

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Bem-estar espiritual e satisfação com a vida em utentes portadores de doenças mentais crónicas.

Spiritual well-being and satisfaction with life in users with chronic mental illness.

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu

Autor: Jorge Domingos Arantes da Silva

Porto, 2020

*“O importante não é o que fazem do homem,
Mas o que ele faz do que fizeram dele.”*

Jean-Paul Sartre

Dedicatória

À minha noiva e aos meus pais, pilares da minha vida e para a vida.

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação pode resumir-se a um longo e sinuoso caminho, repleto de momentos de ânimo e desânimo, de paragens, quer no espaço, quer no tempo. Percurso onde contei com apoios importantes e enriquecedores aos quais demonstro a minha gratidão.

A todos os participantes neste estudo, pela contribuição e partilha, que não só permitiram a realização deste trabalho, mas também me enriqueceram pessoal e profissionalmente.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, pela partilha de conhecimento, ao rigor e orientação, sem as quais não seria possível a realização deste trabalho, ao apoio e reforço positivo em momentos de dificuldade e desânimo.

Aos meus pais, que são os pilares na minha vida, pelo amor e presença constantes, que sempre me incentivam no meu processo de crescimento e mantendo-me no rumo certo.

À minha noiva, que é o pilar para a vida, por todo o amor, apoio e paciência, pelo incentivo nos momentos de desânimo, pela ajuda aquando dos obstáculos que me deparei neste percurso.

Com a perfeita noção de que são as peças essenciais deste puzzle, que sem vocês este percurso seria muito mais difícil.

Um sincero e enorme obrigado a todos!

Lista de siglas

APA – American Psychiatric Association;

AVD's – Atividades de Vida Diárias;

BMLSS - Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale;

BSI - Inventário breve de sintomas;

CNRSSM – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental;

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto;

EESM- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana;

IBM - International Business Machines;

IRD / DUREL – Duke Religious Index;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

R-COPE - Religious coping;

SBI – 15R - Spiritual Beliefs Inventory;

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida;

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences;

SWBQ - Spiritual Well-being Questionnaire;

SWBS - Spiritual Well-Being Scale;

WHO – World Health Organization.

Resumo

A doença crónica em geral e a doença mental crónica, em particular, podem colocar em causa a qualidade de vida da pessoa, a sua independência no autocuidado e a forma como interagem com o meio ambiente. Há diversas estratégias pessoais ou assistenciais que ajudam a pessoa com doença crónica a ajustar-se e gerir eficazmente a situação de doença. Diversos estudos identificam a espiritualidade como variável mediadora a considerar no processo assistencial e na promoção de uma saúde mental positiva.

Silva (2013) sugere que a espiritualidade deve ser tida em conta na compreensão e no tratamento de doentes do foro mental, designadamente dos que remetem para *distress* psicológico. Garret (2010) concluiu que a espiritualidade interferia nos processos de ajustamento à doença em pessoas com maior envolvimento religioso e estudou o papel das variáveis "apoio social" e "estratégias de coping" nas experiências de doença física ou mental.

Este estudo parte da necessidade de saber, na população em estudo, se existe uma associação entre o bem-estar espiritual, a satisfação com a vida e o *distress* psicológico em utentes portadores de doenças mentais crónicas.

Os participantes foram utentes portadores de doenças mentais crónicas, sendo que a nossa amostra é constituída por 151 utentes em contexto hospitalar e comunitário. Para a recolha de dados utilizamos um protocolo que compreende diversos instrumentos: um questionário sociodemográfico, a escala SHALOM – Spiritual Well-being Questionnaire (SWBQ), Satisfaction with life (Bussing) – Brief multidimensional Life Satisfaction Scale – (BMLSS), BSI – Inventário de sintomas psicopatológicos e o questionário de adesão ao regime terapêutico MORISKY. O presente estudo, de natureza quantitativa, está inserido num projeto mais amplo em curso na ESEP subordinado ao tema: "PSY-SC - Avaliação do *distress* psicológico e dimensões espirituais em utentes portadores de doenças crónicas".

Em geral, os participantes deste estudo manifestavam sintomas de *distress* em percentagem superior à calculada para a população portuguesa. Cerca de 64.9% da amostra refere uma baixa percepção de qualidade de vida. Verificamos, neste estudo, diversas correlações significativas ($p < 0.05$) entre o Bem-estar Espiritual e o *distress* psicológico e ainda que a espiritualidade/religiosidade interfere de maneira positiva no ajustamento à doença e enfrentamento de obstáculos e dificuldades da vida, fortalece a resiliência do paciente e melhora a sua qualidade de vida.

A importância deste estudo reside na necessidade de delinear intervenções enquanto enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria que traduzem num aumento do bem-estar e da qualidade de vida dos utentes portadores de doenças mentais crónicas, que devem incluir uma avaliação das necessidades espirituais no contexto de uma avaliação sociocultural mais ampla. Estas intervenções, quando dirigidas a utentes com doença mental crónica, traduzem-se na redução do *distress* e no aumento do bem-estar e da qualidade de vida dos utentes.

Palavras-chave: *Distress*; Espiritualidade; Saúde Mental; Religião; Bem-estar.

Abstract

Chronic illness in general and chronic mental illness in particular can jeopardize the person's quality of life, their independence in the self-care and the way they interact with the environment. There are several personal or care strategies that help people with illness to adjust and effectively manage the disease. Several studies identify spirituality as a mediator to consider in the care process and in the promotion of positive mental health.

Silva (2013) suggests that spirituality should be taken into account in understanding and treatment of mental patients, namely that refer to psychological *distress*. Garret (2010) concluded that spirituality interfer in the disease adjustment processes in people with greater religious involvement and studied the role of variables "social support" and "coping strategies" in physical and mental illness experiences.

This study starts from the need to know, in the study population, if there is an association between spiritual well-being, satisfaction with of life and psychological *distress* in patients with mental illness chronicles. The participants were people with chronic mental illnesses.

Our sample consists of 151 participants in a hospital and community context. For data collection we use a protocol that comprises several instruments: a sociodemographic questionnaire, the SHALOM scale-Spiritual Well-being Questionnaire (SWBQ), Satisfaction with life (Bussing) - Multidimensional Brief Life Satisfaction Scale - (BMLSS), BSI - Inventory of psychopathological symptoms and the adherence questionnaire to the therapeutic regimen MORISKY. The present study, of a quantitative nature, is part of a broader project underway at ESEP on the theme: "PSY-SC - Assessment of psychological *distress* and spiritual dimensions in users with chronic diseases".

In general, participants in this study manifested symptoms of *distress* in a percentage higher than that calculated for the Portuguese population. About 64.9% of the sample reported a low perception of quality of life. In this study, we verified several significant correlations ($p < 0.05$) between spiritual well-being and psychological *distress* and even though spirituality / religiosity interferes positively in the adjustment to the disease and facing obstacles and difficulties of life, strengthens the patient's resilience and improves his quality of life.

The importance of this study resides in the need to outline interventions as specialist nurses in mental health and psychiatry that increase well-being and people's with chronic mental illness quality of life, which should include an assessment of spiritual needs in the context of an wider socio-cultural assessment. These interventions, when addressed to people with chronic mental illness, can reduce the *distress* and promote an increasing well-being and quality of life.

Keywords: *Distress*; Spirituality; Mental health; Religion; Welfare.

Índice

INTRODUÇÃO	15
1. DOENÇAS CRÓNICAS: O CASO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS	19
1.1. Conceito de doença crónica.....	19
1.2. Transição para a vivência com doença crónica.....	22
1.3. Problemática da gestão de sinais e sintomas e adesão ao regime terapêutico	27
2. ESPIRITUALIDADE: QUE INTERVENÇÕES NA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA?	37
2.1. A doença crónica em saúde mental e psiquiatria	39
2.2. Intervenção específica na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria	43
2.3. Breve revisão da literatura sobre o recurso à espiritualidade como mediadora	48
3. ENQUADRAMENTO METOLÓGICO	57
3.1. Tipo de estudo	57
3.1.1. Objetivos	57
3.1.2. Questões orientadoras e hipóteses de investigação	58
3.1.3. Operacionalização das variáveis	59
3.4. Instrumentos de recolha de dados colheita de dados	60
3.5. População/Amostra	61
3.6. Contexto.....	62
3.7. Princípios Éticos	62
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	65
4.1. Dados sociodemográficos	65
4.2. Qualidade de vida	69
4.3. Adesão ao regime terapêutico.....	71
4.4. Análise inferencial.....	71
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
6. CONCLUSÃO	81
BIBLIOGRAFIA.....	85
ANEXOS	93
Anexo 1 - Consentimento Informado	
Anexo 2 - Questionário de necessidades espirituais (PSY-SC)	
Anexo 3 - Instrumento de colheita de dados	

Índice de quadros

Quadro 1 – Idade e Género.....	65
Quadro 2 - Nacionalidade.....	65
Quadro 3 – Estado Civil.....	66
Quadro 4 – Educação.....	66
Quadro 5 – Emprego.....	66
Quadro 6 – Profissão.....	67
Quadro 7 – Origem do rendimento.....	67
Quadro 8 – Considera-se uma pessoa religiosa.....	67
Quadro 9 – Religiões.....	68
Quadro 10 – É portador de doença que requeira acompanhamento médico?.....	68
Quadro 11 – Se Sim, com que periodicidade.....	68
Quadro 12 – Toma medicação habitualmente.....	68
Quadro 13 – Tem alguma atividade recreativa.....	69
Quadro 14 – Pratica alguma atividade física.....	69
Quadro 15 – Se pratica qual.....	69
Quadro 16 – Dependência nos autocuidados.....	69
Quadro 17 - Tem cuidador informal.....	69
Quadro 18 – Correlação de Pearson BSI X Bussing BMLSS.....	70
Quadro 19- Percepção da qualidade de vida.....	70
Quadro 20 – Correlação de Distress e Bem-estar espiritual	71
Quadro 21 – Adesão ao regime terapêutico (Morisky).....	71
Quadro 22 – Correlação de sintomas.....	71
Quadro 23 – Análise descritiva do BSI.....	73
Quadro 24 - Análise descritiva dos dados do BSI.....	73

INTRODUÇÃO

A realização do presente estudo de investigação insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação do Professor Doutor Wilson de Correia Abreu, e tem como tema “Avaliação do *distress* psicológico e das dimensões espirituais em utentes portadores de doença crónica”. Que integra um projeto mais amplo da ESEP designado por “ *Avaliação do distress psicológico e dimensões espirituais em utentes portadores de doença crónica – um estudo comparativo na Lituânia, Portugal, Brasil, Lituânia, Croácia, Irão e Egipto.*”.

Escolhemos para tema deste nosso estudo a avaliação do *distress* psicológico e das dimensões espirituais em utentes portadores de doença crónica. Entre outros, um dos objetivos centrais consistiu em estudar correlações entre espiritualidade, satisfação com a vida e *distress* psicológico em utentes portadores de doenças mentais crónicas. Muito se fala em considerar as dimensões espirituais, mas estas ainda estão pouco estudadas na esfera da saúde mental.

As doenças crónicas confrontam frequentemente a pessoa com a necessidade de questionar o sentido e o significado da vida. Professando ou não uma determinada religião, a pessoa manifesta um conjunto de necessidades que Bussing (2010) coloca na esfera espiritual: necessidade de reflectir sobre a vida, necessidade de partilhar medos e receios, possuir tempo suficiente para admirar coisas que considera significativas na vida, estar com as pessoas queridas... Várias pessoas com doença crónica possuem compromisso no autocuidado e dependem de recursos externos de ajuda, tal como profissionais de saúde. Contudo, muitas buscam em entidades em que acreditam uma resposta para o medo, sofrimento ou angústia que sofrem.

Diversos estudos, dos quais falaremos ao longo deste estudo, têm mostrado que espiritualidade / religiosidade podem ser fontes de ajuda, no qual as pessoas confiam. A maior parte destes estudos refere uma associação entre a espiritualidade, a saúde e a qualidade de vida e seu potencial para ajudar a prevenir, tratar ou lidar com a doença.

Qual a relevância da espiritualidade para a assistência em saúde mental?

Existe uma interação complexa entre saúde mental e espiritualidade. Um estudo realizado no Brasil com 168 utentes com transtorno bipolar concluiu que a espiritualidade foi considerada importante na vida dos participantes (84%). Variáveis de natureza espiritual (apoio de uma comunidade religiosa, busca de significado para a vida) estavam fortemente associados a menos sintomas depressivos e melhor qualidade de vida (Stroppa e Moreira-Almeida, 2013). A espiritualidade surgiria assim como uma variável de saúde mental positiva para os sujeitos.

A pertinência deste estudo centra-se na necessidade de delinear as intervenções enquanto enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria que traduzem num aumento do bem-estar e da qualidade de vida dos utentes portadores de doenças mentais crónicas.

O presente estudo, de natureza quantitativa, está inserido num projeto mais amplo em curso na ESEP subordinado ao tema: “Avaliação do *distress* psicológico e dimensões espirituais em utentes portadores de doenças crónicas – um estudo comparativo. O estudo decorre na Lituânia, Portugal, Croácia, Irão Egípto e Brasil.

Perceber quais as condições socio-clínicas da população, fazer o desenho de características da população, as condições sociais, distribuição demográfica e agregado familiar bem como o estadió da sua doença e a sua satisfação com a vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), são as doenças crónicas a causa de cerca de 70% de todos os óbitos a nível global, correspondendo aproximadamente a 37 milhões de mortes, estando a si associadas elevadas despesas, não apenas pelas referidas perdas mas também pela elevada disfuncionalidade que lhe está associada.

Sendo esta uma crescente preocupação a nível mundial torna-se premente perceber quais as estratégias utilizadas pelos portadores de doenças crónicas para a sua percepção de bem-estar, atendendo a que a espiritualidade se torna um suporte relevante para a sua obtenção.

De salientar a valorização da dignidade humana, sendo que é uma preocupação que não é recente, apenas recentemente se torna foco de acção, estando associada à saúde. A Amnistia Internacional, na Carta dos Direitos Humanos, de 1948, no seu preambulo refere que a dignidade é algo inerente a todos os membros da família humana, sendo que há uma igualdade de direitos e de liberdade entre todos., refere ainda que é essencial o encorajamento ao desenvolvimento de relações amistosas. Desta forma, esta torna-se uma

preocupação aquando da realização deste trabalho, há um tratamento indiferenciado no que concerne ao género, nacionalidade, cultura, religião e situação patológica.

Sendo ainda relevante a preservação da identidade dos indivíduos que integram o estudo garantindo um tratamento digno da informação concedida, na busca de respostas que melhorem a sua qualidade de vida, que dê respostas às suas necessidades pessoais, sociais e clínicas, e que permitam um crescente na criação de conhecimento e promovendo o processo evolutivo profissional de especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Definiram-se os seguintes objetivos para o seguinte estudo:

- a) Avaliar as evidências e produção científica sobre espiritualidade na área da saúde, designadamente em utentes portadores de doenças mentais crónicas;
- b) Descrever a vivência espiritual dos participantes envolvidos no estudo;
- c) Avaliar a satisfação e perspetivas perante a vida em utentes portadores de doenças mentais crónicas;
- d) Avaliar a presença de *distress* psicológico nos utentes participantes no estudo;
- e) Identificar correlações entre espiritualidade, satisfação com a vida e o *distress* psicológico em utentes portadores de doenças mentais crónicas.

Segundo Fisher (2009), que cita Muldoon e King (1995), a espiritualidade poderá ter uma multiplicidade de significados sendo que este depende do indivíduo e de todo o seu contexto sociodemográfico e cultural. Sendo que segundo o mesmo autor este ainda retém uma certa ambiguidade a sua aplicação remete-se sempre para a descoberta, experimentação e vivência de cada um.

Espiritualidade e religiosidade são realidades distintas. Para a Organização Mundial de Saúde, por exemplo, a espiritualidade remete para o sentido de conexão, propósito, transcendência e valores (Vilhena, Pais-Ribeiro, Silva, Pedro, Meneses, Cardoso, Silva, & Mendonça, 2014), focando-se na busca individual de um sentido e propósito para a vida (Chiu et al, 2004) e no coping face a eventos adversos.

Garret (2010) concluiu que a espiritualidade interferia nos processos de ajustamento à doença em pessoas com maior envolvimento religioso e estudou o papel das variáveis "apoio social" e "estratégias de coping" nas experiências de doença física ou mental. Silva (2013) sugere que a espiritualidade deve ser tida em conta na compreensão e no tratamento de doentes do foro mental.

O estudo da religião e da espiritualidade permitem um conhecimento mais completo do ser humano (Hill, Pargament, Hood, McCullough, Swyers, Larson, & Zinnbauer, 2000) vários têm sido os estudos que exploram a relação entre espiritualidade e saúde. Hill et al. (2000) reuniram algumas características destes dois constructos que justificam a sua importância.

Religião e espiritualidade desenvolvem-se durante toda a vida das pessoas, são fenómenos psicossociais, têm relação com os processos cognitivos, afetos e emoções das pessoas e são também bastante relevantes no estudo da personalidade (Gouveia, 2016).

O trabalho de investigação está dividido em quatro partes: primariamente encontra-se o enquadramento conceptual designado de *Doenças Crónicas: o caso das doenças mentais*, na qual consta a revisão da literatura que deram suporte à temática.

No segundo capítulo completa o enquadramento conceptual, designa-se por: *Espiritualidade: que intervenções na saúde mental e psiquiatria*, onde estão presentes os subcapítulos relativos aos conceitos de *doença crónica em saúde mental e psiquiatria*; *Intervenções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e ainda uma Breve revisão da literatura acerca do recurso à espiritualidade como mediador*.

No terceiro capítulo consta o enquadramento metodológico, onde estão presentes os subcapítulos relativos ao tipo de estudo onde se encontram delineados os objetivos do trabalho e as questões orientadoras; a população/amostra; o instrumento de colheita de dados com a operacionalização das variáveis; o contexto e princípios éticos.

A quarta, e última parte, deste trabalho visa apresentar e discutir os resultados obtidos.

1. DOENÇAS CRÓNICAS: O CASO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS

O conceito “doença crónica” é utilizado para descrever a alteração do estado de saúde e, conforme descreve OMS (2012), as doenças crónicas são “doenças de duração prolongada e progressão lenta”. As doenças crónicas estão relacionadas com múltiplas causas e caracterizam-se pela evolução gradual, com prognóstico, muitas vezes, incerto, com longa ou indefinida duração e podem afetar as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas da pessoa (Machado, 2009).

1.1. Conceito de doença crónica

Nas últimas décadas surgiram algumas alterações nas doenças que prevalecem na população, verificando-se um aumento significativo das pessoas com doenças crónicas, sendo que, a WHO (2013), afirma que, as doenças crónicas são a maior causa de mortalidade no mundo, estimando-se que 63% das mortes que ocorreram em 2008 decorreram de doentes com patologia crónica compreendendo, principalmente, doenças cardiovasculares (48%), cancro (21%), doenças respiratórias crónicas (12%) e diabetes (3,5%). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a morte por doença crónica aumentará para 55 milhões até 2030, sendo necessário um aumento das ações preventivas e implementar intervenções de prevenção e controlo das doenças crónicas. Verificando-se assim um aumento do número de pessoas com doença crónica.

O conceito de doença crónica não é um conceito recente, Blanchard (1982) refere que o diagnóstico de doença crónica envolve a existência de uma doença prolongada que deve ser orientada/gerida uma vez que necessitam de cuidados permanentes/contínuos. Indo ao encontro do preconizado mais recentemente por Silva, Peixoto, Souza, Santos e Aguiar (2018) que acrescentam ainda, que as doenças crónicas raramente têm cura e como tal interferem na duração e qualidade de vida das pessoas, tendo em conta que causam incapacidade e limitações quer na saúde física, quer na saúde mental.

Conforme decretado na alínea f) do artigo n.º3 do Decreto-Lei n.º 101/2006, Junho de 2006 a doença crónica define-se enquanto “... doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada”.

Segundo OMS (2009) as doenças crónicas transportam consigo algumas características que se tornam alarmantes para a sociedade, nomeadamente:

- a. O aumento, em todo o mundo, de doentes crónicos dá origem a preocupações não só a nível económico, mas também social, pelo seu impacto a estes níveis;
- b. Constatam-se preocupações e desafios para os sistemas de saúde no que à sua eficácia e eficiência diz respeito;
- c. Acarretam diversas consequências quer económicas, quer sociais e ameaçam os recursos de saúde dos diferentes países;
- d. Requerem mudança e inovação por parte dos governantes de todos os países.

Neste seguimento podemos afirmar que as doenças crónicas produzem, atualmente, um grande impacto na saúde a nível mundial representando, assim, uma notável sobrecarga económica dos serviços de saúde.

Ser permanente, produzir incapacidade, provocar alterações patológicas irreversíveis, exigir uma adaptação/formação especial do doente para a reabilitação e exigir períodos longos de supervisão, observação ou cuidados são atributos que caracterizam a doença crónica podendo, desta forma, as patologias que integram as doenças crónicas apresentar uma ou mais destas particularidades (WHO, 2003).

De destacar que, segundo WHO (2013), existem fatores de risco associados ao surgimento da doença crónica, nomeadamente, o consumo de álcool excessivo, o tabagismo, a inatividade física e a ausência de hábitos alimentares saudáveis.

Em contrapartida, podem-se apresentar como fatores de risco metabólicos a hipertensão arterial, a obesidade, a hiperglicemia e a hiperlipemia. A etiologia da doença

crónica pode ser diversificada, sendo que algumas têm a sua origem na base genética e outras são adquiridas ao longo da vida.

Como supracitado, a doença crónica pode afetar o doente a nível físico, psíquico, comportamental e espiritual e o impacto do estado de saúde do cliente pode também influenciar a sua família e os seus cuidadores (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, 2012).

Desta forma, a doença crónica exige uma reestruturação, tendo em conta que o cliente e os seus familiares, pessoas significativas e cuidadores têm que aprender a viver e a gerir a situação de doença.

Segundo Strauss (cit. por Bolander, 1998) a prevenção e o controlo de crises, a gestão das terapêuticas prescritas, o controlo de sintomas, a prevenção do isolamento social, a adaptação à situação de doença, a normalização do quotidiano e o controlo do tempo são problemas adjacentes aos doentes crónicos, que frequentemente conduzem a elevados níveis de *stress* e à dificuldade de adaptação.

O *stress* e a inadaptação à nova situação de saúde poderá provocar no doente crónico uma baixa auto-estima, dificuldades cognitivas, tristeza, ansiedade, depressão, preocupação, desmotivação, desesperança em relação ao futuro e, muitas vezes, a um quadro de isolamento.

Considera-se fundamental que o doente crónico passe por um processo de adaptação psicológico, tendo sempre em conta a personalidade do doente, sendo necessário o profissional de saúde focar-se nos aspetos inerentes ao cliente para que, desta forma, possa ajudá-lo a gerir os seus sentimentos, emoções e comportamentos com o intuito de adoptar atitudes e práticas de aceitação no que diz respeito à sua situação atual.

Segundo Stanton, Revenson e Tennen (2007) existem três aspetos consensuais na literatura no concernente à doença crónica, nomeadamente:

a-Acarreta ajustes nos múltiplos domínios da vida;

b-Desenvolve-se ao longo do tempo, sendo necessário adaptações inerentes a este desenvolvimento;

c-Sendo esta marcada pela heterogeneidade das pessoas portadoras da doença e pela forma como cada um se adapta à situação de doença.

A Organização Mundial de Saúde salienta que uma forma de controlar as doenças crónicas é focar-se na redução dos fatores de risco a si associados devendo-se monitorizar o progresso e as tendências das doenças não transmissíveis e o seu risco com o intuito de promover as intervenções adequadas de forma a prevenir e controlar. As patologias crónicas estabelecem-se enquanto desafio para os profissionais da área da saúde, uma vez que, deverão identificar novas estratégias de atuação.

1.2 Transição para a vivência com doença crónica

Em simultâneo com o aumento da esperança média de vida está associado ao aumento de pessoas em situação de dependência e com doença crónica.

Com o aparecimento de uma doença crónica, a pessoa experiencia alterações que vão além da esfera biológica. Tal facto significa que os diversos eventos que decorrem ao longo da vida das pessoas exigem respostas, para que as mesmas possam ultrapassar momentos de instabilidade, variação da auto-estima, depressão e insegurança, uma vez que aliado às mudanças que ocorrem durante a transição verifica-se a necessidade de lidar com limitações, frustrações e perdas.

A transição define-se enquanto processo que decorre no tempo e que envolve mudanças na vida da pessoa, influenciando a forma como percebe o seu mundo interno e externo.

Meleis (2010) na conceptualização dos processos de transição refere que estes se caracterizam por fases dinâmicas e que se podem definir pelos processos ou pelos resultados finais.

Na perspetiva de Chick e Meleis (1986) o processo de transição pode ter o seu início em contextos ou circunstâncias que ultrapassam o controlo individual ou, por outro lado, pode advir de eventos que resultam da vontade intencional da pessoa, como são exemplo, o casamento, a mudança de emprego, a mudança de casa, a gravidez, entre outros. Para os autores supracitados, o processo de transição está associado ao tempo e ao movimento. Segundo os autores, a transição é uma passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação. Este processo leva à incorporação e adaptação das alterações no

modo de viver com consequente orientação e definição do modo de ser e de estar do sujeito que a vive (Chick & Meleis, 1986; Kralik, Visentin, & Van Loon, 2006).

Neste contexto pode caracterizar-se as transições enquanto processos de movimento e mudança que são indispensáveis ao desenvolvimento pessoal do qual resulta a incorporação de novos conhecimentos e a adoção de novos comportamentos que conduz a mudanças de identidades, alterações de papéis e relações interpessoais (Meleis, Sawyer, Im, Hilfiger, & Schumacher, 2000).

Na ótica de Chick & Meleis (1986) existem três características que são transversais às transições, nomeadamente, o processo, a perceção e a rutura, o que significa que este processo se pode caracterizar por ser organizado numa determinada sequência que resulta em três fases fundamentais: a entrada, a passagem e a saída. Assim, pode descrever-se o processo da transição enquanto processo que ocorre ao longo de um tempo, não tendo limites definidos, sendo a sequência invariável. Este processo é variável e depende não só do ambiente em que o sujeito se encontra inserido, mas também das características do indivíduo, uma vez que influencia as respostas aos eventos e, consequentemente, os resultados da transição.

Parafraseando Schumacher, Jones & Meleis (1999) a transição é demarcada por diversos pontos de viragem e requerem, frequentemente, reestruturação na gestão familiar, económica e de manutenção da saúde.

Na ótica de Meleis (2010) as respostas ao processo de transição, são sempre influenciadas pelos contextos, eventos e fatores biológicos. No que diz respeito às condições pessoais que influenciam o processo de transição podemos enumerar os significados – que dizem respeito às interpretações que cada um faz da realidade que o envolve e a experiência, sendo que na doença crónica é necessário a pessoa rever os significados que atribui a muitos aspetos da sua vida; as crenças e atitudes culturais; o estatuto socioeconómico; e, por último, o nível de preparação e o nível de conhecimento / habilidade (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006).

São diversas as experiências de transição que podem tornar o sujeito vulnerável e Meleis (2010) define, neste contexto, quatro tipos de transição, nomeadamente, saúde/doença, desenvolvimento, situacional e organizacional. A transição saúde/doença está associada à alteração da condição de saúde, o que significa que o sujeito passa de um estado saudável para um estado de doença crónica ou vê agravada a sua condição de saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). A transição por desenvolvimento está relacionada com as

fases de desenvolvimento quer individual, quer familiar (por exemplo: a passagem à adolescência e o envelhecimento). Por outro lado, o processo de transição situacional está ligado a eventos que carecem de definição ou redefinição dos papéis do sujeito socialmente integrados e/ou família. Por último, a transição organizacional envolve as alterações relacionadas com o ambiente, quer social, quer político, quer económico.

No decorrer do presente trabalho iremos focar-nos, principalmente, na transição saúde/doença, mas é na nossa ótica importante referir que consideramos que apenas do ponto vista teórico é possível separar este tipo de transição das demais uma vez que muitas vezes se pode constatar que uma pessoa pode experienciar múltiplas transições ao mesmo tempo.

Meleis, Sawyer, Im, Hilfiger & Schumacher (2000) enumeram enquanto propriedades comuns em distintas experiências de transição as seguintes:

- a. A consciencialização que está interligada com o grau de consciência por parte do sujeito que se encontra em transição e está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. O grau de consciência é variável podendo até não existir. A consciencialização é um fator determinante na integração ou inexistência de integração de cuidados relacionados com o processo de doença e adesão ao tratamento. É frequente a pessoa por desconhecimento ou por não aceitação da situação de doença, minimizar ou ignorar a situação em que se encontra, não percecionando o processo de transição;
- b. O envolvimento revela-se através da busca de apoio quer profissional, como social, económico ou de informação e o envolvimento da pessoa no processo de transição e pode confirmar-se através da disposição da pessoa para o autocuidado. O conceito de envolvimento está assim relacionado com a ideia de participação ativa e empenhada na transição;
- c. A mudança e a diferença são aspetos inerentes ao processo de transição e propriedades essenciais da transição. As transições resultam de mudanças e no que diz respeito a esta propriedade, o enfermeiro na sua prática deve focar a sua atenção na natureza da mudança, temporalidade (momento em que a pessoas ou família reconheceram a necessidade de mudança), importância percebida ou gravidade da situação e as normas e expectativas da pessoa, sua família e sociedade envolvente.

- d. O período de tempo: inicia-se aquando o diagnóstico de doença e varia ao longo do tempo. O processo de transição tem um início e um fim, sendo que o sujeito terá que deixar as suas rotinas e reorganizar uma nova forma de viver.
- e. Pontos e acontecimentos críticos: no processo de transição saúde/doença esta propriedade da transição está relacionada com a consciencialização do diagnóstico de doença ou das implicações que podem advir desta situação. A aceitação caracteriza esta propriedade, uma vez que o sujeito pode não estar motivado ou preparado para aceitar as exigências que advém da situação de doença constatando-se, assim, momentos críticos na transição.

A transição torna-se uma prática específica do enfermeiro quando os eventos relacionados com a situação de saúde – doença e/ou com processos de vida ou quando a adaptação à transição é manifestada através de comportamentos relacionados com a saúde. É fundamental perceber como ocorre a transição após uma mudança forçada, como é exemplo a doença crónica, sendo necessário adequar as estratégias com o intuito de eliminar os fatores que interagem negativamente e enfatizar os favoráveis, tendo em conta, que na transição existem condições facilitadoras e inibidoras deste processo (Kralik, Visentin, & Van Loon, 2006).

Conforme nos expõem Meleis, Sawyer, Im, Hilfiger & Schumacher (2000, pag. 23) “(...) para compreender a experiência do cliente durante a transição, é necessário não ocultar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem o processo de transição”.

A transição saúde/doença caracteriza-se enquanto processo cognitivo, comportamental e interpessoal que decorre no tempo de forma saudável ou não saudável. Meleis (2010) na Teoria Situacional identifica como principais conceitos “a manutenção do autocuidado” e a “gestão do autocuidado” abrangendo os comportamentos de monitorização de sintomas, adesão ao tratamento e a tomada de decisão. O modelo da Teoria Situacional abrange cinco estádios: reconhecimento da mudança do estado de saúde; avaliar o estado da mudança, tomar decisão sobre o caminho a seguir; implementar estratégias de tratamento; e, por último, avaliar a implementação do tratamento, sendo que a primeira fase diz respeito à manutenção do autocuidado centrada na monitorização dos sintomas e da adesão ao tratamento e os restantes estádios relacionam-se com a gestão do autocuidado.

No âmbito do trabalho que se apresenta e na prática de enfermagem é de salientar a importância das estratégias que o enfermeiro disponibiliza para cuidar e apoiar as

pessoas e a necessidade de apoiar os sujeitos no desenvolvimento das habilidades táticas e situacionais (controlo de sintomas – saber como atuar) para alcançarem os seus projetos de saúde e transição saudáveis, sendo fundamental o desenvolvimento de novas perspetivas para os eventos que decorrem, conduzindo a uma mudança na mentalidade e nos valores sociais. Neste contexto é fulcral que a terapêutica de enfermagem assente numa avaliação contínua, onde o plano de cuidados progride conforme o movimento da transição. É fundamental a mobilização de recursos pessoais, familiares e comunitários na terapêutica de enfermagem com o intuito de maximizar a eficiência dos esforços. O enfermeiro, nos dias de hoje, nos cuidados que presta à pessoa com doença crónica, objetiva dar resposta ao sujeito no que diz respeito à doença e aos processos de vida e, também, às transições saúde/doença vivenciadas pela pessoa e sua família.

Viver com uma doença crónica requer por parte da pessoa uma gestão de sintomas, a adaptação às modalidades de tratamento e a integração de novos conceitos para aprender a lidar com as novas exigências da vida diária que advém da situação de doença. Quando surge subitamente uma situação de dependência verifica-se simultaneamente uma rutura com o estilo de vida habitual, do qual resulta uma mudança inesperada e com a qual a pessoa dependente e a sua família tem que aprender a lidar e tem que se adaptar, sendo que a consciência da mudança e a importância percebida do evento, são influenciadas pela interpretação do sujeito.

Para garantir o bem-estar físico-psíquico-social-espiritual, a qualidade de vida e o autocuidado da pessoa com doença, é fundamental apoiar a pessoa durante o processo de transição saúde/doença, entender os processos e desenvolver intervenções adequadas e eficazes.

Para Meleis (2010) existem quatro resultados que se podem obter relacionados com a saúde em processos de transição, nomeadamente: restauração – regresso ao estado de saúde igual ou melhor do que aquele que a pessoa experimentou antes do processo de transição; manutenção – embora a pessoa possa ter uma doença crónica, é um estado estável, em que o cliente consegue conservar um bem-estar, não interferindo no desempenho do seu papel; protecção – implica que a pessoa necessita do apoio de terceiros, para evitar a situação de deterioração ou deficiência; e, por último, a promoção que consiste na capacidade que o cliente tem de se envolver em atividades que aumentam a saúde geral e bem-estar. Assim, de acordo com Meleis (2010), o enfermeiro, ao prestar o cuidado à pessoa com doença crónica tendo por base um modelo de transição, está a

contribuir para o aumento das hipóteses de apoio /ajuda ao cliente, não tendo o seu foco apenas na cura.

Assim, indo ao encontro do preconizado por Meleis (2010), podemos afirmar que viver com uma doença crónica e manter o bem-estar, requer a intervenção enfermeiro em distintas fases e em pontos críticos, podendo concluir-se que o processo de transição termina quando a pessoa regressa a um estado estável.

1.3 Problemática da gestão de sinais e sintomas e adesão ao regime terapêutico

Com o aumento exponencial das doenças crónicas constatou-se a necessidade de modificar as áreas de intervenção no que diz respeito aos sistemas de saúde, no entanto, pode verificar-se que, na atualidade, não estão a dar uma resposta adequada às necessidades emergentes dos doentes crónicos. Segundo McGlynn, Asch, Adams, Keeseey, Hicks & DeCristofaro (2003) os doentes com doença crónica muitas vezes não recebem tratamento ou são mal controlados, como consequência de um sistema fragmentado na prestação de serviços de saúde, sendo que está mal preparado para responder às particularidades destas doenças.

O conceito de intervenção, segundo Suhonen, Valimaki & Leino-Kilpi (2008) destaca a experiência de saúde como individual pelo que a intervenção de enfermagem também deve ser individualizada, adaptada às características individuais com resultados evidenciados na saúde do indivíduo. Destaca ainda o controlo e participação na tomada de decisão pelo próprio indivíduo tendo em conta as suas expectativas a fim de obter consequências desejáveis.

No contexto dos cuidados de saúde na doença crónica, quando se aborda a temática Gestão da Doença, é fundamental enquadrá-lo na cadeia de cuidados de saúde, com o intuito de entender a sua complexidade. Conforme preconiza Louro (2008) a doença crónica não têm cura, o que significa que o seu tratamento tem por base o controlo ou gestão da doença objetivando, desta forma, o alívio dos sintomas, a diminuição do sofrimento e o prolongamento da vida. Tendo em conta que a doença crónica exige um

tratamento contínuo, é imprescindível que o doente adote comportamentos e atitudes que fomentem a consciência para o autocuidado.

Segundo Escoval, Coelho, Diniz, Rodrigues, Moreira e Espiga (2010), em Portugal a adoção das conceções deram origem aos modelos de gestão da doença, tiveram influência no desenvolvimento do modelo experimental de Gestão Integrada da Doença, que integra a gestão clínica da doença, centrada no paciente, pretendendo potenciar a autogestão e a melhoria da prestação dos cuidados de saúde, com o intuito de promover a eficiência e a qualidade. Este modelo pressupõe que os cuidados sejam prestados de forma contínua nos diferentes níveis de cuidados.

Na óptica de Nolte, Conklin, Adams, Brunn, Cadier, Chevreul et. al. (2012) a gestão de doenças crónicas define-se enquanto processo longo, que compreende período de anos ou décadas, pela longevidade da própria patologia. A gestão de doença é, segundo a Care Continuum Alliance, um sistema de cuidados de saúde estruturados em intervenção e comunicação com os doentes, sendo que se designa o autocuidado do doente. O departamento de saúde do Reino Unido destaca a importância da dimensão social que deve incorporar uma intervenção multidisciplinar que integra o suporte social e o médico, na prestação de cuidados ao doente crónico (MHLTC, 2007).

Segundo Nolte, Conklin, Adams, Brunn, Cadier, Chevreul et. al. (2012), a tomada de decisões da avaliação de gestão de doenças crónicas abrange os modelos colaborativos para os cuidados entre todos os intervenientes (médicos, hospitais, laboratórios, farmácias), a educação do doente e, ainda, a monitorização e recolha de dados sobre os resultados do doente para deteção precoce dos riscos associados. Neste contexto importa salientar a relevância do desenvolvimento de um processo colaborativo entre a equipa dos serviços de saúde e o doente crónico na promoção da autogestão com o objetivo de minimizar o impacto da doença no estado de saúde e funcionalidade do cliente, através do desenvolvimento de competências para dar resposta às exigências que advém da situação de doença.

A qualidade dos resultados obtidos no âmbito da prestação de cuidados ao doente crónico não depende única e exclusivamente da equipa e dos serviços prestados, mas também do próprio doente, uma vez que pode ser condicionada pelos comportamentos da pessoa, sendo fundamental o suporte à autogestão do doente no âmbito da Gestão da Doença, nomeadamente, no processo de Gestão Integrada da Doença, uma vez que só com o empenho de todos é possível a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis. Este

princípio encontra-se definido na Carta de Ottawa em 1986, afirmando que a promoção da saúde está diretamente relacionada com o processo de capacitar pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e, conseqüentemente, para melhorarem.

O autocuidado define-se, segundo o Conselho Internacional dos Enfermeiros enquanto atividade executada pelo próprio com as seguintes características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2015).

Na prestação de cuidados a este público-alvo, é comum implementar-se o triângulo de cuidados de Kaiser Permanente, avogando Singh (2008) que o autocuidado - apoio prestado a doentes de baixo risco, para terem um papel preponderante na gestão da própria doença; a gestão da doença – apoio prestado por equipa multidisciplinar a pessoas que estão em risco elevado e que precisam de rotina e de acompanhamento contínuo; e, ainda, o tratamento – apoio prestado a indivíduos com necessidades complexas, conceptualizam os cuidados prestados. Singh (2008) acrescenta, ainda, que associada a esta triangulação surge a gestão do conhecimento que por definição consiste na identificação de grupos de risco através da avaliação de necessidades e recursos disponíveis na população.

Diversos autores defendem que os enfermeiros adquirem um papel crucial e até decisivo nos cuidados prestados aos doentes crónicos uma vez que na sua intervenção com o cliente promovem a educação para a saúde através da promoção da adesão a estilos de vida saudáveis e incentivo à adesão terapêutica, sendo que a doença crónica tem um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas e das suas famílias ou pessoas significativas uma vez que, frequentemente, estas doenças reduzem significativamente a capacidade para realizar as Atividades da Vida Diária (AVD's), podendo até conduzir à morte. A educação para a saúde ganha destaque na promoção de competências que conduzam à modificação de comportamentos, sendo que o enfermeiro está particularmente envolvido neste processo, objetivando o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores benéficos ao bem-estar e qualidade de vida do doente. A gestão de sintomas revela-se essencial na prática de cuidados de enfermagem e envolve a identificação, o reconhecimento e a interpretação dos sinais e sintomas, monitorização, avaliação e seleção de estratégias de prevenção, com o intuito de promover a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente.

O aparecimento de uma doença crónica pode considera-se um evento *stressante* uma vez que exige da pessoa uma readaptação à nova situação de saúde e de vida, tendo em conta que o doente deve adotar novos comportamentos e estilos de vida, redefinir significados, gerir novas emoções (Meleis, Sawuer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000). A forma como o doente crónico encara a situação de doença e as estratégias que implementam face à nova situação de saúde, influenciam a adesão aos tratamentos, que se irá refletir na sua qualidade de vida.

Segundo Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, Patrick-Miller et al. (1997), as representações de doença estão associadas às representações de ameaça que podem influenciar o humor ou motivar para a adoção de comportamentos que pretendem reduzir o potencial de ameaça da patologia. Estas representações são relacionadas com as crenças que a pessoa tem sobre a sua doença.

A forma como a pessoa lida com o *stress* está diretamente relacionada com os recursos que dispõe, com as representações face à doença e com as estratégias de *coping* que adota.

O *coping* surge, no presente contexto, como o conjunto de esforços efetuados pelas pessoas para lidar com as situações indutoras de *stress*. Para Souza, Landeiro, Pires e Santos (2011), *coping* pode definir-se enquanto “esforço para responder a estímulos internos (reações emocionais ao acontecimento) ou externos (o próprio acontecimento) que são avaliados como negativos ou desafiantes”. Ainda na óptica dos autores, se a resposta foca-se no evento externo designa-se *coping* focado no problema, mas se por outro lado, a resposta foca-se nas reações emocionais define-se *coping* focado na emoção, sendo que o primeiro diz respeito ao esforço realizado com o intuito de atenuar a situação que deu origem ao *stress*, pretendendo alterá-la ou eliminá-la e, por outro lado, o segundo, está direcionado para o controlo da resposta emocional da pessoa face ao estímulo que dá origem ao *stress*, objetivando uma reorganização interna que mude a reação emocional e, conseqüentemente, a redução da sensação física de *stress*, envolvendo estratégias como a aceitação da doença e o pensamento positivo.

O *coping* relaciona-se, desta, forma com o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem, à pessoa, gerir o problema e as emoções. Sendo a pessoa um ser único, é importante referir que cada uma enfrenta diferentes fontes de *stress* e, assim sendo, as tarefas adaptativas à nova situação de saúde vão requerer a implementação de diferentes estratégias de *coping*, podendo referir-se nesta fase que a

eficácia da utilização de estratégias *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que dá origem a esse mesmo desconforto.

Lazarus & Folkman (1984) salientam que as estratégias de *coping* a implementar devem ir ao encontro dos valores, objetivos, convicções e estilos de *coping* do sujeito devendo, assim, ser avaliadas tendo em conta as características e os recursos da pessoa.

Citando Ramos (2005) o *coping* pode definir-se como o que fazemos para lidar com os problemas (*stressores*) de modo a recuperar o equilíbrio e o bem-estar de que eles provisoriamente nos privam. Isto significa que tanto podemos tentar resolver a crise de *stress*, como testar ou modificar a percepção de *stress*, como minimizar os sintomas de *stress*, como ainda reforçar as características que nos ajudam a resistir ao *stress*.

Assim, tendo em conta que as doenças crónicas são instáveis aos longo da sua evolução pode, ao longo do ciclo, ser percebida de diferentes formas pela pessoa, interferindo na representação da doença, nas estratégias de *coping* a adotar e na adesão às terapêuticas.

Uma gestão de doenças eficiente, ou seja, a adoção de um papel ativo por parte do doente crónico, garante-lhe oportunidades de melhorias quer no atendimento, quer na qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma integrada e até mesmo, na redução de custos, bem como permite a monitorização contínua da qualidade dos serviços prestados chegando, desta forma, à satisfação dos doentes.

A prática dos cuidados de enfermagem, no que diz respeito à gestão efetiva de sinais e sintomas nas doenças crónicas, revela-se fundamental, sendo necessário uma intervenção de enfermagem que enfatize a importância da autogestão de sinais e sintomas e, também, na adesão ao regime terapêutico.

A par da autogestão da doença crónica apresenta-se o conceito de adesão terapêutica que conforme o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, pág.28) é considerado um comportamento de adesão que objetiva “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária”. O conceito de adesão está relacionado com a procura, por parte do doente, de profissionais de saúde e pode ser avaliada através do grau de conformidade entre as indicações prestadas pelos profissionais e o comportamento adotado pelo cliente, no concernente ao regime terapêutico. Quando o

doente assume um papel ativo, responsável e de autogestão no seu tratamento, promove o benefício clínico, a eficácia e o sucesso do tratamento estabelecido.

Na nossa óptica torna-se pertinente a clarificação dos conceitos cumprimento (compliance) e adesão terapêutica (adherence), uma vez que estas expressões surgem, frequentemente associadas, sem que se verifique qualquer distinção. O cumprimento traduz-se na adoção de comportamentos por parte do doente (toma da medicação, cumprimentos das prescrições médicas) que vão ao encontro dos recomendados pelos profissionais de saúde. Por outro lado, a adesão diz respeito à participação ativa do doente nos seus tratamentos (Farmer, 1999; Haynes 1979, cit. in Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva, Castro, 2011).

O conceito de adesão conforme preconizado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é-nos apresentado enquanto ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação ente o profissional de saúde e o cliente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015).

Para que a adesão à terapêutica se dê de forma eficiente é fundamental que o doente seja detentor do real conhecimento sobre a doença e que se sinta motivado para a realização do tratamento.

A adesão ao regime terapêutico e ao tratamento influencia diretamente a qualidade de vida dos clientes e a qualidade dos serviços de saúde e é baseada numa escolha consciente e dependente da vontade do doente crónico, no entanto, o nível de adesão está dependente de diversos fatores intrínsecos ou extrínsecos ao paciente, nomeadamente: fatores sociais, económicos e culturais – situação profissional, apoios sociais, condições habitacionais, suporte social, baixos rendimentos, desigualdades sociais; sociodemográficos - idade, estado civil, grau de escolaridade e condições de saúde; fatores relacionados com a acessibilidade, serviços e com os profissionais de saúde – relação com os profissionais de saúde, grau de desenvolvimento de sistemas de saúde, sistema de distribuição de medicamentos, acesso aos serviços e medicamentos; fatores relacionados

com a doença – severidade, complexidade e os efeitos secundários do tratamento; fatores relacionados com a terapêutica – duração e complexidade dos esquemas terapêuticos, restrições e requisitos alimentares, efeitos secundários; e, ainda, fatores relacionados com a pessoa doente – características cognitivas e intelectuais, da personalidade e do comportamento, conhecimento sobre a sua situação de saúde, sobre a doença e sobre o tratamento e, também, a motivação (Tunceli, Zhao, Davies, Brodovicz, Alexander, Iglay & Radican 2014).

Tendo em conta os diferentes fatores que interatuam entre si no processo da adesão à terapêutica, diversos autores desenvolveram modelos com o intuito de explicar o comportamento dos doentes em função do seu pensamento. Estes modelos têm por base os conhecimentos científicos que agregam as crenças, valores e atitudes dos doentes, objetivando uma intervenção eficiente e eficaz que possibilite o controlo e a mudança de comportamentos. Importa neste contexto, na nossa perspetiva, apresentar a perspetiva de Leventhal & Cameron (1987) que referem que adesão pode ser explicada tendo por base cinco principais orientações teóricas, nomeadamente:

- a. Teoria Biomédica: o doente é visto como pessoa passiva no seu tratamento, pelo que lhe é incumbido apenas obedecer às recomendações dos profissionais de saúde. As medidas utilizadas são diretas e a falta de adesão é explicada pelas características de personalidade do doente.
- b. Teoria Comportamental: objetiva o treino e aprendizagem de capacidades para realizar as atividades relacionadas com as prescrições terapêuticas recomendadas pelos profissionais de saúde. Pretende-se influenciar o comportamento através de reforços positivos e reforços negativos.
- c. Perspetiva Comunicacional: Este modelo é direcionado para os profissionais de saúde, com o intuito de melhorar as suas competências de comunicação com o doente, para que ocorra uma boa adesão à terapêutica recomendada. Neste modelo enfatiza-se a educação ao doente, promove-se o desenvolvimento de relações de proximidade e equitativa entre o cliente e os profissionais de saúde e, conseqüentemente, assiste-se à sua satisfação.
- d. Perspetiva cognitiva: o doente é conhecedor e pondera as conseqüências das suas decisões que possam interferir na sua saúde.
- e. Teoria da autorregulação: o doente é visto como pessoa capaz de autorregular os seus problemas de saúde, tendo sempre em conta os fatores externos que o rodeiam.

Tendo em conta o vasto número de doenças, pode considerar-se que nenhum modelo se adapta perfeitamente a todas as situações.

Bugalho e Carneiro (2004) preconizam que a adesão ao tratamento como um problema de etiologia multifatorial, (e que ocorre) em todas as situações em que existe autoadministração de um tratamento muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde. Deste modo o nível de adesão não está dependente de um conjunto de fatores que afetam o indivíduo contribuindo para uma menor adesão às recomendações de tratamento em relação à sua doença.

O Concelho Internacional de Enfermeiro (2015) considera a gestão do regime terapêutico uma das principais práticas do enfermeiro no exercício da sua profissão, definindo enquanto comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária.

As alterações que sucedem ao aparecimento de uma doença dependem do tipo de patologia, da forma como se manifesta e do seu prognóstico e, também, do significado que cada doente atribui à nova situação da saúde. A necessidade de manutenção do tratamento contínuo e muitas vezes complexo, como é o caso das doenças crónicas, pode contribuir para uma má adesão à terapêutica. As disfunções físicas e as reações psicossociais a essas disfunções, como os conflitos e ansiedade, resultantes da ameaça que a doença crónica representa para o doente causam *stress*, que advém da incerteza do que vai acontecer e influencia o comportamento do doente e da família ou pessoas significativas.

A não-adesão à terapêutica resulta de comportamento ou atitudes do doente que não vão ao encontro das indicações prestadas pelos profissionais de saúde. A falta de adesão diz respeito não só à não adesão da terapêutica medicamentosa, mas também, do incumprimento de consultas médicas, exames clínicos, ou da não adoção de comportamentos saudáveis podendo, assim, afirmar-se que a adesão ao regime terapêutico é tida como multifatorial e complexa e está sobretudo relacionada com alterações de comportamento.

Segundo a OMS a não-adesão constata-se um “problema mundial de magnitude impressionante”, que afeta 50% das pessoas nos países desenvolvidos, sendo que esta percentagem é superior nos países em vias de desenvolvimento, como consequência da

escassez de recursos e das dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. Os fatores preditores de adesão nomeados pela WHO (2003) são o esquecimento, o *stress* psicossocial, o conhecimento insuficiente, as crenças negativas em relação à eficácia da terapêutica, os constrangimentos relacionados com efeitos secundários do tratamento, baixa motivação, falta de auto percepção, medo da dependência medicamentosa ou, ainda, a estigmatização da doença, constatando-se que estes fatores comprometem o autocuidado da pessoa.

O comportamento de não-adesão ao regime terapêutico dá origem à evolução da doença e, conseqüentemente, desenvolvem-se complicações, assiste-se à redução da qualidade de vida e bem-estar do cliente e ao aumento da morbidade e da mortalidade, bem com ao aumento de custos no sistema de saúde (WHO, 2003).

Considera-se fundamental a adoção de metodologias de avaliação da adesão à terapêutica, ou seja, monitorizar o processo com o intuito de validar o comportamento, uma vez que permite o planeamento de um tratamento mais eficaz e eficiente. Com esta avaliação pretende-se analisar o grau de adesão à terapêutica, ou seja, o comportamento adotado pelo cliente face às indicações dos profissionais de saúde. As recomendações dos profissionais de saúde não se restringem ao regime medicamentoso, mas também às dietas a realizar, ao exercício físico, bem como outras mudanças nos hábitos de vida (WHO, 2003).

Segundo Leite e Vasconcellos (2015) os métodos de avaliação do comportamento de adesão distinguem-se em métodos diretos e método indiretos. Os métodos diretos consistem na observação direta do cliente que recebe a medicação – toma assistida, na avaliação do fármaco / metabolitos, no sangue ou na urina ou, ainda, avaliação de marcadores bioquímicos, no entanto, estes métodos são difíceis de aplicar em grande parte dos contextos clínicos e a sua interpretação é complexa (Leite e Vasconcelos, 2015). Por outro lado, as metodologias indiretas de avaliação do comportamento de adesão, que atualmente são os mais utilizados na prática clínica, são: os questionários, entrevistas e autorrelatos do cliente – os mais implementados; monitorização e contagem dos comprimidos; Renovações das prescrições e aviamento na farmácia; análise de resultados clínicos; monitorização eletrónica e dispositivos eletrónicos de medicação; avaliação de parâmetros fisiológicos; e, ainda, registo efetuado diariamente pelos doente (Leite e Vasconcelos, 2015). Para a avaliação ser eficaz deveriam ser utilizados os métodos diretos e indiretos simultaneamente.

No que concerne às estratégias para promover a adesão ao regime terapêutico podemos destacar as estratégias educacionais e comportamentais que objetivam a capacitação do cliente para atuar no sentido da melhoria da qualidade de vida. As estratégias educacionais assentam na promoção do conhecimento sobre a doença e terapêuticas associadas, através da prestação de informação oralmente, escrita e informatizada, através do desenvolvimento de programas individuais ou em grupo. Por outro lado, as intervenções comportamentais incidem sobre o desenvolvimento de mecanismos de adaptação à situação de saúde, otimização da comunicação e aconselhamento, simplificação dos regimes terapêuticos, motivação para cumprimento dos tratamentos e envolvimento do doente no tratamento (Bugalho e Carneiro, 2004).

No processo de transição do estado de saúde, quando estamos perante um contexto de doença crónica, o enfermeiro deve priorizar a aceitação, por parte do cliente, do estado de saúde, tendo em conta que este é um requisito fundamental para desenvolver no doente as disposições necessárias à adoção de comportamentos de adesão à terapêutica. Assim, torna-se crucial que o enfermeiro promova o projeto de saúde da pessoa portadora de doença crónica.

Padilha (2006) esclarece que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.

É fundamental que o enfermeiro, ao longo deste processo, estabeleça um vínculo com o cliente, facilite o diálogo através da utilização de uma linguagem clara, da escuta ativa e de uma relação empática e esclareça o cliente sempre que se verifique necessário.

2. ESPIRITUALIDADE: QUE INTERVENÇÕES NA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA?

A espiritualidade é difícil de definir e a sua definição englobará alguma subjetividade, que por vezes esta associada ao indivíduo que a define e a toda a sua envolvência.

Sendo que desde que há memória ou registo na história recente que a temática é estudada pelas mais diversas populações e de acordo com Koenig (2012), que as relações entre a religião, medicina e os cuidados de saúde são também objeto de estudo e de atenção.

Segundo Koenig (2012), a religião e a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente na saúde mental, estiveram intimamente ligadas no passado histórico da humanidade, sendo que a maioria dos profissionais de saúde seriam elementos clericais, e foram estes os detentores das instituições de saúde de referência durante séculos. Apenas na história moderna, e com grande encorajamento do psiquiatra e psicanalista Sigmund Freud, que esta dissociação teve início, sendo que esta levou a um abandono, quase na totalidade, do estudo correlacional entre a religiosidade e espiritualidade com os cuidados de saúde, segundo Koenig (2012).

A intervenção dos profissionais de saúde no bem-estar espiritual é já uma preocupação que surge como objeto de estudo desde a década de 90, segundo Saad (2001), dando o exemplo de uma conferência que ocorreu na Austrália em 1996, o mesmo autor ainda refere que o sofrimento, nos indivíduos incapacitados, não se limita ao sofrimento físico, “... o sofrimento espiritual pode ser o problema que mais demanda suporte...”

Segundo Fisher (2009), que cita Muldoon & King (1995), a espiritualidade poderá ter uma multiplicidade de significados sendo que este depende do indivíduo e de todo o seu contexto sociodemográfico e cultural. Sendo que segundo o mesmo autor este ainda retém uma certa ambiguidade a sua aplicação remete-se sempre para a descoberta, experimentação e vivência de cada um.

Espiritualidade e religiosidade são realidades distintas. Para a Organização Mundial de Saúde, por exemplo, a espiritualidade remete para o sentido de conexão, propósito, transcendência e valores (Vilhena, Pais-Ribeiro, Silva, Pedro, Meneses, Cardoso, Silva e Mendonça, 2014), focando-se na busca individual de um sentido e propósito para a vida (Chiu et al, 2004) e no coping face a eventos adversos.

Garret (2010) concluiu que a espiritualidade interferia nos processos de ajustamento à doença em pessoas com maior envolvimento religioso e estudou o papel das variáveis "apoio social" e "estratégias de coping" nas experiências de doença física ou mental. Silva (2013) sugere que a espiritualidade deve ser tida em conta na compreensão e no tratamento de doentes do foro mental.

Apesar da existência de uma relação entre a religiosidade e espiritualidade estas não podem ser consideradas sinónimos, segundo Saad (2001) a religiosidade esta diretamente ligada ao culto e doutrina de um determinado grupo, tendo características comportamentais, sociais e doutrinárias bem definidas e específicas, podendo ser considerada como um agregado de rituais que é prática por um determinado grupo. A espiritualidade, é definida pelo mesmo autor, como a percepção do que transcende, do que existe para além da vida, para além do que pode ser percebido, *“A crença em aspetos espirituais é mais importante do que a comprovação com certeza da existência de tais conceitos.”* (Saad, 2001,pág.108).

Desta forma a espiritualidade, quando tida em consideração, incrementa o bem-estar dos utentes e tem a capacidade de gerar energia positiva diminuindo os níveis de ansiedade e aumentando a motivação que segundo o autor Saad, (2001), poderão ser considerados como um verdadeiro milagre.

No estudo de Kaczorowsky (1989), foi encontrada pelo autor uma relação inversa entre bem-estar espiritual e a ansiedade, apesar da consideração que possa impor o género do individuo, idade, estado civil, diagnóstico, entre todos os outros fatores.

Koenig (2012) afirma a existência de uma relação entre a religião/espiritualidade e a saúde mental, havendo uma influência a diversos níveis e por vários motivos, este autor apresenta no seu estudo três grandes motivos e no que estes influenciam. O primeiro refere que a religião/espiritualidade fornece recursos/estratégias para lidar com o *stress*, trazendo um aumento de emoções positivas reduzindo assim o efeito do *stress* que possivelmente se traduziria em diversos distúrbios emocionais como a depressão, transtorno de ansiedade que poderiam até levar ao abuso de substâncias ou até mesmo ao

suicídio. Sendo que, segundo Koenig 2012, o recurso à religião ou à espiritualidade leva a uma crença na existência de uma força transcendental que se preocupa com os seres humanos, motivando assim os indivíduos. Como segundo aspeto, Koenig, afirma que a religião/espiritualidade, tendo um conjunto de regras e regulamentos que reduzem os eventos negativos, dado pelo autor como exemplo, o divórcio ou separações, dificuldades familiares, incumprimento de leis que levariam a detenções, desencorajando ainda o uso de drogas ou o abuso de álcool e até mesmo ao evitamento da promiscuidade. Como terceiro e último aspeto apresenta o amor pelos outros, o altruísmo, valorizando a ajuda do outro e desta forma aumenta a sensação de energias positivas e a abstração dos próprios problemas.

Sendo que, o mesmo autor, também refere a possibilidade de eventos negativos para o individuo no sentido em que a religião ou espiritualidade podem levar os indivíduos a comportamentos excessivamente castradores, que se refletem em episódios de ansiedade, *stress* levando por vezes, em casos excessivos, a comportamentos auto-lesivos, sendo que o Koenig (2012, pág.8) conclui que *“... Embora a religião/espiritualidade não seja uma panaceia, no geral, está geralmente associado a um maior bem-estar, melhor enfrentamento ao estresse e melhor saúde mental...”*.

2.1. A doença crónica em saúde mental e psiquiatria

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2017) todos os anos milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas por perturbações mentais. Segundo uma estimativa da Organização Mundial de Saúde, cerca de 500 milhões de pessoas poderão vir a sofrer de perturbação mental ou anomalia psíquica e as previsões são no sentido do aumento devido, segundo Gulbinat, a vários fatores, incluído o aumento da esperança média de vida e o crescente número de indivíduos que atingirá a idade onde o risco é maior.

A Direção-Geral da Saúde (2017) esclarece, neste seguimento, que 12% da população mundial apresenta as perturbações mentais e do comportamento averiguando-se, no entanto, que 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não dispõe de programas estruturados para intervir junto de pessoas com perturbações mentais ou problemas de saúde mental.

A definição de saúde mental vai muito além da ausência de perturbações mentais, tendo também uma dimensão positiva associada, tal como nos revela a OMS através da definição de saúde enquanto “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (Direção-Geral da Saúde, 2017). Podemos, assim, definir a saúde mental enquanto equilíbrio existente entre as funções orgânicas, em que as pessoas utilizam a sua capacidade intelectual para a sua subsistência, em particular para o autocuidado na saúde. Neste seguimento, pode referir-se que a saúde mental é um elemento indissociável da saúde em geral e do bem-estar, uma vez que este termo é utilizado para descrever o nível de qualidade de vida em termos cognitivos ou emocionais, ou até a ausência de doença mental (Sá, 2010). Desta forma, ao conceito de saúde mental está associado o bem-estar subjetivo, a autonomia, a competência e o reconhecimento da capacidade de se autorrealizar quer intelectualmente, quer emocionalmente (OMS, 2004).

Na ótica de Souza, Baptista e Alves (2008) saúde mental é parte essencial da saúde na sua globalidade, tendo em conta, que permite à pessoa beneficiar das suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, enfrentar as adversidades, produzir eficazmente e eficientemente para o trabalho e, ainda, contribuir para as ações na sociedade. Assim, o conceito de saúde mental deve envolver a pessoa no seu todo biopsicossocial.

Tal como preconizado por Alves e Rodrigues (2010), o conceito de saúde abarca diversas dimensões (idade, género, fatores hereditários, estilo de vida, influências sociais, condições habitacionais e profissionais, condições socioeconómicas, culturais e ambientais) sendo possível afirmar-se que é um conceito multifatorial e de complexas interações. Alves e Rodrigues (2010) acrescentam, ainda, que é fundamental a promoção de estilos de vida saudáveis e a redução de fatores de risco para as perturbações mentais e comportamentais.

Por oposição à definição de saúde mental, aferimos o conceito de doença mental que se assume enquanto ausência de saúde e inclui perturbações ou desequilíbrios mentais e doenças mentais diagnosticáveis, como são exemplo as perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, sendo diversos os mecanismos que podem afetar os fatores psicossociais na saúde contribuindo para o desenvolvimento de comportamentos inadequados.

Os cuidados prestados às pessoas com doença mental foi, a principio, demarcado pela exclusão, uma vez que as pessoas com esta patologia, eram escondidas, abandonadas ou mortas, sendo que durante muitos anos a psiquiatria lutou para ser admitida como

especialidade médica. Só mais tarde, foi instituído o cuidado a pessoas com doenças mentais em instituições especializadas, no entanto, estes cuidados eram ainda prestados de forma segregativa. Na atualidade presta-se apoio ao cliente ao nível da reabilitação, da integração e da inclusão social, sendo muito recente esta atenção dada aos clientes com doença mental.

Como supracitado, a situação de doença tem repercussões nas dimensões física, psicológica e social da pessoa, do qual pode resultar o desequilíbrio e, conseqüentemente, afetar o contexto familiar, laboral e social em que o indivíduo se encontra inserido, o que significa que o tratamento da pessoa com doença mental não pode abranger apenas o cliente, mas também o seu contexto social, familiar e laboral, tendo em conta que em algumas situações se verifica a amputação ou redefinição dos papéis familiares e sociais, com o intuito de incorporar nas atividades diárias os cuidados e os tratamentos à pessoa, que a doença exige.

A reação a uma situação de doença está diretamente relacionada com as experiências vividas pela pessoa, bem como por fatores de personalidade e fase de vida que o cliente se encontra e, ainda, as expectativas criadas em relação ao futuro e as representações que o próprio tem da doença.

Segundo a APA (2014, pág. 62) doença mental caracteriza-se enquanto “perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental”, o que significa que a saúde mental é determinada por diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais, tendo um impacto significativo na vida do doente.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental: 2007-2016 (CNRSSM, 2007) as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental constituem-se um dos primordiais motivos de incapacidade e de morbilidade.

Afirmando-se que na doença mental existe uma alteração de curta ou longa duração e assumindo-se que as perturbações psiquiátricas tornaram-se, como supracitado, a principal causa de incapacidade e morbilidade, torna-se fundamental referir que a pessoa que apresenta perturbações mentais graves revela grande dificuldade no autocuidado o que poderá contribuir para o agravamento da sua situação de saúde, dando origem a necessidade de suporte social e cuidados, através de um sistema de atenção da saúde mental.

Todas as pessoas reagem de forma diferente ao diagnóstico da doença, embora se possa afirmar que a ansiedade e a depressão são as respostas emocionais mais frequentes acompanhadas, normalmente, de sintomas físicos, como é exemplo a fadiga. Assim, a crescente abordagem à saúde mental incide no investimento em estratégias que objetivam o desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

A vulnerabilidade psicossocial correspondente à nova situação de saúde é particular, dependendo de cada pessoa, nomeadamente, do contexto em que decorre e do significado pessoal atribuído à doença. A comunicação com os elementos do contexto social, familiar e laboral do doente crónico/doença mental sobre a doença e os tratamentos é, na nossa ótica, fundamental. Por vezes, a pessoa, com receio de ser estigmatizada, não fala abertamente sobre a sua doença e este receio pode prejudicar a adaptação psicológica à nova situação de saúde, do qual pode resultar o isolamento.

A promoção da saúde em pessoas com patologia crónica tem como principal objetivo proporcionar ao indivíduo uma boa qualidade de vida e bem-estar psicológico. É crucial a identificação de outras doenças crónicas em pessoas com doença mental, indo além do diagnóstico das perturbações psiquiátricas, tendo em conta que, este doente apresenta grandes necessidades de saúde.

Quando falamos do aumento das doenças crónicas, estamos a referir-nos também ao aumento das doenças mentais crónicas, pelo que se verifica a necessidade de avaliar o impacto destas patologias na vida das pessoas, de conhecer as suas experiências, bem como as mudanças e ajustes que são exigidos ao nível da pessoa e dos modos de vida.

Diversas doenças mentais crónicas devem mesmo ser consideradas condições sociais, dado que fazem convergir sofrimento psicológico, aumento de dependência, dificuldades económicas e estigma social.

A definição de *distress* poderá ser, segundo Santos et al (2015) como sendo um estado de sofrimento emocional, com associação de sintomatologia como quadros depressivos e ansiosos, possíveis de estarem associados a queixas somáticas. Apesar da existência de literatura que dissocia o *distress* da patologia psiquiátrica estes não são independentes.

De acordo com Santos et al (2015) o *distress* apresenta-se como sendo multifactorial, ou seja, este deriva de uma relação dinâmica entre os fatores integrantes, podendo ser de nível o macro (social) ao micro (individual).

2.2. Intervenção específica na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria

Em Portugal, a prevalência das perturbações mentais representa, segundo a Direção-Geral da Saúde (2013), 22,9% da população portuguesa, tornando-se uma prioridade de saúde pública, uma vez que as perturbações psiquiátricas e os problemas de Saúde Mental representam as principais causas de incapacidade na sociedade.

O enfermeiro, na prática de cuidados prestados à pessoa, pretende ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam (OE, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere quatro domínios de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, nomeadamente: a responsabilidade profissional, ética e legal – promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados – conceber, gerir e colaborar na implementação de programas de melhoria contínua e, também, criar um ambiente terapêutico seguro; gestão de cuidados – articular a prestação de cuidados com a equipa multidisciplinar e otimizar a resposta na prestação de cuidados ao beneficiário de cuidados da equipa de enfermagem; por último, o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, procurando desenvolver o autoconhecimento e a assertividade.

A pessoa em contexto clínico deve ser entendida como uma estrutura biológica, espiritual, social e psicológica única, que tem as suas particularidades e reage de forma singular. Segundo Peplau (1993, citado por Moraes, Lopes e Braga, 2006) a saúde proporciona ao sujeito a experiência de bem-estar físico e social, concedendo a essa pessoa a oportunidade de viver bem e em harmonia com o que a envolve.

Os cuidados de enfermagem prestados ao cliente podem definir-se enquanto processo interativo entre uma pessoa que precisa de ajuda e outra que dispõe de capacidades e competências para ajudar (Moraes, Lopes e Braga, 2006).

O enfermeiro no exercício da sua profissão e no trabalho com a pessoa pretende identificar, primeiramente, o problema existente, com o intuito de diminuir os focos prevenindo, desta forma, problemas futuros. Na prática de enfermagem, o profissional realiza uma avaliação diagnóstica que deve ser reconhecido pelos intervenientes no processo e conseqüentemente, efetua um plano de cuidados individualizado com o intuito de melhoria do estado de saúde da pessoa, família e comunidade.

Nabais (2008, pág.30) defende que a especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria consiste na “incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social”.

O enfermeiro no exercício da sua profissão pretende criar uma relação de proximidade com o paciente e, segundo o Regulamento 129/2011, pág.8669, de 18 de fevereiro o “EESM para além de mobilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades no âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.”, com o intuito de, no exercício da sua profissão, estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa, visando a obtenção de adultos mais conscientes dos seus problemas e o aumento da capacidade de encontrar as soluções adequadas para o mesmo.

Neste contexto importa, ainda, referir que “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento 129/2011, de 18 de fevereiro).

Cabe ao enfermeiro ser mediador, objetivando orientar a pessoa com doença mental e pessoas significativas para participarem ativamente na sociedade, através da prestação de apoio e de informação acerca da doença, enfatizando a importância da adesão ao regime terapêutico, desenvolver estratégias de *coping* para ajudar a lidar com os sintomas e, ainda, treinar competências sociais (Townsend, 2011).

O exercício profissional do enfermeiro especializado na área da saúde mental e psiquiatria, consiste na implementação de intervenções dirigidas com vista a dar resposta às necessidades da pessoa face ao seu autocuidado, pelo que o relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o cliente ganha destaque.

Uma parte significativa da prática clínica de enfermagem deve focar-se nas dúvidas, ansiedade e expectativas manifestadas pelo cliente e pessoas significativas pelo que o profissional de saúde deve orientá-los com o intuito de decidirem a melhor forma para a resolução dos seus problemas de saúde adquirindo, desta forma, os intervenientes um papel ativo no processo de doença.

A gestão do regime terapêutico é um comportamento de autocuidado sendo um foco da intervenção de enfermagem nesta área, pretendendo o profissional de saúde desenvolver, junto do cliente, estratégias que lhe permitem viver melhor com a nova situação de saúde sendo que, os novos conhecimentos adquiridos pela pessoa doente permitem auto cuidar-se limitando, desta forma, as alterações negativas na qualidade de vida do cliente e pessoas significativas. O enfermeiro, na intervenção que realiza junto do cliente, deve compreender os recursos que a pessoa tem ao seu dispor para realizar o seu autocuidado, com o intuito de desenvolver intervenções terapêuticas que vão ao encontro das necessidades identificadas.

A Teoria de Relações Interpessoais, desenvolvida por Peplau em 1952, ganha destaque na prática clínica em enfermagem, definindo-se enquanto processo significativo, interpessoal e terapêutico na prestação de cuidados à pessoa, uma vez que envolve a interação entre dois ou mais sujeitos com objetivos comuns, pretendendo-se o respeito mútuo entre os intervenientes, sendo um processo onde ambos aprendem e crescem com o resultado da interação (George, 2000). Segundo Peplau (1990) consistindo a prática de enfermagem no cuidar da pessoa, este processo remete-nos para uma experiência única e significativa, que conduz os intervenientes à aprendizagem e ao crescimento pessoal.

O crescimento pessoal torna-se possível pela relação ativa entre o enfermeiro e a pessoa, sendo que o reconhecimento, o esclarecimento e a construção de uma compreensão sobre a relação que se estabelece no processo de cuidar, é fundamental.

Para Peplau (1990) destacam-se como elementos fundamentais da intervenção o cliente, o enfermeiro e o contexto que se encontram envolvidos durante uma situação de cuidados. A autora enfatiza enquanto etapas da enfermagem psicodinâmica o reconhecer,

clarificar e construir uma compreensão dos factos quando o profissional de saúde se relaciona de forma útil com o cliente.

Na ótica de Peplau (1990), a enfermagem constata-se um instrumento educativo e uma força de maturação que objetiva fomentar o progresso da personalidade do cliente, sendo visto o enfermeiro como promotor da relação humana entre o cliente e o enfermeiro com formação especializada que consiga reconhecer e dar resposta à necessidade de apoio da pessoa. Assim sendo, o enfermeiro no exercício da sua profissão, procura estabelecer as condições que ajudam os clientes, pessoas significativas, grupo e/ou comunidades a satisfazer as suas necessidades.

A intervenção em Saúde Mental implica ao enfermeiro conhecer-se a si mesmo, ter consciência de si enquanto pessoa, mobilizando-se enquanto instrumento terapêutico na prática de cuidados ao cliente, pessoas significativas, grupo e comunidade, ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro).

O Regulamento n.º 129/2011, 18 de Fevereiro elucida que a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento profissional é fundamental para a prática clínica em enfermagem de saúde mental, tendo em conta que interfere na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver as intervenções especializadas. Neste seguimento, pode afirmar-se que os exercícios de autoanálise são fundamentais para os enfermeiros especialistas em saúde mental, consistindo a autoanálise numa reflexão por parte do próprio profissional, permitindo desenvolver o autoconhecimento enquanto enfermeiro. Gomes (2011) define a autoanálise enquanto consciência e percepção de si mesmo ou do facto; o esclarecimento dos seus valores e comportamentos; a análise dos sentimentos que decorreram da intervenção (antes, durante e após a intervenção); a aptidão de se sentir como referência para os beneficiários dos cuidados de enfermagem e, também, a destreza de legitimar os princípios éticos e legais de enfermagem e a capacidade de reconhecer as suas responsabilidades no exercício da sua profissão. Peplau (1990) enfatiza, neste sentido, que o profissional de enfermagem será detentor de um maior entendimento sobre o cliente se tiver plena consciência e entendimento sobre a sua função na relação.

Segundo a Teoria de Relações Interpessoais, a relação enfermeiro-cliente desenvolve-se em quatro etapas que se sobrepõem durante a relação e estão, diretamente, interligadas, sendo elas:

- a. Fase de Orientação: o profissional de enfermagem é procurado pelo paciente e assume a posição de apoio no reconhecimento do seu problema e define a sua necessidade de ajuda. Quando diagnosticadas as necessidades, o enfermeiro em colaboração com a equipa multidisciplinar, orienta o cliente, explicitando o seu problema e as implicações que advém do mesmo;
- b. Fase de Identificação: o cliente começa a confiar no enfermeiro, vendo-o enquanto pessoa fundamental para a resolução dos seus problemas, adotando uma atitude afável, de otimismo e de resolução de problemas. Nesta fase pretende-se clarificar as expectativas do cliente em relação aos enfermeiros e à prática de enfermagem e, também, a clarificação das preconceções dos enfermeiros no que diz respeito às suas faculdades para enfrentar o problema, o que facilita a utilização das suas habilidades para apoiar o cliente a fazer o uso adequado e pleno da relação enfermeiro-cliente, com o intuito de solucionar o problema;
- c. Fase de Exploração: o cliente encontra-se envolvido no processo com o intuito de obter melhores resultados, usufruindo na totalidade os serviços que lhe são oferecidos/prestados. O objetivo é estabelecer as metas a atingir para se autonomizar e, conseqüentemente, diminuir o grau de identificação com os profissionais que lhe prestaram apoio;
- d. Fase de Resolução: resolução do problema identificado inicialmente. Esta fase acarreta a libertação gradual da identificação e a criação e fortalecimento da capacidade de atuar por si próprio (Peplau, 1990).

A Prática clínica em enfermagem de saúde mental centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção da doença, no apoio à pessoa para encarar os constrangimentos exercidos pela doença mental e na capacidade de assistir o cliente, pessoas significativas ou comunidade (Villela & Scatena, 2004). Neste seguimento podemos referenciar o Regulamento n.º 129/2011, de 18 de fevereiro que refere que na prática clínica em enfermagem de saúde mental é incumbido ao profissional compreender o estado de saúde da pessoa, no que diz respeito à promoção da saúde, proteção da saúde e prevenção de perturbação mental, tendo sempre em conta os determinantes individuais, familiares, comunitários e sociais da saúde mental, com o intuito de diminuir os fatores de risco e fortalecendo os fatores protetores. É, também, fundamental adequar as respostas às dificuldades sentidas que advém da situação de doença ao cliente e pessoas significativas (adesão à terapêutica, autocuidados, ocupação útil, *stress* dos cuidadores). Pretende-se com estas intervenções prevenir a evolução da doença e a desinserção social do

cliente/pessoas significativas e, também, promover a recuperação e a qualidade de vida das pessoas envolvidas (OE, 2010).

Os objetivos de intervenção têm que ser definidos em congruência entre o enfermeiro e o beneficiário dos cuidados de enfermagem, tendo sempre em conta o contexto que envolve a pessoa, na prossecução dos mesmos.

Lehtinen (2008) alude à importância da promoção da saúde mental ao longo do ciclo vital das pessoas, considerando fundamental uma optimização da saúde mental na infância, nas escolas, na vida laboral e na velhice. Com a promoção da saúde mental desde a infância, o mais precocemente possível, através por exemplo do desenvolvimento de programas de educação sobre saúde mental, teremos adultos mais saudáveis.

Na óptica de Amaral (2010), o enfermeiro especialista em saúde mental, no exercício da sua atividade, pauta a sua prática de cuidados na prescrição de intervenções que envolvem relações interpessoais não só com o cliente e pessoas significativas, mas também com a equipa multidisciplinar e com a sociedade em geral.

A relação terapêutica entre o profissional de saúde e o cliente influencia diretamente na adesão terapêutica (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005), sendo que uma relação positiva entre os intervenientes aumenta o cumprimento dos objetivos partilhados. Um profissional de saúde mental assertivo, confiante, sereno, seguro mais facilmente, desenvolve uma relação terapêutica de qualidade com o cliente (Beck, 2005). Um relacionamento empático e uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e o cliente leva à melhor adesão ao tratamento.

O diagnóstico de uma perturbação mental pode acarretar sentimentos de invalidez e conseqüentemente, perda da independência e do autocontrolo. As doenças crónicas podem ter causas emocionais, como é exemplo a *diabetes mellitus*, sendo frequente o doente apresentar ansiedade, depressão, perda da autoestima, insegurança e negação da situação de saúde que se apresenta. São diversas as formas de intervir junto de doentes crónicos na adesão ao regime terapêutico, funcionamento psicossocial e qualidade de vida. Townsend (2011) alude aos exercícios de respiração profunda enquanto técnica de relaxamento eficaz na redução da ansiedade e depressão.

2.3. Breve revisão da literatura sobre o recurso à espiritualidade como mediadora

Como supracitado, existem competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, no entanto, cada área de intervenção exige competências específicas, dirigidas a cada especificidade de cuidados.

Na prática clínica em enfermagem deve incluir-se o cuidado holístico o que significa ter em conta as várias dimensões do cliente, nomeadamente, física, psicológica, social e espiritual, devendo ser todas estas dimensões trabalhadas de igual forma. O que se verifica é que a dimensão espiritual, ainda, não é trabalhada em diversos serviços, tendo em conta que os enfermeiros não demonstram preocupação ou não têm tempo na prestação de cuidados em aprofundar as questões existenciais, como é o caso das necessidades espirituais.

Tem sido crescente o número de trabalhos de investigação realizados e publicados no âmbito da espiritualidade e das necessidades de espiritualidade. Aldwin, Park, Jeong & Nath (2014) no trabalho de pesquisa que desenvolveram identificaram sete modelos explicativos para a relação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde, referindo os autores que os modelos que apresentam no seu estudo focam-se, maioritariamente, nos mediadores entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde. Tendo por base a literatura, os autores construíram um modelo organizador sobre o potencial da religiosidade e da espiritualidade na saúde, tendo em conta a relação entre os fatores psicossociais e a saúde.

Na ótica de Aldwin, Park, Jeong & Nath (2014) a relação entre os fatores psicossociais e a saúde advém de hábitos comportamentais saudáveis e de efeitos fisiológicos diretos. Os caminhos orientadores da relação entre estes fatores são mediados por processos autoregulatórios. Para os autores existe, neste contexto, a necessidade de distinguir os efeitos da religiosidade e os da espiritualidade, sendo que, a religiosidade afeta a saúde através de regulação comportamental e, por outro lado, a espiritualidade atua no campo da regulação emocional, embora se considere que a autorregulação emocional contribui, indiretamente, também para a regulação comportamental, uma vez que se verifica necessário que exista controlo emocional para que as estratégias de *coping* funcionem.

São diversos os autores que realizam estudos com o intuito de distinguir a religiosidade e a espiritualidade. Fisher (2011) alude à religião enquanto aprendizagem feita através das experiências dos outros, por outro lado, a espiritualidade, na ótica do autor, diz respeito à necessidade de a pessoa viver a própria experiência. Dissemelhando desta

opinião, existem muito autores que defendem que a religião está relacionada com um conjunto de práticas e crenças e a espiritualidade com a aplicação dessas mesmas crenças e práticas. A espiritualidade estabelece uma dimensão humana que partilha uma religiosidade.

No âmbito do trabalho que se apresenta importa enfatizar a espiritualidade que, na ótica de Pargament, Mahoney, Exline, Jones & Shafranske (citado por Aldwin, et. al, 2014) se define enquanto a procura do sagrado, cingindo a perceção de diversos aspetos de vida como manifestações do divino ou com qualidades divinas, como são exemplo, a transcendência e a infinitude. Fisher (2011) acrescenta que a espiritualidade é algo inato, considerando uma componente vital do ser humano. Na perspetiva de Fisher (2011) é fundamental estudar de forma rigorosa a espiritualidade uma vez que é dinâmica e onde se aborda o crescimento, desenvolvimento, ou até em “grau” (maior ou menor) de saúde espiritual.

Para Giovanetti (2005, pág. 138), a espiritualidade não implica uma relação com uma realidade superior, afirmando que esta dimensão se define enquanto “vivência que pode produzir mudança profunda no interior da pessoa e a leva à integração pessoal e à integração com outras pessoas revelando significativa importância aos valores e significado”. Pimenta (2011) citando Govier (2000) refere que a espiritualidade se traduz na razão, reflexão, religião, relacionamentos e recuperação.

Parafraseando a European Association for Palliative Care (2015), a espiritualidade é uma dimensão dinâmica da vida da pessoa e relaciona-se com o modo como as pessoas (individualmente, em grupo ou em comunidade) experienciam a ligação com o momento presente, consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o transcendente. Para Caldeira (2011), as necessidades espirituais da pessoa têm como foco o descobrimento de um significado e de um sentido e propósito de vida buscando, desta forma, respostas que dão significado à vida e à doença. Frequentemente, as pessoas procuram as respostas através da religião, no entanto, e segundo Barbosa e Neto (2010), existem pessoas que não têm fé na religião, mas são possuidoras de outras crenças que não advêm da religião, mas dão resposta às suas necessidades.

Após análise de diversos estudos pode afirmar-se que a espiritualidade é uma dimensão intrínseca ao ser humano, é algo que dá sentido à vida e significação para a existência, sendo a condição de toda a pessoa humana que procura autenticidade face a si mesma e ao mundo que a rodeia.

A Nacional Interfaith Coalition on Aging propôs, nesta sequência, definir bem-estar espiritual, nomeando os seguintes aspectos: a afirmação da vida na relação com o próprio, com os outros, com a natureza e com Deus (ou o transcendente), o que remete para pensamentos, comportamentos e sentimentos positivos na relação que se desenvolve promovendo um sentimento de identidade, paz, harmonia, propósito, sentido, beleza, amor, respeito, contentamento, satisfação, alegria e completude (Fisher, 2011). O bem-estar espiritual pode estar relacionado com fatores que contribuem para o bem-estar e qualidade de vida e nesta sequência podemos entender a importância atribuída à dimensão espiritual no contexto da saúde. O bem-estar espiritual define-se, na ótica de Hawks (1994), como elevado nível de esperança, fé e empenho, num sistema de crenças ou visão do mundo bem esclarecidos que sugerem sentido e propósito para a existência e oferecem um percurso ético para uma realização pessoal que envolve a relação consigo próprio, com os outros e com uma entidade superior ou realidade mais ampla.

O bem-estar espiritual, na perspectiva de Westgate (1996), adquire uma componente multidimensional e baseia-se: no sentido e propósito na vida; nas crenças e experiências transcendentais; na comunidade de suporte e partilha de valores; e, ainda, nos valores intrínsecos.

Tal como nos apresenta Pereira (2012), existem alguns instrumentos que permitem avaliar a conjugação da espiritualidade, religião, bem-estar, qualidade de vida e adaptação à doença, nomeadamente: Duke Religious Index (IRD / DUREL) – avalia a participação religiosa em doentes oncológicos; Spiritual Beliefs Inventory (SBI-15R) – avalia as crenças e práticas religiosas e espirituais bem como o suporte social e religioso em doentes oncológicos; Religiou copin (R-COPE) – estima a adaptação, negativa ou positiva, assim como as inquietações religiosas e espirituais em doentes oncológicos; Spiritual Well-Being Scale (SWBS) – avalia o bem-estar existencial e o bem-estar religioso; Spirituality Index of Well-Being (SIWB), avalia o efeito da espiritualidade no bem-estar.

São diversos os estudos realizados para analisar a relação entre espiritualidade e saúde. Reinaldo e Santos (2016) procuraram, no seu estudo, compreender a relação entre religião/espiritualidade e as perturbações mentais dos pacientes, seus familiares /pessoas significativas e os profissionais de saúde, revelando que a vivência da religião/espiritualidade pode proporcionar o fortalecimento da adoção de estratégias *coping*. No entanto, os autores revelam que os profissionais de saúde que participaram no

estudo demonstram dificuldade em integrar, na sua prática de cuidados, as vivências da religião/espiritualidade por parte dos clientes e da família/pessoas significativas.

Unantenne, Warren, Canaway & Manderson (2013) realizaram um estudo que incidiu sobre clientes portadores de dois tipos de doença crónica, com o intuito de conhecer de que forma os participantes no estudo integram a espiritualidade na gestão da doença, concluindo que a espiritualidade e práticas a si associadas influenciam positivamente diversos aspetos da autogestão da doença. Assim, a espiritualidade assume um papel fundamental nas estratégias de *coping* utilizadas e na perceção de suporte, tendo em conta que as pessoas estudadas revelam utilizar a espiritualidade para lidar com o *stress* gerado pela atual situação de saúde e, por outro lado, permite sentirem-se autónomos e apoiados pela comunidade. Neste contexto, pode afirma-se que a espiritualidade adquire um papel fulcral na aceitação da doença.

Batista e Mendonça (2012) perspetivaram conhecer a relação positiva entre a espiritualidade, o bem-estar e a qualidade de vida e, também, a relação entre a escala de espiritualidade e o domínio de paz, pelo que afirma que “o doente que apresenta um maior bem-estar espiritual é levado a experimentar maior e mais profunda compreensão sobre o significado e propósito da vida, deixando de focar-se apenas nos seus problemas e desenvolvendo uma visão mais holística da vida” concluindo, desta forma, que a paz individual sugere maior espiritualidade.

Como supracitado, os comportamentos de saúde que cada pessoa adota estão diretamente relacionados com a forma como encaram os problemas da sua doença, sendo que a adesão à terapêutica pode depender das estratégias de *coping* que a pessoa utiliza. O *coping* espiritual e religioso tem revelado consequências positivas na saúde, no bem-estar, na qualidade de vida e, também, durante momentos de *stress* que as pessoas experienciam em situação de doença. Assume-se, neste âmbito, que a espiritualidade surge em situação de doença como um recurso interno, que favorece a aceitação de doença, uma vez que pode ser reconhecida como o apoio que o paciente tem para lidar com situações de crise e limite. É, neste seguimento, perceptível que as pessoas doentes com um elevado sentido de bem-estar psicoespiritual lidam melhor com o processo da doença, uma vez que são capazes de descobrir um significado na experiência vivida. Para Pinto e Ribeiro (2007) a religiosidade/espiritualidade está diretamente relacionada com uma melhor saúde e com uma expectativa de vida mais prolongada, bem como com a diminuição de sentimentos como ansiedade e depressão que estão associados à situação de doença.

A utilização da dimensão da espiritualidade na prática de cuidados de enfermagem permite uma visão integral da situação de saúde, uma vez que o profissional aborda o cliente nas suas diferentes dimensões. A espiritualidade é uma dimensão do cuidar e o profissional de saúde deve, na prestação de cuidados, identificar que os pacientes expressam necessidades espirituais.

Caldeira (2009) aborda a dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem, apresentando a conceção de “cuidado espiritual”, e afirma que cuidado espiritual refere-se ao cuidado com, em e para o espírito. Envolve relação (com), presença consciente (em) e um objetivo que se espera revelar-se em melhoria da saúde (para), com preocupação, responsabilidade e respeito pelas crenças do paciente, negando uma forma de estar caracterizada apenas no fazer tarefas planeadas.

O cuidado espiritual surge, não apenas como um conjunto de intervenções, mas também como a atitude de cuidar.

Segundo Castelo-Branco, Brito e Fernandes-Sousa (2014), quando na prática clínica não são identificadas as necessidades de espiritualidade e as intervenções de enfermagem não vão ao encontro da satisfação destas necessidades, os clientes podem apresentar sentimentos de medo, ansiedade, alteração de relacionamento, isolamento e baixa autoestima. É importante que o enfermeiro tenha consciência das suas próprias crenças na prestação de cuidados para atingir a eficiência e a eficácia na prática de cuidados. A categorização das necessidades serve de auxílio à prática clínica de enfermagem, sendo que são diversos estudos que revelam a importância do papel do enfermeiro na identificação das necessidades espirituais do cliente. As autoras dividem as necessidades espirituais em quatro, nomeadamente, a procura de sentido (procura do sentido da doença, a esperança, a autodescoberta, o conforto e a necessidade de estima), os relacionamentos (gratidão, companheirismo, pertença, afeto, perdoar e ser perdoado), a transcendência (paz com Deus, com a natureza e consigo próprio) e as práticas religiosas (orar e rever as crenças).

Tendo em conta o exposto, revela-se fundamental que o enfermeiro, nos cuidados que presta, esteja atento às necessidades espirituais do cliente, intervindo com o intuito de colmatar essas necessidades. Neste seguimento, para na prática clínica que enseje a melhoria da qualidade de cuidados deve, o enfermeiro, planear e refletir as suas intervenções tendo em conta todas as dimensões do cliente. O Código Deontológico dos Enfermeiros vem enfatizar a importância de todas as dimensões da pessoa na prestação de cuidados devendo, o enfermeiro, cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica,

ideológica e religiosa, respeitar e fazer respeitar as opções culturais, morais e religiosas da pessoa e cria condições para que ela possa exercer nestas áreas os seus direitos (Castelo-Branco, Brito e Fernandes-Sousa, 2014). O enfermeiro, na sua prática de cuidados, deve respeitar as crenças e práticas religiosas, promover a fé, aumentar a esperança, ser bom ouvinte, harmonizar através da música, falar e apoiar, respeitar a dignidade e a privacidade, estimular a procura de significado, promover o contacto com os familiares ou pessoas significativas que devem ser integrados nos cuidados, toque terapêutico, meditação, humor e riso (Castelo-Branco, Brito e Fernandes-Sousa, 2014).

Para Kolcaba (1994, pág. 1178) o conforto do cliente define-se enquanto “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de *stress*, em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental”. A autora acrescenta que a alteração do estado de conforto está directamente relacionada com os cuidados prestados pelo enfermeiro.

A alteração da integridade pessoal, sentimentos de culpa, *stress*, objetivos traçados que não foram atingidos e dificuldade na redefinição de novos objetivos, sentimentos de desespero e a preocupação com a morte, entre outros, são exemplos de necessidades espirituais.

Pilger, Macedo, Zanelatto, Soares & Kusumota (2014); Caldeira, Timmis, Carvalho e Vieira (2017) apresentam-nos algumas dificuldades que o profissional de enfermagem pode enfrentar na realização do cuidado espiritual, nomeadamente: a natureza intangível da espiritualidade, a variedade das crenças religiosas, o tempo limitado na prestação de cuidados, as dúvidas existentes no que diz respeito à mensuração direta e concreta desta dimensão e, também, o desconforto que os profissionais de saúde apresentam em executar estas condutas, uma vez que consideram que não tem competências e conhecimentos específicos para implementá-las. Podemos acrescentar, nesta fase, que existe uma grande lacuna na formação dos enfermeiros neste âmbito, uma vez que o enfermeiro possui uma visão limitada da dimensão espiritual e das necessidades espirituais dos clientes que presta cuidados, verificando-se fundamental o desenvolvimento de habilidade que possam nortear a sua prática profissional, tendo em conta, as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais dos clientes.

Segundo Pilger, Macedo, Zanelatto, Soares & Kusumota (2014) a prática de enfermagem, tendo em conta a dimensão espiritual deve envolver suporte mental e

identificação das necessidades espirituais; comunicação com o cliente e familiares ou pessoas significativas; promover e envolver a família, sempre que possível, na prestação de cuidados. O enfermeiro adquire um papel fundamental no cuidado espiritual e é enfrentado, frequentemente, com alguns desafios como a presença atenta, ouvindo as necessidades e respeitando as crenças e valores da pessoa doente. Os autores consideram, no entanto, que as crenças religiosas dos enfermeiros influenciam, diretamente, a percepção e atitude em relação ao cliente devendo, o profissional, neste contexto conhecer as múltiplas visões associadas à doença e à morte, compartilhadas por díspares religiões para, desta forma, conseguir responder eficazmente às necessidades espirituais da pessoa doente. Na identificação das necessidades espirituais é fundamental que o enfermeiro enseje a comunicação verbal e não-verbal com o cliente.

O enfermeiro após identificação das necessidades espirituais e intervir para satisfazer as necessidades do cliente deve avaliar se essas mesmas necessidades foram satisfeitas e se o conforto do cliente foi atingido contribuindo, desta forma, para a percepção holística do paciente (Kolcaba, 1994). Na perspectiva da autora, a prestação de cuidados sobre a dimensão espiritual é fundamental para o cuidar da pessoa como um todo e constitui um caminho possível de melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

Caso se verifique que o profissional de saúde não está atento aos limites da utilização da dimensão da espiritualidade como estratégia para adesão ao regime terapêutico, quer com o cliente, quer com a família, pode daqui advir severos problemas éticos. Tendo em conta que a dimensão da espiritualidade influencia diretamente o processo de adesão ao regime terapêutico, quando existe uma interferência negativa, por parte do profissional, que provoque limitação ou impossibilidade do contato, estamos perante um grave problema assistencial.

3. ENQUADRAMENTO METOLÓGICO

Segundo Fortin (2009), “a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. Sendo no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação”. Neste capítulo definiram-se os seguintes subcapítulos: tipo de estudo, objetivos, questões orientadoras, população/amostra, instrumento de colheita de dados, operacionalização das variáveis, contexto e princípios éticos.

3.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, exploratório-descritivo transversal de nível I.

Um estudo exploratório-descritivo consiste na utilização de questões simples que necessitam de clarificação e que comportam um conceito. Descrevem e caracterizam um fenómeno ou situação com a finalidade de o tornar conhecido (Fortin, 2009). Assim, a pretensão foi responder à pergunta de investigação: *Em que medida existe uma associação entre o bem-estar espiritual, a satisfação com a vida e o distress psicológico em utentes portadores de doenças mentais crónicas?*.

3.1.1 Objetivos

Segundo Fortin (2003), um objetivo de estudo é definido como “um enunciado declarativo que precisa as variáveis – chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Na perspetiva dos autores Marconi & Lakatos (2008), “o objetivo geral de estudo está ligado a uma visão global e abrangente do tema”. Assim definiu-se como questão de

investigação *Em que medida existe uma associação entre o bem-estar espiritual, a satisfação com a vida e o distress psicológico em utentes portadores de doenças mentais crónicas?*

A partir da formulação do objetivo geral delinear-se objetivos específicos, que podem ser definidos como algo mais concreto que permite atingir o objetivo geral (Marconi & Lakatos, 2008). Posto isto, os objetivos específicos foram:

- a) Avaliar as evidências e produção científica sobre espiritualidade na área da saúde, designadamente em utentes portadores de doenças mentais crónicas;
- b) Descrever a vivência espiritual dos participantes envolvidos no estudo;
- c) Avaliar a satisfação e perspetivas perante a vida em utentes portadores de doenças mentais crónicas;
- d) Avaliar a presença de *distress* psicológico nos utentes participantes no estudo;
- e) Identificar correlações entre espiritualidade, satisfação com a vida e o *distress* psicológico em utentes portadores de doenças mentais crónicas.

3.1.2 Questões orientadoras e hipóteses de investigação

Segundo Fortin (2003), as questões orientadoras são interrogações que contêm as variáveis em estudo e a população alvo. Estas orientaram para a concretização dos objetivos delineados, sendo que as delineadas para este estudo são:

- Em que medida existe *distress* nos utentes portadores de doenças mentais crónicas participantes no estudo?
- Qual a correlação entre espiritualidade, satisfação com a vida e o *distress* psicológico em utentes portadores de doenças mentais crónicas?

Ainda de acordo Fortin (2009) poder-se-ão definir hipóteses de investigação, sendo estas um resultado das relações entre as variáveis, havendo uma associação ou causalidade entre estas, com o objetivo de uma verificação empírica. Desta forma foram elaboradas hipóteses de investigação:

H1 – Verifica-se um nível significativo de *distress* em indivíduos portadores de doenças mentais crónicas.

H2 – Existe correlação entre o *distress* percecionado e a prática espiritual/religiosa.

H3 – Existe correlação entre o *distress* e a satisfação com a vida em utentes portadores de doenças mentais crónicas.

3.1.3 Operacionalização das variáveis

Segundo Fortin (2009, p.171), “as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de clientes, objetos de situações, susceptíveis de mudar ou variar no tempo”. Aplicando ao estudo, as variáveis definidas dividiram-se em sociodemográficas e em níveis de satisfação/perceção.

As variáveis sociodemográficas, que estão diretamente ligadas à amostra, caracterizam-se pela idade, género, nacionalidade, estado civil, educação, situação profissional, profissão, qual a origem do vencimento/remuneração, religião, se se considera uma pessoa religiosa, se é portador de algum problema de saúde que exija recorrer periodicamente aos serviços de saúde, se sim qual e à quantos anos foi diagnosticada, qual a periodicidade em que recorre aos serviços de saúde, se toma terapêutica para essa doença e sim quais, atividades e estilo de vida.

Para a operacionalização das variáveis sociodemográficas género, estado civil, considera-se uma pessoa religiosa e possui algum problema de saúde que exija recorrer periodicamente aos serviços de saúde, foram apresentadas sob a forma de uma pergunta de resposta fechada com as possibilidades correspondentes a cada dimensão, apresentado no instrumento de colheita que se encontra no anexo 3.

As restantes variáveis sociodemográficas, nomeadamente a situação profissional, profissão, qual o origem do vencimento/remuneração, nacionalidade, educação, foram operacionalizadas através de resposta semi-aberta, sem dadas hipóteses de resposta mas mantendo a possibilidade de outra resposta (foram definidos os intervalos após a colheita de dados).

Desta forma, e após o delinear da questão de investigação, as questões orientadoras e hipóteses de investigação torna-se premente definir quais as variáveis e assim sendo foram definidas variáveis dependentes e variáveis independentes:

Variáveis dependentes:

Perceção de *distress* em indivíduos portadores de doenças mentais crónicas.

Variáveis independentes:

Prática de atividades religiosas/espirituais;

Satisfação com a vida de clientes portadores de doenças mentais crónicas

3.4 Instrumentos de recolhas de dados colheita de dados

Os métodos de colheita de dados dependem do tipo de estudo a realizar. “A flexibilidade dos métodos de colheita dos dados e a análise favorece a descoberta de novos fenómenos ou aprofundamento de fenómenos conhecidos” (Fortin, 2009, p.300).

O instrumento de colheita de dados foi um questionário uma vez que “é um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas a um conjunto de questões” (Fortin, 2009, pág. 380). O objetivo centrou-se na recolha de informação sobre acontecimentos/situações, bem como, sentimentos e opiniões.

O Instrumento PSY-SC encontra-se dividido em partes diferentes incluindo um questionário sociodemográfico, escala SHALOM – Spiritual Well-being Questionnaire (SWBQ), Satisfaction with life (Bussing) – Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale – (BMLSS) e BSI – Inventário de sintomas psicopatológicos (na sua adaptação portuguesa do BSI de Drogatis (1982) que poderão ser consultados nos anexos 1, 2 e 3.

No estudo não experimental os próprios participantes respondem a questionários ou escalas (Fortin, 2009).

Desta forma, e de modo a caracterizar a população foram definidas variáveis sociodemográficas sendo elas a idade, género, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, profissão, origem do vencimento, entre outras.

Após a colheita dos dados sócio-demográficos, foi aplicado o instrumento SHALOM, que aborda o bem-estar espiritual, poderá ser de auto ou hétero preenchimento, é

constituído por 20 itens que se encontram agrupados em 5 questões que se encontram direcionadas a 4 temas, sendo eles o bem estar pessoal, bem estar para com os outros, bem estar com a natureza e o bem estar com o divino. As questões poderão ser respondidas de forma estratificada de 1 a 5, sendo que o 1 corresponderá a “Muito Pouco” e 5 a “Muitíssimo”. Este instrumento foi validado para a população portuguesa em 2009, por Gouveia, Marques e Pais-Ribeiro.

Em seguida foi aplicada a escala BMLSS, que visa uma abordagem à percepção de qualidade de vida e que se encontra estratificada em 7 níveis, que variam entre o “Muito Insatisfeito” e o “Muito Satisfeito”. Esta aborda a satisfação a vários níveis, sendo eles a satisfação intrínseca (a satisfação com o próprio), social (família e amigos), externa ou extrínseca (trabalho ou o meio onde vive), perspectiva (financeira, expectativas para o futuro) e a saúde (situação da saúde atual, capacidade para o desempenho do seu cotidiano), sendo um instrumento criado e validado por A. Bussing et al em 2009.

Em seguida foi aplicada a escala BSI, sendo este um instrumento que inventaria e enumera sintomas psiquiátricos e o cliente refere o número de vezes que os percebe na última semana, estando estratificado entre “Nunca” e “Muitíssimas Vezes”. Os sintomas abordados são a depressão, a somatização, a hostilidade, a sensibilidade interpessoal, ansiedade, ideação paranóide, a obsessão-compulsão, ansiedade fóbica e o psicoticismo, sendo adaptada para Portugal por Canavarro em 1999 .

A Adesão ao Regime Terapêutico foi avaliada com recurso ao questionário com o mesmo nome de *Morisky*, que se divide em 8 questões de resposta fechada que foi validado para a população Portuguesa por Delgado e Lima em 2001.

3.5 População/Amostra

Segundo (Fortin, 2009, pág. 311) “os critérios de inclusão correspondem às características essenciais dos elementos da população”. Assim sendo, os nossos critérios de inclusão foram: utentes portadores de doença mental crónica; os clientes deveriam ter mais de 18 anos, inclusive; o cliente deverá aceitar a inclusão no projeto sem qualquer contrapartida.

Segundo Marconi & Lakatos (2008, pág. 27), “a população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”. A nossa população acessível englobava inúmeros clientes portadores de doenças mentais crônicas, sendo que a nossa amostra apenas se constituiu por 151 clientes, durante o período de tempo compreendido de 03 de Janeiro de 2018 e 15 de Novembro de 2018.

Segundo Fortin (2003, pág. 202), a amostra é definida como “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada”. Assim, a minha amostra foi constituída pelos clientes que se mostraram disponíveis para participar e que não fossem portadores de déficit cognitivo impeditivo de compreender as questões colocadas. Para este estudo contamos com a participação de 151 clientes.

O tipo de amostragem foi de natureza probabilística cuja característica principal é poder ser sujeita a tratamento estatístico, que permite compensar erros amostrais e outros aspetos relevantes para a representatividade e significância da amostra. É ainda denominada aleatória simples pois cada membro da população tem a mesma probabilidade de ser escolhido (Marconi & Lakatos, 2008).

3.6 Contexto

A colheita de dados desta investigação, teve o seu contexto em unidades de internamento de psiquiatria em Portugal, num meio comunitário no Brasil, neste país a colheita decorreu em contexto de internamento de curta duração e em meio comunitário.

3.7 Princípios Éticos

A ética refere-se a padrões bem estabelecidos do que é certo e errado e que prescrevem aquilo que os seres humanos devem ser, geralmente em termos de direitos, obrigações, benefícios para a sociedade, lealdade ou qualidades (virtudes específicas).

Trata, também, dos padrões relacionados com o direito à vida, à liberdade, e o

direito à privacidade. Estes padrões são considerados princípios ético-morais porque são suportados por razões consistentes e bem fundamentadas. Por fim, a ética refere-se ao estudo e desenvolvimento dos nossos padrões éticos pessoais (Queirós, 2001).

Desta forma, existem cinco princípios essenciais determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2003).

O direito à autodeterminação corresponde ao respeito pelos familiares/acompanhantes, pois segundo este princípio o cliente tem a capacidade de decidir por ele próprio e tomar conta do seu próprio destino (Fortin, 2003).

Como referimos, o presente estudo, de natureza quantitativa, está inserido num projeto mais amplo em curso na ESEP subordinado ao tema: “Avaliação do *distress* psicológico e dimensões espirituais em utentes portadores de doenças crónicas. Antes do estudo iniciar, os investigadores solicitaram e obtiveram o parecer positivo prévio da Comissão de Ética da ESEP. Contudo, quer as instituições envolvidas quer os participantes foram informados do objetivo do estudo. Estes últimos assinaram um Consentimento Informado (ver anexo 1)

Durante o processo de investigação preservamos a intimidade dos clientes, atendendo ao direito à privacidade. O incumprimento deste direito ocorre quando a informação fornecida pelo cliente é dada a terceiros sem o seu consentimento (Fortin, 2003). Foi estabelecida uma codificação, código numérico de identificação, de modo a preservar a confidencialidade e privacidade de cada indivíduo.

Para que o anonimato e a confidencialidade fossem respeitados, os resultados foram apresentados de forma a que nenhum dos participantes do estudo possam ser reconhecidos nem pelos investigadores, nem pelo leitor do relatório. Os dados recolhidos durante o estudo ficam sob a responsabilidade dos investigadores (Fortin, 2003).

Assim, de modo a assegurar este direito, o nome do cliente foi substituído por um número; as suas respostas e resultados em momento algum poderão identificar os clientes.

Quanto ao direito de proteção contra o desconforto e o prejuízo, deverá existir a proteção dos clientes contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou

prejudicarem (Fortin, 2003), sendo dado o direito do conforto e respeito pela opinião de cada cliente.

O direito a um tratamento justo e equitativo refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada a participação do cliente assim como os métodos utilizados no estudo. Este princípio invoca a que a escolha dos sujeitos seja diretamente ligada ao problema de investigação e não fundamentada na conveniência ou unicamente na disponibilidade dos sujeitos (Fortin, 2003). Os dados recolhidos foram utilizados única e exclusivamente na elaboração deste estudo, não havendo partilha de dados, este direito não se aplicou ao nosso estudo.

Como referimos, o presente estudo, de natureza quantitativa, está inserido num projeto mais amplo em curso na ESEP subordinado ao tema: “Avaliação do *distress* psicológico e dimensões espirituais em utentes portadores de doenças crónicas. Antes do estudo iniciar, os investigadores solicitaram e obtiveram o parecer positivo prévio da Comissão de Ética da ESEP. Contudo, quer as instituições envolvidas quer os participantes foram informados do objetivo do estudo. Estes últimos assinaram um Consentimento Informado, que se encontra no anexo 1, afirmando a sua participação de forma livre e desinteressada no estudo.

Estes foram adquiridos através dos questionários sendo trabalhados e operacionalizados no programa informático, IBM SPSS.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Dos dados recolhidos e analisados, que serão de seguida apresentados, pôde alcançar inúmeras conclusões, estas serão apresentadas juntamente com os dados recolhidos.

A ordem seguida na apresentação dos dados será a mesma utilizada no instrumento de colheita de dados.

4.1 Dados sociodemográficos

Da população foi extraída uma amostra com um total de 151 indivíduos, sendo 76.2% eram do sexo Masculino correspondendo a 115 indivíduos e 23.8% do sexo Feminino que corresponde a 36 indivíduos.

Quanto às idades dos indivíduos, esta é bastante diversificada, encontra-se compreendida entre os 18 anos e os 88 anos, sendo que a idade média é de 48.7 anos, dados apresentados no seguinte quadro:

	Idade (anos)	Género	%	N
Mínima	18	Total	100%	151
Média	48.7	Masculino	76.2 %	115
Máxima	88	Feminino	23.8%	36

Quadro 1 – Idade e Género

Aquando da análise da nacionalidade dos indivíduos, e visto este estudo realizar-se em Portugal, essa foi assumida como a nacionalidade base, e as restantes nacionalidades categorizados por “Outra” mas sendo individualizada à posteriori.

	Nacionalidade (%)	(N)	
Portuguesa	68.9%	104	
Outra	31.1%	47	
	Brasil	9.3%	14
	India	1.3%	2
	Timor-Leste	20.5%	31

Quadro 2 – Nacionalidade

Quanto ao estado civil pôde verificar-se que a maioria dos indivíduos eram solteiros, como pode verificar-se no quadro que se segue.

Estado Civil	(%)	(N)
Solteiro/a	48.3	73
Casado/a / União de facto	29.1	44
Viúvo/a	8.6	13
Divorciado/a	13.9	21
Quadro 3 – Estado Civil		

No que diz respeito à educação a maioria da amostra apresenta um nível de literacia reduzido, ou seja, a maioria apenas tem o ensino primário ou menos, como se pode observar no quadro que se segue:

Educação	(%)	(N)
Escola primária ou menos	55.6	84
Ensino secundário ou vocacional	29.8	45
Licenciatura	9.3	14
Outro	5.3	8
Quadro 4 – Educação		

O quadro seguinte apresenta-nos a situação profissional da amostra, que revela que a maioria da amostra se encontra reformado/a por invalidez, sendo que os indivíduos que se encontram em fase produtiva são apenas 15.2%.

Emprego	(%)	(N)
Empregado	15.2	23
Desempregado	25.8	39
Reformado (por idade)	17.9	27
Reformado (por invalidez)	34.4	52
Outro	6.6	10
Quadro 5 – Emprego		

No que à profissão diz respeito, encontramos profissões que existem noutros países, que em comparação com a nossa sociedade são tidas como desconhecidas, mas assim sendo a maioria da nossa amostra encontra-se em situação de reforma, quer por invalidez, quer por idade, dados que se podem consultar no seguinte quadro.

Profissão	(%)	(N)
Catequista	1.3	2
Empresário/a	0.7	1
Enfermeiro/a	0.7	1
Estudante	3.3	5
Gestor/a comercial	0.7	1
Indiferenciado/a	24.5	37
Professor/a	3.3	5
Psicólogo/a	0.7	1
Reformado/a (por idade)	17.9	27
Reformado/a (por invalidez)	34.4	52
Técnico/a diferenciado/a	12.6	19

Quadro 6 – Profissão

A origem do rendimento é diversificada, mas sendo que a maioria da amostra se encontra em situação de reforma, esta é a fonte de rendimento da maioria.

Origem do rendimento	(%)	(N)
Trabalho dependente	12.6	19
Trabalho independente	6.6	10
Subsídio de rendimento mínimo	4.6	7
Outros subsídios	4.6	7
Pensão de reforma	51	77
Remuneração ocasional	13.2	20
Outro	3.3	5

Quadro 7 – Origem de Rendimento

Quanto á temática religião a maioria da amostra enquadra-se numa determinada religião, ou seja, 76.21% da amostra considera-se uma pessoa religiosa, sendo que quanto à religião que professam isso é bastante diversificado, e a maioria da amostra considera-se um individuo religioso, sendo que por vezes pouco religioso.

Apresentam-se nos seguintes quadros.

Considera-se uma pessoa religiosa	(%)	(N)
Não	23.8	36
Sim, mas não muito	30.5	46
Sim	45.7	69

Quadro 8 – Considera-se uma pessoa religiosa?

Religiões	(%)	(N)
Católica	70.2	105
Umbanda	3.3	5
Candomblé	6.0	9
Budista	0.7	1
Sem religião	19.9	30

Quadro 9 – Religiões

Quando abordado o estado de saúde, se são ou não portadores de doenças crônicas que requeiram vigilância, se o fazem qual a periodicidade em que o fazem e tomam habitualmente medicação a população segue uma tendência que se apresenta nos seguintes quadros.

É portador de doença que requeira acompanhamento médico?	(%)	(N)
Não	10.95%	16
Sim	89.05%	135

Quadro 10 – É portador de doença que requeira acompanhamento médico?

Se sim, com que periodicidade	(%)	(N)
0 vezes por ano	2.0	3
1 vez por ano	10.6	16
2 vezes por ano	26.5	40
Mensalmente	34.4	52
Semanalmente	19.2	29

Quadro 11 – Se sim, com que periodicidade

Um dos assuntos abordados foi a toma de terapêutica habitualmente, constatou-se que 90.1% da amostra cumpre a medicação habitualmente.

Toma medicação habitualmente?	(%)	(N)
Sim	90.1%	136
Não	9.9%	15

Quadro 12 – Toma medicação habitualmente

Foi também abordada a atividade recreativa e física, os dados revelam que a amostra, na sua maioria, não possui atividades de cariz recreativo nem pratica atividade física, foi ainda triada qual a atividade física desenvolvida pelos indivíduos, sendo os dados apresentados em seguida.

Tem alguma atividade recreativa	(%)	(N)
Não	74.8	113
Sim	24.5	37

Quadro 13 – Tem alguma atividade recreativa

Pratica atividade física	(%)	(N)
Não	75.5	114
Sim	23.8	36

Quadro 14 – Pratica atividade física

Se pratica qual (%)	
Academia / Ginásio	1.3
Andar de bicicleta	0.7
Caminhada / Corrida	0.7
Bocia0	0.7
Futebol	2.6
Ginástica	6.0
Marcha	10.6
Surf	0.7

Quadro 15 – Se pratica, qual?

O último parâmetro tido em consideração nos dados sociodemográficos foi a existência de dependência e a existência de um cuidador informal.

Na amostra a maioria dos indivíduos não apresentavam dependência nos autocuidados e não tinham um cuidador informal

Dependência nos autocuidados (%)	
Não	90.7
Sim	9.3

Quadro 16 – Dependência nos autocuidados

Tem cuidador informal (%)	
Não	88.1
Sim	11.3

Quando 17 - Tem cuidador informal?

4.2 Qualidade de vida

A avaliação da correlação de sintomas foi avaliada e co-relacionada com o recurso à aplicação do instrumento BSI e a sua correlação trabalhada através da correlação de Pearson.

O que a correlação de Pearson nos diz é que quando o $P=1$ é considerada uma correlação perfeita, quando o $P=-1$ ocorre uma correlação inversa e quando o $P=0$ não ocorre correlação. Sendo que a gradação da mesma se estratifica, ou seja, quando o P varia entre 0 a 0.3 a correlação não existe ou é considerada desprezível, quando o P varia entre 0.3 a 0.5 a correlação é fraca, quando o P varia entre 0.5 a 0.7 existe uma correlação moderada, na variação do P entre 0.7 a 0.9 a correlação é forte e quando o P é superior a 0.9 é uma correlação muito forte.

Esta correlação foi possível de avaliar devido à aplicação do BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos de Canavarro (1999), este instrumento possibilita a avaliação de sintomas psicopatológicos, como o seu próprio nome nos indica, encontra-se estratificado por nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Este instrumento é passível de ser aplicado a clientes do foro psiquiátrico, como os clientes que integram a nossa amostra, a indivíduos perturbados emocionalmente ou a indivíduos da população em geral.

BSI X Bussing BMLSS	
Somatização	R=-0.233 P=0.04
Obsessão / Compulsão	R=-0.448 P<0.01
Sensibilidade interpessoal	R=-0.628 P<0.01
Depressão	R=-0.740 P<0.01
Ansiedade	R=-0.489 P<0.01
Hostilidade	R=-0.550 P<0.01
Ansiedade fóbica	R=-0.303 P<0.01
Ideação paranóide	R=-0.637 P<0.01
Psicoticismo	R=-0.563 P<0.01
GSI	R=-0.634 P<0.01
PST	R=-0.609 P<0.01
PSD	R=0.4261 P<0.01

Quadro 18 – Correlação de Pearson BSI X Bussing BMLSS

Quanto à qualidade de vida percebida pela amostra, pode constatar-se que a maioria da amostra tinha uma percepção de qualidade de vida reduzida, com 64.9% da amostra e apenas 35.1% tinham percepção de uma elevada qualidade de vida.

Percepção da qualidade de vida Bussing – BMLSS	
Satisfação reduzida	64.9%
Satisfação elevada	35.1%

Quadro 19 – Percepção da qualidade de vida

Com o recurso à análise do teste SHALOM, que afere o bem-estar espiritual, com o BSI_GSI, que afere o nível de *distress* global, podemos afirmar a não correlação entre ambos, visto o $P=0.266$.

Shalom X BSI_GSI	
R=	0,091
P=	0,266
Quadro 20 – Correlação de <i>Distress</i> e Bem-estar espiritual.	

4.3 Adesão ao regime terapêutico

Foi avaliada a adesão ao regime terapêutico com recurso ao instrumento de Morisky, este instrumento, validado para Português, onde pude perceber que há por parte da amostra uma adesão moderada ao regime terapêutico, com 75.5% dos participantes, sendo que com uma adesão elevada temos 23.2% e com uma reduzida adesão apenas temos 1.3% da amostra.

Adesão ao regime terapêutico (Morisky)	
Adesão elevada	23.2%
Adesão moderada	75.5%
Adesão reduzida	1.3%
Quadro 21 – Adesão ao regime terapêutico (Morisky)	

4.4 Análise inferencial

A análise dos dados obtidos permite perceber qual a área sintomatológica que mais influencia a amostra e ainda qual a sua correlação.

Desta forma apresento a correlação entre os sintomas:

	Correlação Fraca	Correlação Moderada	Correlação Forte
Somatização	Sensibilidade interpessoal	Obsessivo compulsivo Ansiedade	

	Depressão Hostilidade Ideação paranóide	Ansiedade fóbica Psicose	
Obsessões Compulsões		Somatização Ansiedade Ansiedade fóbica Psicose Sensibilidade interpessoal Depressão Hostilidade Ideação paranóide	
Sensibilidade Interpessoal	Somatização	Obsessivo compulsivo Ansiedade fóbica	Ansiedade Psicose Depressão Hostilidade Ideação paranóide
Depressão	Somatização Ansiedade fóbica	Obsessivo compulsivo Ansiedade Hostilidade	Psicose Sensibilidade Interpessoal Ideação paranóide
Ansiedade		Obsessivo compulsivo Hostilidade Somatização Ansiedade fóbica Depressão Ideação paranóide	Psicose Sensibilidade Inter- pessoal
Hostilidade	Somatização Ansiedade fóbica	Obsessivo compulsivo Depressão Ansiedade	Psicose Ideação paranóide Sensibilidade Interpessoal
Ansiedade fóbica	Depressão Hostilidade Ideação paranóide	Obsessivo compulsivo Somatização Sensibilidade Interpessoal Ansiedade Psicose	
Ideação paranóide	Somatização Ansiedade fóbica	Obsessivo compulsivo Ansiedade	Sensibilidade Interpessoal Psicose Depressão Hostilidade
Psicoticismo		Somatização Obsessivo compulsivo Ansiedade fóbica	Sensibilidade Interpessoal Ideação paranoide Depressão Hostilidade Ansiedade

Quadro 22 – Correlação de sintomas

	Correlação Fraca	Correlação Moderada	Correlação Forte
GSI (Índice Geral de Sintomas)		Somatização	Sensibilidade Interpessoal Ideação paranóide Psicose Depressão Obsessivo compulsivo Ansiedade fóbica Hostilidade Ansiedade
PST (Total de Sintomas Positivos)		Somatização Ansiedade fóbica	Sensibilidade Interpessoal Ideação paranóide Psicose Depressão Obsessivo compulsivo Hostilidade Ansiedade

Quadro 23 – Análise descritiva do BSI

Após a apresentação da correlação de sintomas pôde concluir-se a existência de uma forte correlação entre vários sintomas, tais como a Sensibilidade interpessoal, a Ideação Paranóide e o Psicoticismo. Estes sintomas surgem inúmeras vezes com uma forte correlação, sendo os mais nomeados, seguem-se a Depressão, a Hostilidade e a Ansiedade, estes sintomas têm entre eles uma forte correlação dando a perceber são os sintomas que mais perturbam a amostra.

No Índice Geral de Sintomas a correlação é forte com todos os sintomas, à excepção da Somatização que apresenta uma correlação moderada.

Quanto ao Total de Sintomas Positivos, a correlação é também forte, à excepção da Somatização e da Ansiedade fóbica.

Quanto à análise descritiva dos dados do BSI, podemos confirmar que a maioria dos que apresentam uma média de nomeação mais elevada são sintomas positivos, tal como apresentados no seguinte quadro.

	Mínima	Máxima	Media	Valor Médio BSI (para a população portuguesa)
Somatização	1.00	4.29	1.48	0.77
Obsessões Compulsões	1.00	4.33	2.08	1.25
Sensibilidade Interpessoal	1.00	4.00	2.09	0.82

Depressão	1.00	4.33	2.33	0.94
Ansiedade	1.00	4.17	1.86	0.65
Hostilidade	1.00	4.20	2.08	1.00
Ansiedade fóbica	1.0	4.80	1.61	0.55
Ideação paranóide	1.00	4.40	2.30	0.96
Psicoticismo	1.00	4.60	2.02	0.62
GSI (Índice Geral de Sintomas)	1.02	4.36	1.97	0.83
PST (Total de Sintomas Positivos)	1.00	53.00	29.87	26,99
PSDI (Índice de Sintomas Positivos)	2.18	54.00	7.15	1.56.

Quadro 24 - Análise descritiva dos dados do BSI

Desta forma verifica-se que a amostra refere uma influência sintomática na sua qualidade de vida, que a maioria recorre com frequência aos cuidados de saúde, que apresenta uma razoável adesão terapêutica e qua a sua percepção de qualidade de vida é satisfatória.

De salientar ainda que, segundo Canavarro (1999), citado por Abreu (2018) o valor médio de referência para a população Portuguesa do instrumento BSI, aquando da sua validação, é de: Somatização 0.77; Obsessão/Compulsão 1.25; Sesibilidade interpessoal 0.82; Depressão 0.94; Ansiedade 0.65; Hostilidade 1.00; Ansiedade fobica 0.55; Ideação paranóide 0.96; Psicoticismo 0.62; GSI 0.83; PST 26,99; PSDI 1.56.

5.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2014), há uma incidência de doenças mentais de aproximadamente 20% da totalidade da população portuguesa, em que, no mesmo documento, há um destaque para as perturbações Depressivas e de Ansiedade, sendo que é homólogo à amostra em estudo, visto estas se encontram entre as patologias mais nomeadas.

Associada à existência de patologia foi avaliado o nível de satisfação com a qualidade de vida, que a literatura refere um decréscimo da qualidade de vida percebida por indivíduos portadores de doenças mentais, cerca de 64.9% da amostra refere uma baixa percepção de qualidade de vida.

Segundo George, Ellison & Larson, 2002; Paloutzian & Park, 2005; Pargament & Mahoney, 2002, citados por Garret (2010), os benefícios na saúde que tenham uma correlação com a religião e/ou espiritualidade estão normalmente relacionados com ganhos em saúde mental dos indivíduos, que se refletem em ganhos sociais, com a aquisição de estratégias de coping e ainda uma melhoria de comportamentos de saúde mais adequados.

No capítulo anterior apresentamos os resultados do estudo e algumas associações, entre as quais as que incluem espiritualidade e *distress* psicológico. Em termos genéricos, verificamos a importância da espiritualidade no quotidiano do utente com doença mental crónica, o que remete para a necessidade de se avaliarem devidamente as necessidades espirituais dos utentes ao longo do curso da doença.

Para a discussão dos resultados tentaremos fazer triangulações com outros estudos realizados no contexto nacional e internacional.

Verificamos, neste estudo, diversas correlações significativas ($p < 0.05$) entre o Bem-estar Espiritual e o *distress* psicológico. Diversos autores enfatizam esta relação significativa. Rocha & Ciosak (2014), num estudo realizado no Brasil, identificaram sobre a relevância da espiritualidade na doença crónica em idosos, identificaram dois temas centrais: impacto multidimensional da doença crónica, enfrentamento e expectativas dos

idosos. Analisaram o enfrentamento individual, o suporte social e a espiritualidade/religiosidade. Os resultados evidenciaram o impacto do diagnóstico de doença crónica e as suas implicações na adaptação ao novo modo de vida. O ajustamento a estas alterações era complexo e diversos fatores influenciavam positivamente e negativamente no modo de lidar com a nova condição. Os resultados mostraram no seu estudo que a espiritualidade/religiosidade interfere de maneira positiva no ajustamento à doença e enfrentamento de obstáculos e dificuldades da vida, fortalece a resiliência do paciente e melhora a sua qualidade de vida.

Na amostra há um grande número de indivíduos que não praticam atividade física e também não praticam atividades recreativas, aproximadamente 75%, sendo que a literatura nos afirma que a inatividade física, ou recreativa, leva ao aumento da sintomatologia depressiva e ao isolamento social, sendo de salientar que cerca de 90% da amostra não apresenta dependência para os autocuidados e a maioria, mais de 30%, se encontram em situação de reforma, ou seja, encontram-se sem ocupação.

Segundo Koenig (2012), seria de esperar uma maior relação entre religião ou espiritualidade e a saúde mental, pois, segundo o autor, esta tem características mais próximas da saúde mental do que da saúde física, sendo que existem vários estudos, quer de natureza qualitativa quer quantitativa, que afirmam há uma relação positiva entre a religião e espiritualidade e a aquisição de estratégias de coping mais eficazes, havendo uma melhoria em lidar com a adversidade externa e interna, na nossa amostra, sendo que na amostra 54.3% referem ser não praticantes ou praticantes mas não muito, podendo assim haver uma relação entre estes e a baixa percepção de qualidade de vida manifestada pela amostra.

Um aspeto central do nosso estudo, que consideramos em hipótese, era a presença de *distress* psicológico na nossa amostra. De facto, verificamos que os valores de *distress* em todas as subescalas eram superiores aos valores calculados para a realidade portuguesa. Köhler, Mehnert & Götze (2017), no seu estudo com idosos detentores de doenças hematológicas chegaram a resultados similares.

Podendo ainda afirmar-se que, segundo os dados analisados à luz da validação do instrumento BSI para a população Portuguesa, por Canavarro em 1999, a amostra apresenta níveis de *distress* médio acima dos valores de referência, para a população Portuguesa, ver Quadro 24, sendo a amostra constituída apenas por indivíduos portadores de doenças mentais crónicas pode daí inferir-se que existe uma forte correlação entre a

presença de *distress* e o facto de padecerem de doenças mentais crónicas, validando assim a hipótese 1 definida para este estudo que nos diz que - Está presente *distress* em indivíduos portadores de doenças mentais crónicas.

Sendo que na amostra a grande maioria, 76.2%, afirma ser religioso, independentemente da religião professada, sendo que destes 30.5% afirmam que são religiosos mas não muito, havendo ainda a percentagem de 45.7% que afirma ser religioso e apenas 23.8% afirma não ser religioso, desta forma e com recurso ao teste SHALOM com a sua correlação com a variável GSI, do teste BSI, verificamos que esta apresenta um $P=0.266$, ver quadro 20 que nos permite afirmar que não haverá correlação entre a prática religiosa/espiritual com o nível de *distress* percecionado pelos indivíduos, excluindo assim a hipótese 2 que nos diz que – Existe correlação entre o *distress* percecionado e a prática espiritual/religiosa.

Tentamos perceber ainda, no nosso estudo, se existia uma correlação significativa entre as subescalas do BSI e a satisfação com a vida. Verificamos, para a generalidade das escalas, uma correlação muito significativa ($p<0.05$). Strine et al. (2008) verificaram esta relação no seu estudo e concluíram que era um resultado importante para a saúde pública.

A perceção da qualidade de vida, atendendo a toda a sua complexidade e possível subjetividade, foi avaliada na amostra e a maioria da amostra afirma ter uma reduzida qualidade de vida, 64.9%, e apenas 35.1% afirma ter uma qualidade de vida elevada. Desta forma poder-se-á validar a hipótese 3 que nos diz que – Existe correlação entre o *distress* e a satisfação com a vida em utentes portadores de doenças mentais crónicas – pois sendo o valor médio do nível de *distress* da amostra acima do valor médio validado para a população Portuguesa este terá uma relação com a perceção de qualidade de vida da amostra.

Os enfermeiros em Portugal utilizam a linguagem da CIPE, tanto no campo clínico (para documentação) quanto no processo educacional.

A CIPE é um sistema unificado de linguagem de enfermagem, apoiado pelo ICN para descrever a prática de enfermagem.

A terminologia da CIPE foi desenvolvida para estabelecer um padrão internacional para a descrição e comparação da prática de enfermagem e para facilitar o desenvolvimento de mapeamento cruzado entre termos locais e outras terminologias.

O conjunto de focos / diagnósticos relacionados à espiritualidade é muito limitado e inclui:

- a) Comportamento Espiritual;
- b) Angústia Espiritual;
- c) Processo Espiritual;
- d) Função Espiritual;
- e) Status Espiritual;
- f) Suporte Espiritual;
- g) Função Espiritual.

De acordo com a pesquisa recente desenvolvida aqui e com outros países, há duas áreas principais de trabalho a serem desenvolvidas, dadas as lacunas identificadas:

- a) No nível ontológico, promover definições precisas sobre todos os termos usados no diagnóstico e nas intervenções; a matriz Eppic pode ser um importante ponto de partida, bem como as evidências da pesquisa;
- b) Definir mais diagnóstico, como necessidades espirituais e bem-estar espiritual.

É necessário considerar também a espiritualidade como um mediador que pode melhorar a qualidade de vida, adesão ao tratamento, adequação ao viver com dependência, diminuir os sintomas de angústia ou preparar-se para a morte.

Desta forma e direcionados para a sintomatologia poder-se-ão definir um conjunto de diagnósticos de enfermagem pertinentes para a amostra e um conjunto de intervenções, sendo que estes se baseiam nas directrizes da OE (2018) sempre de acordo com a CIPE (2015) a título de exemplo apresento alguns dos diagnósticos passíveis para a amostra:

- Ansiedade Moderada Ou Elevada;
- Autocontrolo Comprometido;
- Humor Depressivo;
- *Stresse*;

Podendo aplicar-se um conjunto de intervenções para os diagnósticos definidos, tais como:

- Avaliar Evolução do *Stresse* (dados do indicador)
- Ensinar Sobre Estratégias de Autocontrolo ou de Redução da Ansiedade

- Ensinar Sobre Humor Depressivo
- Ensinar Sobre *Stresse*
- Executar Apoio Emocional
- Executar Entrevista Motivacional
- Executar Estimulação Cognitiva
- Executar Intervenção Familiar
- Executar Intervenção Psicoeducativa
- Executar Programa de Saúde Mental Positiva
- Executar Reestruturação Cognitiva
- Executar Relação de Ajuda
- Executar Técnica de Relaxamento
- Executar Técnica de Resolução de Problemas
- Informar sobre Recursos da Comunidade
- Instruir Sobre Estratégias de Redução do *Stresse*
- Treinar Competências Sociais
- Treinar Técnicas de Autocontrolo
- Treinar Técnicas de Relaxamento
- Vigiar Autocontrolo (tipologia CIPE) (dados dos indicadores)
- Vigiar Equilíbrio do Humor (dados do indicador)

Estes são os diagnósticos mais comuns atribuíveis aos participantes do estudo.

O conjunto de focos / diagnósticos relacionados com a espiritualidade inclui: comportamento espiritual, angústia espiritual, processo espiritual, papel espiritual, status espiritual e suporte espiritual.

6. CONCLUSÃO

Segundo a OMS, no seu observatório de 2010, na atualidade são as doenças crónicas a principal causa de mortalidade e morbilidade, quer a nível europeu quer mundial. E segundo as pesquisas, apresentadas no mesmo relatório, serão doenças como a diabetes e a depressão crónica que trarão um aumento ao pesado fardo da saúde para a economia mundial.

No passado recente as doenças crónicas eram tidas como uma problemática associada à população rica e envelhecida, hoje em dia sabe-se que é um problema transversal às populações quer ricas ou pobres e quer jovens ou idosas. Sendo que estas, se traduzem sempre, em implicações económicas.

“...As doenças crónicas deprimem salários, ganhos, participação na força de trabalho e produtividade do trabalho, além de aumentar a reforma precoce, a alta rotatividade de funcionários e a incapacidade. O comprometimento do consumo das famílias e o desempenho educacional relacionado à doença têm um efeito negativo no produto interno bruto. À medida que as despesas com cuidados crónicos aumentam em toda a Europa, ele assume proporções cada vez maiores de orçamentos públicos e privados...” World Health Organisation (WHO, 2002, pág. 7)

Tradicionalmente, e segundo a WHO (2010), eram apenas tidas como doenças crónicas as doenças cardiovasculares, diabetes e asma ou doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), hoje em dia, e associada ao aumento das taxas de sobrevivência, foram incluídas nas doenças crónicas, doenças como muitas variedades de câncer, HIV / SIDA, transtornos mentais (como depressão, esquizofrenia e demência) e deficiências, como deficiência visual e artrose.

O aspeto que estas doenças têm em comum está diretamente relacionado com as necessidades que estas apresentam, pois todas elas requerem uma resposta complexa e a

longo prazo, sendo que necessita de diversos profissionais de saúde e o acesso a meios, quer equipamentos quer medicamentos.

Este estudo foi realizado com o intuito de aferir as evidências e produção científica sobre espiritualidade na área da enfermagem de saúde mental, designadamente em clientes portadores de doenças mentais crónicas, avaliar a satisfação e perspetivas perante a vida nos utentes portadores de doenças mentais crónicas, avaliar a presença de *distress* psicológico nos utentes participantes no estudo e perceber a correlação existente entre espiritualidade, satisfação com a vida e o *distress* psicológico.

O estudo desenvolvido foi de natureza quantitativa, que teve uma amostra de 151 indivíduos, os dados foram colhidos em diversos contextos, desde o contexto comunitário, em unidades de cuidados de saúde primária e ainda em unidades de internamento de psiquiatria. Aquando da elaboração do projeto de investigação foram selecionados os instrumentos de colheita de dados, sendo que estes eram instrumentos já validados para a população portuguesa onde estes foram aplicados com a sua consistência demonstrada.

A colheita de dados do estudo, e considerando a sua natureza quantitativa, realizou-se através da aplicação de um questionário sociodemográfico e de vários instrumentos de colheita, sendo eles a escala SHALOM – Spiritual Well-being Questionnaire (SWBQ), Satisfaction with life (Busing) – Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale – (BMLSS) e BSI – Inventário de sintomas psicopatológicos (na sua adaptação portuguesa do BSI de Drogatis (1982)). A operacionalização dos dados realizou-se com recurso ao SPSS, sendo esta ferramenta a que mais se adequou face aos objetivos traçados.

Em seguimento do processo de investigação o passo lógico seguinte é a apresentação de uma síntese dos resultados obtidos.

A amostra caracteriza-se como sendo constituída por indivíduos adultos com uma média de idades em tornos dos 48 anos e maioritariamente do sexo masculino (76.2%), não casados (48.3%), sendo na sua maioria de nacionalidade portuguesa (68.9%).

Na nossa amostra a maioria dos indivíduos não apresenta um hobby ou a prática de atividades recreativas, apenas 24.5% dos indivíduos afirmaram ter uma atividade recreativa, o que influenciará negativamente a perceção de qualidade de vida, de acordo com Koenig (2012), onde afirma que a existência de hobbies ou atividades recreativas constituem uma melhoria na qualidade das estratégias de enfrentamento.

A maioria dos indivíduos (76.2%) referem ser religiosos e nestes indivíduos pode verificar-se um score mais elevado na perceção de qualidade de vida, de acordo com Koenig (2012), a religião e/ou espiritualidade fornecem aos indivíduos estratégias que lhes permita lidar melhor com distúrbios emocionais que levam a doenças como a depressão, transtorno de ansiedade, suicídio entre outras, fomenta a esperança proporcionando-lhes a crença na existência de uma entidade transcendental que se preocupa com eles e que lhe é querida, fornecendo respostas a variadas questões como o “de onde viemos” ou o “para onde vamos”. De acordo com Koenig (2012) a prática religiosa enfatiza a compaixão e comportamentos pro-sociais, levando a um amortecimento do *stress*, criando uma rede de suporte mais funcional visto enfatizar um conjunto de virtudes como a honestidade, a gratidão e o perdão, entre outras.

Em suma, apesar de Fawcett (2003) nos dizer que a relevância literária acerca da influência da religião / espiritualidade se manter sem consenso, este diz-nos que é impreterível o respeito, a aceitação da crença espiritual ou religiosa de cada individuo e que por si só isso já trará benefícios, quer ao individuo quer para a relação terapêutica.

Neste trabalho queremos salientar 2 aspetos. Por um lado os dados que nos parecem mais significativos nesta relação entre espiritualidade e *distress* e por outro lado algumas conclusões já indicadas anteriormente sobre a necessidade de trabalhar só sistemas de documentação em enfermagem no que se refere à espiritualidade, necessidade espirituais e intervenções de natureza espiritual.

Os resultados obtidos são objetivos, e dizem-nos que há uma relação entre o *distress* e satisfação com a vida, que a nossa amostra apresenta um nível de *distress* superior à restante população e ainda podemos afirmar haver uma relação entre o *distress* e o bem estar espiritual.

No decorrer de todo o estudo surgiram dificuldades, daí a existências de algumas das limitações do estudo. As principais dificuldades prendem-se pela dificuldade na gestão do tempo, na colheita de dados e no tratamento dos mesmos.

Atendendo às limitações do estudo, não se pretende criar uma generalização dos resultados. Contudo espero que sirva de chamada de atenção e consciencialização para a temática em estudo, que promova um repensar de estratégias e posturas adoptadas. Visa ainda salientar que sendo os enfermeiros os principais intervenientes juntos dos utentes estes deverão estar conscientes das necessidades espirituais/religiosas dos indivíduos.

Espero que contribua para uma melhoria na assistência em enfermagem de saúde mental e psiquiatria prestada aos utentes portadores de doenças mentais crónicas.

De salientar ainda a abordagem na amostra, e na população em geral, do modelo de saúde mental positiva, este pode explicar-se como um modelo que visa salientar a importância das qualidades do indivíduo, tentando otimizar o seu potencial salientando ainda o óptimo funcionamento do mesmo.

Sendo esta uma área de especial relevo e interesse de investigação seria impossível não abordar a temática.

Sequeira (2006) diz-nos que há uma importância acrescida nas variáveis que promovem a saúde mental positiva, sendo um conceito em crescente valorização e um forte indicador de integração e adaptação não sendo possível de se dissociar da saúde mental.

Foi definido um conjunto de recomendações, por Sequeira & Lluch (2015) que visa a valorização dos aspetos positivos de que é detentor, seja a nível pessoal ou profissional; “acarinhar” as atividades desenvolvidas; apresentar uma postura tolerante, compreensiva e flexível com os outros e com o próprio; não dar relevância às emoções negativas; Não reprimir as emoções e reconhece-las como normalidade; procurar momentos e atividades de relaxamento; cuidar das relações interpessoais, que no âmbito pessoal quer profissional e recorrer sem moderação ao sentido de humor da vida. Desta forma a percepção de qualidade de vida poderá melhorar, reduzindo os níveis de *distress*.

A execução deste trabalho permitiu um aprofundar e consolidar dos conhecimentos previamente adquiridos na área de investigação, e incrementos nos meus conhecimentos enquanto futuro mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Resta desejar que este projeto sirva de inspiração para futuras investigações e que se torne numa mais-valia para a enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W., Tolson, D., Jackson, G., & Costa, N. (2018). A cross-sectional study of family caregiver burden and psychological *distress* linked to frailty and functional dependency of a relative with advanced dementia. *Dementia - Sage*.
- Aldwin, C.; Park, C.; Jeong, Y; & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6 (1), 9-21.
- Alves, A.; & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 127-131.
- Amaral, C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- American Psychiatry Association (APA) (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-V*. Lisboa: Climepsi.
- Barbosa, A.; & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos (2ª ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bastos, F. (2007). *A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Beck, J. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems*. New York: Guilford Press.
- Blanchard, E. (1982). Behavioral medicine: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 795-796.
- Bolander V. (1998). *Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brandão, M., Gonçalves, J., Sá-Couto, P., & Sousa, L. (2015). Independência funcional de pessoas idosas com perturbações mentais: um estudo num serviço de psicogeriatría em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 199-206.
- Bugalho, A.; & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Ensaio de Cor, Lda.
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling Chronic Disease in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Caldeira, S. (2009). Cuidado Espiritual. Rezar como intervenção de enfermagem. *CuidArte Enfermagem*, 3(2), 157-164.
- Caldeira, S. (2011). *Espiritualidade no Cuidado*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Caldeira, S., Branco, Z., & Vieira, M. (Dezembro de 2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 145-152.
- Caldeira, S.; Timmis, F.; Carvalho, E.; & Vieira, M. (2017). Clinical Validation of Nursing Diagnosis Spiritual *Distress* in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Interantional Journal of Nursing Knowledge*, 28 (1), 44-52.
- Castelo-Branco, M.; Brito, D.; & Fernandes-Sousa, C. (2014). Necessidades Espirituais da Pessoa Doente Hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*, 14 (1), 100-108.
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (2012). O doente crónico – a hora da mudança. *Chtmad em revista*, 3, 1-180.
- Chick, N.; & Meleis, A. (1986). *Transitions: a nursing concern*. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM) (2007). Relatório – Proposta de plano de acção para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.
- Concelho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE Versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Concelho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Decreto-Lei n.º 101/06, de junho de 2006 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Dias, A.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A.; Silva, A.; & Castro, S. (2011). Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 210-219.
- Direção-Geral da Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Portugal Saúde Mental em Número – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Enfermeiros, C. I. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra.
- ENFERMEIROS, O. D. (2018). *PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA*. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS.
- Erichsen, N.-B., & Büssing, A. (2013). *Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/Nursing Homes*. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
- Escoval, A.; Coelho, A.; Diniz, J.; Rodrigues, M.; Moreira, F.; & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116.
- European Association for Palliative Care (2015). *Spiritual Care Education: results from an EAPC survey*. *European Journal of Palliative Care*, 22 (2), 1-5.
- Farmer, K. (1999). *Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice*. *Clin Ther*, 21 (6), 1074-1099.

- Fawcett, T., & Noble, A. (2003). The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. *CLINICAL NURSING ISSUES*.
- Feitosa, N., Ferreira, J., & Mello, L. (Janeiro - Junho de 2018). Pessoas com transtorno de personalidade antisocial e a possibilidade de viverem em liberdade. *IURISPRUDENTIA: Revista da Faculdade de Direito da Ajes*, pp. 135-150.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2(1), 17-28.
- Fisher, John W. 2009. UNDERSTANDING AND ASSESSING SPIRITUAL HEALTH. *International handbook of education for spirituality, care and well-being*. 2009.
- Fortin, MF & Côté, José & Lusodidacta, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação.
- Fortin, MF (2003). O Processo de Investigação - Da Concepção à Realização. Lusodidacta – Lisboa 2003.
- Freitas Melo, Cynthia, & Silva Sampaio, Israel, & Leite de Abreu Souza, Deborah, & dos Santos Pinto, Nilberto (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2),447-464.[fecha de Consulta 24 de Enero de 2020]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4518/451844504002>
- Garrett, A. (2009/2010). A influencia da religião/espiritualidade na saude: Apoio social e estrategias de coping como variaveis mediadoras. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia.
- Garrett, Andreia Filipa Alves . 2010. A INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE: APOIO SOCIAL E ESTRATÉGIAS DE COPING COMO VARIÁVEIS MEDIADORAS. 2010.
- George, B. (2000). Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional (4ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- GIOVANETTI, JOSÉ PAULO. 2005 “Psicologia e espiritualidade”. Em AMATUZZI, MAURO MARTINS (org.) *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 129-145.
- Gomes, J. (2011). Autoanálise. In: Curso Pós-Licenciatura de-Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Leiria.
- Gomez, Rapson and Fisher, John W. 2005. The spiritual well-being questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. 2005.
- Gouveia, M., Marques, M., & Pais Ribeiro, J. (2009). Versão portuguesa do questionario de bem-estar espiritual (SWBQ):Análise confirmatoria da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 285-293.
- Hawks, S. (1994). Spiritual health: Definition and theory. *Wellness Perspectives*, 10, 3-13.
- Hill, Peter, et al. 2000. Conceptualizing Religion and Spirituality:Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 2000.
- Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, p. 33.
- Köhler, N., Mehnert, A., Götze, H. (2017). Psychological *distress*, chronic conditions and quality of life in elderly hematologic cancer

- patients: Study protocol of a prospective study. *BMC Cancer* 17(1):700. DOI: 10.1186/s12885-017-3662-1
- Kolkaba, K. (1994). A Theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kralik, D.; Visentin, K.; & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-9.
- Lazarus, S.; & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Pub: New York.
- Lehtinen, V. (2008). Building up good mental health: Guidelines based on existing knowledge. Jyväskylä: Gummerus Printing.
- Leite, S.; & Vasconcellos, M^a. (2015). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3), 775-782.
- Leventhal, H.; & Cameron, L. (1987). Behavioral Theories and the Problem of Compliance. *Elsevier Scientific*, 10, 117-138.
- Leventhal, H.; Benyamini, Y.; Brownlee, S.; Diefenbach, M.; Leventhal, E.; Patrick-Miller, L.; et al. Illness representations: Theoretical foundations. In Petrie, K.; & Weinman, J. (1997). *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Louro, C. (2008). Transição do doente dependente do contexto hospitalar para família. *Revista de Ciências de Saúde de Macau*, 8 (4), 316-320.
- Machado, M^a (2009). Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia.
- Malta, D., Bernal, R., Lima, M., Araujo, S., Silva, M., Freitas, M., et al. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: Análise da pesquisa nacional de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*.
- Martin, L.; Williams, S.; Haskard, K.; & DiMatteo, M. (2005). The challenge of patient adherence. *Ther Clinic Risk Manag*, 1, 189-199.
- McGlynn, E.; Asch, S.; Adams, J.; Keeseey, J.; Hicks, J.; & DeCristofaro, A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348 (26), 2635–2645.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.; & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Hilfiger, M.; & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advance Nursing Science*, 23 (3), 12-26.
- Ministry of Health and Long-Term Care (MHLTC) (2007). Preventing and managing chronic disease: Ontario's Framework. Ontario.
- Moraes, P.; Lopes, O.; & Braga, B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 228-233.

- Nabais, A. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros*, 30, 38-43.
- Nolte, E.; Conklin, A.; Adams, J.; Brunn, M.; Cadier, B.; Chevreul, K.; Durand-Zaleski, I.; Elissen, A.; Erler, A.; Flamm, M.; Frolich, A.; Fullerton, B.; Jacobsen, R.; Knai, C.; Krohn, R.; Pöhlmann, B.; Parkinson, Z.; Santamera, A.; Sönnichsen, A.; & Vrijhoef, H. (2012). *Evaluating chronic disease management - Recommendations for funders and users*. Cambridge: RAND Europe.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Padilha, J. (2006). *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa, conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana ao desafio da saúde*. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Pereira, F. (2012). *Bem-estar espiritual, qualidade de vida e coping em fase final de vida*. Dissertação apresentada na Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde.
- Pilger, C.; Macedo, J.; Zanelatto, R.; Soares, L.; & Kusumota, L. (2014). Percepção da Equipa de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva com Relação à Espiritualidade e Religiosidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13 (3), 479-486.
- Pimenta, S. (2011). *E Enfermagem e o Sofrimento Espiritual do doente em fase final de vida*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pinto, C.; Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, *ArquiMed*, 21 (2), 47-53.
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stresse: Usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Âmbar.
- Regulamento 129/2011, de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. 2ª série. N.º 45, 8669-8673.
- Reinaldo, A.; & Santos, R. (2016). Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde em Debate*, 40 (110), 162-171.
- Rocha, A., Ciosak, S. (2014). *Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and Coping*. *Rev. Esc. Enferm. USP* ; 48(2): 87-93
- Sá, L. (2010). *Saúde mental versus doença mental*. In Sequeira, C.; & Sá, L. *Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem da Saúde Mental: [actas]*. Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. (18 de Junho de 2001). *Espiritualidade baseada em evidências*. *Acta Fisiátrica*.
- Santos, A., Gil, A., Namorado, S., Barreto, M., Nunes, B., Gaio, V., et al. (2017). *O distress psicológico – prevalência e fatores associados na população residente em Portugal em 2015: resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico*. (I. d. Jorge, Ed.) *Observações_ Boletim Epidemiológico*.

- Saúde, D. G. (2014). Portugal Saude Mental em numeros - 2014 - Programa Nacional para a Saude Mental. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Saude, D. G. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes¹. Lisboa: Direcção Geral da Saude.
- Saúde, E. R. (2015). ACESSO E QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL. Porto.
- Schumacher, K.; Jones, P.; & Meleis, A. (1999). Helping elderly perarsons in transition: a framework for research and practice. In Swanson, E.; & Tripp-Reimer, T. Life Transitions in Older adult- Issues for Nurses and Other Health Professionals. Iowa: Springer Publishers.
- Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (Junho de 2014). AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ESTUDANTES PORTUGUESES DO ENSINO SUPERIOR. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental, pp. 45-53.
- Sequeira, C.; Lluch, T. (2015). Saúde Mental Positiva - Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/282663073_Saude_Mental_Positiva
- Silva, G.; Peixoto, L.; Souza, D.; Santos, A.; & Aguiar, A. (2018). Repercussions of Chronic Diseases on the Mental Health of Elderly People. Journal of Nursing UFPE On Line, 12 (11), 2923-2932.
- Silva, P., & Carvalho, V. (Julho - Dezembro de 2019). Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: interpretando as intercessões historicas e filosóficas da Ordem Psiquiatrica. SCIAS.Direitos Humanos e Educação, pp. 165-188.
- Singh, D. (2008). How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhaga: Health Systems And Policy Analysis.
- Souza, M.; Baptista, C.; & Alves, G. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência e validade baseada na relação entre variáveis. Atletheia, 28, 45-59.
- Stanton, A.; Revenson, T.; & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological adjustment to chronic disease. Annual Review of Psychology, 58, 565-592.
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. Journal of Community Health, 33(1), 40-50.
- Suhonen, R.; Valimaki, M.; & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult pacitients. Journal Clinic Nursing, 17 (7), 843-860.
- Townsend, C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Loures: Lusociência.
- Tunceli, K; Zhao, C.; Davies, M.; Brodovicz, K.; Alexander, C.; Iglay, K.; & Redican, L. (2014). Factors Associated With adherence to oral antihyperglycemic monotherapy in patients with type 2 diabetes. Dove Press, 9, 191-197.
- Unantenne, N.; Warren, N.; Canaway, R.; & Manderson, L. (2013). The strenght to cope: spirituality and faith in chronic disease. Journal of religion and health, 52 (4), 1147-1161.

- Vilhena, Pais-Ribeiro, Silva, Pedro, Meneses, Cardoso, da Silva, Mendonça. 2014. Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic Portuguese patients. Health Qual life Outcomes. 2014.
- Villela, S.; & Scatena, M^a. (2004). A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem, 57 (6), 738-741.
- Westgate, C. (1996). Spiritual wellness and depression. Journal of Counseling and Development, 75, 26-35.
- World Health Organization (WHO) (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013). Global Action Plan: For the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013 – 2020. Geneva: WHO.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimento Informado

Projeto PSY-SC

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua participação. Solicitamos que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que julgar necessárias antes de aceitar fazer parte do estudo.

O estudo para o qual se solicita a sua colaboração, realizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, é subordinado ao tema “**Avaliação do *distress* psicológico e das dimensões espirituais em utentes portadores de doença crónica**”. Este estudo tem como objetivos:

- Avaliar as evidências e a produção científica sobre espiritualidade no campo da saúde, nomeadamente em pacientes com doença crónica;
- Descrever a experiência e as necessidades espirituais dos participantes envolvidos no estudo;
- Avaliar o nível de satisfação e perspetivas de vida em pacientes com doença crónica;
- Avaliar a presença de *distress* psicológico nos utentes que participam do estudo;
- Identificar correlações entre espiritualidade, satisfação com a vida e sofrimento psicológico em pacientes com doença crónica.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte do estudo, receberá igualmente todos os cuidados correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade na instituição. Se decidir participar, poderá sempre desistir a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação terapêutica atual ou futura com os autores do estudo ou seus pares.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado responder a um questionário, onde lhe serão colocadas questões sobre o tema em causa. O questionário será aplicado após contacto telefónico prévio de acordo com a sua disponibilidade.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação dos profissionais de saúde no processo de cuidar.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação dos participantes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

“Avaliação do *distress* psicológico e das dimensões espirituais em utentes portadores de doença crónica”

Eu, abaixo-assinado _____,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar,
tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram os objetivos, os procedimentos, os
riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da
informação.

Foi-me comunicado que tenho o direito a recusar a todo o tempo a minha participação no
estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que
nos é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade neste estudo, respondendo às
questões que me forem colocadas.

(Local) _____, ____ de _____ de 2018

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

Anexo 2

Questionário de necessidades espirituais (SpNQ)

Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) v. 2.1

Author: Arndt Büssing, University Witten/Herdecke, Germany (PT Version, Wilson Abreu)

Cada pessoa tem seu próprio e único ponto de vista. As afirmações que se seguem foram proferidas por vários utentes e não têm necessariamente que coincidir com as suas. Leia por favor com atenção as referidas afirmações e indique em que medida estão de acordo com a sua situação pessoal. Quando achar que determinada necessidade é compatível com a sua situação mencione "Sim" e em seguida indique até que ponto sente essa necessidade. Pelo contrário, indique "Não". Por favor seja o mais verdadeiro e honesto possível nas respostas. Não há questões "certas" ou "erradas".

Nos últimos tempos, sentiu necessidade de:		Concordo		Se sim, com que intensidade?		
		Não	Sim	Alguma	Bastante	Muita
N2	Conversar com outras pessoas sobre os seus medos e preocupações?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N3	Apoio de alguém da sua comunidade religiosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N4	Refletir sobre a sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N5	Debruçar-se sobre aspetos não resolvidos na sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N6	Admirar a beleza da natureza que o cerca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N7	Morar num lugar tranquilo e em paz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N8	Encontrar paz interior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N10	Procurar um significado para a doença e / ou sofrimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N11	Conversar com alguém sobre o significado da vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N12	Conversar com alguém sobre a existência de vida além da morte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N13	Falar com alguém em utilizando uma atitude amiga e amável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N14	Dar algo de si mesmo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N15	Dar consolo a alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N16	Perdoar alguém com tenha partilhado momentos de vida menos bons?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N17	Ser perdoado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N18	Rezar com alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N19	Que alguém reze por si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3

N20	Rezar por si mesmo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N21	Participar numa cerimónia religiosa (encontro religioso)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N22	Ler livros religiosos / espirituais ou sobre pessoas que professam a sua religião?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N23	Virar-se para uma entidade importante da sua religião - Deus, Anjos, Santos ou outras figuras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N24	Estar completamente bem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N25	Estar em contacto com a sua família?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N26	Contribuir para que os outros possam usufruir das suas próprias experiências de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N27	Ter a certeza de que sua vida foi significativa e teve algum valor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N28	Ter sido envolvido pela sua família em preocupações com que ela se deparou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N30	Receber mais apoio da sua família?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
Caso tenha sentido outras necessidades específicas, quer dizer-nos quais?						
X1			<input type="radio"/> →	1	2	3
X2			<input type="radio"/> →	1	2	3
X3			<input type="radio"/> →	1	2	3

Anexo 3

Instrumento de colheita de dados



56583



AVALIAÇÃO DO DISTRESS PSICOLÓGICO E DAS DIMENSÕES ESPIRITUAIS EM UTENTES PORTADORES DE DOENÇA CRÓNICA

PROJETO PSY-SC - QUESTIONÁRIO

Parte I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Questionário n.º

Data de preenchimento:

1. Idade

2. Género Feminino Masculino

3. Nacionalidade Portuguesa

Outra Especifique

4. Estado civil Solteiro(a)

Casado(a)/ União de facto

Viúvo(a)

Divorciado(a)

5. Educação

Escola primária ou menos

Ensino secundário ou vocacional

Licenciatura

Outro Indique

6. Emprego

Empregado

Desempregado

Reformado (por idade)

Reformado (por invalidez)

Outro Indique

7. Profissão antes da reforma (se aplicável)

8. Profissão

9. Origem do vencimento/remuneração (preponderante)

Trabalho dependente

Trabalho independente

Rendimento Mínimo Garantido (subsídio)

Outros subsídios

Pensão de reforma

Remuneração ocasional

Heranças

Outro Indique



56583

PARTE II – SHALOM – Questionário sobre o bem-estar espiritual (SWBQ)

A **espiritualidade** pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano. A saúde espiritual pode ser vista como um indicador de como nos sentimos conosco próprios e com os aspectos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações seguintes, preencha o círculo (●) que melhor indique em que medida sente que cada afirmação **reflete a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses**.

Responda utilizando a seguinte escala:

1 = Muito pouco; 2 = Pouco; 3 = Moderadamente; 4 = Muito; 5 = Muíto

Não gaste muito tempo em cada item. É melhor responder com base nos seus primeiros pensamentos.

Em que medida se sente a desenvolver:	Um ideal para a saúde espiritual					Como se sente				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Afeto pelas outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Uma relação individual com o Divino ou Deus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Generosidade em relação aos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Uma ligação com a natureza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Um sentimento de identidade pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Admiração e respeito pela criação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Espanto e admiração perante a uma paisagem deslumbrante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Confiança nas pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Auto-conhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Um sentimento de união com a natureza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. O sentimento de união com Deus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Uma relação de harmonia com o ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Um sentimento de paz com Deus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Alegria na vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Uma vida de meditação e/ou oração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Paz interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Respeito pelas outras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Um sentido para a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Bondade para com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Uma sensação de deslumbramento perante a natureza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20a O quanto a religião é importante na vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20b O quanto a espiritualidade é importante na vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



56583



PARTE III – Escala das necessidades espirituais e satisfação com a vida

(Bussing BMLSS-10)

	A pergunta seguinte remete para a sua satisfação com diferentes aspetos da sua vida. Eu classificaria assim a minha satisfação com os seguintes aspetos.....(indique com um círculo a resposta mais adequada) ...	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Na maioria das vezes insatisfeito	Misto (igualmente satisfeito e insatisfeito)	Na maioria das vezes satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
H1	A minha vida....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2	Os meus relacionamentos ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H3	Situação na escola/local de trabalho ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H4	Comigo mesmo...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H5	Local onde vivo...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H6	A minha vida em geral ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H7	A minha situação financeira...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H8	As minhas perspetivas para o futuro...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G1	A minha situação de saúde....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G3	As minhas capacidades para lidar com as situações do quotidiano...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G4	As minhas perspetivas para o futuro...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Questões adicionais suporte social...							
C1	Apoio do meu companheiro(a)...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C2	Apoio dos familiares.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C3	Apoio da rede de amigos ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
R1	A relação com o meu companheiro (a) ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Questões adicionais sobre relações com os colegas...							
T1	Apoio dos meus colegas de trabalho...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T2	Apoio dos meus superiores...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T3	Reconhecimento por parte dos meus colegas de trabalho.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T4	A relação com o meu companheiro (a) ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T5	Solidariedade do meu grupo de trabalho...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



56583

PARTE IV - INVENTÁRIO BREVE DE SINTOMAS (BSI)
Inventário de Sintomas (Canavarro, 1999)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma preencha o círculo (●). Não deixe nenhuma pergunta por responder. Em que medida foi afectado nos seguintes sintomas?

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
1	Nervosismo ou tensão interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Desmaios ou tonturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ter a impressão de que as outras pessoas controlam os seus pensamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ter a ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Aborrecer-se e irritar-se com facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Dores sobre o coração ou no peito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sentir medo na rua ou nos espaços abertos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Pensamentos de acabar com a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Perder o apetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Ter medo subitamente sem ter motivo para isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ter impulsos que não consegue controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Sentir-se sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Sentir-se triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Não ter interesse por nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Sentir-se atemorizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Sentir-se inferior aos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Vontade de vomitar ou mal estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ter a impressão de que os outros o costumam observar e falar de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Ter dificuldade em adormecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Dificuldade em tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



56583

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
29	Sensação de que lhe falta o ar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Calafrios ou afrontamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causar medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Sensação de vazio na cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Sensação de anestesia ou de formigueiro no corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Ter a ideia de que deveria ser castigado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Sentir-se sem esperança em relação ao futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Ter dificuldade em se concentrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Sentir falta de forças em partes do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Sentir em estado de tensão ou aflição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Ter pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Ter ataques de terror ou pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Envolver-se facilmente em discussões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	Sentir que não tem valor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51	Ter a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52	Ter sentimentos de culpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53	Ter a impressão de que alguma coisa está mal na sua cabeça ou no seu espírito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



56583

Parte V – Morisky 8-Item Adesão ao regime terapêutico

Colocam-se em seguida várias perguntas. Indique qual a resposta que melhor traduz a sua situação, preenchendo o círculo (●) no respetivo. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda honestamente.

Quanto ao seu tratamento ...

	Sim	Não		
1. Por vezes esquece-se de tomar os medicamentos para a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Sim	Não		
2. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que não tomou os seus remédios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Sim	Não		
3. Alguma vez decidiu suspender a sua medicação sem informar o seu médico, porque se sentia pior quando a tomava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Sim	Não		
4. Quando viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar os seus medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Sim	Não		
5. Tomou os seus medicamentos ontem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Sim	Não		
6. Quando sente que o seu problema de saúde parece estar sob controle, por vezes deixa de tomar os remédios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Sim	Não		
7. Tomar medicamentos todos os dias é por vezes considerado um inconveniente para algumas pessoas. Já se sentiu incomodado em aderir ao seu regime terapêutico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Com que frequência tem dificuldade em se lembrar de tomar a sua medicação?				
Nunca/ Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Habitualmente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>