25,53	394,66	52,32	25,40	308,03	46791,0	<0,001

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=Mann-Whitney; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Verificou-se, também, uma média de ordens mais elevada no sexo masculino, para todas as dimensões do SF-36v2. Quanto à variável idade, os resultados da correlação constam da Tabela 46.

**Tabela 46.**

Padrão de associação entre as dimensões do SF-36v2 e a idade em anos

	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
Idade (anos)	-0,266**	-0,251**	-0,108**	-0,201**	-0,147**	-0,031	-0,105**	-0,036
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	0,411	0,005	0,344

FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Os resultados evidenciam uma correlação significativa mas com sentido negativo (*coeficiente r de Spearman*) para todas as dimensões do SF-36v2: função física ( $r=-0,266$ ;  $p<0,001$ ); desempenho físico ( $r=-0,251$ ;  $p<0,001$ ); dor corporal ( $r=-0,108$ ;  $p<0,004$ ); saúde geral ( $r=-0,201$ ;  $p<0,001$ ), vitalidade ( $r=-0,147$ ;  $p<0,001$ ) e desempenho emocional ( $r=-0,105$ ;  $p<0,005$ ) e com valores de correlação mais fortes nas dimensões função física, desempenho físico e saúde geral que correspondem à componente física do SF-36v2.

Para a comparação da percepção do estado de saúde em função dos grupos etários, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas (*Kruskal-Wallis*) em todas as dimensões, com exceção para as dimensões função social e saúde mental (Tabela 47).

**Tabela 47.**

Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função do grupo etário

SF-36v2	≤34 (n=55)		35-64 (n=360)		≥65 (n=290)		X <sup>2</sup>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	Média Ordem	$\bar{X}$	Média Ordem	$\bar{X}$	Média ordem		
FF	65,53	467,8	50,75	376,5	39,37	301,9	40,63	<0,001
DF	61,47	472,6	45,90	376,6	33,36	300,9	43,42	<0,001
DC	52,67	428,7	41,35	358,0	37,60	332,3	10,97	0,004
SG	60,20	476,9	49,43	359,2	46,24	321,6	27,72	<0,001
V	54,18	404,4	49,43	370,9	42,60	320,9	13,54	0,001
FS	61,36	353,0	61,87	359,6	59,56	344,7	0,870	0,647
DE	65,30	398,7	59,12	363,3	58,33	331,4	7,13	0,028
SM	63,27	386,8	58,00	349,0	60,00	351,5	1,67	0,434

$\bar{X}$ =média; X<sup>2</sup>=teste de *Kruskal-Wallis*; *p*=nível de significância; FF=função física. DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Todas as dimensões do SF-36v2 apresentaram uma média de ordens mais elevada no grupo etário ≤34 anos, com exceção para a dimensão função social. Relativamente à variável estado civil, quando se compararam os grupos de participantes casados/união de facto *versus* outros (sozinhos, viúvos e separados/divorciados), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à percepção do estado de saúde nas dimensões vitalidade, desempenho

emocional e saúde mental. Constatou-se, também, que a média de ordens era mais elevada no grupo de participantes casado/união de facto e a menor nos viúvos, em todas as dimensões de SF-36v2 (Tabela 48).

**Tabela 48.**

Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função do estado civil: casado/união de facto e outra situação

SF-36v2	Casado/união de facto (n=466)			Outra situação (n=239)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
<b>FF</b>	47,48	30,49	355,33	46,67	32,45	348,45	54599,5	0,671
<b>DF</b>	43,60	34,28	362,73	38,88	33,12	334,03	51154,0	0,075
<b>DC</b>	41,56	33,64	357,15	39,05	31,25	344,90	53751,0	0,446
<b>SG</b>	48,97	17,22	353,58	48,94	18,39	351,86	55414,5	0,915
<b>V</b>	48,51	27,87	364,14	44,01	27,10	331,28	50495,5	0,042
<b>FS</b>	61,13	28,94	353,38	60,40	31,03	352,25	55508,5	0,944
<b>DE</b>	59,35	33,69	364,41	53,55	34,26	330,76	50371,0	0,035
<b>SM</b>	60,68	27,21	369,00	54,27	28,35	321,81	48233,0	0,004

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste de *Mann-Whitney*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Para um melhor conhecimento do comportamento da variável estado civil, incluíram-se na análise todas as situações relacionadas com o estado civil (casado/união de facto, solteiro, viúvo, separado/divorciado) e procedeu-se à comparação dos grupos (*Kruskal-Wallis*). Pelos resultados obtidos, verificaram-se diferenças significativas na perceção do estado de saúde em todas as dimensões, com exceção da dimensão função social.

Com a finalidade de identificar as diferenças entre os grupos, foram realizadas comparações múltiplas (*Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni*, com ponto de corte de  $p=0,16$ ), indicando que as diferenças se situam entre os grupos de participantes casados *versus* viúvos e solteiros *versus* viúvos (Tabela 49).

**Tabela 49.**

Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função do estado civil: casado *versus* viúvo e solteiro *versus* viúvo

SF-36v2	Casados <i>versus</i> viúvos		Solteiros <i>versus</i> viúvos	
	U	p	U	p
<b>FF</b>	20933,0	0,002	2938,5	<0,001
<b>DF</b>	20273,5	<0,001	2994,5	0,001
<b>DC</b>	21677,0	0,007	3352,0	0,007
<b>SG</b>	21525,0	0,006	2718,0	0,006
<b>V</b>	20239,5	<0,001	20239,5	<0,001
<b>FS</b>				
<b>DE</b>	20756,5	0,001	20756,5	0,001
<b>SM</b>	19279,5	<0,001	19279,5	<0,001

U=teste de *Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Pelos resultados, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas com exceção para a função social.

Relativamente à variável escolaridade, pelos resultados obtidos encontraram-se diferenças com evidência significativa na percepção do estado de saúde ao nível de todas as dimensões, com exceção da função social e saúde mental (Tabela 50).

**Tabela 50.**

Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da escolaridade

Escolaridade de SF-36v2	Nível baixo (n=431)			Nível médio (n=222)			Nível alto (n=52)			X <sup>2</sup>	p
	$\bar{X}$	dp	Média ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FF	42,16	26,6	320,5	53,26	31,4	396,8	60,19	33,4	434,6	29,62	<0,001
DF	36,89	32,7	323,0	48,25	33,0	393,3	57,69	38,8	429,2	25,70	<0,001
DC	35,52	31,2	320,2	46,48	32,8	392,5	59,01	35,2	455,9	33,33	<0,001
SG	46,17	15,5	323,2	52,95	19,3	393,0	54,98	21,2	428,4	25,03	<0,001
V	43,85	28,1	328,9	51,95	26,0	391,3	51,82	27,3	388,7	15,57	<0,001
FS	59,57	30,0	344,2	63,56	28,9	370,9	60,33	28,5	349,0	2,60	0,272
DE	52,95	34,0	327,1	66,13	33,3	386,9	69,65	29,6	422,2	19,64	<0,001
SM	57,19	28,3	344,6	60,39	27,0	364,8	61,39	25,5	372,0	1,93	0,381

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; X<sup>2</sup>=teste de *Kruskal-Wallis*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Constatou-se que o grupo com um nível baixo de escolaridade apresentou uma média de ordens inferior em todas as dimensões do SF-36v2, em comparação com os grupos de nível médio e superior.

No que diz respeito à percepção do estado de saúde em função da situação laboral, os resultados constam da Tabela 51.

**Tabela 51.**

Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da situação laboral

SF-36v2	Ativos (n=196)			Não ativos (n=509)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FF	55,51	33,13	405,3	44,01	29,78	332,8	39624,5	<0,001
DF	52,20	35,08	410,6	38,07	32,69	330,8	38589,0	<0,001
DC	46,63	34,29	386,3	38,43	32,02	340,1	43352,5	0,007
SG	54,33	18,83	415,6	46,89	16,68	328,8	37604,5	<0,001
V	52,67	26,94	394,9	44,80	27,66	336,8	41667,5	0,001
FS	61,92	29,31	360,6	60,48	29,79	350,0	48392,0	0,535
DE	62,58	34,75	383,7	55,38	33,49	341,1	43863,0	0,012
SM	60,18	26,33	363,1	57,87	28,28	349,1	47898,0	0,412

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste *Mann-Whitney*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na percepção do estado de saúde entre o grupo de participantes ativos para o trabalho (trabalhadores dependentes ou por conta própria que auferem uma remuneração) *versus* grupo de participantes não ativos (domésticas, reformados desempregados e estudantes) na maioria das dimensões do SF-36v2, com exceção nas dimensões função social e saúde mental, sendo que em todas as dimensões o grupo de participantes ativos para o trabalho, apresenta uma média de ordem superior.

No que concerne às diferenças entre a percepção do estado de saúde em função da coabitação referida pelos participantes, os resultados apresentam-se na Tabela 52.

**Tabela 52.**

Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da coabitação

SF-36v2	Sozinho (n=108)			Familiares (n=174)			Cônjuge (n=423)			X <sup>2</sup>	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FF	43,75	30,0	331,4	47,61	33,2	353,9	47,93	30,0	358,1	1,48	0,476
DF	35,18	30,0	314,9	41,12	32,2	351,2	44,10	35,2	363,4	4,96	0,084
DC	33,97	27,5	320,3	42,64	33,8	361,5	41,63	33,5	357,8	3,37	0,185
SG	45,46	17,8	315,0	52,00	19,4	382,4	48,58	16,7	350,5	7,48	0,024
V	41,34	27,1	311,0	44,42	26,6	334,2	49,49	27,9	371,4	9,55	0,008
FS	59,37	32,2	346,4	58,54	29,3	338,0	62,23	29,0	360,8	1,71	0,425
DE	52,62	33,9	323,8	52,34	32,4	324,4	60,67	34,3	372,2	9,66	0,008
SM	50,11	28,8	292,2	55,21	27,08	327,2	62,01	27,1	379,1	19,38	<0,001

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; X<sup>2</sup>=teste *Kruskal-Wallis*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Da análise dos resultados, constatou-se que os participantes que referiram viver sózinhos apresentaram uma média de ordens inferior em comparação com os participantes que viviam com familiares ou cônjuge, com exceção para a dimensão função social. Constataram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental.

Da comparação dos grupos (*Mann-Whitney* com *correção de Bonferroni*, para um ponto de corte de  $p=0,012$ ), verificou-se que o grupo de participantes que vive sozinho *versus* com familiares, apresentou diferenças nas dimensões saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental, no entanto, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão saúde geral ( $U=7634,0$ ;  $p=0,008$ ).

Na comparação entre o grupo de participantes que vive sozinho *versus* com cônjuge, foram verificadas diferenças ao nível das dimensões vitalidade ( $U=18966,5$ ;  $p=0,006$ ) e saúde mental ( $U=17275,0$ ;  $p<0,001$ ).

Nos grupos que vivem com familiares *versus* com cônjuge, verificaram-se diferenças significativas nas dimensões desempenho emocional ( $U=31712,0$ ;  $p=0,007$ ) e saúde mental ( $U=31326,5$ ;  $p=0,004$ ).

O grupo de participantes que vive com familiares apresentou um nível de percepção de saúde mais baixo nas dimensões desempenho emocional e saúde mental do que o grupo que vive com cônjuge. Nas restantes dimensões, não se verificaram diferenças significativas.

Quanto à relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da residência dos participantes, os resultados apresentam-se na Tabela 53.

**Tabela 53.**

Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função da proveniência

SF-36v2	Urbana (n=398)			Rural (n=307)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FF	48,70	31,59	362,70	45,27	30,52	340,42	57230,5	0,149
DF	45,38	34,15	373,35	37,62	33,21	326,61	52992,0	0,002
DC	42,58	32,66	367,14	38,28	32,99	334,67	55465,0	0,034
SG	51,19	18,17	378,80	46,07	16,45	319,56	50826,0	<0,001
V	50,17	26,51	377,32	42,86	28,63	321,47	51413,5	<0,001
FS	61,99	28,66	359,60	59,44	30,87	344,45	58467,0	0,323
DE	62,70	32,79	384,71	50,48	34,30	311,89	48472,0	<0,001
SM	61,85	26,89	376,66	54,17	28,29	322,32	51674,5	<0,001

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste *Mann-Whitney*; p=nível de significância; FF=Função física. DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Face aos resultados, verificou-se que os participantes com proveniência urbana apresentaram valores superiores na média de ordens em todas as dimensões do SF-36v2. Relativamente às dimensões desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental, constatou-se diferenças estatisticamente significativas. Seguem-se os resultados relativos à relação entre as dimensões do SF-36v2 em função de professar uma religião (Tabela 54).

**Tabela 54.**

Relação entre as dimensões do SF-36v2 em função de professar uma religião

SF36v2	Professa uma religião (n=637)			Não professa uma religião (n=68)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
<b>FF</b>	46,79	45,00	350,39	51,10	47,50	377,40	19998,5	0,298
<b>DF</b>	40,83	31,25	347,18	52,94	50,00	407,57	17947,5	0,019
<b>DC</b>	40,16	31,00	350,37	45,80	41,00	377,63	19983,5	0,290
<b>SG</b>	48,56	47,00	348,72	52,66	53,50	393,13	18929,0	0,087
<b>V</b>	45,91	45,00	345,59	57,05	60,00	422,40	16939,0	0,003
<b>FS</b>	60,89	62,50	353,01	60,84	62,50	352,95	21654,5	0,998
<b>DE</b>	56,41	50,00	346,99	66,54	75,00	409,26	17832,0	0,015
<b>SM</b>	57,83	60,00	348,10	64,82	72,00	398,90	18536,5	0,050

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; p=nível de significância; U=teste *Mann-Whitney*; FF=Função física. DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Na análise comparativa entre os participantes que referiram professar ou não uma religião, verificaram-se diferenças significativas ao nível das dimensões desempenho físico, ( $U=17947,5$ ;  $p=0,019$ ), vitalidade ( $U=16939,0$ ;  $p=0,003$ ), desempenho emocional ( $U=17832,0$ ;  $p=0,015$ ) e saúde mental ( $U=18536,5$ ;  $p=0,050$ ), sendo que a média de ordens das componentes física e mental dos participantes que referem não professar uma religião são mais elevadas, com exceção para a função social.

Em síntese, da relação entre as dimensões do SF-36v2 e as variáveis sociodemográficas, verificou-se:

- A componente física apresentou pontuações médias inferiores à componente mental, com exceção para a dimensão vitalidade;
- O sexo masculino apresentou pontuações do SF-36v2 significativamente mais elevadas do que o sexo feminino;
- O estado de saúde decresce significativamente à medida que aumenta a idade, com evidência para a dimensão física;
- Existem diferenças estatisticamente significativas em relação aos vários tipos de estado civil, com exceção para a dimensão função social, sendo os viúvos a apresentar pontuações mais baixas;
- Os participantes com um nível de escolaridade baixo apresentaram pontuações mais baixas do que os restantes;

- Os participantes ativos para o trabalho apresentaram pontuações superiores, na maioria das dimensões de SF-36v2, em relação às domésticas e aos reformados ou aposentados;
- Os participantes que referiram viver sozinhos apresentaram pontuações inferiores em relação aos participantes que viviam com familiares ou cônjuge, para a maioria das dimensões do SF-36v2;
- Os participantes provenientes do meio urbano apresentaram pontuações mais elevadas para todas as dimensões do SF-36v2, em relação aos restantes;
- Diferenças significativas ao nível das dimensões desempenho físico ( $p=0,019$ ), vitalidade ( $p=0,003$ ), desempenho emocional ( $p=0,015$ ) e saúde mental ( $p=0,050$ ), em função de professar ou não uma religião.
- As pontuações das componentes físicas e mental dos participantes que não professam uma religião são mais elevadas, com exceção para a função social.

### 3.2. Relação entre as dimensões do SF-36v2 e as variáveis clínicas

Prosseguindo no estudo da compreensão do estado de saúde da pessoa doente hospitalizada, esta subsecção pretende aprofundar este conhecimento na sua relação com as variáveis de natureza clínica, de entre as quais se mencionam o motivo e o tempo de hospitalização, o tipo de doença, a sintomatologia e a comorbilidade. A Tabela 55 procede à comparação dos participantes em função do motivo de hospitalização.

**Tabela 55.**

Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função do motivo de hospitalização

SF-36v2	Aparelho circulatório (n=168)			Aparelho respiratório (n=79)			Sistema músculo-esquelético (n=102)			Aparelho digestivo (n=128)			X <sup>2</sup>	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FF	50,7	31,8	375,6	45,1	32,2	338,80	36,5	26,1	284,6	54,2	30,3	399,7	29,3	<0,001
DF	48,2	36,3	385,8	38,6	32,6	334,00	36,5	28,5	329,3	45,5	35,2	372,6	17,8	0,013
DC	37,1	36,2	329,6	47,8	35,2	389,50	25,0	23,4	257,6	43,4	33,6	370,0	42,4	<0,001
SG	48,5	15,9	350,4	43,2	17,1	287,56	52,9	18,7	400,7	49,2	17,9	351,4	27,0	<0,001
V	49,6	28,1	372,3	39,5	26,5	296,90	48,6	26,3	368,7	48,4	27,2	363,9	10,4	0,167
FS	67,1	28,1	395,8	60,4	28,7	354,00	60,7	31,6	347,6	62,5	27,4	362,7	21,8	0,003
DE	62,3	34,1	382,2	56,7	33,6	347,40	56,0	33,6	345,4	58,1	31,2	356,8	12,9	0,073
SM	62,6	27,1	383,4	56,3	28,3	337,80	57,2	28,5	344,2	58,3	26,3	349,7	10,8	0,143

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; X<sup>2</sup>=teste *Kruskal-Wallis*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

**Tabela 55. (cont.)**

Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função do motivo de hospitalização

SF-36v2	Sistema geniturinário (n=61)			Neoplasia (n=91)			Lesão traumática (n=43)			Outras (n=32)			X <sup>2</sup>	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FF	50,5	27,3	378,3	44,4	30,5	335,0	37,0	37,0	281,6	54,3	32,0	399,2	29,3	<0,001
DF	43,3	31,2	369,0	33,6	33,9	296,2	37,5	34,8	323,0	48,0	32,3	397,4	17,8	0,013
DC	53,0	29,4	443,0	44,7	34,0	375,9	40,3	32,8	352,8	46,3	35,3	383,5	42,4	<0,001
SG	48,5	16,2	348,8	44,9	16,2	309,0	55,3	20,0	424,4	55,2	18,0	420,1	27,0	<0,001
V	49,5	25,7	372,0	44,5	28,9	333,1	44,5	29,7	333,4	46,0	30,1	342,6	10,4	0,167
FS	64,1	25,9	371,7	51,4	28,8	288,5	51,4	35,5	297,6	55,8	33,8	322,9	21,8	0,003
DE	62,4	31,1	380,6	51,4	36,5	318,2	44,7	39,2	283,5	58,8	31,1	362,1	12,9	0,073
SM	63,8	25,1	389,5	52,6	28,2	310,0	55,3	31,1	333,5	58,1	28,8	351,2	10,8	0,143

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; X<sup>2</sup>=teste *Kruskal-Wallis*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Dos resultados obtidos, verificou-se existirem diferenças significativas nos resultados da componente física nas dimensões função física (X<sup>2</sup>=29,3; p<0,001), desempenho físico (X<sup>2</sup>=17,8; p=0,013), dor corporal (X<sup>2</sup>=42,4; p<0,001) e saúde geral (X<sup>2</sup>=27,00; p=0,001) para todos os grupos, no que diz respeito ao motivo de hospitalização. Os participantes apresentaram médias de ordens diferentes em função do motivo da hospitalização. Relativamente à componente mental, somente na dimensão função social (X<sup>2</sup>=21,8; p=0,003) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

As comparações múltiplas através do teste de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni* para um ponto de corte de p=0,004, evidenciaram diferenças significativas em função do motivo da hospitalização:

- i) Doenças do aparelho circulatório *versus* do sistema músculo-esquelético na dimensão função física (U=6326,5; p<0,001);
- ii) Doenças do aparelho circulatório *versus* do aparelho geniturinário na dimensão dor corporal (U=3492,5; p<0,001);
- iii) Doenças do aparelho circulatório *versus* doença oncológica nas dimensões desempenho físico (U=5899,0; p=0,001) e função social (U=5344,0; p<0,001);
- iv) Doenças músculo-esqueléticas *versus* outras doenças na dimensão dor corporal (U=1067,0; p=0,003);
- v) Doenças músculo-esqueléticas *versus* neoplasia nas dimensões dor corporal (U=3112,0; p<0,001) e saúde geral (U=3459,0; p=0,002);

- vi) Doenças músculo-esqueléticas *versus* do aparelho geniturinário nas dimensões função física (U=2171,5;  $p=0,001$ ) e dor corporal (U=1355,0;  $p<0,001$ );
- vii) Doenças músculo-esqueléticas *versus* do aparelho digestivo nas dimensões função física (U=4317,5;  $p<0,001$ ) e dor corporal (U=4459,0;  $p<0,001$ );
- viii) Doenças músculo-esqueléticas *versus* do aparelho respiratório nas dimensões dor corporal (U=2561,0;  $p<0,001$ ) e saúde geral (U=2796,0;  $p<0,001$ );
- ix) Doenças do aparelho respiratório *versus* lesões traumáticas na dimensão saúde geral (U=1087,5;  $p=0,001$ );
- x) Doenças do aparelho respiratório *versus* outras doenças na dimensão saúde geral (U=788,0;  $p=0,002$ );
- xi) Doenças do aparelho digestivo *versus* lesões traumáticas na dimensão função física (U=1910,5;  $p=0,003$ ).

No que concerne à variável tipo de doença (aguda ou crónica), pela análise dos resultados obtidos verificou-se existirem diferenças significativas ao nível da maioria das dimensões da perceção do estado de saúde, com exceção da dimensão dor corporal (Tabela 56).

**Tabela 56.**

Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função do tipo de doença

SF-36v2	Doença aguda (n=422)			Doença crónica (n=283)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
<b>FF</b>	51,52	31,98	380,6	40,77	28,74	311,7	48031,5	<0,001
<b>DF</b>	49,83	34,92	398,9	30,32	28,77	284,5	40335,0	<0,001
<b>DC</b>	40,30	33,00	349,5	41,32	32,67	358,1	58266,5	0,582
<b>SG</b>	52,04	18,17	386,7	44,37	15,68	302,6	45464,5	<0,001
<b>V</b>	51,20	27,54	384,3	40,70	26,71	306,2	46488,5	<0,001
<b>FS</b>	63,77	28,68	372,4	56,58	30,58	324,0	51516,5	0,002
<b>DE</b>	61,96	33,46	380,8	50,55	33,64	311,4	47956,0	<0,001
<b>SM</b>	60,43	28,06	367,6	55,64	27,07	331,1	53539,5	0,020

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste *Mann-Whitney*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vtalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

De um modo geral, constata-se que os participantes com doença aguda apresentaram melhor perceção do estado de saúde do que os participantes com doença crónica. As médias

de ordens das dimensões do SF-36v2 são superiores nos participantes com doença aguda, com exceção para a dimensão dor corporal.

Relativamente à variável sintomatologia, constatou-se que o grupo de participantes que manifestou sintomatologia apresentou médias de ordens inferiores em todas as dimensões do SF-36v2, conforme resultados explicitados na Tabela 57.

**Tabela 57.**

Comparação dos resultados das dimensões do SF-36v2 em função da sintomatologia

Sintomatologia	Presença de sintomatologia (n=524)			Ausência de sintomatologia (n=181)			U	p
	SF-36v2	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp		
FF	42,20	29,69	320,7	61,71	30,81	446,2	30545,5	<0,001
DF	36,93	32,15	323,4	56,66	34,80	438,5	31944,0	<0,001
DC	37,88	31,41	337,4	48,90	35,53	397,9	39280,5	0,001
SG	46,16	17,23	319,3	57,07	16,16	450,3	29805,5	<0,001
V	42,88	27,20	322,2	58,89	25,57	442,0	31303,0	<0,001
FS	57,56	29,57	330,0	70,51	27,78	419,5	35373,5	<0,001
DE	53,62	33,95	330,9	68,27	31,72	416,8	35869,5	<0,001
SM	54,79	27,72	325,5	69,28	24,94	432,6	33014,0	<0,001

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste *Mann-Whitney*; p=nível de significância; FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes quanto à percepção do estado de saúde em todas as dimensões do SF-36v2. Neste sentido, o grupo que não relatou sintomatologia apresentou um nível mais elevado de percepção do estado de saúde. Quanto à associação (*coeficiente r de Spearman*) entre as dimensões do SF-36v2 e a sintomatologia, apresentam-se os resultados na Tabela 58.

**Tabela 58.**

Padrão de associação entre as dimensões do SF-36v2 e a sintomatologia

	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
Sintomatologia	-0,270	-0,249	-0,131	0,282	-0,258	-0,187	-0,194	-0,230
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental; \*\*Correlação significativa ( $p=0,01$ ).

Dos resultados obtidos, verifica-se existirem evidências estatísticas para se afirmar que a percepção do estado de saúde e a presença de sintomatologia estão relacionados com sentido negativo nas dimensões função física ( $r=-0,270$ ;  $p<0,001$ ), desempenho físico ( $r=-0,249$ ;  $p<0,001$ ), dor corporal ( $r=-0,131$ ;  $p<0,001$ ), saúde geral ( $r=-0,282$ ;  $p<0,001$ ), vitalidade ( $r=-0,258$ ;  $p<0,001$ ), função social ( $r=-0,187$ ;  $p<0,001$ ); desempenho emocional ( $r=-0,194$ ;

$p < 0,001$ ) e saúde mental ( $r = -0,230$ ;  $p < 0,001$ ). De facto, verificou-se a existência de uma relação negativa significativa fraca entre as dimensões do SF-36v2 e a sintomatologia. Quanto à comparação entre as dimensões do SF-36v2 e a comorbilidade, apresentam-se os resultados na Tabela 59.

**Tabela 59.**

Relação entre os resultados das dimensões do SF-36v2 em função da comorbilidade

Comorbilidade SF-36v2	Sim (n=480)			Não (n=225)			U	p
	$\bar{X}$	dp	Média Ordem	$\bar{X}$	dp	Média Ordem		
FF	43,87	29,73	331,8	54,33	32,95	398,0	43869,0	<0,001
DF	37,83	32,59	328,4	50,88	35,12	405,4	42210,0	<0,001
DC	39,53	33,05	344,6	43,23	32,35	370,8	49984,5	0,108
SG	46,06	15,84	320,6	55,14	19,55	422,0	38461,0	<,001
V	44,96	26,92	338,3	51,31	28,81	384,3	46947,0	0,005
FS	59,68	29,60	344,2	63,44	29,64	371,7	49781,0	0,091
DE	55,76	33,80	343,0	60,85	34,15	374,1	49243,0	0,056
SM	57,32	27,90	344,4	61,04	27,31	371,2	49893,5	0,103

$\bar{X}$ =média; dp=desvio padrão; U=teste de *Mann-Whitney*; p=nível de significância. FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental.

Os participantes que referiram comorbilidade apresentaram médias de ordem inferiores em todas as dimensões do SF-36v2. Também foram constatadas diferenças com significado estatístico nas dimensões função física ( $U=43869,0$ ;  $p < 0,001$ ), desempenho físico ( $U=42210,0$ ;  $p > 0,001$ ), saúde geral ( $U=38461,0$ ;  $p < 0,001$ ), vitalidade ( $U=46947,0$ ;  $p=0,005$ ) e o desempenho social com um valor marginal ( $U=49243,0$ ;  $p=0,056$ ). Relativamente à associação (*coeficiente r de Spearman*) entre as dimensões do SF-36v2 e a comorbilidade, apresentam-se os resultados na Tabela 60.

**Tabela 60.**

Padrão de associação entre as dimensões do SF-36v2 e a comorbilidade

	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
Comorbilidade	-0,152**	-0,178**	-0,061	-0,233**	-0,106**	-0,072	-0,064	-0,061
p	0,000	0,000	0,108	0,000	0,005	0,056	0,091	0,103

FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental; \*\*Correlação significativa ( $p=0,01$ ).

Tendo em conta os resultados obtidos, verificou-se que existia uma correlação negativa significativa fraca entre a comorbilidade e as dimensões função física ( $r = -0,152$ ;  $p < 0,001$ ), desempenho físico ( $r = -0,178$ ;  $p < 0,001$ ), saúde geral ( $r = -0,233$ ;  $p < 0,001$ ) e vitalidade ( $r = -0,106$ ;  $p = 0,005$ ). A saúde geral é influenciada em sentido negativo quando o participante

apresenta comorbidades. Nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, função social e saúde mental, não se verificaram associações.

Em síntese, a relação entre as dimensões do SF-36v2 em função das variáveis clínicas:

- Existem diferenças significativas em função do motivo de hospitalização ( $p < 0,001$ );
- Existem diferenças significativas em função do tipo de doença (aguda/crónica) ao nível da maioria das dimensões do SF-36v2, com exceção da dimensão dor corporal;
- Globalmente, os participantes com doença aguda apresentaram melhor perceção do estado de saúde do que os participantes com doença crónica;
- Existem diferenças estatisticamente significativas em função da presença/ausência de sintomatologia em todas as dimensões do SF-36v2 ( $p < 0,001$ );
- A saúde geral é influenciada em sentido negativo, quando o participante apresenta sintomatologia e comorbidade;
- Existem diferenças com significado estatístico em função da presença/ausência de comorbidade na maioria das dimensões da componente física do SF-36v2 ( $p < 0,001$ );
- A saúde geral é influenciada em sentido negativo quando o participante apresenta comorbidade.

#### 4. RELAÇÃO ENTRE O BEM-ESTAR ESPIRITUAL, AS SUBESCALAS DA SAS E A PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A avaliação do estado de saúde é, por definição, um construto subjetivo com forte ligação a variáveis fisiológicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais, que exprime a perceção de saúde num determinado momento. A Tabela 61 apresenta os valores relativos ao padrão de associação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS.

**Tabela 61.**

Padrão de associação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS

SAS	FP	PR	PE
BEE	- 0,860	- 0,782	- 0,649
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001

FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual.

Os resultados obtidos foram consistentes com a existência de uma correlação positiva estatisticamente muito significativa (*coeficiente r de Spearman*) entre o bem-estar espiritual e as subescalas fé pessoal ( $r=0,860$ ;  $p<0,001$ ), prática religiosa ( $r=0,782$ ;  $p<0,001$ ) e paz espiritual ( $r=0,649$ ;  $p<0,001$ ).

A Tabela 62 representa os valores relativos à associação entre o bem-estar espiritual, as subescalas da SAS e as dimensões de SF-36v2.

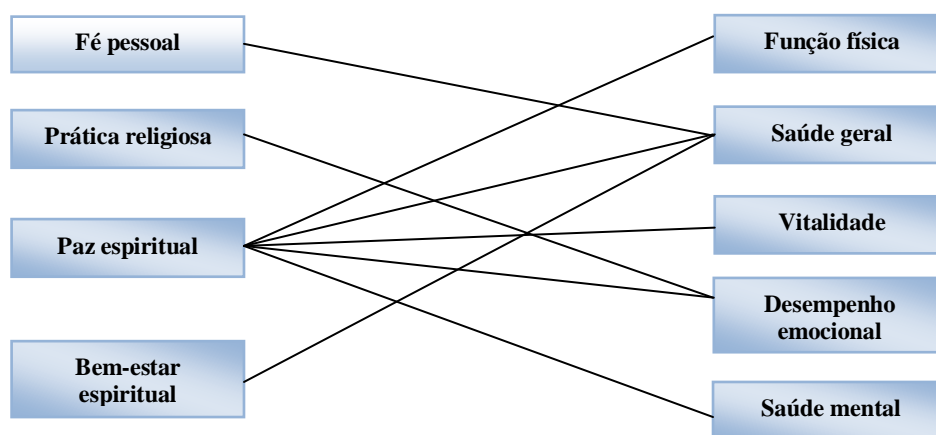
**Tabela 62.**

Padrão de associação entre as dimensões do bem-estar espiritual e as dimensões do SF-36v2

	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
FP	-0,048	-,010	-0,017	<b>0,086**</b>	-0,049	-0,010	-0,029	-0,009
	0,20	0,78	0,64	<b>0,02</b>	0,19	0,79	0,43	0,81
PR	-0,043	-,025	-0,013	-0,006	-0,069	-0,019	<b>-0,090**</b>	-0,060
	0,250	0,50	0,73	0,88	0,068	0,61	<b>0,017</b>	0,110
PE	<b>0,075*</b>	0,057	-0,008	<b>0,158**</b>	<b>0,083*</b>	0,027	<b>0,136**</b>	<b>0,138**</b>
	<b>0,047</b>	0,13	0,83	<b>0,001</b>	<b>0,028</b>	0,47	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
BEE	-0,016	0,007	-0,019	<b>0,100**</b>	-0,019	-0,004	-0,002	0,029
	0,66	0,86	0,61	<b>0,008</b>	0,61	0,92	0,96	0,44

FF=Função física; DF=Desempenho físico; DC=Dor corporal; SG=Saúde geral; V=Vitalidade; FS=Função social; DE=Desempenho emocional; SM=Saúde mental; FP=Fé pessoal; PR=Prática religiosa; PE=Paz espiritual; BEE=Bem-estar espiritual; \*\*Correlação significativa ( $p=0,01$ ); \*correlação significativa ( $p=0,05$ ).

Pela análise do padrão de associação entre o bem-estar espiritual e as subescalas de SAS e o SF-36v2, verificou-se uma associação (*coeficiente r de Spearman*) significativa positiva mas muito fraca entre a fé pessoal e a saúde geral ( $r=0,086$ ;  $p=0,02$ ) e uma associação negativa significativa entre a prática religiosa e o desempenho emocional ( $r=-0,090$ ;  $p=0,017$ ). É de salientar que a paz espiritual apresentou mais associações, embora muito baixas, com as dimensões de SF-36v2, ao nível da função física ( $r=0,075$ ;  $p=0,047$ ), da saúde geral ( $r=0,158$ ;  $p<0,001$ ), da vitalidade ( $r=0,083$ ;  $p=0,028$ ), do desempenho emocional ( $r=0,136$ ;  $p<0,001$ ) e da saúde mental ( $r=0,138$ ;  $p<0,001$ ). No que concerne ao bem-estar espiritual, apresentou uma associação positiva significativa muito fraca ( $r=0,100$ ;  $p=0,008$ ) em relação à saúde geral. Na Figura 5 é apresentado esquematicamente o padrão de associações entre as dimensões do bem-estar espiritual e as dimensões do SF-36v2.



**Figura 5.** Padrão de associação entre as dimensões do bem-estar espiritual e as dimensões do SF-36v2

Seguidamente apresenta-se a síntese dos resultados do padrão de associação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS e as dimensões de SF-36v2:

- Verificou-se uma correlação positiva estatisticamente muito significativa entre o bem-estar espiritual e as subescalas de SAS ( $p < 0,001$ );
- Existe uma associação significativa positiva muito fraca entre a fé pessoal e a saúde geral ( $p = 0,02$ );
- Existe uma associação com sentido negativo significativo entre a prática religiosa e o desempenho emocional ( $p = 0,017$ );
- A subescala paz espiritual apresentou um maior número de associações com sentido positivo, com as dimensões de SF-36v2, ao nível da função física ( $p = 0,047$ ), saúde geral ( $p < 0,001$ ), vitalidade ( $p = 0,028$ ), desempenho emocional ( $p < 0,001$ ) e saúde mental ( $p < 0,001$ );
- O bem-estar espiritual apresentou uma associação positiva significativa em relação à saúde geral ( $p = 0,008$ ).

## 5. VARIÁVEIS QUE MELHOR PREDIZEM O BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Para verificarmos o valor preditivo das variáveis sociodemográficas, clínicas e do estado de saúde geral sobre o bem-estar espiritual (fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual), foram calculados os processos de regressão linear múltipla, com recurso ao método *stepwise* até selecionar as variáveis com poder explicativo mais adequado. Para cada um dos processos, foram utilizadas como variáveis critério, a escala global do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada (SAS). Como variáveis preditoras potenciais, foram incluídas variáveis sociodemográficas, clínicas e do estado de saúde dos participantes. A seleção destas variáveis teve em conta o construto teórico bem como os resultados obtidos na análise correlacional.

No procedimento de regressão linear múltipla, foi determinada a multicolinieridade através da *Collinearity Statistics*, que permite verificar o pressuposto das diferentes variáveis independentes não estarem fortemente relacionadas entre si. Os valores são observados na coluna do *Tolerance* e VIF que devem ser valores aproximados de 1 para dar continuidade ao procedimento. O teste *Durbin-Watson* também foi utilizado para verificar o pressuposto da independência dos erros, ou seja, ausência de autocorrelação. Este teste deve apresentar valores entre 0 e 4, no entanto, são aceitáveis os valores próximos de 2.<sup>(193,194)</sup> Em cada procedimento de análise, foram apresentados os resultados obtidos do coeficiente de determinação múltiplo ajustado ( $R^2$  ajustado), do teste de F e significância estatística, as variáveis preditoras que demonstraram poder explicativo, os valores dos coeficientes não estandardizados e estandardizados ( $\beta$ ) e os valores de significância estatística do teste *t*.

Tendo em conta o reduzido valor explicativo das variáveis preditoras, só foi apresentado o modelo de regressão que apresentou um  $R^2$  ajustado com um maior valor (Tabela 63).

**Tabela 63.**

Variáveis incluídas no modelo de regressão linear múltipla

Variáveis preditoras/independentes	Variáveis critério/dependentes
<i>Variáveis sociodemográficas</i>	Bem-estar espiritual
Sexo	
Idade	
Escolaridade	
Situação laboral	
Proveniência	
Professar uma religião	
<i>Variáveis clínicas</i>	
Tempo de hospitalização	
Tipo de doença (aguda/crónica)	
Sintomatologia	
Comorbilidade	
<i>Estado de saúde</i>	
Função física	
Desempenho físico	
Dor corporal	
Saúde geral	
Vitalidade	
Função social	
Desempenho emocional	
Saúde mental	

No procedimento de regressão linear múltipla, foi determinada a multicolinieridade através da *Collinearity statistics* com valores observados de *Tolerance* e VIF aproximados de 1. O pressuposto dos erros terem média nula foi verificado através da análise dos resíduos. Como a média dos resíduos foi zero (0,000), o pressuposto está verificado. O teste *Durbin-Watson* apresentou valores próximo de dois ( $DW=1,802$ ), assim não se rejeitou a hipótese nula, considerou-se que não existiam evidências para se aceitar que os erros não são independentes, logo o pressuposto está verificado.

Em relação aos outros pressupostos (os erros seguirem uma distribuição normal), invocou-se o *Teorema do Limite Central* (TLC) que permite assumir que a violação do pressuposto não coloca em causa o estudo, considerando que a amostra foi de  $n>30$ .<sup>(193,194)</sup>

O modelo apresentou significância ( $F=38,82$ ,  $gl=704$ ;  $p<0,001$ ) e adequação para descrever a relação entre a variável critério bem-estar espiritual na doença e as variáveis preditores integradas no modelo (Tabela 64).

**Tabela 64.**

Resultado da regressão linear múltipla para o bem-estar espiritual

Variável critério	R <sup>2</sup> Ajustado	F/(gl)/p	Variáveis preditoras
Bem-estar espiritual	0,212	F=38,82 Gl=704 p<0,001	Sexo Idade Professar uma religião Sintomatologia Saúde geral

Pela análise dos resultados obtidos, verificou-se que a variância explicada é baixa para a variável critério bem-estar espiritual. Neste sentido, o bem-estar espiritual é explicado em 21% pelas variáveis predictoras, sexo, idade, professar uma religião, sintomatologia e a dimensão saúde geral do SF-36v2. A Tabela 65 apresenta os dados relativos à regressão linear múltipla do bem-estar espiritual.

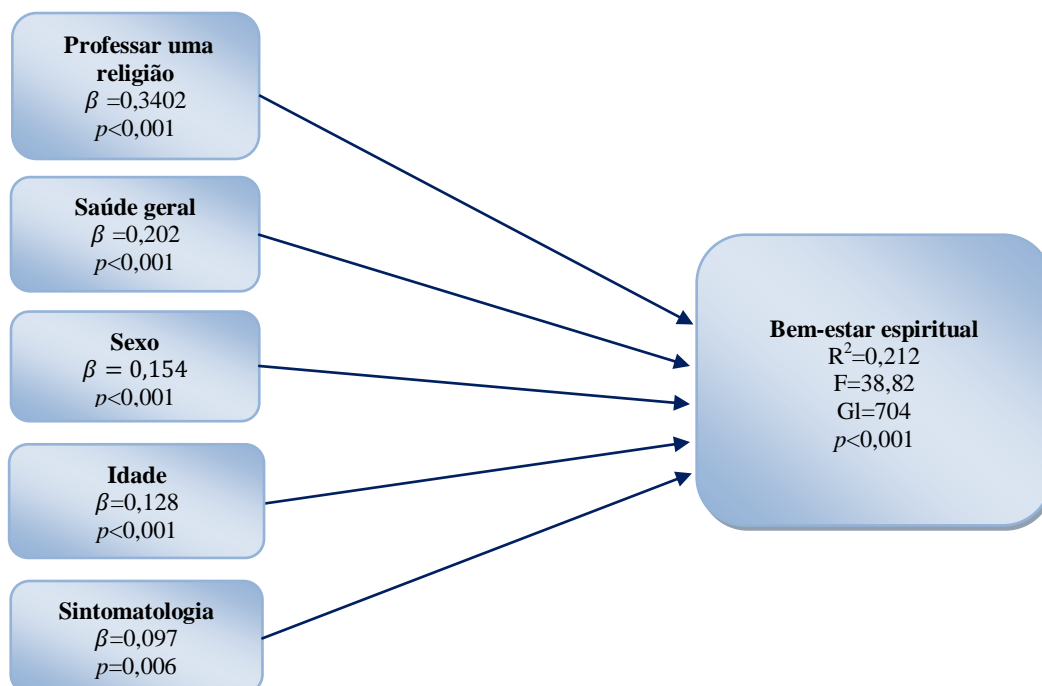
**Tabela 65.**

Resultados da regressão linear múltipla do bem-estar espiritual: dos valores dos coeficientes

	Coeficientes		Estandarizados Beta	t	p
	Não estandardizados Beta	Erro padrão			
Constante	61,01			50,21	<0,001
Sexo	3,03	0,67	0,154	4,51	<0,001
Idade	1,26	0,34	0,128	10,65	<0,001
Professar uma religião	11,32	1,14	0,340	3,69	<0,001
Saúde geral	1,99	0,34	0,202	5,73	<0,001
Sintomatologia	2,18	0,79	0,097	2,76	0,006

As variáveis que apresentaram maior valor preditivo foram professar uma religião ( $\beta=0,34$ ;  $p<0,001$ ), saúde geral ( $\beta=0,20$ ;  $p<0,001$ ), sexo ( $\beta=0,15$ ,  $p<0,001$ ), idade ( $\beta=0,128$ ;  $p<0,001$ ) e presença de sintomatologia ( $\beta=0,097$   $p=0,006$ ).

Na Figura 6 apresentam-se, por ordem decrescente, as variáveis com maior valor preditivo do bem-estar espiritual.



**Figura 6.** Variáveis com maior valor preditivo do bem-estar espiritual

Como todas as variáveis preditoras utilizadas no modelo apresentaram coeficientes de regressão parciais com valores diferentes de zero, indicou que cada uma delas influenciou significativamente a variável critério. As variáveis preditoras sociodemográficas, clínicas e o estado de saúde em análise, mostraram-se com um valor preditivo baixo sobre o bem-estar espiritual.

Seguidamente apresentam-se, em síntese, os resultados das variáveis que melhor predizem o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada neste estudo:

- As variáveis que apresentaram maior valor preditivo foram: professar uma religião ( $\beta=0,34$ ;  $p<0,001$ ), saúde geral ( $\beta=0,20$ ;  $p<0,001$ ), sexo ( $\beta=0,15$ ;  $p<0,001$ ), idade ( $\beta=0,128$ ;  $p<0,001$ ) e sintomatologia ( $\beta=0,097$   $p=0,006$ ).

## 6. REFERÊNCIAS

181. Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012; 30(2): 163-71.
186. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13: 119-27.
193. Pestana M, Gageiro J. *Análise de dados para as ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 4a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
194. Maroco J. *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
195. Martins C. *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições; 2011.
196. Instituto Nacional de Estatística. *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa: INE; 2011. [acesso em 3 Set. 2011]. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
197. Organização Mundial de Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.

## **PARTE IV**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---



Após a apresentação dos resultados obtidos, procedeu-se à sua síntese e discussão com recurso à análise crítico reflexiva pessoal e fundamentada na evidência científica, resultante dos estudos publicados sobre as necessidades espirituais e bem-estar espiritual de pessoas doentes hospitalizadas, de forma a evidenciar o seu significado e implicações para a prática de enfermagem e dar contributo para esta área do conhecimento no seio da disciplina de enfermagem.

Como a recolha de dados foi realizada com recurso a instrumentos preenchidos pelos participantes, sem ajuda e com ajuda do investigador, foram comparados os resultados obtidos com o objetivo de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Após a comparação, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas ao nível dos resultados obtidos.

## **1. BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA**

No paradigma de bem-estar espiritual na doença, a espiritualidade contempla “as experiências do ser humano que transcendem os fenómenos sensoriais, percebida como necessidade de pertença, significado de vida, necessidade de perdão, reconciliação, afirmação e de dignidade”.<sup>(2, p.62)</sup> Neste sentido, a expressão da espiritualidade é uma experiência subjetiva, multidimensional, inata ao ser humano, considerada uma necessidade humana e descrita como a dimensão que se preocupa com a procura de sentido e com os valores que orientam a transcendência, para além das coisas materiais. Embora muitas pessoas professem diferentes religiões (cristianismo, judaísmo, islamismo), o conceito de transcendência engloba a crença numa força superior ou Deus e o termo bem-estar espiritual não significa necessariamente ter sempre o melhor bem-estar, este pode assumir distintas expressões, para pessoas e contextos diferentes. Assim, neste estudo, o conceito de espiritualidade é considerado pessoal, geralmente entendido em termos das atitudes e crenças individuais, relacionadas com a transcendência, condições imateriais e as forças de vida e da natureza.<sup>(2)</sup>

A amostra em estudo foi constituída por pessoas doentes hospitalizadas de três instituições hospitalares da zona norte do país, e pela análise dos resultados obtidos através da SAS. Os participantes apresentaram um nível de bem-estar espiritual moderado alto, também

corroborado pelo estudo desenvolvido em doentes com doença aguda e crónica, insuficiência renal, trauma e doença oncológica, com recurso à SAS.<sup>(2,137)</sup> No mesmo sentido, foram feitas comparações entre os grupos de participantes das três instituições e verificou-se a existência de diferenças ao nível da prática religiosa, da fé pessoal e do bem-estar espiritual, contudo, não se verificaram diferenças ao nível da paz espiritual. Os participantes da instituição de saúde 3 apresentaram uma pontuação superior do nível de bem-estar espiritual, quando se procedeu à comparação com os participantes das outras duas instituições, que poderá estar eventualmente relacionado com as características menos seculares da instituição.

Quanto à dimensão fé pessoal, os participantes evidenciaram valores moderadamente altos, que poderá encontrar explicação pelo facto de algumas doenças físicas poderem conduzir a pessoa a questionar as suas crenças e valores, principalmente na presença de dor, sofrimento e incerteza perante a doença e, sobretudo, porque a fé é uma dimensão intrínseca ao ser humano, que se desenvolve ao longo das fases do ciclo de vida e influencia a forma como a pessoa vive os seus relacionamentos e a procura de sentido de vida. Na sua essência, a fé é a forma como o ser humano conhece e vê o mundo e encontra coerência nas múltiplas situações e relações que fazem parte da sua vida. A fé nem sempre é religiosa no seu conteúdo ou contexto, mas motiva as pessoas para valorizar a sua vida, modelando a maneira como a pessoa ou um grupo vai evoluindo no seu projeto de vida.<sup>(64)</sup> Neste estudo, foi evidente uma associação positiva muito significativa entre o bem-estar espiritual e a fé pessoal, embora alguns estudos evidenciem resultados não coincidentes.<sup>(141)</sup>

Diversos estudos têm demonstrado o papel positivo da religiosidade e das crenças religiosas nos processos de saúde/doença. Estas podem facilitar as fases de transições da vida normativas, como o nascimento, a adolescência, o casamento, o envelhecimento, e não normativas, como a doença, o sofrimento e a morte.<sup>(4,9,88)</sup> A definição de prática religiosa integra, além do culto, a leitura de textos religiosos, a meditação, o voluntariado, a oferta de donativos e a oração que pode ser em grupo ou individual.<sup>(2)</sup>

Relativamente à dimensão prática religiosa, os valores totais obtidos revelaram uma pontuação moderada, no entanto, a maioria dos participantes referiu professar uma religião. Estes resultados aparentemente podem refletir sentimentos de incerteza na doença.

Para muitos crentes, existem muitas formas de expressão espiritual, sendo a prática de uma religião uma delas.<sup>(13,14,83)</sup> Neste sentido, nos estudos relacionados com a fé e a saúde, os

doentes idosos hospitalizados referiram que a religiosidade era o fator mais importante que lhes permitiu enfrentar a situação de doença e a hospitalização.<sup>(89,111)</sup>

A maioria dos participantes concordou que se sentia fortalecida por participar nos serviços religiosos, bem como a sua relação com Deus era reforçada pela oração, e referiram também que ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais os ajudou a comunicar com Deus. Estes resultados são coerentes com as características da população portuguesa continuar, na sua maioria, católica, com indicadores de crença e prática religiosa elevados.<sup>(81)</sup> No mesmo sentido, outros estudos indicaram que a religiosidade intrínseca traduzida na oração individual era uma forma particular de expressar a espiritualidade durante a hospitalização.<sup>(88,89,113,114)</sup> Em relação a outras práticas religiosas, como a frequência ao culto ou a visita a lugares de culto e a meditação, são apontadas também como essenciais, embora nem sempre cumpridas, devido às limitações físicas resultantes do envelhecimento ou da evolução da própria doença.<sup>(13,19,87,88,103)</sup> Outro estudo comprova estes resultados ao revelar que, na sua maioria, os doentes consideraram a oração como apoio espiritual.<sup>(134)</sup>

A paz espiritual é determinada pela percepção de confiança, alegria e segurança no amor, na misericórdia e compaixão de Deus.<sup>(2)</sup> No total da amostra, a subescala paz espiritual revelou valores moderados e uma relação positiva muito significativa entre o bem-estar espiritual, a fé pessoal e as práticas religiosas, para um nível de significância de  $p < 0,01$ , igualmente corroborados com os resultados dos estudos em doentes com doença avançada e progressiva,<sup>(20)</sup> com doença oncológica,<sup>(137)</sup> com SIDA e em fase terminal.<sup>(141)</sup>

### **A) Apoio espiritual durante a hospitalização**

O modelo desenvolvido por O'Brien apresenta a existência de um conjunto de variáveis potenciais que podem interferir com a capacidade de uma pessoa doente encontrar significado espiritual na experiência de doença, de onde destaca o suporte social (amigos, família e cuidadores).<sup>(2)</sup>

Através da análise dos resultados obtidos, a maioria dos participantes referiu ter sido apoiada pelos amigos ou familiares que partilhavam as suas crenças, quando referiram “*sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas*”; como também apontou receber conforto e apoio de um orientador espiritual através da afirmação “*recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por ex. um sacerdote ou amigo*”. De forma análoga, alguns autores verificaram que orar com os mais significativos,

ter o apoio do orientador espiritual ou amigo, receber a comunhão,<sup>(4,9,89)</sup> foram necessidades que, quando satisfeitas, resultaram em conforto e bem-estar na doença e na hospitalização. Assim, a manutenção dos relacionamentos com a família e pessoas significativas proporcionam bem-estar espiritual aos doentes com insuficiência cardíaca e ajudam-nos na procura de sentido de vida e no controlo da doença.<sup>(144)</sup>

O uso das crenças espirituais ou religiosas podem ser de ajuda vital para as pessoas crentes ou não, tendo em conta que existe sempre algum risco de sensação de vazio e falta de controlo sobre a vida, quando estão hospitalizadas.

No que concerne ao apoio intrínseco recebido durante a hospitalização, a maioria declarou *“a minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal”*, assim como *“ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus”*. De igual modo, num estudo sobre as necessidades espirituais, os doentes hospitalizados atribuíram importância à oração e à leitura de textos sagrados, por exemplo: bíblia, pagelas e a abordagem de temas sobre Deus e a vida eterna, como parte das suas necessidades espirituais.<sup>(8,9)</sup>

## **B) As necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada**

Como a doença confronta a pessoa com a proximidade da sua mortalidade, a religiosidade e a espiritualidade podem ser estratégias de apoio cada vez mais importantes para os doentes na construção do seu bem-estar espiritual. O sentido subjetivo e individual da espiritualidade poderá ser um fator que concorre para a dificuldade do reconhecimento de necessidades espirituais dos doentes, do seu diagnóstico e, em última instância, do desempenho de intervenções adequadas por parte dos enfermeiros.

Além disso, acresce que os doentes expressam as necessidades espirituais de forma subtil e, por vezes, a doença ocorre num contexto vivencial desencadeador de sofrimento que, enquanto resposta ao processo de saúde/doença, deve ser um foco de atenção da intervenção dos profissionais de enfermagem. Neste sentido, as necessidades de ordem espiritual integram o quadro das necessidades humanas fundamentais, são indissociáveis das necessidades físicas, psicológicas e emocionais e requerem igualmente uma intervenção adequada, competente e profissional.

Para a maioria dos doentes hospitalizados, existe risco de sofrimento espiritual, no entanto, cada pessoa reage de maneira diferente às situações de crise, enquanto umas podem manifestar falta de resiliência, outras encontram reforço na harmonia entre a mente, o corpo e o espírito, motivando-as para reconstruir o seu projeto de vida, através das mudanças e da reorganização dos papéis.<sup>(133)</sup>

Os doentes nem sempre encontram estratégias para encontrar sentido no sofrimento, nomeadamente quando apresentam sentimentos negativos (cólera, culpa) de ter sido abandonado por Deus e perda de esperança<sup>(2,13,103)</sup> e, assim, a necessidade de perdão e reconciliação com Deus pode tornar-se um imperativo.<sup>(6,103)</sup>

Com base no modelo de bem-estar espiritual na doença, foram identificados sete diagnósticos de enfermagem relacionados com a alteração da integridade espiritual. Para O'Brien, o diagnóstico de enfermagem é um juízo clínico acerca das respostas humanas aos processos de saúde, cuja assistência é da competência do enfermeiro.

Desta forma, após a análise dos resultados obtidos da subescala paz espiritual da SAS, foram identificados os seguintes diagnósticos:

- *Dor espiritual*, evidenciada por expressões de desconforto ou sofrimento e pelo desespero de não ter vivido segundo a vontade de Deus;

- *Alienação espiritual*, manifestada por expressões de solidão ou de percepção de estar distanciado de Deus, de sentimentos de falta de paz e conforto e de ter sido esquecido por Deus, verbalizado por “*onde está Deus quando eu mais preciso dele?*”;

- *Ansiedade espiritual*, evidenciada por expressões de medo, ira, pela punição de Deus, falta de confiança na misericórdia de Deus e de não ser digno do seu perdão;

- *Raiva espiritual*, demonstrada através de sentimentos de frustração ou de revolta contra Deus, como resultado da presença de dor real percebida, sofrimento ou ainda perda de uma pessoa significativa. Além disso, a pessoa doente pode manifestar sentimentos de abandono ou expressar raiva dirigida a Deus ou a um ser transcendente, bem como levantar questões sobre a situação vivenciada, como um castigo de Deus;<sup>(2,45)</sup>

- *Perda espiritual*, manifestada através de sentimentos de não ser amado por Deus, relacionada com uma diminuição da paz espiritual anterior;

- *Desespero espiritual*, expresso pela perda de esperança de manter uma relação com Deus e sobretudo de lhe agradar.

Estes resultados são comparáveis com estudos semelhantes realizados em pessoas com doença grave, crónica e em fim de vida. Com recurso à SAS, foram também identificados diagnósticos de enfermagem relacionados com alterações da integridade espiritual: dor espiritual, alienação espiritual, ansiedade espiritual, culpabilidade espiritual, raiva espiritual, perda espiritual, desespero espiritual e paz espiritual.<sup>(2,133,187)</sup> No mesmo sentido, outros estudos confirmam que a angústia espiritual está associada a uma redução no bem-estar e qualidade de vida da pessoa doente.<sup>(19,25,45,89)</sup> Em síntese, no conjunto da amostra de participantes deste estudo, foram evidenciados os seguintes diagnósticos de enfermagem: dor espiritual, alienação espiritual, ansiedade espiritual, raiva espiritual, perda espiritual e desespero espiritual.

## **2. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS QUE INFLUENCIAM O BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA**

O bem-estar espiritual da pessoa em situação de doença aguda ou crónica varia em função de diferentes variáveis sociodemográficas, culturais, clínicas e do estado de saúde. Estas variáveis podem tornar-se mais importantes durante a doença do que em qualquer outro momento da vida. Enquanto a pessoa está de boa saúde física e mental, as práticas espirituais ou religiosas, na sua generalidade, podem ser relegadas para um plano inferior. Com o início da doença, especialmente se associada à exacerbação de uma doença crónica, podem ocorrer algumas mudanças de vida significativas em termos físicos e emocionais, associadas com as atividades de vida e/ou do trabalho, e as necessidades espirituais podem assumir prioridade no âmbito do plano assistencial.

Na análise bivariada, a idade apresentou uma correlação positiva muito fraca, de onde se pode inferir que a idade influenciou muito pouco os níveis de fé pessoal, de prática religiosa e de bem-estar espiritual dos participantes deste estudo. A associação entre a idade e o bem-estar espiritual não é relevante, embora com um nível de significância de  $p=0,01$  na maioria das dimensões.

Quando se procedeu à comparação das subescalas da SAS em função do grupo etário, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de  $p < 0,001$ . No que concerne à média de ordens, constatou-se que o grupo dos jovens adultos apresentou valores inferiores na subescala prática religiosa e no bem-estar espiritual. É de evidenciar que os níveis de bem-estar espiritual aumentaram com a idade dos participantes quando se procedeu à análise com base no grupo etário.

Os resultados dos estudos são também concordantes ao demonstrarem que o bem-estar espiritual aumenta com a idade.<sup>(137,138)</sup> Assim, os idosos com doença crónica utilizam a sua religiosidade e sobretudo a espiritualidade na adaptação à sua situação clínica.<sup>(134)</sup> Esta opção pode ser por escolha ou por necessidade devido às condições incapacitantes ou outras perdas que incentivam a outras expressões particulares de fé, das quais se dá como exemplo a prática religiosa intrínseca (oração, meditação).<sup>(11,16)</sup>

Relativamente à relação entre o bem estar espiritual e o sexo, neste estudo, o grupo de participantes do sexo feminino apresentou valores superiores, para um nível de significância de  $p < 0,001$ . Os resultados dos diferentes estudos nem sempre são concordantes, mas a sua maioria sustenta que o sexo feminino apresenta um nível superior de bem-estar espiritual, quando comparado com os participantes do sexo masculino,<sup>(7,11,137,138)</sup> sendo os participantes do sexo feminino a descrever com mais frequência sensação de paz, sentimentos de conforto e percepção de estarem nas mãos de Deus, durante a hospitalização.<sup>(137)</sup> Se alguns autores conseguem confirmar essa relação, outros, pelo contrário, demonstram que podem ser os participantes do sexo masculino a apresentar níveis mais altos de bem-estar espiritual em relação aos participantes do sexo feminino.<sup>(139)</sup> Estas diferenças poderão estar relacionadas com o tipo de estudo, o contexto cultural, as crenças e com o estadió de adaptação à situação de doença.

No que concerne à relação entre o bem-estar espiritual e as subescalas da SAS em função da escolaridade evidenciou diferenças estatisticamente significativas, ao nível do bem-estar espiritual e da prática religiosa, sendo que no grupo com um nível baixo de escolaridade a média de ordem era superior, quando comparado com os outros grupos.

Neste estudo, a maioria dos participantes referiu professar uma religião, sendo a mais apontada a católica apostólica romana, seguindo-se, por ordem decrescente, as testemunhas de Jeová e outras religiões cristãs. Interessa salientar a existência de um grupo de participantes que, embora não praticantes, se assumiam como católicos. Estes resultados estão de acordo

com a realidade da população portuguesa, que continua a ser católica, com indicadores de crença e prática religiosa elevada.<sup>(135)</sup>

Relativamente aos participantes que não professavam uma religião, constituíram o segundo maior grupo, corroborado também com os resultados do estudo sobre as identidades religiosas em Portugal que afirma que, nos últimos anos, se verificou um crescimento considerável das pessoas sem religião. Este fenómeno confirma uma tendência geral que se observa, há já algum tempo, no resto da europa.<sup>(81,135)</sup>

Para o sexo masculino, predominou no grupo dos adultos, a referência professar uma religião, enquanto para o sexo feminino se registou no grupo dos idosos. Do total de participantes que refere não professar nenhuma religião, a maioria é do sexo masculino, com predominância no grupo dos adultos. Neste estudo, as participantes do sexo feminino apresentaram uma pontuação superior de religiosidade em relação ao grupo de participantes do sexo masculino, o que também se constata nos resultados de estudos sobre a religião em Portugal.<sup>(79-82)</sup> De uma forma geral, a literatura científica é consensual quanto à influência do sexo na expressão da religiosidade, assim como a orientação cristã e religiosa<sup>(82,137,138)</sup>

O grupo etário 35-64 anos apresentou mais participantes que não professavam uma religião, particularmente do sexo masculino. Não pretendendo classificar os participantes deste grupo no sentido do desenvolvimento da fé, a perspetiva de Fowler pode dar-nos uma possível explicitação quando refere que esta etapa da vida pode concorrer para uma verdade multifacetada e complexa e, nesse sentido, as pessoas podem percecionar uma profunda solidão ou abandono no mundo particular da espiritualidade. O autor considera estes aspetos como as fragilidades desta etapa da vida.<sup>(64)</sup> Constata-se também que, na população geral, os que não professam uma religião são mais novos, enquanto os que professam uma religião estão distribuídos por todos os grupos etários, mas maioritariamente pelo grupo mais envelhecido.<sup>(135)</sup> Para outro autor, nesta etapa podem encontrar-se pessoas menos religiosas, cujas características integram a racionalidade, a moralidade, a humanidade e o ceticismo perante o espiritual e acreditam apenas no que pode ser comprovado cientificamente.<sup>(64,70)</sup>

Na comparação dos grupos de participantes que professam uma religião *versus* não professam uma religião, foram verificadas diferenças na fé pessoal, prática religiosa e bem-estar espiritual, para um grau de significância de  $p < 0,001$ , com exceção para a dimensão paz espiritual. Os participantes que professam uma religião relataram um maior nível de bem-estar espiritual, fé pessoal e prática religiosa, o que concorre para a evidência da religião

como recurso vivencial da espiritualidade. No mesmo sentido, a espiritualidade, associada à religião, desempenha muitas vezes um papel importante na manutenção do bem-estar geral.<sup>(112,116)</sup> Neste estudo, durante a recolha de dados, foi manifesta a referência à existência de católicos culturais, de tradição herdada do grupo de pertença, que interiorizaram os valores do cristianismo e também participantes que interpretaram a espiritualidade como sinónimo de práticas religiosas ou crenças religiosas. Este facto não é exclusivo deste estudo, como já foi referenciado no construto teórico, através dos estudos realizados em participantes com doença oncológica que, na sua generalidade, interpretaram o termo espiritualidade como sinónimo de práticas religiosas.<sup>(9,27)</sup>

Quanto às outras variáveis sociodemográficas, nomeadamente estado civil, situação laboral (ativo e não ativo para o trabalho) e proveniência (rural/urbana), nos resultados obtidos relativos ao bem-estar espiritual e às subescalas da SAS não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente às situações clínicas que motivaram a hospitalização dos participantes, verificou-se uma grande diversidade. As mais mencionadas dizem respeito às doenças do aparelho circulatório, seguido pelo grupo das doenças digestivas e do sistema osteomuscular. Estes resultados são sobreponíveis às estatísticas nacionais relativas à morbilidade hospitalar, que apontam como uma das principais causas as doenças cardiovasculares, e também a nível regional, como mencionados nos Planos Locais de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Douro Norte e do Plano de Saúde da Região Norte.<sup>(198)</sup>

Pelos resultados obtidos da comparação entre o motivo de hospitalização e o bem-estar espiritual, fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do bem-estar espiritual para um nível de significância  $p=0,002$ . No que concerne às médias de ordens das subescalas da SAS, constatou-se que são semelhantes entre os participantes com diferentes motivos de hospitalização, no entanto, o nível de bem-estar espiritual apresentado pelos participantes com doença do aparelho circulatório é inferior ao valor apresentado pelos grupos de participantes com doenças do sistema osteomuscular e do sistema geniturinário. De facto, quando a hospitalização resulta da presença de uma doença do aparelho circulatório (como por exemplo, enfarte agudo do miocárdio), de aparecimento súbito, a imprevisibilidade do diagnóstico e prognóstico da situação pode conduzir o doente a expressar sentimentos de incerteza e falta de controlo. Também, podem estar eventualmente relacionados com o facto

da pessoa doente estar mais preocupada com as necessidades fisiológicas em oposição à espiritualidade.<sup>(7,145)</sup>

O tempo de hospitalização dos participantes situou-se entre dois dias no mínimo e o máximo 240 dias, com uma média de oito dias, com um número mais elevado de participantes a referir entre dois a cinco dias. Este resultado é similar aos últimos dados sobre a demora média (dias) de hospitalização hospitalar em 2009, em Portugal, embora com diferenças por região.<sup>(199)</sup> É de salientar que as situações resultantes de doença ou lesão, associadas a um período de hospitalização atualmente mais curto, podem constituir um desafio para o doente e, sobretudo, para a equipa de saúde, quanto à possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica significativa, com a finalidade de promover um processo de transição emocional e espiritual eficaz. Esta relação transpessoal pode ser mais importante do que propriamente o complexo ambiente dos cuidados de saúde, vinculado à eficiência.

O diagnóstico de doença que conduziu à hospitalização ajudou a caracterizar os participantes, relativamente ao tipo de doença. Neste estudo, a doença aguda motivou a hospitalização da maioria dos participantes, o que pode estar relacionado com as características das unidades de saúde onde decorreu a recolha de dados (serviços de cardiologia, ortopedia, cirurgia, nefrologia, pneumologia e medicina), para o qual também concorre o acompanhamento das doenças crónicas, que tem vindo a ser assumido pelos cuidados de saúde primários, ficando os cuidados de saúde hospitalares reservados para as situações de agudização das doenças.

A sintomatologia determina o tipo de doença assim como a gravidade e o impacto no bem-estar físico, psicológico, social e espiritual da pessoa doente. A presença de sintomatologia foi manifestada pela maioria dos participantes deste estudo. De entre um conjunto amplo e diversificado de sintomas, a dor foi o mais frequentemente auto referido, seguindo-se, por ordem decrescente, a sintomatologia relacionada com dificuldade em respirar, fadiga e dificuldade em deambular. A associação entre a presença de sintomatologia e o bem-estar espiritual evidenciou uma associação positiva significativa, com exceção para a paz espiritual. Estes dados estão eventualmente relacionados com o facto da pessoa doente atender, em primeiro plano, aos sintomas físicos, tais como a dor, em oposição à dimensão espiritual.<sup>(7,145)</sup> A doença física pode conduzir a pessoa a questionar as suas crenças e valores, principalmente na presença de dor ou sofrimento, referindo falta de fé. Além disso, podem referir sentimentos de abandono ou expressar raiva em direção a Deus ou a um ser

transcendente, bem como levantar questões sobre a situação vivenciada como um castigo de Deus.<sup>(45,133)</sup>

### 3. PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA DOENTE HOSPITALIZADA

O estado de saúde é uma construção multifatorial, que integra componentes físicos, sociais, emocionais e mentais. A percepção do estado de saúde da pessoa permite definir níveis de comparação entre grupos e identificar desigualdades em relação aos determinantes de saúde e ainda as relacionadas com o sexo e a idade.<sup>(179,185,186)</sup> Assim, o conceito de percepção do estado de saúde compreende o impacto da saúde sobre a capacidade que a pessoa apresenta para a realização das suas atividades de vida.<sup>(185)</sup>

Neste estudo, foram as dimensões desempenho físico e dor corporal que apresentaram pontuações mais baixas em relação às outras dimensões do SF-36v2. Este facto está relacionado com as limitações percebidas pelos participantes na realização das suas atividades de vida ou da necessidade de as reduzir pela intensidade do impacto da dor corporal. As dimensões função física e saúde geral apresentaram pontuações mais altas no conjunto das dimensões, da componente física. Estes resultados não são coincidentes com os estudos publicados sobre o estado de saúde da população geral.<sup>(179-181)</sup>

As dimensões que constituem a componente saúde mental do SF-36v2 (vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental) apresentaram pontuações superiores em comparação com a componente saúde física, com exceção para a dimensão vitalidade. A dimensão vitalidade está relacionada com a componente física porque envolve os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar,<sup>(151,185)</sup> o que poderá justificar a sua baixa pontuação, tendo em conta os valores percentuais das diferentes dimensões da componente física.

Com a análise dos resultados obtidos da questão transição em saúde do questionário SF-36v2, verificou-se que a maioria dos participantes referiu um estado de saúde geral pior, quando comparado com a sua saúde geral do ano anterior. É de realçar que a existência de um decréscimo no estado de saúde poderá estar relacionada com as características dos participantes apresentarem idade avançada, doença crónica e em situação de hospitalização. Estes resultados estão de acordo com os encontrados noutros estudos sobre o estado de saúde da população geral e com os resultados do mais recente inquérito nacional de saúde, realizado

em parceria entre o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o INE e a DGS, em 2005/2006, apontando para a existência de um decréscimo do estado de saúde nos grupos etários com idade avançada. <sup>(179-181,183)</sup>

#### **4. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS QUE INFLUENCIAM A PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA DOENTE**

A evidência científica tem demonstrado que a percepção do estado de saúde se altera consoante o grupo etário, o sexo, o tipo de ocupação, o nível de escolaridade, a idade e o local de residência (rural/urbano). <sup>(179-181)</sup>

Neste estudo, a idade apresentou uma correlação significativa, mas com sentido negativo, para a maioria das dimensões do SF-36v2 (função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade e desempenho emocional). Na realidade, verificou-se uma relação fraca entre a idade e a percepção do estado de saúde, no entanto, pode afirmar-se que à medida que a idade aumenta piora a percepção do estado de saúde nas suas dimensões, função física, desempenho físico, saúde geral, vitalidade e desempenho emocional. Também foram verificados valores de correlação mais fortes nas dimensões que compreendem a componente física, sendo o grupo etário  $\geq 65$  anos o que apresentou pontuações significativamente mais baixas na função física e desempenho físico. Relativamente às outras dimensões do estado de saúde, também apresentaram pontuações significativamente mais baixas, com exceção para a dimensão função social, que apresenta pontuações iguais nos três grupos etários. No geral, verificou-se um decréscimo da percepção do estado de saúde em função da idade, sendo mais acentuado nas componentes função física e desempenho físico. Quanto ao sexo, os resultados evidenciaram existir diferenças significativas nos valores das médias das dimensões, função física, dor corporal, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental, entre os participantes do sexo masculino e feminino, apresentando o grupo de participantes do sexo masculino melhor percepção do estado de saúde para a maioria das dimensões do SF-36v2. Assim, e de acordo com alguns autores, a associação de algumas variáveis sociodemográficas com a percepção do estado de saúde em pessoas doentes hospitalizadas é semelhante à observada também para a população em geral: geralmente, o sexo masculino regista uma percepção do estado de saúde superior em relação ao sexo feminino, os mais jovens em relação

aos mais idosos e os que têm nível alto de escolaridade em relação aos que têm menor nível de escolaridade.<sup>(179-181)</sup>

No que diz respeito à variável estado civil, verificou-se existir diferenças significativas na percepção do estado de saúde dos participantes casados/união de facto *versus* outros (sós, viúvos e separados/divorciados), sendo que o grupo de participantes viúvos apresentou um nível mais baixo na percepção do estado de saúde nas dimensões da componente física e nas dimensões da componente mental (vitalidade, desempenho emocional e saúde mental). Neste sentido, a variável estado civil é apontada na literatura como uma condição de diferenciação na percepção de estado de saúde, com vários estudos a indicar a existência de níveis significativamente superiores nas pessoas casadas.<sup>(181,185)</sup>

Relativamente à variável nível de escolaridade, pelos resultados obtidos encontraram-se diferenças com evidência significativa na percepção do estado de saúde ao nível de todas as dimensões, com exceção da função social e saúde mental. O grupo com um nível baixo de escolaridade apresentou valores inferiores de percepção do estado de saúde, em comparação com os grupos de nível médio e superior, com exceção para a dimensão função social. Estes resultados são comparáveis a estudos semelhantes, justificando que quanto maior o nível de escolaridade dos participantes mais oportunidades têm de compreender e utilizar a informação em saúde para benefício do seu bem-estar, bem como as pessoas com um nível de escolaridade mais baixa apresentarem sempre uma percepção de estado de saúde mais deficitária do que as pessoas com níveis mais elevados de escolaridade e, sobretudo, o acesso aos cuidados de saúde mais precário.<sup>(180,181)</sup>

Quanto à percepção do estado de saúde em função da situação laboral, verificaram-se diferenças significativas da percepção do estado de saúde entre o grupo de participantes ativos *versus* grupo de participantes não ativos em todas as dimensões do SF-36v2, com exceção para as dimensões função social e saúde mental, o que pode estar relacionado com o facto de a maioria dos participantes não ativos para o trabalho estar reformada e ser mais idosa, a que não são alheios os estereótipos sociais aliados ao envelhecimento. Não são nestes grupos encontradas diferenças significativas nos valores médios obtidos para as dimensões função social e saúde mental, significando que o facto de desempenhar ou não uma atividade profissional não interfere nestas dimensões.

No que concerne à variável proveniência, verificaram-se diferenças na percepção do estado de saúde entre o grupo que reside na região urbana, com um valor de médias superior

ao grupo que reside na região rural, ao nível das dimensões, desempenho físico, saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental. Estes resultados estão em consonância com os dos diferentes estudos, quando afirmam que as pessoas que vivem nas áreas urbanas apresentam globalmente um estado de saúde mais elevado do que aquelas que vivem em áreas rurais.<sup>(179-181)</sup>

Neste estudo, os participantes que referiram professar uma religião apresentaram diferenças significativas ao nível das dimensões, desempenho físico, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental, sendo que a média de ordens das componentes física e mental dos participantes que não professavam uma religião eram mais elevadas, com exceção para a função social. Embora, globalmente, estes resultados não estejam de acordo com alguns estudos semelhantes,<sup>(26,87,89)</sup> este facto pode estar relacionado com a idade mais avançada da maioria dos participantes que professavam uma religião, tendo em conta que a perceção do estado de saúde vai declinando com a idade.

A perceção do estado de saúde também foi sensível às variáveis clínicas. Assim, pela análise dos resultados obtidos, verificou-se existirem diferenças significativas ao nível da maioria das dimensões da perceção do estado de saúde, com exceção da dimensão dor corporal, no que concerne à variável tipo de doença (aguda ou crónica). De um modo geral, constatou-se que os participantes com doença aguda apresentaram melhor perceção do estado de saúde geral do que os participantes com doença crónica. Este facto parece estar relacionado com os problemas específicos e variados da doença crónica, uma vez que não se verifica uma contínua estabilidade, mas sim períodos de agravamento e remissão ao longo do processo de doença.<sup>(173)</sup>

Relativamente à variável sintomatologia, verificou-se a existência de uma relação negativa significativa fraca para as dimensões do SF-36v2, apesar da evidência de diferenças estatisticamente significativas, quanto à perceção do estado de saúde em todas as dimensões do SF-36v2. Neste sentido, o grupo que não relatou sintomatologia apresentou um nível mais elevado de perceção do estado de saúde.

Os participantes que referiram a presença de comorbilidade, apresentaram médias de ordem inferiores em todas as dimensões do SF-36v2. Também se constatou diferenças com significado estatístico nas dimensões função física, desempenho físico, saúde geral, vitalidade e com um valor marginal o desempenho social. A saúde geral é influenciada em sentido

negativo quando os participantes apresentam comorbidade. Os resultados encontrados estão em concordância com os dos estudos analisados.<sup>(179-181)</sup>

## **5. RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E O BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA HOSPITALIZADA**

Pela análise do padrão de associação entre o bem-estar espiritual e as dimensões do SF-36v2, verificou-se uma associação significativa positiva mas muito fraca entre a fé pessoal *versus* saúde geral, entre a prática religiosa *versus* vitalidade, enquanto entre a prática religiosa *versus* desenvolvimento emocional se verificou uma associação significativa com sentido negativo. A dimensão paz espiritual apresentou um padrão de associações superior em relação às dimensões de SF-36v2, embora muito baixas na função física, saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental. No que concerne ao bem-estar espiritual, apresentou uma associação positiva significativa apenas em relação à saúde geral. Estes resultados são consistentes com a análise de diferentes estudos, no sentido de o bem-estar espiritual e a percepção de saúde estarem positivamente correlacionados.<sup>(22,24,144)</sup> Se os resultados de alguns estudos são concordantes, também existem outros discordantes, relativamente ao padrão de associações entre o bem-estar espiritual e as dimensões de percepção do estado de saúde, referindo que as relações variam em função da doença, com implicações ao nível da intervenção.<sup>(16,26,27,143)</sup> Por exemplo, um estudo com um grupo de participantes com doença e outro sem doença cardíaca, evidenciou que os fatores espirituais parecem estar relacionados com a saúde geral, contudo, não foi encontrada nenhuma relação com a componente mental,<sup>(27)</sup> enquanto outros estudos apresentaram precisamente resultados inversos.<sup>(143)</sup>

## **6. VALOR PREDITIVO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DIMENSÕES DO ESTADO DE SAÚDE SOBRE O BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA HOSPITALIZADA**

Para verificar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e do estado de saúde geral sobre o bem-estar espiritual, a fé pessoal, a prática religiosa e a paz espiritual da pessoa doente hospitalizada, foram analisadas as variáveis preditoras com base no construto

teórico, bem como nos resultados obtidos dos padrões de associação realizados no capítulo anterior.

É de realçar que o método *Stewise*, utilizado para desenvolver esta análise, incluiu de igual forma as variáveis preditoras mais importantes relacionadas com a variável dependente, contudo, no caso de surgirem duas variáveis preditoras bem correlacionadas com a variável dependente, e também correlacionados entre si, e apresentarem valores iguais, apenas uma fica no modelo, nomeadamente a que está mais correlacionada.

Para cada um dos processos foram utilizadas variáveis critério, a escala global do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada (SAS). Como variáveis preditoras potenciais, incluíram-se variáveis sociodemográficas, clínicas e do estado de saúde dos participantes. Esta seleção resultou das evidências científicas de que os níveis de perceção do bem-estar espiritual são influenciados consoante as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, professar uma religião e o estado de saúde).

Tendo em conta o reduzido poder explicativo das variáveis preditoras, só foi apresentado o modelo de regressão que apresentou um  $R^2$  ajustado com um maior valor.

Assim, pela análise dos resultados obtidos, verificou-se que a variância explicada é baixa para a variável critério bem-estar espiritual, dado que o modelo explica 21,20% da variação média da variável.

Neste estudo, as variáveis que apresentaram maior valor preditivo, em sentido decrescente, foram: professar uma religião, saúde geral, sexo, idade e sintomatologia. Esta situação não foi completamente inesperada, tendo em conta os resultados obtidos na análise bivariada.

Como todas as variáveis preditoras utilizadas no modelo apresentaram coeficientes de regressão parciais com valores diferentes de zero, foi indicativo de que cada uma delas influenciou significativamente a variável critério.

Professar uma religião foi a variável que apresentou maior valor preditivo, resultado que pode advir quer das referências teóricas, quer de outros estudos e ainda do facto da maioria dos participantes referir professar uma religião, sendo a mais apontada a religião católica apostólica romana. Outro aspeto interessante evidente durante a recolha de dados, está relacionado com a referência a católicos culturais de uma tradição herdada do grupo de pertença, que interpretavam a espiritualidade com o mesmo sentido das práticas religiosas ou

crenças religiosas, sendo estas um recurso vivencial da espiritualidade.<sup>(9,27)</sup> Relativamente aos doentes hospitalizados, alguma evidência científica revela a importância da prática religiosa no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida.<sup>(80,137,138)</sup>

Importa realçar que os coeficientes de regressão não devem ser interpretados em termos causais,<sup>(193)</sup> não sendo possível afirmar que o facto de professar uma religião é responsável por um melhor nível de bem-estar espiritual, o que pode dizer-se é que esta situação está associada a uma predição de melhor nível de bem-estar espiritual.

A saúde geral está relacionada com o bem-estar espiritual, embora com pontuações baixas, sendo que, neste modelo, apresentou um valor preditivo superior ao das outras variáveis, nomeadamente a idade e o sexo. Estes resultados são consistentes com a análise de diferentes estudos, no sentido de o bem-estar espiritual e a percepção de saúde estarem positivamente correlacionados.<sup>(22,24,144)</sup>

O bem-estar espiritual também está relacionado com a variável preditora sexo, tendo apresentado neste estudo um elevado poder de distinção entre grupos, no que concerne ao bem-estar espiritual e à percepção do estado de saúde geral, no entanto, neste modelo não é a variável mais importante para predizer o bem-estar espiritual. As pontuações de bem-estar espiritual no presente estudo foram superiores no grupo de participantes do sexo feminino,<sup>(80,137,138)</sup> tal como nos estudos realizados neste âmbito, contudo, relativamente à percepção do estado de saúde, foram os participantes do sexo masculino a apresentar uma pontuação superior.<sup>(179-181)</sup>

Relativamente à idade, está inversamente relacionada com o estado de saúde geral, sendo que, em relação ao bem-estar espiritual, a idade, quando organizada por grupos etários, aumenta no mesmo sentido. Eventualmente, estes resultados podem estar relacionados com a idade dos participantes do estudo, tendo em conta que a percepção do estado de saúde vai declinando com a idade,<sup>(180,181)</sup> e a espiritualidade torna-se marcante na vida dos idosos, particularmente nos momentos de doença grave e de hospitalização.<sup>(7,26,88)</sup>

A sintomatologia determina o tipo de doença assim como a gravidade e o impacto no bem-estar físico, psicológico, social e espiritual da pessoa doente. A presença de sintomatologia foi manifestada pela maioria dos participantes deste estudo, contudo, foi a variável com menor valor preditivo no bem-estar espiritual. Na situação de doença, a pessoa pode atender, em primeiro plano, aos sintomas físicos, tais como dor e dispneia, em oposição ao bem-estar espiritual.<sup>(7,145)</sup>

Pela análise dos diferentes estudos verificou-se que os resultados do bem-estar espiritual não são concordantes,<sup>(23,139,144)</sup> tendo em conta a diversidade de instrumentos de avaliação do bem-estar espiritual<sup>(37)</sup> e, sobretudo, porque não existem estudos que façam a comparação entre participantes hospitalizados e não hospitalizados, e ainda pela pouca diversidade da população alvo, nomeadamente em relação às diferentes crenças espirituais e religiosas.

## 7. REFERÊNCIAS

2. O'Brien E. Spirituality in nursing. Standing on holy ground. London: Jones e Bartlett Publishers; 2007.
4. Hermann C. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2001 [cited 2008 Nov. 6]; 28(1): 67-72. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11198899](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11198899).
6. Leung, K-K, Chiu T-Y, Chen C.-Y. The Influence of Awareness of Terminal Condition on Spiritual Well-Being in Terminal Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2006 [cited 2009 Apr 20]; 31(5): 449-56. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392406001370>
7. Meraviglia, M. The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2004 [cited 2010 Sep 15]; 31(1): 89-94. Available from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2b554720-5>
8. Hollywell C, Walker J. Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2008 [cited 2010 Sep 3]; 18: 637-65. Available from: [www.blackwellpublishing.com](http://www.blackwellpublishing.com)
9. Hermann C. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2007 [cited 2009 May 23]; 34(1): 70-8. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17562634](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17562634)
11. Büssing A, Thomas O, Matthiessen P. Search for Meaningful Support and the Meaning of Illness in German Cancer Patients. *Anticancer Res* [Internet]. 2005 [cited 2011 Apr 20]; 25: 1449-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15865104>
13. Taylor E. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2009 Jan 15]; 26: 260-66. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/21372265/>
14. Delaney C. Human Spiritual Dimension The Spirituality Scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *J Holist Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2008 May 20]; 23: 145-67. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/2/145>
16. Büssing, A, Koenig HG. Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* [Internet]. 2010 [cited 2011 Apr 20]; 1: 18-27. Available from: [www.mdpi.com/journal/religions](http://www.mdpi.com/journal/religions).
19. Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease - A qualitative study. *Palliat Support Care* [Internet]. 2004 [cited 2008 Feb 8]; 2(4): 371-78. Available from: [www.journals.cambridge.org/article\\_S147895150404](http://www.journals.cambridge.org/article_S147895150404)

20. Kruse B, Ruder S, Martin L. Spirituality and coping at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* [Internet]. 2007 [cited 2010 Jan 12]; 9(6): 296-304. Available from: [http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp? Article\\_ID=754352](http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp? Article_ID=754352)
22. Griffin Q, Lee YH, Salman A, Seo Y, Marin PA, Starling RC et al. Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2007 [cited 2010 Dec 2]; 2(4): 669-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686336/>
23. Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2007 [cited 2009 Jul 8]; 15: 225-31. Available from: <http://www.springerlink.com/content/81551572452u20nm/>
24. Arnold S, L Herrick, V Pankratz, P Mueller. Spiritual well-being, emotional distress, and perception of health after a myocardial infarction. *The Internet J Adv Nurs Practice* [Internet]. 2007 [cited 2010 May 3]; 9(1). Available from: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-advanced-nursing-practice/>
25. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *The Lancet* [Internet]. 2003 [cited 2011 Mar 15]; 361: 1603-7. Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
26. Pipe TB, Kelly A, LeBrun G, Schmidt D, Atherton P, Robinson C. A prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. *Medsurg Nurs*. [Internet]. 2008 [cited 2010 May 10]; 17(4): 247-57. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b0374ddf-b518-4dcd-a0d6-34431784>
27. Taylor E. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2006 [cited 2009 Jan 15]; 33(4): 729-35. Available from: <http://openurl.ebscohost.com/linksvc/linking.aspx?sid=a9h&volume=33&date=2007&spage=79>.
37. Moberg DO. Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development* [Internet]. 2001 [cited 2011 Oct 10]; 9(1): 47-60. Available from: [www.springerlink.com/.../H683V41674247887](http://www.springerlink.com/.../H683V41674247887)
45. Castelo Branco MZ, Brito D, Longarito C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: Revisão integrativa. *Aquichan*. 2014; 14(1), 100-8.
64. Fowler J. Stages of faith. The psychology of human development and the quest for meaning. New York: Harper Collins Publishers; 1995.
70. Peck MS. O caminho menos percorrido e mais além. Lisboa: Sinais de Fogo; 2005.
79. Bjarnason D. Concept analysis of religiosity. *Home Health Care Management & Practice* [Internet]. 2007 [cited 2010 Oct 15]; 19(5): 350-5. Available from: <http://hhc.sagepub.com/content/19/5/350>
80. Vilaça H. Identidades, práticas e crenças religiosas. In: Pais JM, Cabral MV, Vala J. *Religião e bioética. Atitudes sociais dos portugueses*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 2001. p. 367.
81. Dix S. As esferas seculares e religiosas na sociedade portuguesa. *Análise Social*. 2010; 45(194): 5-27.
82. Vilaça H. *Da Torre da Babel às Terras Prometidas - pluralismo religioso em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento; 2006.
83. Emblen J, Pesut B. Strengthening transcendent meaning: A model for the spiritual nursing care of patients experiencing. *J Holist Nurs*. [Internet]. 2001 [cited 2010 Oct 15]; 19(1): 42-56. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/19/1/42>

87. Astrow A, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol*. [Internet]. 2007 [cited 2008 Nov 12]; 25(36): 5753-7. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/23/2884>
88. Koenig HG, George LK, Titus P., Meador, KG. Religion, spirituality, and health service use by older hospitalized patients. *Journal of Religion and Health* [Internet]. 2003 [cited 2008 Oct 15]; 42(4): 301-14. Available from: <http://www.springerlink.com/content/x4101647853527nu>
89. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2007 [cited 2008 Jul 23]; 25(8): 555-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/?tool=pubmed>
103. Hampton D, Ollis DE, Lloyd DA, Taylor J, McMillan SC. Spiritual needs of persons with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2007 [cited 2008 Nov 6]; 24(1): 42-8. Available from: [www.sagepub.com/content/24/1/42full.pdf](http://www.sagepub.com/content/24/1/42full.pdf)
111. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research. findings and implications for clinical practice. *South Med J* [Internet]. 2004 [cited 2011 Oct 21]; 97(12): 1194-1200. Available from: [www.gvsu.edu/.../Southern%20Medical%20J](http://www.gvsu.edu/.../Southern%20Medical%20J)
112. Kotrotsiou-Barbouta E, Sapountzi-Krepia D, Roupa-Darivaki Z, Psychogiou M, Sgantzios M. The meaning of spirituality as perceived by hospitalised elderly people in a small city of Greece. *ICUS Nurs Web J* [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 4]; 28: 1-7. Available from: <http://www.nursing.gr>
113. Mcsherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nurs*. 2002; 38(5): 479-88.
114. Thomas JC, Burton M, Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *J Holist Nurs*[Internet]. 2010 [cited 2010 Sep 8]; 28(2): 115-22. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/28/2/115.refs.html>
116. Sousa C, Brito D, Castelo Branco MZ. Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(1): 12-5.
133. Villagomez LR. Spiritual distress in adult cancer patients. toward conceptual clarity. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2005 [cited 2010 Jan 2]; 19(6): 285-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269948>.
134. Balboni MJ, Babar A, Dillinger J, Phelps AC, George E, Block SD et al. "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. [Internet]. 2011 [cited 2011 May 4]; 41(5): 836-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21276700>
135. Teixeira A. Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas [Internet]. Resumo do relatório apresentado na Assembleia Plenária da Conferência Episcopal Portuguesa, Fátima 16 a 19 de abril de 2012. [Acesso em 18 maio 2012]. Disponível em: [www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=90561](http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=90561)
137. Rego AC. O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*. 2008; 1(2): 199-204.
138. Pinto C, Ribeiro JLP. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010 jan-jun; 28(1): 49-56.
139. Mystakidou K, Tsilika E, Efi P, Smyrnioti M, Pagoropoulou A, Lambros V. Indicateurs de spiritualité en fin de vie. *Le Médecin de Famille Canadien*. 2008; 54(1): 1720-6.

141. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* [Internet]. 2002 [cited 2010 Sep 12]; 43(3): 213-20. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../PMC2699019/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../PMC2699019/)
143. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *J Holist Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2011 Jul 14]; 20(1): 5-25. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/20/1/5>
144. Vollman M, La Montagne L, Wallston K. Existential well-being predicts perceived control in adults with heart failure. *Appl Nurs Res.* [Internet]. 2009 [cited 2011Mar 18]; 198-203. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189708000062>
145. Morrison D. "Well-being and spirituality". Geneva, Switzerland: ESCA Open Day Programme [Internet]. 2005 [cited 2011 Jul 24]. Available from: [www.strathmor.com](http://www.strathmor.com)
151. Ferreira PA Medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 1998
173. Potter PA, Perry A. Fundamentos de enfermagem. 5a ed. Loures: Lusociência; 2006
179. Ferreira P, Santana A. Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2003; 21(2): 15-30.
180. Ferreira P, Ferreira L. A medição das preferências em saúde da população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2006; 24(2): 5-14.
181. Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2012; 30(2): 163-71.
183. Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE/INSA; 2009.
185. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I- Adaptação Cultural e Linguística Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa.* 2000; 13; 55-6.
186. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de Validação. *Acta Médica Portuguesa.* 2000; 13: 119-27.
187. O'Brien ME. Parish nursing meeting spiritual needs of elders near the end of life. *Journal Cristian Nursing.* 2006; 23(1): 28-33.
193. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para as ciências sociais. A complementaridade do SPSS. 4a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
198. Marques FG, Sarmiento E, Pereira H, Servo P. Plano local de saúde. Agrupamento de Centros de Saúde Douro1 - Marão e Douro Norte 2011-2016. Vila Real: Equipa de Planeamento em Saúde – Unidade de Saúde Pública; 2013.
199. Direção-Geral da Saúde. Demora media hospitalar [Relatório]. Lisboa : Direção-Geral da Saúde; 2011.



# **PARTE V**

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---



## **1. IMPLICAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO**

Os enfermeiros são constantemente desafiados pelas experiências humanas que levantam questões fundamentais, como a procura de sentido da vida, a saúde, o sofrimento e a morte. Estas mesmas questões também se colocam às pessoas em situação de doença aguda ou crónica, durante a hospitalização, para as quais procuram respostas. Uma procuram-nas na religião, outras nas suas crenças espirituais e religiosas, e outras ainda nas suas crenças espirituais sem apoio de uma religião organizada.

A hospitalização constitui uma das transições que mais perturba a pessoa doente. Durante essa etapa experienciam diferentes alterações, como a passagem do estado saudável para o estado de doença, da comunidade para uma instituição, de um ambiente familiar para um ambiente estranho e da autonomia para a dependência. A vivência dessas experiências pode proporcionar momentos de reflexão sobre a vida, o sofrimento, a morte, o relacionamento com Deus, com a família e com as pessoas significativas e eventualmente atribuir-lhe significado.

A procura de apoio espiritual depende sobretudo da gravidade da doença ou incapacidade do suporte social e familiar, das experiências de perda e luto e do estadió de desenvolvimento da fé pessoal. Assim, umas pessoas podem pretender ajuda espiritual de natureza física, porque nesse momento a sua atenção está centrada no alívio da sua dor, desconforto ou incapacidade. Para outras, o apoio espiritual tem o foco de atenção nos relacionamentos, com o objetivo de ajudar os outros. Igualmente, a doença, o sofrimento ou a incapacidade, podem contribuir como fatores percussores da transformação espiritual.

Algumas pessoas têm dificuldade na abordagem das suas necessidades espirituais com os enfermeiros ou outro profissional de saúde, porque as consideram de natureza íntima e pessoal, e quando precisam de ajuda espiritual, geralmente recorrem aos recursos pessoais, aos familiares ou então às pessoas significativas, para obterem esse apoio.

O modelo do bem-estar espiritual na doença de O'Brien e a escala SAS permitiram identificar as necessidades espirituais percebidas pelos participantes deste estudo, relacionadas com as alterações da integridade espiritual. Os diagnósticos identificados que revelam alteração da integridade espiritual, incluem:

1. *Dor espiritual*, evidenciada por expressões de desconforto ou sofrimento e pelo desespero de não ter vivido segundo a vontade de Deus;
2. *Alienação espiritual*, manifestada por expressões de solidão ou de percepção de estar distanciado de Deus, de sentimentos de falta de paz e conforto e de ter sido esquecido por Deus, verbalizado por “*onde está Deus quando eu mais preciso dele?*”;
3. *Ansiedade espiritual*, evidenciada por expressões de medo, ira, pela punição de Deus, falta de confiança na misericórdia de Deus e de não ser digno do seu perdão;
4. *Culpa espiritual*, resultado das vivências anteriores, evidenciada através da percepção de não ter cumprido as orientações de Deus e de o ter esquecido. A percepção de culpa é influenciada pelas atitudes espirituais e comportamentos religiosos de cada pessoa. Esta culpabilidade aumenta durante o período de doença física grave e psicológica;
5. *Raiva espiritual*, manifestado através de sentimentos de frustração ou de revolta contra Deus, como resultado da presença de dor real percebida, sofrimento ou ainda a perda de uma pessoa significativa;
6. *Perda espiritual*, evidenciada através de sentimentos de não ser amado por Deus, relacionada com uma diminuição da paz espiritual anterior;
7. *Desespero espiritual*, expresso pela perda de esperança de manter uma relação com Deus e sobretudo de lhe agradecer. A paz espiritual determinada pela percepção de confiança, alegria e segurança no amor, na misericórdia e compaixão de Deus todo-poderoso.

Em síntese, no conjunto da amostra de participantes, foram evidenciados os seguintes diagnósticos de enfermagem: dor espiritual, alienação espiritual, ansiedade espiritual, culpa espiritual, raiva espiritual, perda espiritual e desespero espiritual.

Os resultados deste estudo e as suas inferências teóricas permitem o reconhecimento fundamentado da pertinência da identificação das necessidades espirituais percebidas pela pessoa doente, da compreensão das relações entre o bem-estar espiritual e as variáveis sociodemográficas, clínicas e estado de saúde, de forma a poder integrar esse conhecimento no planejamento de intervenções de enfermagem como recurso para o bem-estar global.

### A) Na prática dos cuidados...

O foco de atenção da prática de enfermagem está nas respostas humanas à doença, num paradigma de cuidados holísticos, o que pressupõe ir além da abordagem da dimensão física. Neste sentido, a teoria apoia a integração do cuidado espiritual no ambiente hospitalar, bem como orienta a prática com o objetivo de satisfazer as necessidades humanas, através de uma prática de enfermagem autónoma que incentive a integração de diversas formas de saberes. No entanto, a integração do cuidado espiritual nos planos assistenciais de enfermagem tem demonstrado ser uma problemática devido à conceptualização subjetiva da espiritualidade, bem como das interpretações multifacetadas de que tem sido alvo. Este dilema decorre em parte de diversos fatores relacionados com a atual exigência contextual da organização dos cuidados, com prioridades centradas na alta mobilidade dos doentes, menor tempo de permanência na unidade de saúde, associada à falta de coragem, de conhecimento formal, de habilidades e de tempo dos profissionais de saúde e dificuldade na expressão das necessidades espirituais por parte da pessoa doente, tendo em conta a sua natureza particular. Assim, como resultado, a pessoa doente pode não receber a assistência espiritual adequada num momento em que está mais vulnerável, com perda de controlo, impotência e com a separação da família e significativos. Deste modo, ao ignorar-se a dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem, pode impedir-se a pessoa doente de utilizar os recursos internos como fonte de força e esperança<sup>(113)</sup> e, sobretudo, pode ser interpretado como cuidado antiético.<sup>(44)</sup>

A dimensão espiritual nem sempre é explicitamente identificada como foco de atenção na prática de cuidados de enfermagem, contudo, é evidente que as intervenções, como a escuta ativa, o toque e a relação interpessoal, têm, na maioria das vezes, efeitos positivos sobre a dimensão espiritual da pessoa doente.

O cuidado espiritual não pode ser normalizado nem estritamente definido, bem como não deve estar só previsto apenas para aqueles que acreditam de uma determinada forma. O cuidado espiritual é para todos os crentes e não crentes, sempre que o desejarem, porque é uma dimensão intrínseca ao ser humano que dá sentido e valor à vida.

Assim, a natureza do cuidado espiritual inscreve-se na relação mútua do enfermeiro/pessoa doente, construída na confiança, de forma a ajudá-la a encontrar significado na doença e no sofrimento. Esta relação no cuidar é considerada por Watson como

a essência da enfermagem, que contribui para promover a dignidade humana e o sentido de vida.<sup>(51)</sup>

Assim, torna-se importante considerar o cuidado espiritual, não como uma característica compartimentada do processo de enfermagem, mas como uma atitude transversal à abordagem multidisciplinar dos cuidados à pessoa doente hospitalizada. Para cumprir esse objetivo, pode ser necessário o enfermeiro reconhecer a sua espiritualidade pessoal para utilizá-la como estratégia de reflexão sobre a prática, de forma a responder às necessidades espirituais da pessoa doente, respeitando a sua singularidade e a relação existente entre as dimensões do ser humano.

Para os enfermeiros entenderem a pluralidade das espiritualidades, crenças, valores e experiências dos doentes, será necessário a intencionalidade e individualização dos cuidados de enfermagem e, naturalmente, a necessária profundidade na compreensão de acordo com a situação clínica.

As áreas de intervenção que se propõem dirigem-se aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros nas instituições hospitalares, através da capacitação para o apoio espiritual quando a pessoa doente o desejar. Assim, os profissionais de saúde devem tornar-se mais conscientes do impacto da espiritualidade na vida do doente e mais qualificados na prestação desse atendimento, através da formação contínua e avançada e da reflexão sobre a prática. E, sobretudo, devem assumir a responsabilidade da integração da dimensão espiritual no plano assistencial com a identificação das necessidades espirituais no ato da admissão e durante a hospitalização, de forma a proporcionar uma resposta adequada.

Cada unidade de saúde deverá proceder à construção do próprio modelo de cuidados, envolvendo toda a equipa multidisciplinar, de forma a poder responder especificamente ao alvo dos cuidados que é a pessoa doente hospitalizada, na sua singularidade. A totalidade da pessoa é mais do que a soma das partes, é sobretudo alguém que não é só ser físico, mas também emocional e espiritual. Quando são ignoradas algumas destas dimensões, a pessoa doente deixa de se sentir completa, condicionando a sua recuperação ou morte digna. Esta assistência não pode ser prestada, salvo se a enfermagem adotar uma abordagem holística, individualizada, que tem em conta a singularidade de cada indivíduo. Com o reconhecimento da singularidade de cada pessoa, o modelo de cuidados deve estar preparado para incluir as crenças pessoais, religiosas e espirituais e as necessidades de cada pessoa doente, independentemente de ser ou não crente.

Reforça-se, ainda, a importância de serem trabalhadas concertadamente formas de resolução de problemas num paradigma de investigação ação, com a implicação de todos os atores.

## **B) Na formação....**

A enfermagem tem demonstrado interesse pela redescoberta da espiritualidade. No entanto, apesar das teorias de enfermagem reconhecerem a responsabilidade do enfermeiro para atender as necessidades espirituais dos doentes, tem sido dada pouca atenção ao desenvolvimento do conhecimento e das competências para o cuidado espiritual nos estudantes de enfermagem.

Recentemente, alguns autores têm descrito as suas experiências no ensino da espiritualidade, indicando a sua pertinência nos currícula formativos, a fim dar resposta a um dos obstáculos apontados pelos enfermeiros para a prestação de cuidados espirituais.<sup>(200,201)</sup>

No mesmo sentido, as orientações do *Code of Ethics for Nurses*, do ICN<sup>(33)</sup> e da APCP<sup>(34)</sup> defendem a inclusão de conteúdos gerais e específicos relacionados com o sofrimento e a espiritualidade, nos currícula de formação em enfermagem inicial e avançada.

Os estudos internacionais têm centrado a sua atenção sobre o impacto do ensino da espiritualidade e do cuidado espiritual nos estudantes de enfermagem. Não foram identificados estudos portugueses neste âmbito, traduzindo-se numa necessidade de realização de estudos sobre o tema.

Embora existam críticas relativamente ao ensino da espiritualidade, apontando a falta de clareza, objetividade e de consenso sobre como e o que é realmente ensinado,<sup>(202,203)</sup> os estudos demonstram inúmeros benefícios associados ao ensino da espiritualidade e dos cuidados espirituais, ao nível das dimensões pessoal, académica e profissional dos estudantes de enfermagem. O impacto pessoal verifica-se na capacitação para o auto conhecimento da espiritualidade e a valorização dos aspetos positivos da vida; o impacto académico diz respeito à aquisição de conhecimentos e competências sobre a espiritualidade e os cuidados espirituais; e o profissional, com o desenvolvimento de uma maior consciência sobre o cuidado holístico, bem como sensibilidade para a identificação das necessidades espirituais da pessoa doente.<sup>(92)</sup>

Outro dos aspetos referenciado inscreve-se no reconhecimento da integração da espiritualidade nos currícula como forma de melhorar a qualidade dos cuidados e a satisfação das necessidades da pessoa doente, numa perspetiva holística. Por exemplo, num estudo verificou-se que os estudantes de enfermagem apresentaram melhoria de competências comunicativas com a pessoa doente comparativamente com os enfermeiros, após receberem a mesma formação.<sup>(204)</sup> Estes resultados contrariam a posição de discordância de alguns enfermeiros sobre o ensino da espiritualidade na formação inicial, apontando como argumento a idade e a experiência dos alunos, condições indispensáveis para a compreensão do tema.

Sem formação específica sobre espiritualidade e cuidado espiritual, o estudante de enfermagem pode ser incapaz de identificar as necessidades espirituais e, posteriormente, prestar assistência espiritual, concentrando-se apenas nos aspetos do cuidado em que receberam mais formação.<sup>(205)</sup>

Tal como noutros contextos, os estudantes de enfermagem precisam de tempo e condições para o desenvolvimento espiritual e integração dos conhecimentos sobre os cuidados espirituais. Neste sentido, se os estudantes compreenderem a importância da espiritualidade nas suas vidas, poderão mais facilmente construir ligações empáticas com a pessoa doente e avaliar as suas necessidades espirituais.<sup>(206)</sup> Da mesma forma, a teoria e a prática podem proporcionar um ambiente seguro para desenvolverem as relações entre as crenças pessoais e a prática profissional sob a orientação de um professor e/ou supervisor.

A combinação de estratégias pedagógicas centradas no desenvolvimento de competências instrumentais e relacionais dos estudantes pode contribuir para a eficácia da aprendizagem da espiritualidade e dos cuidados espirituais. Assim, os métodos pedagógicos específicos, nomeadamente a reflexão pessoal e em grupo, traduzem-se essenciais no processo de ensino e aprendizagem.<sup>(96)</sup> A reflexão em grupo é aconselhada, especialmente porque as questões espirituais são difíceis de estruturar e podem ser emocionalmente desafiadoras.

Neste sentido, os padrões de qualidade exigem que os enfermeiros prestem cuidados espirituais aos doentes numa perspetiva holística. Assim, os currícula formativos precisam integrar conteúdos relacionados com a espiritualidade e o cuidado espiritual, para que o estudante, quando terminar a sua formação, possa identificar as necessidades espirituais e prestar cuidados competentes e rigorosos a quem cuida.

### C) Na investigação...

O ICN dá ênfase ao desenvolvimento da investigação com o propósito da clarificação e explicitação das necessidades da pessoa, família e comunidade em cuidados de enfermagem, bem como os benefícios resultantes das respostas concretas, assentes nos processos de conceção dos enfermeiros.<sup>(33)</sup>

A investigação sobre a espiritualidade e a saúde é uma área a desenvolver no nosso país, pelos vários intervenientes da equipa multidisciplinar, nomeadamente aqueles que têm a responsabilidade na formação, na gestão e na prática clínica de enfermagem. Nesse sentido, devem ser utilizadas diferentes abordagens metodológicas, de acordo com os contextos educativos, para uma melhor e efetiva preparação dos estudantes de enfermagem para prestarem cuidados espirituais.

As propostas de investigação dirigem-se no sentido de entrevir na mudança, dando continuidade a este projeto de forma a aprofundar o conhecimento sobre a espiritualidade/religiosidade do doente/família, através de uma abordagem longitudinal. No mesmo sentido, pretende-se também conhecer a eficácia de intervenções dirigidas ao apoio espiritual da pessoa doente hospitalizada, utilizando a metodologia de investigação ação, contribuindo para a mudança do paradigma dos cuidados prestados, tendo em vista a melhoria da qualidade e a satisfação com os mesmos.

## 2. REFERÊNCIAS

33. International Council Nurses. The ICN code of ethics for nurses [Internet]. Geneva: ICN; 2011. Available from: <http://www.icn.ch/ethics>
34. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Formação dos enfermeiros em cuidados paliativos. Recomendações da APCP [Documento]. Lisboa: APCP; 2006.
44. Wright L. Espiritualidade, sofrimento e doença. Coimbra: Ariadne Editora; 2005.
51. Watson J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência; 2002.
92. Baldacchino D. Spiritual care is it the nurse`s role? Spirituality and Health Internacional [Internet]. 2008 [cited 2009 Jul 23]; 9(4): 270-84. Available from: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
96. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen HS. Spiritual care: implications for nurses` professional responsibility. J Clin Nurs [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 12]; 15(7): 875-84. Available from: [dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/.../c5.pdf](http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/.../c5.pdf)
113. Mcsherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. J Adv Nurs. 2002; 38(5): 479-88.

200. Mooney B, Timmins F. Spirituality as a universal concept: student experience of learning about spirituality through the medium of art. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2007 [cited 2013 Sep 12]; 7(5): pp. 275–84. Available from: [www.sciencedirect.com/.../article/.../S147159530600](http://www.sciencedirect.com/.../article/.../S147159530600)
201. Mitchell M, Hall J. Teaching spirituality to student midwives: a creative approach. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2007 [cited 2013 Sep 12]; 7(6): 416-24. Available from: [www.sciencedirect.com/.../pii/S147159530700018](http://www.sciencedirect.com/.../pii/S147159530700018)
202. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2010 [cited 2013 Sep 3]; 40(4): 391-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21391410>.
203. Caldeira S, Narayanasamy A. Programas de educação em enfermagem acerca da espiritualidade: uma revisão sistemática. *Cuidarte Enfermagem*. 2011; 5(2): 123-8.
204. Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clin Nurs*. 2008; 18(8): 1131-40.
205. Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013; 33(9): 1057-61.
206. McSherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: a survey of student nurses perceptions. *Nurse Educ Today*. 2008; 28(8): 1002-8.

## **CONCLUSÃO**

---



O modelo de bem-estar espiritual na doença de O'Brien serviu de base de orientação e proveu o instrumento de recolha de dados utilizado, a *Spiritual Assessment Scale* (SAS), para avaliar a fé pessoal, as práticas religiosas e a paz espiritual, traduzida no bem-estar espiritual na doença. Para avaliar a perceção do estado de saúde foi utilizado o questionário SF-36v2.

O presente estudo teve como objetivos, avaliar o nível de bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, perceção do estado de saúde e, ainda, conhecer o valor preditivo das variáveis sociodemográficas, clínicas e de perceção do estado de saúde sobre o bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada. Consideramos que os objetivos a que nos propusemos foram alcançados, pretendendo-se agora sumariar as principais conclusões.

Como resultados, os participantes apresentaram valores de bem-estar espiritual globais, com um sentido positivo moderadamente alto, enquanto as subescalas prática religiosa e paz espiritual, no total da amostra, revelaram valores moderados. Igualmente, foi evidenciada uma associação com sentido positivo muito significativo entre o bem-estar espiritual e a fé pessoal, a prática religiosa e a paz espiritual.

O modelo desenvolvido por O'Brien integra um conjunto de variáveis potenciais que podem interferir com a capacidade de uma pessoa doente encontrar significado espiritual na experiência de doença, com ênfase para o suporte social (amigos, família e cuidadores). Neste estudo, a maioria dos participantes referiu ter sido confortado e apoiado pelos amigos ou familiares e orientador espiritual que partilhavam as mesmas crenças, bem como pela oração a Deus ou a uma entidade da sua devoção e a leitura de textos sagrado.

Tendo por base o modelo de bem-estar espiritual na doença, foram identificados sete diagnósticos de enfermagem relacionados com as alterações da integridade espiritual da pessoa doente hospitalizada: dor espiritual, alienação espiritual, ansiedade espiritual, culpa espiritual, raiva espiritual, perda espiritual e desespero espiritual.

Os resultados deste estudo sugerem que as variáveis sociodemográficas, particularmente o sexo, a idade, a escolaridade, professar uma religião, estão associadas a diferenças significativas na perceção do bem-estar espiritual, com melhores resultados para o sexo feminino, para os participantes mais idosos, para um nível de escolaridade baixo e para os que professam uma religião. Torna-se importante realçar que os níveis de bem-estar espiritual aumentaram com a idade dos participantes, quando a análise foi feita com base no

grupo etário. Por exemplo, o grupo etário com idade  $\geq$  a 65 anos apresentou níveis de bem-estar espiritual superior, quando comparado com o grupo etário com idade inferior.

Relativamente à variável instituição de saúde, parece ser determinante nas diferenças de percepção do bem-estar espiritual, com níveis superiores para os participantes da instituição 3, aparentemente fundamentado no facto desta instituição apresentar características clericais.

Professar uma religião demonstrou estar associado a um nível superior de bem-estar espiritual, fé pessoal e prática religiosa, com exceção para a subescala paz espiritual. A maioria dos participantes referiu ser crente e que professava uma religião, sendo a mais apontada a religião católica apostólica romana.

A variável motivo de hospitalização, nomeadamente a doença do aparelho circulatório (problemas cardíacos: enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial) demonstrou ser relevante, e requer uma gestão cuidadosa, devido ao seu impacto evidenciado neste estudo com níveis inferiores de bem-estar espiritual.

Quando se procedeu à associação entre a presença de sintomatologia e o bem-estar espiritual, verificou-se uma associação positiva significativa muito fraca ao nível do bem-estar espiritual, fé pessoal e prática religiosa, com exceção para a paz espiritual.

No que concerne à percepção de saúde, os resultados obtidos sugerem que as variáveis sociodemográficas, particularmente a idade, o sexo, a escolaridade, a situação laboral, a coabitação e a proveniência, estão associadas a diferenças significativas na percepção de saúde, com melhores resultados para o sexo masculino, para os participantes mais jovens, com nível de escolaridade elevado, ativos profissionalmente e com proveniência urbana. Não foi possível relacionar o estado civil com a percepção do estado de saúde, contudo, os participantes que vivem integrados numa família nuclear evidenciaram melhor percepção do estado de saúde.

Relativamente à percepção do estado de saúde, foram as dimensões desempenho físico e dor corporal que apresentaram valores de média de ordem inferiores em relação às outras dimensões do SF-36v2. Este facto está relacionado com as limitações percecionadas pelos participantes em termos de quantidade e dificuldade na realização das atividades diárias ou necessidade de as reduzir, sobretudo agravada pela intensidade da dor corporal, envelhecimento e das limitações próprias da doença.

As dimensões que constituem a componente saúde mental do SF-36v2 (vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental) apresentaram valores de média de ordem superiores em comparação com a componente saúde física, com exceção para a dimensão vitalidade.

Com a análise dos resultados obtidos da questão, transição em saúde, do questionário SF-36v2, verificou-se que a maioria dos participantes apresentou um estado de saúde geral pior, quando comparado com a sua saúde geral percebida no ano anterior, facto também evidenciado nos diferentes estudos de saúde realizados no nosso país.

O padrão de associação entre a fé pessoal e a saúde geral evidenciou um sentido positivo estatisticamente significativo, contudo, entre a prática religiosa *versus* vitalidade e a prática religiosa *versus* desenvolvimento emocional, demonstrou um sentido negativo estatisticamente significativo.

Alguns estudos abordam a identificação de fatores que individualmente influenciam a percepção do bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada, no entanto, no contexto diário da prática de cuidados, esses fatores individuais fazem parte de um conjunto de forças em interação, sendo importante avaliar sistematicamente a sua significância individual para uma assistência adequada e rigorosa.

Neste sentido, a utilização do modelo de regressão linear múltipla pareceu adequado para dar resposta ao objetivo proposto, visto tratar-se de um modelo estatístico que pode ser utilizado para prever o comportamento de uma variável dependente, a partir de um conjunto de variáveis independentes relevantes para o estudo.

O conjunto de variáveis que integrou o modelo está relacionado com aspetos sociodemográficos (sexo, idade, professar uma religião), clínicos (sintomatologia) e do estado de saúde (saúde geral do SF-36v2). Este modelo explica 21,20% da variação média da variável bem-estar espiritual. As variáveis que apresentaram maior valor preditivo, em sentido decrescente, foram: professar uma religião, saúde geral, sexo, idade e presença de sintomatologia. Esta situação não foi completamente inesperada, tendo em conta os resultados obtidos na análise bivariada.

Na literatura científica foram encontrados alguns estudos que identificaram variáveis individuais que influenciam o bem-estar espiritual. Ao invés do que foi assumido, para este estudo não foi possível encontrar uma relação estatisticamente significativa entre algumas

variáveis que se consideraram importantes (função social, desempenho emocional, saúde mental, tempo de hospitalização) demonstradas noutros estudos. No entanto, outras, de facto, assumiram particular relevância, nomeadamente as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, professar uma religião), clínicas (motivo de hospitalização, sintomatologia), e do estado de saúde (saúde geral) com influência nos níveis de percepção do bem-estar espiritual. Esta evidência sugere que melhores cuidados podem ser prestados ao doente hospitalizado a partir de uma avaliação sistematizada do bem-estar espiritual e de adequado suporte espiritual.

Na assistência da pessoa doente hospitalizada, torna-se importante atribuir ao bem-estar espiritual o mesmo grau de importância que é dado ao bem-estar físico, através da avaliação das necessidades espirituais do planeamento de cuidados espirituais centrados nas necessidades percebidas pela pessoa doente, de forma a melhorar o seu bem-estar global.

Sugere-se a continuidade da investigação nesta área com a utilização de novos desenhos metodológicos, nomeadamente os estudos longitudinais, investigação ação, que muito contribuiriam para desenvolver o conhecimento sobre a dimensão do bem-estar espiritual, como uma componente do bem-estar global da pessoa doente hospitalizada.

Decorrente da análise e das conclusões, apresentam-se algumas sugestões que, esperamos, possam ser um contributo para a inclusão da espiritualidade nos currícula do curso de enfermagem, assim como no plano assistencial da prática de cuidados. Embora esta temática já faça parte de alguns currícula escolares, ela deverá ter uma abordagem centrada nos aspetos teóricos, bem como teórico-práticos que proporcionem aos estudantes a aquisição de competências de diagnóstico e intervenção no domínio do bem-estar espiritual.

Este estudo teve como principais dificuldades o tempo despendido para recolha de dados, que excedeu o tempo previsto, devido a fatores relacionados com alguma reserva na participação no estudo, manifestada por parte de alguns participantes, principalmente no que concerne ao consentimento informado, sendo uma das principais causas e sobretudo devido às características dos doentes (alteração do estado de consciência, situação instável e terminal). Como estratégia de recurso, aumentou-se o número de participantes dos serviços de cardiologia, nefrologia, cirurgia e ortopedia. Outra das dificuldades foi a morosidade no preenchimento do questionário, fator muito influenciado pelo nível de escolaridade dos participantes, exigindo mais tempo para o seu preenchimento. Em alguns casos, foi necessário explicar o significado do texto de modo a que este não fosse mal compreendido.

As principais limitações do estudo situam-se principalmente ao nível da natureza do estudo, da amostra e generalização dos resultados.

A natureza do desenho transversal não permite tirar conclusões definitivas porque alguns dos resultados podem perder relevância noutros grupos, pelo que impõe alguma prudência na interpretação e generalização dos resultados.

No que concerne à amostra, verificou-se que a sua abrangência pode ter ficado prejudicada pela não inclusão de participantes das diferentes instituições de saúde do país. Esta limitação esteve relacionada com a viabilidade em termos de disponibilidade de tempo e de recursos.

No início do desenvolvimento deste estudo não era do nosso conhecimento a existência de outro instrumento de avaliação do bem-estar espiritual na doença validado para a população portuguesa, por isso a nossa opção pela *Spiritual Assessment Scale* (SAS). Apesar da adaptação da *Spiritual Assessment Scale* (SAS) à amostra final, esta não demonstrou integral invariância, pelo que a interpretação dos resultados deva obedecer a algumas precauções.

A reduzida utilização da *Spiritual Assessment Scale* (SAS) em estudos com amostras da população portuguesa, constituiu pertinência na sua adaptação e validação.

No entanto, consideramos que a realização deste trabalho trouxe alguns contributos para um melhor conhecimento sobre o bem-estar espiritual na doença e os seus componentes: fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual e a necessidade de compreender as necessidades espirituais durante a hospitalização, bem como os fatores que interferem com a capacidade funcional e o estado de saúde.

Face ao exposto, a elaboração deste trabalho foi muito prazerosa, quer pela reflexão aprofundada sobre o tema, quer pela constatação de resultados semelhantes aos encontrados na revisão da literatura, assim como aqueles que, embora diferentes, nos forçaram a uma reflexão mais exaustiva e nos proporcionaram novos momentos de aprendizagem. Consideramos que os objetivos propostos foram atingidos e que os conhecimentos alcançados são fundamentais para a prática dos cuidados de enfermagem e a implementação de estratégias que possam contribuir para integração da dimensão espiritual no plano assistencial de enfermagem e nos currícula dos cursos de formação inicial, graduada e pós-graduada em enfermagem.



## **BIBLIOGRAFIA**

---



Ackley B, Ladawig G. Manual de diagnósticos de enfermagem. Guia para la planificación de los cuidados. 7a ed. Madrid: Elsevier; 2007.

Alligood MR., Tomey, AM. Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermagem e sua obra. Modelos e teorias de enfermagem. 5a ed. Loures: Lusociência, 2004. p. 3-14.

Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2007 [cited 2009 Jul 8]; 15(2): 225-31. Available from: <http://www.springerlink.com/content/81551572452u20nm/>

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* [Internet]. 1996 [cited 2012 Jan 15]; 11(1): 11-8. Available from: [www.salutare.ee/files/.../Salutogenees.pdf](http://www.salutare.ee/files/.../Salutogenees.pdf)

Arnold S, Herrick L, Pankratz V, Mueller P. Spiritual well-being, emotional distress, and perception of health after a myocardial infarction. *Int J Adv Nurs Pract* [Internet]. 2007 [cited 2010 May 3]; 9(1). Available from: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-advanced-nursing-practice/>

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Formação dos enfermeiros em cuidados paliativos. Recomendações da APCP [Documento]. Lisboa: APCP; 2006.

Astrow A, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol*. [Internet]. 2007 [cited 2008 Nov 12]; 25(36): 5753-7. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/23/2884>

Balboni MJ, Babar A, Dillinger J, Phelps AC, George E, Block SD. "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. [Internet]. 2011 [cited 2011 May 4]; 41(5): 836-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21276700>

Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2007 [cited 2008 Jul 23]; 25(8): 555-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/?tool=pubmed>

Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *J Adv Nurs*. 2001; 34(6): 833-41.

Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2009 Oct 20]; 15: 885-96. Available from: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)

Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2009 Oct 29]; 15: 885-96. Available from: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)

Baldacchino D. Spiritual care is it the nurse's role? *Spirituality and Health Internacional* [Internet]. 2008 [cited 2009 Jul 23]; 9(4): 270-84. Available from: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)

Baldwin CM, Grant M, Wendel C, Rawl S, Schmidt CM, Ko C, Krouse RS. Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of U.S. veterans. *J Holist Nurs*. 2008; 26(3): 185-94.

Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *J Holist Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2011 Jul 14]; 20(1): 5-25. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/20/1/5>

Benner P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 2a ed. Coimbra: Quarteto; 2005.

- Bermejo J. A Relação de Ajuda no Encontro com os Idosos. Testemunhos, reflexões e propostas. Lisboa: Edições Paulinas; 2010.
- Bíblia Sagrada. Carta aos Hebreus. Lisboa: Difusora Bíblica; 1995.
- Bjarnason D. Concept analysis of religiosity. *Home Health Care Management & Practice* [Internet]. 2007 [cited 2010 Oct 15]; 19(5): 350-5. Available from: <http://hhc.sagepub.com/content/19/5/350>
- Boswell GEH, Boswell-Ford KC. Testing a SEM model of two religious concepts and experiential spirituality. *J Relig Health* [Internet] 2010 [cited 2012 Jun 19]; 49(2): 200-11. Available from: <http://www.springerlink.com/content/4x7u4q9138608q5n/>
- Brito MJ. Fé filosófica. In: LOGOS Enciclopedia Luso Brasileira de Filosofia. Lisboa: Verbo; 1990. p. 459-63.
- Brown VM. Modelo del sistema comportamental. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería. 7a ed. Madrid: Elsevier; 2010. p. 279-300.
- Büssing A, Balzat, HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer-validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur Journal Medicine Research*. 2010; 15(6): 266-73.
- Büssing A, Thomas O, Matthiessen P. Search for meaningful support and the meaning of illness in German cancer patients. *Anticancer Res* [Internet]. 2005 [cited 2011 Apr 20]; 25: 1449-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15865104>
- Büssing, A, Koenig HG. Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* [Internet]. 2010 [cited 2011 Apr 20]; 1: 18-27. Available from: [www.mdpi.com/journal/religions](http://www.mdpi.com/journal/religions)
- Burckhardt L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qual Health Res* [Internet]. 2008 [cited 2010 Apr 20]; 18(7): 928-38. Available from: <http://online.sagepub.com>
- Caldeira S, Castelo Branco Z, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011; 5 Série 3: 145-52.
- Caldeira S, Narayanasamy A. Programas de educação em enfermagem acerca da espiritualidade: uma revisão sistemática. *Cuidarte Enfermagem*. 2011; 5(2): 123-8.
- Castelo Branco MZ, Brito D, Longarito C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*. 2014; 14(1): 100-8.
- Clark P, Drain M, Malone M. Addressing patients' emotional and spiritual needs. *Jt Comm J Qual Saf*. [Internet]. 2003 [cited 2008 May 30]; 29(12): 59-70. Available from: [www.permanente.net/kaiser/pdf/51472.pdf](http://www.permanente.net/kaiser/pdf/51472.pdf)
- Collière M-F. Cuidar... A primeira arte da vida. Lisboa: Lusodidacta; 2003.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão 2. Lisboa: Ordem dos enfermeiros; 2011.
- Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013; 33(9): 1057-61.
- Creel E, Tillman K. The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness. *Holist Nurs Pract*. [Internet]. 2008 [cited 2008 Apr 20]; 22: 303-9. Available from: <http://online.sagepub.com>
- Curtis JR, Patrick DL. The assessment of health status among patients with COPD. *Eur Respir J*. 2003; 21( Suppl. 41): 36s-45s.
- Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2): 389-94.

- Delaney C. Human Spiritual Dimension The Spirituality Scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *J Holist Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2008 May 20]; 23: 145-67. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/2/145>
- Direção-Geral da Saúde. Demora media hospitalar [Relatório]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011.
- Direção-Geral da Saúde. Direitos dos doentes internados. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2005.
- Dix S. As esferas seculares e religiosas na sociedade portuguesa. *Análise Social*. 2010; 45(194): 5-27.
- Dossey BM. Florence Nightingale's vision for health and healing. *J Holist Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 9]; 28(4): 221-4. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/28/4/221.refs.html>
- Durkheim É. As formas elementares da vida religiosa. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- Durozoi G, Roussel A. Dicionario de filosofia. Porto: Porto Editora; 2000.
- Durozoi G, Roussel A. Dicionário de filosofia. Porto: Porto Editora; 2000.
- Edlin G, Golanty E. Health & wellness. In: *Achieving personal health*. 10a ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2010. pp. 4-6.
- Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JÁ, Saunders, C. Toward a humanistic-phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*. 1988; 28(4): 5-18.
- Emblen J, Pesut B. Strengthening transcendent meaning: A model for the spiritual nursing care of patients experiencing. *J Holist Nurs*. [Internet]. 2001 [cited 2010 Oct 15]; 19(1): 42-56. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/19/1/42>
- Espírito Santo M. Inter-religious dialogue meeting of the Euro-Mediterranean Parliamentary Assembly (EMPA) Committee on the Promotion of the Quality of Life, Human Exchanges and Culture [Internet]. Lisboa : Assembleia da República Portuguesa [acesso em 6 de jun. 2012]. Disponível em: <http://www.empacult.parlamento.pt/ing/documentos/DCMoisesEspiritoSanto060808Lusoen.pdf>
- Fernandes C, Monteiro C, Alves J. Espiritualidade no cuidar. *Informar*. 2006; 36: 10-21 .
- Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012; 30(2): 163-71.
- Ferreira P, Ferreira L. A medição das preferências em saúde da população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2006; 24(2): 5-14.
- Ferreira P, Santana A. Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2003; 21(2): 15-30.
- Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I- Adaptação Cultural e Linguística Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13: 55-6.
- Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13: 119-27.
- Ferreira PA Medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 1998.
- Fortin M-F, Côté J, Filion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
- Fowler J. Faith development at 30: naming the challenges of faith in a new millennium. *Religious Education*. 2004; 99(4): 405-21.
- Fowler J. Stages of faith. The psychology of human development and the quest for meaning. New York: Harper Collins Publishers; 1995.

- Frankl V. Em busca de sentido. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2010.
- Freese B. Betty Neuman: modelo de sistemas. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 335-76.
- Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs. A comprehensive instrument. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2005 [cited 2008 Jan 20]; 19(2): 62-9. Available from: [www.shi.or.th/images/.../200608011805260.pdf](http://www.shi.or.th/images/.../200608011805260.pdf)
- Giddens A. Sociologia. 4a ed. rev. e atual. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2008.
- Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35: 1975-91.
- Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*. [Internet]. 2000 [cited 2008 Jul 20]; 14(17): 32-6. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11209419](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11209419)
- Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease - A qualitative study. *Palliat Support Care* [Internet]. 2004 [cited 2008 Feb 8]; 2(4): 371-78. Available from: [www.journals.cambridge.org/article\\_S147895150404](http://www.journals.cambridge.org/article_S147895150404)
- Griffin Q, Lee YH, Salman A, Seo Y, Marin PA, Starling RC et al. Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2007 [cited 2010 Dec 2]; 2(4): 669-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686336/>
- Hampton D, Ollis DE, Lloyd DA, Taylor J, McMillan SC. Spiritual needs of persons with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2007 [cited 2008 Nov 6]; 24(1): 42-8. Available from: [www.sagepub.com/content/24/1/42full.pdf](http://www.sagepub.com/content/24/1/42full.pdf)
- Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill; 1994.
- Hermann C. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2001 [cited 2008 Nov. 6]; 28(1): 67-72. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11198899](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11198899)
- Hermann C. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncology Nursing Forum* [Internet]. 2007 [cited 2009 May 23]; 34(1): 70-8. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17562634](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17562634)
- Herrera Sánchez B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *CHÍA*. 2009; 9(1): 8-22.
- Hollywell C, Walker J. Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2008 [cited 2010 Sep 3]; 18: 637-65. Available from: [www.blackwellpublishing.com](http://www.blackwellpublishing.com)
- Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lisboa: Círculo de Leitores; 2003.
- Instituto Nacional de Estatística. Classificação portuguesa das profissões 2010. Lisboa: INE; 2011. [acesso em 3 Set. 2011]. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2011. Lisboa: INE; 2013. [acesso em 22 Mar 2013]. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE/INSA; 2009.
- International Council Nurses. The ICN code of ethics for nurses [Internet]. Geneva: ICN; 2011. Available from: <http://www.icn.ch/ethics>
- Isla Pera P, Lopez Matheu C, Insa Soria R. Qué es la salud? *Revista Rol de Enfermería*. 2008; 31(12): 18-26.

- Jenkins M, Wikoff K, Amankwaa L, Trent B. Nursing the spirit. *Nursing Management* [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 6]; 40(8): 29-36. Available from: [www.nursingcenter.com/prodev/ce\\_article.asp?](http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?)
- Kandasamy A, Chaturvedi S, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer* [Internet]. 2011 [cited 2011 Dec 16]; 48: 55-9. Available from: <http://www.indianjancer.com/text.asp?2011/48/1/55/75828>
- Kapuscinski A, Masters K. The current status of measures of spirituality: a critical review of scale development. *Psychology of Religion and Spirituality* [Internet]. 2010 [cited 2011 Dec 16]; 2(4): 191-205. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/a0>
- Karimollahi M, Abedi AH, Yousefi A. Spiritual needs as experienced by Muslim patients in Iran: A qualitative study. *Annals of General Psychiatry* [Internet]. 2008 [cited 2009 Feb 24]; 7(Suppl. 1): S147. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1744-859X-7-S1-S147.pdf>
- kathelen L, Younger J. Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of Religion and Health* [Internet]. 2002 [cited 2010 Apr 23]; 41(4): 347-62. Available from: <http://www.springerlink.com/content/k5h16gqng8110337/fulltext.pdf>
- Kaut KP. Religion, spirituality, and existentialism near the end of life implications for assessment and application. *American Behavioral Scientist* [Internet]. 2002 [cited 2008 Apr 23]; 46(2): 220-34. Available from: <http://abs.sagepub.com/content/46/2/220.full.pdf>
- Kelcourse F. Human development and faith. Life-cycle stages of body, mind and sou. St. Louis, Missouri: Chalice Press; 2004.
- King M, Speck P, Thomas A. The Royal Free interview for spiritual and religious beliefs: development and validation of a self-report version. *Psychology Medicine* [Internet]. 2001 [cited 2008 Apr 23]; 31(6): 1015-23. Available from: [www.sagepub.com](http://www.sagepub.com)
- Koenig H. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *Journal of the Am Med Assoc* [Internet]. 2002 [cited 2008 dec 2]; 288: 487-93. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?volume=288&issue=4&page=487186>
- Koenig H. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2001 [cited 2008 Dec 2]; 31(3): 321-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841129>
- Koenig HG, George LK, Titus P., Meador, KG. Religion, spirituality, and health service use by older hospitalized patients. *Journal of Religion and Health* [Internet]. 2003 [cited 2008 Oct 15]; 42(4): 301-14. Available from: <http://www.springerlink.com/content/x4101647853527nu>
- Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2010 [cited 2013 Sep 3]; 40(4): 391-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21391410>
- Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*. 2001 [cited 2008 Dec 2]; 13(2): 67-78. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6ab1ec3c-072a-4080-96f4>
- Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research. findings and implications for clinical practice. *South Med J* [Internet]. 2004 [cited 2011 Oct 21]; 97(12): 1194-1200. Available from: [www.gvsu.edu/.../Southern%20Medical%20J](http://www.gvsu.edu/.../Southern%20Medical%20J)
- Kolcaba K. Comfort Theory and practice. A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company; 2003.
- Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook* [Internet]. 2001 [cited 2011 Dec 28]; 49: 86-92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655401435986>

- Koslander T, Arvidsson B. Patients' conceptions of how the spiritual dimension is addressed in mental health care: a qualitative study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2009 Mar 3]; 57(6): 597-604. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17346318>
- Kotrotsiou-Barboutsou E, Sapountzi-Krepia D, Roupa-Darivaki Z, Psychogiou M, Sgantzos M. The meaning of spirituality as perceived by hospitalised elderly people in a small city of Greece. *ICUS Nurs Web J* [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 4]; 28: 1-7. Available from: <http://www.nursing.gr>
- Kreitzer JM. Spirituality and well-being: focusing on what matters. *West J Nurs Res* [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 10]; 34: 707-11. Available from: <http://wjn.sagepub.com/content/34/6/707>
- Kruse B, Ruder S, Martin L. Spirituality and coping at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* [Internet]. 2007 [cited 2010 Jan 12]; 9(6): 296-304. Available from: [http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article\\_ID=754352](http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=754352)
- Kuczewski MG. Talking about spirituality in the clinical setting: can being professional require being personal? *Am J Bioeth.* [Internet]. 2007 [cited 2009 Oct 12]; 7(7): 4-11. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654370](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654370)
- Leininger M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethn nursing method. In: Leininger M, McFarland M. *Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory.* Canadá: Jones and Bartlett Publishers; 2006. p. 361-75.
- Lemmer C. Recognizing and caring for spiritual needs of clients. *J Holist Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2009 Apr 23]; 23: 310-20. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/3/310>
- Leung, K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The Influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2006 [cited 2009 Apr 20]; 31(5): 449-56. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392406001370>
- Lim J-W, Yi J. The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean Breast and gynecologic cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2009 [cited 2010 Apr 23]; 36(6). Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19887358](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19887358)
- Malinski VM. Developing a nursing perspective on spirituality and healing. *Nurs Sci Q.* [Internet]. 2002 [cited 2008 May 21]; 15(4): 281-7. Available from: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/refs/15/4/281>
- Maroco J. *Análise estatística com utilização do SPSS.* 3a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
- Marques FG, Sarmiento E, Pereira H, Servo P. *Plano local de saúde. Agrupamento de Centros de Saúde Douro1 - Marão e Douro Norte 2011-2016.* Vila Real: Equipa de Planeamento em Saúde – Unidade de Saúde Pública; 2013.
- Martins C. *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir.* Braga: Psiquilibrios Edições; 2011.
- McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *The Lancet* [Internet]. 2003 [cited 2011 Mar 15]; 361: 1603-7. Available from: [www.the-lancet.com](http://www.the-lancet.com)
- McLeod DL. *Espiritualidade e doença na literatura profissional. Espiritualidade, sofrimento e doença.* Coimbra: Ariadne Editora; 2005.
- McSherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: a survey of student nurses perceptions. *Nurse Educ Today.* 2008; 28(8): 1002-8.
- Mcsherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nurs.* 2002; 38(5): 479-88.
- McSherry W. *Making sense of spirituality in nursing and health care practice: an interactive approach.* London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.

- McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2010 Sep 13]; 15(7): 905-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879383>
- Meleis AI. *Theoretical nursing: development & progress*. 3a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Meneses RB. Os significados da saúde: da audição à recitação. *Acção Médica*. 2004; 68(1); 5-26.
- Meraviglia, M. The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2004 [cited 2010 Sep 15]; 31(1): 89-94. Available from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2b554720-5>
- Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2009 May 16]; 15(7): 811-21. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54682d78>
- Mitchel GJ. Tornar-se humano In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 593-628.
- Mitchell M, Hall J. Teaching spirituality to student midwives: a creative approach. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2007 [cited 2013 Sep 12]; 7(6): 416-24. Available from: [www.sciencedirect.com/.../pii/S147159530700018](http://www.sciencedirect.com/.../pii/S147159530700018)
- Moberg DO. Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development* [Internet]. 2001 [cited 2011 Oct 10]; 9(1): 47-60. Available from: [www.springerlink.com/.../H683V41674247887](http://www.springerlink.com/.../H683V41674247887)
- Mok E, Wong F, Wong D. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese Terminally ill. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 24]; 66(2): 360-70. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubme](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubme)
- Monod S, Rochat E, Büla C, Spencer B. The spiritual needs model: spirituality assessment in the geriatric hospital setting. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 2]; 22(4): 271-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15528030.2010.509987>
- Mooney B, Timmins F. Spirituality as a universal concept: student experience of learning about spirituality through the medium of art. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2007 [cited 2013 Sep 12]; 7(5): pp. 275-84. Available from: [www.sciencedirect.com/.../article/.../S147159530600](http://www.sciencedirect.com/.../article/.../S147159530600)
- Morrison D. "Well-being and spirituality". Geneva, Switzerland: ESCA Open Day Programme [Internet]. 2005 [cited 2011 Jul 24]. Available from: [www.strathmor.com](http://www.strathmor.com)
- Mount, BM, Boston P, Cohen R. Healing connections: on moving from suffering to a sense of well-being. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2007; 33: 372-88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17397699>
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med* [Internet]. 2004 [cited 2010 Sep 12]; 18(1): 39-45. Available from: <http://pmj.sagepub.com/content/18/1/39>
- Mystakidou K, Tsilika E, Efi P, Smyrnioti M, Pagoropoulou A, Lambros V. Indicateurs de spiritualité en fin de vie. *Le Médecin de Famille Canadien*. 2008; 54(1): 1720-6.
- Narayanasamy A, Gates B, Swinton J. Spirituality and learning disabilities: a qualitative study. *British Journal of Nursing*. 2002; 11(14), 948-57.
- Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* [Internet]. 2002 [cited 2010 Sep 12]; 43(3): 213-20. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../PMC2699019/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../PMC2699019/)

- Neves HL. Confusão aguda no doente hospitalizado. Adaptação cultural e validação a escala de NeeCham [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; 2008.
- Nightingale F. Notas sobre enfermagem. Loures: Lusociência; 2005.
- O'Brien E. Spirituality in nursing. Standing on holy ground. London: Jones e Bartlett Publishers; 2007.
- O'Brien ME. Parish nursing meeting spiritual needs of elders near the end of life. *Journal Cristian Nursing*. 2006; 23(1): 28-33.
- O'Mathúna DP. The place of dignity in everyday ethics. *J Christ Nurs*. [Internet]. 2011 [cited 2011 Mar 9]; 28(1): 12-8. Available from: [http://www.nursingcenter.com/prodev/ce\\_article.asp?tid=1109778](http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=1109778)
- Ordem dos Enfermeiros. Estatuto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2009.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
- Ortega Galán M. Validación de una escala valorativa del diagnóstico enfermero "Sufrimiento espiritual" en los enfermos oncológicos en fase termina. *Biblioteca Lascasas* [Internet]. 2008 [cited 2009 Jan 12]; 4(1): 1-15. Available from: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0309.php>
- Peck MS. O caminho menos percorrido e mais além. Lisboa: Sinais de Fogo; 2005.
- Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para as ciências sociais. A complementaridade do SPSS. 4a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
- Pesut B, Fowler M, Reimer-Kirkham S, Taylor EJ, Sawatzky R. Particularizing spirituality in points of tension: enriching the discourse. *Nurs Inq* [Internet]. 2009 [cited 2011 Sep 15]; 16(4): 337-346. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=31bb9dee-f3c9-4ec6-a789-45064389>
- Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. [Internet]. 2002 [cited 2010 Nov 12]; 24(1): 49-58. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=35738311>
- Phaneuf M. Planificação de cuidados. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.
- Phillips, K. Irmã Callista Roy: modelo de adaptación In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 301-33.
- Pinto C, Ribeiro JLP. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010 jan-jun; 28(1): 49-56.
- Pipe TB, Kelly A, LeBrun G, Schmidt D, Atherton P, Robinson C. A prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. *Medsurg Nurs*. [Internet]. 2008 [cited 2010 May 10]; 17(4): 247-57. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b0374ddf-b518-4dcd-a0d6-34431784>
- Portugal. Declaração Universal dos Direitos do Homem e o direito internacional aplicável. *Diário da República*; 12 ag 2005; 155; Serie I-A.
- Portugal. Lei Constitucional nº1/2005. Sétima revisão constitucional. *Diário da República*; 12 agosto 2005; 155; Série I-A.
- Potter, PA, Perry, A. Fundamentos de enfermagem. 5a ed. Loures: Lusociência, 2006.
- Puchalski C, Dorff E, Hendi Y. Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clin Geriatr Med*. [Internet]. 2004 [cited 2009 Nov 12]; 20(4): 689-714. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541620](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541620)

- Puchalski C. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* [Internet]. 2001 [cited 2012 Apr 21]; 14(4): 352-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305900/>
- Rego AC. O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*. 2008; 1(2): 199-204.
- Renaud M. Do espírito à espiritualidade. In: Biscaia J. *A que pais os filhos têm direito*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2008. p. 152-68.
- Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Physl Med Rehabil* [Internet]. 1998 [cited 2011 Nov 12]; 79(3): 258-64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999398900041>
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterl* [Internet]. 1988 [cited 2012 Mar 12]; 15(2): 175-83. Available from: [http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177\\_109019818801500203.pdf](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177_109019818801500203.pdf)
- Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2008 May 12]; 15: 852-62. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=962f44ec-f2c2-4231>
- Rotegard AK, Moore SM, Fagermoen MS, Ruland CM. Health assets: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2010 [cited 2012 May 22]; 47: 513-25. Available from: [www.sciencedirect.com/.../S0020748909000](http://www.sciencedirect.com/.../S0020748909000)
- Sakraida TJ. Modelo del promoción de la salud. In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier, 2010. p. 699-715.
- Sarriera, JC. Saúde, bem estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. In: Borges E, Muller M., Silva J. *Espiritualidade e qualidade de vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004. p. 79-90.
- Sartori P. Spirituality 1: should spiritual and religious beliefs be part of patient care? *Nursing Times* [Internet]. 2010 [cited 2010 Jul 19]; 28: 106. Available from: [www.nursingtimes.net/.../spirituality...spiritual.../](http://www.nursingtimes.net/.../spirituality...spiritual.../)
- Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2009 Nov 10]; 23(1): 19-33. Available from: [jhn.sagepub.com/content/23/1/19.full.pdf](http://jhn.sagepub.com/content/23/1/19.full.pdf)
- Schaefer KM. Modelo del conservación. In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 237-51.
- Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis. *J Holist Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2010 Sep 8]; 25: 252-62. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/25/4/252.refs.html>
- Sherman DW, McSherry CB, Parkas V, Ye XY, Calabrese M, Gatto M. Recruitment and retention in a longitudinal palliative care study. *Appl Nurs Res*. [Internet]. 2005 [cited 2011 Jul 19]; 18(3): 167-77. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189705000376>
- Shih F-J, Lin HR, Gau ML, Chen CH, Hsiao SM, Shih SN, Sheu SJ. Spiritual needs of taiwan's older patients with terminal cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2009; 36(1): 31-8.
- Solari-Twadell A, Burkhart L. Disposición para mejorar el Bienestar espiritual. In: Ackley B, Ladawig G. *Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados*. 7a ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 339-47.
- Sousa C, Brito D, Castelo Branco MZ. Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(1): 12-5.

- Speck P, Higginson I, Addington-Hall J. Spiritual needs in health care may be distinct from religious ones and are integral to palliative care. *BMJ* [Internet]. 2004 [cited 2008 Oct 15]; 329(7458): 123-4. Available from: <http://jhn.sagepub.com>
- Steinhauser E, Christakis A, Clipp C. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* [Internet]. 2000 [cited 2010 Nov 12]; 284: 2476-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1107>
- Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist* [Internet] 2002; [cited 2009 Jan 12]; 42 (Special issue III): 24-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/124151>
- Sulmasy DP. Spiritual issues in the care of dying patients: “ . . . it’s ok between me and God”. *JAMA* [Internet]. 2006 [cited 2010 Sep 11]; 296: 1385-92. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=203365>
- Sulmasy DP. Spirituality, religion, and clinical care. *CHEST* [Internet]. 2009 [cited 2010 Sep 11]; 135: 1634-42. Available from: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/135/6/1634.full.html>
- Tam EPC. Faith development theory and spiritual direction. *Pastoral Psychology* [Internet]. 1996 [cited 2008 May 2]; 44(4): 251-63. Available from: [www.springerlink.com/.../Y48135M96763N011](http://www.springerlink.com/.../Y48135M96763N011)
- Tanyi R, Werner JS, Recine AC, Sperstad RA. Perceptions of incorporating spirituality into their care: a phenomenological study of female patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J.* [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 31]; 33(5): 532-38. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9640b42-a657-49f9-8829-5592>
- Tanyi RA. Nursing theory and concept development or analysis. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing.* [Internet]. 2002 [cited 2009 May 14]; 39(5): 500-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.c>
- Taylor E. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2006 [cited 2009 Jan 15]; 33(4): 729-35. Available from: <http://openurl.ebscohost.com/linksvc/linking.aspx?sid=a9h&volume=33&date=2007&spage=79>
- Taylor E. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2009 Jan 15]; 26: 260-66. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/21372265/>
- Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clin Nurs.* 2008; 18(8): 1131-40.
- Taylor SG. Teoría déficit del auto-cuidado en enfermería. In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería.* 7a ed. Barcelona: Elsevier, 2010. p. 211-36.
- Teixeira A. Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas [Internet]. Resumo do relatório apresentado na Assembleia Plenária da Conferência Episcopal Portuguesa, Fátima 16 a 19 de abril de 2012. [Acesso em 18 maio 2012]. Disponível em: [www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=90561](http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=90561)
- Thomas JC, Burton M, Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *J Holist Nurs*[Internet]. 2010 [cited 2010 Sep 8]; 28(2): 115-22. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/28/2/115.refs.html>
- Tomey AM. Joyce travelbee: modelo de relación de persona a persona In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería.* 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 467-79.
- van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus J.A. Problems in determining the occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol.* 2001; 54(7): 675-79.

- van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen HS. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 12]; 15(7): 875-84. Available from: [dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/.../c5.pdf](http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/.../c5.pdf)
- Vilaça H. Da Torre da Babel às Terras Prometidas - pluralismo religioso em Portugal. Porto: Edições Afrontamento; 2006.
- Vilaça H. Identidades, práticas e crenças religiosas. In: Pais JM, Cabral MV, Vala J. *Religião e bioética. Atitudes sociais dos portugueses*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 2001. p. 367.
- Villagomez LR. Spiritual distress in adult cancer patients. toward conceptual clarity. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2005 [cited 2010 Jan 2]; 19(6): 285-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269948>
- Vollman M, La Montagne L, Wallston K. Existential well-being predicts perceived control in adults with heart failure. *Appl Nurs Res*. [Internet]. 2009 [cited 2011Mar 18]; 198-203. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189708000062>
- Walton J. Finding a balance: a grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J*. 2002; 29(5): 447-57.
- Watson J. *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência; 2002.
- Welch AZ. Cuidados culturales: La teoría de la diversidad y la universalidad. In Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier, 2010. p. 563-91.
- White SC. Analysing wellbeing: a framework for development practice. *Development in Practice* [Internet]. 2010 [cited 2011 Oct 19]; 20(2): 158-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09614520903564199>
- Williams A. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat Support Care* [Internet]. 2006 [cited 2008 Nov 12]; 4(4): 407-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17133899>
- Wituki JM. Modelo de salud. In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de enfermería y su obra. Modelos y teorías de enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier, 201. p. 655-82.
- World Health Organization. Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 6th International Conference on Health Promotion. Bangkok: WHO; 2005. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Bangkok\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Bangkok_charter_hp.pdf)
- World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1946 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.who.int>
- World Health Organization. Declaration Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era. Jakarta: WHO; 1997. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Jakarta\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Jakarta_charter_hp.pdf)
- World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO; 2002. [cited 2011 Sep 23]. Available from: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- World Health Organization. Palliative care: cancer control knowledge into action. Geneva: Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Geneva: WHO; 2007. [cited 2008 Mar 12]. Available from: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>
- World Health Organization. Promoting health and development closing the implementation Gap. 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi: WHO; 2009. [cited 2012 Mar 7]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html>

World Health Organization. Recommendations on healthy public policy. Second International Conference on Health Promotion. 5-9 April, Adelaide: WHO, 1988. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/_charter_hp.pdf)

World Health Organization. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall: WHO; 1991. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/_charter_hp.pdf)

World Health Organization. WHOQOL-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field Test Instrument [Internet]. Geneva: WHO; 2002. [cited 2009 Nov 22]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_MSD\\_MER\\_02.5\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_MSD_MER_02.5_eng.pdf)

World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 Nov 1986 [Internet]. Ottawa: WHO; 1986. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Wright L. Espiritualidade, sofrimento e doença. Coimbra: Ariadne Editora; 2005.

Yousefi H, Abedi H.A. Spiritual care in hospitalized patients. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2011 [cited 2012 Jul 7]; 16(1): 125-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203292/>

Zohar D, Marshall I. Inteligência espiritual. Lisboa: Sinais de Fogo; 2004.

## **ANEXOS**

---



## **ANEXO I**

Operacionalização das variáveis do estudo

---



## VARIÁVEIS SOCIDEMOGRÁFICAS

Variável	Atributos	Código
<b>Sexo</b>	Masculino	0
	Feminino	1
<b>Idade</b>	≤34	0
	35-64	1
	≥65	2
<b>Estado civil</b>	Casado/União de facto	0
	Solteiro	1
	Viúvo	2
	Divorciado/separado	3
<b>Escolaridade</b>	<i>Nível baixo:</i>	
	Não sabe ler, nem escrever	0
	1º Ciclo	1
	<i>Nível médio:</i>	
	2º ciclo, 3ºciclo	0
	Ensino secundário	1
<b>Situação laboral</b>	<i>Nível alto:</i>	
	Ensino superior	0
	<i>Ativo:</i>	
<b>Situação laboral</b>	Trabalhador dependente	0
	Trabalhador por conta própria	1
	<i>Não ativo:</i>	
	Desempregado/a	0
	Reformado/a	1
	Doméstica	2
<b>Profissão</b>	Estudante	3
	Profissões das forças armadas	0
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	3
	Pessoal administrativo e similar	4
	Pessoal dos serviços e vendedores	5
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	6
	Operários, artifices e trabalhadores similares	7
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	8
	Trabalhadores não qualificados	9
Atividade não remunerada (domésticas e estudantes)	10	
<b>Coabitação</b>	Só	0
	Pais/familiares	1
	Cônjuge	2
	Outras pessoas	3
<b>Proveniência</b>	Rural	0
	Urbana	1
<b>Religião</b>	Católica apostólica romana	0
	Católicos não praticantes	1
	Testemunhas de Jeová	2
	Outras religiões cristãs	3
<b>Professar uma religião</b>	Sim	0
	Não	1

## VARIÁVEIS CLÍNICAS

Variável	Atributos	Código
<b>Motivo de hospitalização</b>	1. Doenças do aparelho circulatório (enfarte do miocárdio; pericardite; hipertensão arterial; insuficiência cardíaca)	0
	2. Doenças do aparelho respiratório (Doença pulmonar obstrutiva crônica; Pneumonia; problemas respiratórios)	1
	3. Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo (artroses; osteoporose)	2
	4. Doenças do aparelho digestivo (hérnia inguinal; problemas hepáticos; problemas vesiculares e outros problemas intestinais)	3
	5. Neoplasia (gástrica, cólon, reto, sigmoide, tireoide, mama, próstata, mieloma múltiplo, leucemia, linfoma, pulmonar)	4
	6. Doenças do aparelho geniturinário (insuficiência renal crônica, hipertrofia da mama)	5
	7. Lesões traumáticas, envenenamento e outras consequências de causas externas	6
	8. Outras (doenças da pele, sangue, endócrinas, neurológicas, oftalmológicas)	7
<b>Tempo de hospitalização</b>	≥2-5	0
	6-9	1
	≥10	2
<b>Tipo de doença</b>	Aguda	0
	Crônica	1
<b>Sintomatologia</b>	Sim	0
	Não	1
<b>Tipo de sintomatologia</b>	1. Dificuldade em respirar (falta de ar, tosse)	0
	2. Dor	1
	3. Náusea e vômito	2
	4. Falta de apetite	3
	5. Tristeza e ansiedade	4
	6. Fadiga (mal estar)	5
	7. Dificuldade em deambular	6
	8. Dificuldade em se posicionar	7
	9. Retenção de líquidos (edemas, ascite)	8
	10. Outros (tonturas, obstipação, diarreia, insônia, hematúria, retorragias)	9
<b>Comorbilidade</b>	Sim	0
	Não	1
<b>Tipos de Comorbilidade</b>	1. Doenças do aparelho circulatório (pericardite; hipertensão arterial; insuficiência cardíaca)	0
	2. Doenças do aparelho respiratório (Doença pulmonar obstrutiva crônica; Pneumonia; problemas respiratórios)	1
	3. Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo (artroses; osteoporose)	2
	4. Doenças do aparelho digestivo (hérnia inguinal; problemas hepáticos; problemas vesiculares, outros problemas intestinais)	3
	5. Neoplasia (gástrica, cólon, reto, sigmoide, tireoide, mama, próstata, mieloma múltiplo, leucemia, linfoma, pulmonar)	4
	6. Doenças do aparelho geniturinário (insuficiência renal crônica, hipertrofia da mama)	5
	7. Doenças do sangue e sistema imunológico	6
	8. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (diabetes, hipotireoidismo, obesidade)	7
	9. Outras	8

## VARIÁVEL BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Variável	Dimensão	Componentes	Indicadores	Código
<b>Bem-estar espiritual</b>	<i>Fé pessoal</i>	A1- Há um ser supremo, ou Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas	CT	1
			C	2
			I	3
			D	4
			DT	5
		A2- Eu estou em paz com Deus	CT	1
			C	2
			I	3
			D	4
			DT	5
		A3- Confio que Deus olha por mim	CT	1
			C	2
			I	3
			D	4
	DT		5	
	A4- Recebo força e conforto das minhas crenças espirituais	CT	1	
		C	2	
		I	3	
		D	4	
		DT	5	
	A5- Acredito que Deus se interessa por todas as atividades da minha vida	CT	1	
		C	2	
		I	3	
		D	4	
		DT	5	
A6- Creio que Deus cuidará do futuro	CT	1		
	C	2		
	I	3		
	D	4		
	DT	5		
A7- As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros como filhos de Deus	CT	1		
	C	2		
	I	3		
	D	4		
	DT	5		
<i>Prática religiosa</i>	B1- Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida	CT	1	
		C	2	
		I	3	
		D	4	
		DT	5	
	B2- Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos	CT	1	
		C	2	
		I	3	
		D	4	
		DT	5	
	B3- Encontra mais satisfação em atividades motivadas pela religião do que em serviços religiosos, por ex: trabalho voluntário ou ajudar os outros	CT	1	
C		2		
I		3		
D		4		
DT		5		
B4- Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças	CT	1		
	C	2		
	I	3		
	D	4		
	DT	5		
B5- Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por ex um sacerdote ou amigo.	CT	1		
	C	2		
	I	3		
	D	4		
	DT	5		

<b>Bem-estar espiritual</b>	<b>Paz espiritual</b>	B6 - A minha relação com deus é fortalecida pela oração pessoal	CT	1
			C	2
			I	3
			D	4
			DT	5
		B7- Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com deus	CT	1
			C	2
			I	3
			D	4
			DT	5
		C1- Experimento dor associada com as minhas crenças espirituais	CT	1
		C2 - Sinto-me “longe” de Deus	CT	1
			C	2
			I	3
			D	4
			DT	5
		C3 - Tenho medo que Deus possa não tomar conta das minhas necessidades	CT	1
			C	2
			I	3
		D	4	
		DT	5	
	C4 - Fiz algumas coisas que temo que Deus não possa perdoar-me	CT	1	
		C	2	
		I	3	
		D	4	
		DT	5	
	C5 - Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto.	CT	1	
		C	2	
		I	3	
		D	4	
		DT	5	
	C6- Sinto que perdi o amor de Deus	CT	1	
		C	2	
		I	3	
		D	4	
		DT	5	
	C7- Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus	CT	1	
		C	2	
		I	3	
		D	4	
		DT	5	

CT - Concorda totalmente; C - Concorda; I - Indeciso; D - Discorda; DT - Discorda totalmente

## VARIÁVEL ESTADO DE SAÚDE

Variável	Dimensão	Componentes	Indicadores	Código	
Estado de saúde	<i>Função física</i>	3	1. Sim, muito limitado/a	1	
		a- Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	2 3	
		b- Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		c- Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		d- Subir vários lanços de escada	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		e- Subir um lanço de escadas	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		f- Inclinar-se, ajoelhar-se e ou baixar-se	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		g- Andar mais de 1 Km	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		h- Andar várias centenas de metros	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		i- Andar uma centena de metros	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		j- Tomar banho ou vestir-se	1. Sim, muito limitado/a 2. Sim, um pouco limitado/a 3. Não, nada limitado/a	1 2 3	
		<i>Desempenho físico</i>	4-	1. Sempre	1
			a- Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	2 3 4 5
	b- Fez menos do que queria		1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5	
	c- Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades		1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5	
	d- Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (ex: foi preciso mais esforço)		1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5	

<b>Estado de saúde</b>	<b>Dor corporal</b>	7- Durante as últimas semanas teve dores?	1. Nenhumas	1
			2. Muito fracas	2
		3. Ligeiras	3	
		4. Moderadas	4	
		5. Fortes	5	
		6. Muito fortes	6	
		8- Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (fora de casa ou doméstico)	1. Absolutamente nada	1
			2. Pouco	2
			3. Moderadamente	3
			4. Bastante	4
			5. Imenso	5
	<b>Saúde geral</b>	1- Em geral, diria que a sua saúde é	1. Ótima	1
			2. Muito boa	2
			3. Boa	3
			4. Razoável	4
			5. Fraca	5
		11	1. Absolutamente verdade	1
		a- Parece que adoço mais facilmente do que os outros?	2. Verdade	2
			3. Não sei	3
			4. Falso	4
		5. Absolutamente falso	5	
b- Sou tão saudável como qualquer outra pessoa?		1. Absolutamente verdade	1	
		2. Verdade	2	
	3. Não sei	3		
	4. Falso	4		
	Absolutamente falso	5		
c- Estou convencida/o que a minha saúde vai piorar?	1. Absolutamente verdade	1		
	2. Verdade	2		
	3. Não sei	3		
	4. Falso	4		
	Absolutamente falso	5		
d- A minha saúde é ótima?	1. Absolutamente verdade	1		
	2. Verdade	2		
	3. Não sei	3		
	4. Falso	4		
	Absolutamente falso	5		
<b>Vitalidade</b>	9.	1. Sempre	1	
	a- Se sentiu cheio/a de vitalidade?	2. A maior parte do tempo	2	
		3. Algum tempo	3	
		4. Pouco tempo	4	
		5. Nunca	5	
	e- Se sentiu com muita energia ?	Sempre	1	
		A maior parte do tempo	2	
		Algum tempo	3	
		Pouco tempo	4	
		Nunca	5	
g- Se sentiu estafado/a?	1. Sempre	1		
	2. A maior parte do tempo	2		
	3. Algum tempo	3		
	4. Pouco tempo	4		
	5. Nunca	5		
i- Se sentiu cansado/a?	1. Sempre	1		
	2. A maior parte do tempo	2		
	3. Algum tempo	3		
	4. Pouco tempo	4		
	5. Nunca	5		

<b>Estado de saúde</b>	<b>Função social</b>	6- Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social, normalmente com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas	1. Absolutamente nada 2. Pouco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Imenso	1 2 3 4 5
		10- Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (visitar amigos ou familiares próximos)	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
	<b>Desempenho Emocional</b>	5	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
		a- Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
		b- Fez menos do que queria	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
		c- Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
	<b>Saúde mental</b>	9-	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
		b- Se sentiu muito nervoso/a?	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
		c- Se sentiu tão deprimido/aque nada o/a animava?	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
		d- Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5
	f- Se sentiu deprimida/o	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5	
	h- Se sentiu feliz?	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco tempo 5. Nunca	1 2 3 4 5	
	<b>Transição de saúde</b>	2- Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual	1. Muito melhor 2. Com algumas melhoras 3. Aproximadamente igual 4. Um pouco pior 5. Muito pior	1 2 3 4 5



## **ANEXO II**

Escala de Confusão de NeeCham e consentimento do autor

---



## ESCALA DE CONFUSÃO NEECHAM

NOME/ID: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

AVALIADO POR: \_\_\_\_\_

NÍVEL 1 – PROCESSAMENTO	
<b>PROCESSAMENTO – ATENÇÃO: (Atenção-Alerta-Reação)</b>	
4	<b>Atenção/alerta total:</b> responde imediata e corretamente à chamada pelo nome ou toque – olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma rápida.
3	<b>Atenção/alerta diminuída ou aumentada:</b> atenção diminuída que é chamada, toque ou a estímulos ambientais ou hiper-alerta hiperativo a estímulos/objetos circundantes.
2	<b>Atenção/alerta inconsistente ou inadequada:</b> requer chamada ou toque repetidos para obter/mente contato visual/atenção; capaz de reconhecer objetos/estímulos na maioria das vezes adormecer entre estímulos.
1	<b>Atenção/alerta perturbada:</b> abre olhos em resposta a sons ou toque, pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contato ou pode mostrar-se retraído/agressivo.
0	<b>Despertar/resposta deprimida:</b> pode ou não abrir os olhos, só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos, incapaz de reconhecer contato.
<b>PROCESSAMENTO – ORDEM (Reconhecimento-Interpretação-Ação)</b>	
5	<b>Capaz de obedecer a uma ordem complexa:</b> "Ligue a luz de chamar as enfermeiras" (Tem de procurar o objeto, reconhecê-lo e executar a ordem)
4	<b>Resposta lenta a ordem complexa:</b> requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/obedecer a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.
3	<b>Capaz de obedecer a uma ordem simples:</b> "Levante a mão ou o pé Br. ...". (Usa apenas 1 parte do corpo)
2	<b>Incapaz de obedecer a uma ordem directa:</b> obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual – bebe da cope colocado perto da boca. Responde de forma calma ao contato, tranquilização ou segurar a mão do enfermeiro.
1	<b>Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que cuidada visualmente:</b> responde com expressões faciais atônitas ou assustadas, atos resaca de afastamento/resistência, comportamento "Não/Incoerente", não responde a leve apertar da mão pelo enfermeiro.
0	<b>Hipoativo, letárgico:</b> respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais.
<b>PROCESSAMENTO – ORIENTAÇÃO: (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/diálogo)</b>	
5	<b>Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa:</b> processos do pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequados. Memória de curto prazo intacta.
4	<b>Orientado em relação às pessoas e ao espaço:</b> distúrbio mínimo na memória/recorção, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequados; pode ser receptivo, necessita estimulação para manter o contato. Geralmente coopera.
3	<b>Orientação inconsistente:</b> voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns; podem sofrer alterações ou negar. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de protecção cognitivos cooperantes).
2	<b>Desorientado e memória/recorção perturbada:</b> orientado para si próprio/reconhece a família. Poderá questionar ações do enfermeiro ou reusar pedidos/procedimentos (comportamentos de protecção cognitivos de resistência). Conteúdo de conversação/pensamento perturbado. Ilusões e/ou alucinações são comuns.
1	<b>Desorientado, reconhecimento perturbado:</b> reconhece de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objetos. Respostas inadequadas.
0	<b>Processamento de estímulos deprimido:</b> resposta mínima a estímulos verbais.
NÍVEL 2 – COMPORTAMENTO	
<b>COMPORTAMENTO – APARÊNCIA:</b>	
2	<b>Controla a postura, mantém a aparência, higiene:</b> vestido e arranjo de forma adequadas, aseado, limpo. Postura na cama/cadeira normal.
1	<b>Postura ou aparência alterada:</b> algum desarranjo na roupa/cabelo ou aparência pessoal, ou alguns falha de controlo de postura posição.
0	<b>Postura e aparência anormais:</b> desamunhação, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.

<b>COMPORTAMENTO – MOTOR:</b>		
4	<b>Comportamento motor normal:</b> movimento, coordenação e atividade adequados, capaz de descansar tranquilamente na cama (movimento de mãos normal)	
3	<b>Comportamento motor lentificado ou hiperativo:</b> quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (infestorações cruzadas ou sobre o peito ou ao longo do corpo) ou hiperativo (movor para cima/baixo, agitado). Pode ser tremores nas mãos.	
2	<b>Movimento alterado:</b> inquieto ou com movimentos rápidos, movimentos manuais parecem anormais – abandonar objetos da cama ou do cobertor, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.	
1	<b>Movimentos inapropriados, desnutriativos:</b> sujar tubos, tentar passar por cima das grades de proteção, ações intencionais frequentes.	
0	<b>Movimentos deprimidos:</b> movimentos limitados a não ser que seja estimulado, movimentos de resistência.	
<b>COMPORTAMENTO – VERBAL:</b>		
4	<b>Início de discurso de forma adequada:</b> capaz de conversar, consegue iniciar e manter uma conversa. O discurso normal para problema diagnosticado, tom de voz normal.	
3	<b>Início de discurso limitado:</b> respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tom de voz pode ser anormal e o ritmo pode ser lento.	
2	<b>Discurso inadequado:</b> pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.	
1	<b>Discursos perturbados:</b> sons sem alteração. Balbúcia, gíria, diz palavras ou está anormalmente em silêncio.	
0	<b>Sons anormais:</b> gurgulhos ou outros sons distorcidos. Não há discurso claro.	
<b>NÍVEL 3 – CONTROLO FISIOLÓGICO</b>		
<b>AVALIAÇÕES FISIOLÓGICAS:</b>		
<b>Valores registados:</b>	<b>Normal:</b>	
____ Temperatura	(36-37.4)	____ Períodos de apneia/hipopneia presentes? 1=sim, 0=não
____ TA sistólica	(100-160)	____ Presença traças de oxigénio? 0=não, 1=sim, mas desligado, 2= sim, ligado no momento
____ TA diastólica	(50-90)	
____ Freq. cardíaca (FC) Regular/ Irregular	(60-100) (regular/irregular)	
____ Ciclos respiratórios	(14-22) (Contar durante 1 minuto)	
____ Saturação O <sub>2</sub>	(93 ou acima)	
<b>ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS:</b> ( Contar anormais de TA sist. e/ou TA diast. como um valor; contar Ritmo Cardíaco anormal e/ou irregular como um; contar apneia e/ou respiração anormal como um; e temperatura anormal como um.)		
2	TA, FC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular.	
1	Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal.	
0	Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais.	
<b>ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO:</b>		
2	Sat. O <sub>2</sub> normal (93 ou acima)	
1	Sat. O <sub>2</sub> entre 90 e 95 ou está a receber oxigénio	
0	Sat. O <sub>2</sub> abaixo de 90	
<b>CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA:</b>		
2	Mantém o controlo da bexiga	
1	Incontinente nas últimas 24 horas ou tem penne-rose	
0	Incontinente no momento, ou necessita de absorção intermitente ou permanente ou tem cateter	
<b>Pontuação NÍVEL 1: Processamento</b> (0-14 pontos)	<b>Pontuação total de:</b> 0-13 20-24	<b>Índice:</b> Confusão moderada a severa
<b>Pontuação NÍVEL 2: Comportamento</b> (0-10 pontos)	25-26 27-30	Confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão
<b>Pontuação NÍVEL 3: Controlo Fisiológica</b> (0-6 pontos)		"Não confuso", mas com alto risco de confusão
<b>NEECHAM TOTAL (0-30 pontos)</b>		"Não confuso", ou função normal

Boa Tarde Profª Maria Zita

Desde já agradeço o interesse no uso da escala de **Confusão NeeCham**. Da minha parte não haverá qualquer problema em autorizar o uso da escala na realização da investigação.

Aproveito também para enviar a versão final da escala de confusão, assim como a dissertação que talvez possam auxiliar em alguma coisa que necessite.

Irei também enviar daqui a pouco as instruções sobre o uso da escala. Naturalmente qualquer dúvida estarei disponível para ajudar. Se precisar do meu contacto telefónico, é o seguinte: 916217236

Cumprimentos e bom trabalho,  
Hugo Neves

(Autorização enviada por e-mail)

Coimbra, 25 de Maio 2010



## **ANEXO III**

Consentimento das comissões de ética das instituições de saúde para a recolha de dados

---







Exm<sup>a</sup> Senhora Enfermeira  
M<sup>a</sup> Zita Pires Castelo Branco  
Rua Cidade de Vila Real, n<sup>o</sup> 2  
Lordelo  
500 – 174 Vila Real

**Assunto:** *Autorização para realização de estudo / projecto de investigação*

Exm<sup>a</sup> Senhora

Conforme informação dada telefonicamente, vimos confirmar a autorização para o estudo de investigação que pretende realizar na nossa instituição.

Desejando o maior sucesso, subscrevemo-nos

Pela Directora



Exm<sup>o</sup>(<sup>a</sup>) Senhor(<sup>a</sup>)  
**Maria Zita Pires Castelo Branco**  
Docente da Escola Superior de Enfermagem  
Vila Real

---

**ASSUNTO:** Projecto de investigação

---

Conforme parecer emitido pela Comissão Ética em 30/06/10, o Conselho de Administração em 06/07/10, decidiu autorizar o pedido de realização do estudo/projecto de investigação com o tema "**O Bem estar espiritual da pessoa doente em contexto hospitalar**".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 7 de Julho de 2010

O PRESIDENTE DO  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

---

Carlos Vaz

/HV

Exm<sup>o</sup>(a). Senhor(a):  
D. Maria Zita Pires Castelo Branco  
Rua Cidade de Vila Real, n.º2  
Lordelo  
5000 - 174 VILA REAL

---

ASSUNTO: **PEDIDO DE PRORROGAÇÃO.**

---

V/ REFERÊNCIA


Em resposta ao seu pedido, para prorrogação do período de autorização para realização de estudo/projecto de investigação, concedido em Julho de 2010, informo que o mesmo está autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 20.12.2010

Doc n.º 1085/2010 - D.E.

A ENFERMEIRA DIRECTORA

  
*Antonieta Lomba Alves*  
(Vogal)

## **ANEXO IV**

Questionário de recolha de dados e consentimento dos autores

---



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DAS CIENCIAS DA SAÚDE**  
**PORTO**

Exmo. Sr. / Sr.<sup>a</sup>

Este questionário tem como objetivo realizar um estudo para avaliar o bem-estar espiritual das pessoas hospitalizadas.

Não existem respostas verdadeiras, nem falsas, bem como as suas respostas serão confidenciais.

Se, por qualquer motivo, não quiser participar neste estudo, tem todo o direito de o fazer, nós agradecemos de igual forma a sua disponibilidade.

Muito obrigada pela sua atenção

ID. 

## Parte I Caracterização

	(Não preencher)
1. <b>Sexo:</b> Masculino <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> Feminino <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub>	1. <input type="checkbox"/>
2. <b>Idade:</b> <input type="text"/> anos	2. <input type="checkbox"/>
3. <b>Estado civil:</b> Casado <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> Solteiro <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub> Viúvo <input type="checkbox"/> <sub>(3)</sub> Divorciado <input type="checkbox"/> <sub>(4)</sub> União de facto <input type="checkbox"/> <sub>(5)</sub> Outro <input type="checkbox"/> <sub>(6)</sub>	3. <input type="checkbox"/>
4. <b>Escolaridade:</b> Não sabe ler nem escrever <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> 1º Ciclo (4º ano) <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub> 2º Ciclo (6º ano) <input type="checkbox"/> <sub>(3)</sub> 3º Ciclo (9º ano) <input type="checkbox"/> <sub>(4)</sub> Secundário (12º ano) <input type="checkbox"/> <sub>(5)</sub> Ensino superior <input type="checkbox"/> <sub>(6)</sub>	4. <input type="checkbox"/>
5. <b>Situação laboral:</b> Trabalhador dependente <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> Trabalhador por conta própria <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub> Desempregado <input type="checkbox"/> <sub>(3)</sub> Reformado <input type="checkbox"/> <sub>(4)</sub> Doméstica <input type="checkbox"/> <sub>(5)</sub> Estudante <input type="checkbox"/> <sub>(6)</sub>	5. <input type="checkbox"/>
6. <b>Profissão</b> _____	6. <input type="checkbox"/>
7. <b>Coabitação?</b> Só <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> Pais <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub> Filhos <input type="checkbox"/> <sub>(3)</sub> Conjugue <input type="checkbox"/> <sub>(4)</sub> Outro familiar <input type="checkbox"/> <sub>(5)</sub> Outras pessoas <input type="checkbox"/> <sub>(6)</sub>	7. <input type="checkbox"/>
8. <b>Residência ( Concelho):</b> _____	8. <input type="checkbox"/>
9. <b>Proveniência:</b> Rural <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> Urbana <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub>	9. <input type="checkbox"/>
10. <b>Professa uma religião:</b> Sim <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> Não <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub>	10. <input type="checkbox"/>
10.1 <b>Especifique</b> _____	11. <input type="checkbox"/>
11. <b>Motivo de hospitalização:</b> _____	12. <input type="checkbox"/>
11.1. <b>Tempo de hospitalização:</b> _____ dias	13. <input type="checkbox"/>
12. <b>Tipo de doença:</b> Aguda <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> Crónica <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub>	14. <input type="checkbox"/>
13.. <b>Sintomatologia :</b> _____ _____ _____	15. <input type="checkbox"/>
14. <b>Comorbilidade:</b> _____ _____	16. <input type="checkbox"/>
15. <b>Preenchimento do questionário:</b> Sem ajuda <input type="checkbox"/> <sub>(1)</sub> Com ajuda <input type="checkbox"/> <sub>(2)</sub>	17. <input type="checkbox"/>

ID.

## QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

**Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.**

**1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

**2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:**

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

**3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?**

*(Por favor assinala com um círculo um número em cada linha)*

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. <b>Actividades violentas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes .....	1	2	3
b. <b>Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa .....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia ....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada .....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas .....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou balçar-se .....	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km .....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros .....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros .....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992, New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.  
 Copyright: © 1997, Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

Nonhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade? .....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a? .....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia? .....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a? .....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz? .....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a? .....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros .....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa .....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar .....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima .....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

## PARTE III

### Escala de Avaliação Espiritual

Por favor assinale a resposta que melhor identifica a sua crença pessoal relativamente a cada afirmação.

(Não preencher)

#### A - Fé Pessoal:

1. Há um Ser Supremo, ou Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 1.

2. Eu estou em paz com Deus:

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 2.

3. Confio que Deus olha por mim.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 3.

4. Recebo força e conforto das minhas crenças espirituais.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 4.

5. Acredito que Deus se interessa por todas as atividades da minha vida.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 5.

6. Creio que Deus cuidará do futuro.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 6.

7. As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 7.

#### B- Prática Religiosa:

1. Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 1.

2. Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 2.

3. Encontro mais satisfação em atividades motivadas pela religião do que em serviços religiosos, por exemplo trabalho voluntário ou ajudar os outros.

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 3.

ID:

(Não preencher)

**4. Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 4.

**5. Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 5.

**6. A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 6.

**7. Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 7.

**A. Paz Espiritual:**

**1. Experimento dor associada com as minhas crenças espirituais.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 1.

**2. Sinto-me “longe” de Deus.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 2.

**3. Tenho medo que Deus possa não tomar conta das minhas necessidades.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 3.

**4. Fiz algumas coisas que temo que Deus não possa perdoar-me.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 4.

**5. Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 5.

**6. Sinto que perdi o amor de Deus.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 6.

**7. Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus.**

Concorda totalmente <sub>(1)</sub> Concorda <sub>(2)</sub> Indeciso <sub>(3)</sub> Discorda <sub>(4)</sub> Discorda totalmente <sub>(5)</sub> 7.

Ex.ma Senhora Dr.<sup>a</sup>

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

*Carta enviada por correio electrónico*

Boa tarde Exma. Sr<sup>a</sup> Professora M<sup>a</sup> Zita Castelo Branco!

De acordo com o solicitado, claro que tem a minha autorização para utilizar a Escala de Avaliação Espiritual por mim validada para a população portuguesa, no Mestrado em Enfermagem - 1<sup>a</sup> Edição, da Universidade Católica Portuguesa!

Se precisar de mais alguma coisa, diga, terei todo o gosto em ajudar!  
Apenas gostaria, se faz favor, e, se possível, saber os resultados do seu estudo)  
Desejo-lhe muito boa sorte para o seu projecto de Doutoramento em Enfermagem.

Sem outro assunto e com os melhores cumprimentos,

Ana Caramelo

(autorização enviada a través de e-mail)

## **ANEXO V**

Informação para os participantes e consentimento informado

---



## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Exmo. Sr. / Sr.<sup>a</sup>

O estudo “O Bem-estar espiritual da pessoa em contexto hospitalar” tem como objetivo avaliar o nível de bem-estar espiritual das pessoas doentes que estão hospitalizadas e relacioná-lo com a sua percepção subjetiva de saúde.

Para o desenvolvimento deste estudo precisamos da sua colaboração, através do preenchimento de um questionário sobre o seu bem-estar espiritual e a percepção subjetiva de saúde. Na eventualidade de se encontrar impedido/a de o fazer, será ajudado/a pelo investigador.

Antes de dar o seu consentimento para participar no estudo, pode dispor de tempo, para refletir sobre este pedido, se assim o pretender.

O questionário é anónimo e toda a informação disponibilizada será confidencial. No fim do estudo comprometemo-nos a proceder à sua destruição.

Não é previsível que o preenchimento do questionário lhe venha causar desconforto emocional ou outra situação.

A sua participação neste estudo é voluntária. Se por qualquer motivo não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e a qualquer momento poderá retirar-se do estudo, sem que tal comprometa a assistência, que lhe é devida. Nós agradecemos de igual forma a sua disponibilidade.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João, EPE; Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE e Comissão de Ética da Casa de Saúde da Boavista.

Muito Obrigado/a

O investigador principal:

Maria Zita Pires Castelo Branco

## ***DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO***

Eu \_\_\_\_\_ declaro que compreendi a explicação que me foi proporcionada acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de efetuar as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento da informação ou explicação que me foi dispensada, a qual constou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos do estudo e o eventual desconforto. Compreendo, igualmente, que sou livre de a qualquer momento me retirar desde estudo.

Por isso, consinto participar no estudo, autorizando a realização dos respectivos questionários e entrevistas. Mais declaro que me foi dada a possibilidade de tomar conhecimento dos resultados dos dados obtidos, a meu pedido.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Assinatura \_\_\_\_\_

O investigador responsável:

Assinatura \_\_\_\_\_