

Maria Filomena Moura Guedes Santana

**RELAÇÃO entre as CRENÇAS de
ESPIRITUALIDADE
e a
PERCEPÇÃO de DOR CRÓNICA**

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

(ISCS – N)

2011

Maria Filomena Moura Guedes Santana

**RELAÇÃO entre as CRENÇAS de
ESPIRITUALIDADE
e a
PERCEPÇÃO de DOR CRÓNICA**

Dissertação apresentada no:

**Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
(ISCS – N)**

Para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Dor

Orientador: *Prof. Dr. Paulo Moreira*

Co-orientador: *Prof. Dra. Emília Areias*

2011

RESUMO

A intensidade da dor, física e/ou psíquica, é passível de ser influenciada por vários factores, incluindo estilos de vida, co-morbilidade com outras condições, significações, estratégias de *coping*, etc. A compreensão de que a espiritualidade/religião tem o potencial de funcionar para muitos indivíduos como uma estratégia de *coping* para lidar com experiências adversas tem vindo a obter um crescente interesse por parte de disciplinas científicas como a Medicina e a Psicologia. Este interesse tem sido concretizado no desenvolvimento de instrumentos de avaliação da espiritualidade. *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005) é um instrumento de avaliação de crenças e valores de espiritualidade que revelou características psicométricas adequadas para a avaliação da espiritualidade. Sendo a espiritualidade um fenómeno universal, a investigação ao nível do desenvolvimento de instrumentos e ao nível da sua equivalência transcultural encontra-se ainda numa fase muito incipiente. De facto, pouco se sabe acerca da equivalência transcultural da estrutura factorial de instrumentos de avaliação da espiritualidade em diferentes culturas. Por estas razões, procedemos numa fase inicial do nosso estudo à avaliação da estrutura factorial da versão portuguesa da *The Beliefs and Values Scale*, na qual participou uma amostra constituída por 446 sujeitos portugueses, com idades entre os 18 e os 84 anos ($M=38.36$, $DP= 13.96$), sendo 72.2% mulheres ($n=322$) e 27.8% homens ($n=124$). Os resultados confirmam a estrutura factorial da versão original e reforçaram o suporte empírico para uma estrutura de dois factores. No entanto, alguns itens saturaram de forma diferente, levantando questões sobre as especificidades culturais.

Na concretização do objectivo principal do nosso estudo, de avaliar a relação entre a espiritualidade/religião e a percepção de dor crónica, participaram 89 pacientes com dor crónica, da região norte do país. A percepção de dor foi avaliada através da *Escala Visual Analógica* (EVA), o *Questionário de Dor de McGill* (MPQ) e a *Escala de Crenças e Valores* (EVC). Os resultados obtidos não permitem, contudo, verificar a existência de relação entre crenças de espiritualidade e percepção da dor crónica, levantando múltiplas hipóteses explicativas e novas linhas de investigação.

Palavras-chave: Espiritualidade, crenças, dor crónica, percepção, Escala de Crenças e Valores.

ABSTRACT

The intensity of physical or Psychic pain may be influenced by many factors including lifestyles and co-morbidity associated with other conditions meanings and coping strategies... The understanding for many individuals that spirituality/religion, has its potential to work as a coping strategy to deal with many adverse experiences is having an increasing interest to the scientific syllabuses as Medicine and Psychology. This interest has been achieved in the development of spirituality assessment instruments. *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005) is an instrument of assessment of beliefs and values of spirituality that has revealed appropriate psychometric features for the assessment of spirituality.

Once spirituality is an universal phenomenon, as far as the development of instruments is concerned and its cross-cultural counterpart they still are in a incipient phase. In fact, we don't know that much about the cross-cultural counterpart of the factorial structure of assessment instruments of spirituality in different cultures. The goal of the study was the assessment of factorial structure of the Portuguese version of the Beliefs and Values Scales. The sample consists of 446 Portuguese individuals, with ages between 18 and 84 years ($M=38.36$, $SD= 13.96$), 72.2% are women ($n=322$) and 27.8% are men ($n=124$). The results confirm the factorial structures of the original version and they have reinforced the empirical basis for a structure of two factors. However, some items have saturated in a different way, rising questions on the cultural specificities

In the achievement of the main goal of our study on evaluating the relationship between spirituality/religion and the perception of chronic pain have participated 89 patients suffering from chronic pain in the North of the country. The perception of pain was assessed with the Visual Analogical Scale (VAS), McGill Pain Questionnaire and the Scale of Beliefs and Values (SBV). The results, however, don't let us check the existence of a relationship between spirituality beliefs and perception of chronic pain, identifying multiple explaining hypotheses and new lines of investigation.

Keywords: Spirituality, beliefs, chronic pain, perception, Beliefs and Values Scale.

AGRADECIMENTOS

- A todos os participantes deste estudo, pois sem a sua colaboração este não seria possível;
- À Professora Doutora Emília Areias pelos seus esclarecimentos;
- À minha amiga Emília Costa pela atenção e amizade;
- Ao Mestre Paulo Dias pelo apoio, ajuda e disponibilidade;
- Ao Professor Doutor Paulo Moreira pelos seus inestimáveis ensinamentos, pela motivação constante e orientação valiosíssima e criteriosa;
- Aos meus filhos, Tiago, Daniela e Beatriz, pelos seus abraços e conforto;
- Ao meu marido, companheiro de todas as horas, a quem devo a oportunidade de todo o meu desenvolvimento profissional, pelas suas palavras constantes de incentivo, pela sua paciência, pelo seu amor e carinho.

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	1
1.1. Teorias explicativas da percepção da dor	4
1.2. O conceito de espiritualidade	8
1.3. O conceito de crenças	9
1.4. O conceito de percepção	10
1.5. Dor e espiritualidade	11
II. OBJECTIVOS	17
III. METODOLOGIA	17
3.1. Amostra	17
3.2. Instrumentos	19
3.3. Procedimentos	19
3.3.1. O desenvolvimento da escala original <i>The Beliefs and Values Scale</i> (King, 2005)	19
3.3.2. Procedimento de recolha de dados	20
3.3.3. Procedimento de análise de dados	21
IV. RESULTADOS	21
4.1. Análise factorial	21
4.2. Fidelidade	23
4.3 Adaptação portuguesa da <i>The Beliefs and Values Scale</i>	25
4.3. Estatísticas descritivas e inferenciais	25
V. DISCUSSÃO	28
VI. METODOLOGIA	31
6.1 Amostra	31
6.2. Instrumentos	32
6.3. Procedimentos de recolha de dados	34
6.4. Procedimentos de análise de dados	34
VII. RESULTADOS	35
7.1. Crenças, valores e dor	38
VIII. DISCUSSÃO	39
X. BIBLIOGRAFIA	43
XI. ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das características sócio – demográficas da amostra	18
Tabela 2. Estrutura factorial da adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores	23
Tabela 3. Estrutura factorial da adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores revista	24
Tabela 4. Composição da versão original e da adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores por escalas e subescalas	25
Tabela 5. Estatísticas descritivas dos factores	26
Tabela 6. Estatísticas descritivas dos factores em função do género	26
Tabela 7. Estatísticas descritivas dos factores em função do estado civil	27
Tabela 8. Estatísticas descritivas dos factores em função do nível de escolaridade	27
Tabela 9. Estatísticas descritivas dos factores em função da região onde vive	28
Tabela 10. Estatísticas descritivas dos factores em função da Filiação/Crença Religiosa	28
Tabela 11. Descrição das características sócio – demográficas da amostra	32
Tabela 12. Diagnóstico, intensidade, tipo e duração de dor referido pelos indivíduos da amostra	36
Tabela 13. Intensidade de dor referida pelos indivíduos da amostra	37
Tabela 14. Análise correlacional entre as dimensões do MPQ e as dimensões e o total da ECV	38
Tabela 15. Análise correlacional entre as dimensões e o total da ECV e o tipo de dor	39
Tabela 16. Análise correlacional entre as dimensões e o total da ECV e a duração da dor	39

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1.** *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005) – Escala de Crenças e Valores
- Anexo 2.** Escala Visual analógica (EVA)
- Anexo 3.** Versão Portuguesa do McGill Pain Questionnaire (MPQ)
- Anexo 4.** Versão portuguesa da Escala de Crenças e Valores (ECV)
- Anexo 5.** Questões de natureza sócio-demográfica da amostra do estudo
- Anexo 6.** ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO – “*Avaliação das características psicométricas da versão portuguesa da The Beliefs and Values Scale (King, 2005) – Escala de Crenças e Valores*”
- Anexo 7.** ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO – “Relação entre crenças de espiritualidade e percepção de dor crónica”
- Anexo 8.** PARTICIPAÇÃO ORAL – para submeter a congressos internacionais

Relação entre crenças de espiritualidade e percepção de dor crónica

I. INTRODUÇÃO

A dor e o sofrimento que lhe está subjacente são experiências únicas, pessoais, intransferíveis, delicadas, que ferem profundamente (Fenili, Takase, & Azevedo, 2006). A intensidade da dor, física e/ou psíquica, é influenciada por factores que podem provocar mudanças, tanto na sua redução quanto no seu aumento (Fenili, Takase, & Azevedo, 2006). A pessoa ao ser acometida por uma dor aguda sente-se inquieta, excitada, amedrontada, mas, de alguma forma a esperança de encaminhamentos, resoluções e a sua finitude, também se fazem presentes. A dor crónica, porém, pode levar, quer ao desânimo, à desesperança, à resignação, à depressão ou desperta e consolida no indivíduo uma capacidade extra de saber conviver ou viver com ela (Fenili, Takase, & Azevedo, 2006). A dor e o sofrimento necessitam serem percebidos, encarados, assistidos na totalidade de suas dimensões – físicas, psíquicas, sociais, económicas, culturais, espirituais e outras mais que se queira acrescentar (Fenili, Takase, & Azevedo, 2006).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP) (1994), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Esta definição associa a dor quer a um estímulo objectivo, quer a variáveis cognitivas ou emocionais (IASP, 1994). Tal significa que, a dor é um fenómeno subjectivo, complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial, não existindo relação directa entre a causa e a dor, ou seja, a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos distintos, dependendo do contexto em que o sujeito está inserido nesse momento (APED, 2009).

A dor aguda é uma dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo. Funciona como um sinal de alarme. Neste contexto, é um sintoma muito importante para o diagnóstico de várias doenças, sendo a principal causa de procura de

cuidados de saúde pela população em geral. A importância da dor aguda está bem patente em doentes que padecem duma patologia rara, em que há uma deficiência congénita da sensibilidade dolorosa. Estes indivíduos, que não sentem dor, têm uma esperança média de vida muito inferior a um indivíduo normal, precisamente porque lhes falta esse mecanismo sinalizador que a dor representa (APED, 2009). Embora a dor aguda seja útil em muitas circunstâncias, ela deve ser combatida de forma a não se perpetuar e a não se tornar eventualmente numa dor crónica, já que esta, pelo contrário, não apresenta qualquer vantagem para o doente (APED, 2009). Para além do sofrimento que causa, tem repercussões na saúde física e mental do indivíduo, levando por exemplo a alterações do sistema imunitário com uma consequente diminuição das defesas do organismo e aumento da susceptibilidade às infecções (APED, 2009). É geralmente definida como, uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 6 meses, que muitas vezes perdura para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente (APED, 2009). No campo da saúde mental, a dor crónica provoca frequentemente insónias, ansiedade, depressão, podendo mesmo levar ao suicídio. Actualmente, a tendência é para encarar a dor crónica não como um mero sintoma, mas, muitas vezes, como uma doença por si só, com enormes repercussões sobre o indivíduo e a sociedade, pelo sofrimento e custos socioeconómicos que acarreta (APED, 2009).

Coincidindo com a comemoração do 5º Dia Nacional de Luta Contra a Dor, a Direcção Geral de Saúde publicou, no dia 14 de Junho de 2003, uma circular normativa que institui a Dor como 5º Sinal Vital. Concretamente, tal indica que, se considera como boa prática clínica, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, a avaliação e registo regular da intensidade da dor, à semelhança do que já acontece há muitos anos para os 4 sinais vitais, nomeadamente, a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a pressão arterial e a temperatura corporal (APED, 2009). A obrigatoriedade da avaliação e registo da dor tem uma enorme importância, dado que, sobretudo por motivos culturais, a dor é ainda, inúmeras vezes, subestimada, escondida, negada e, consequentemente, negligenciada, tanto pelos doentes como pelos profissionais de saúde. Por outro lado, tornando a dor visível não é possível ignorá-la, sendo imperioso estabelecer uma estratégia terapêutica adequada ao seu controlo, o que vai contribuir decisivamente para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir a morbilidade (APED, 2009).

Um recente estudo nacional revela que para quase 50% dos indivíduos, a dor crónica interfere de forma moderada ou grave nas actividades domésticas e laborais. Devido a ela, 4% perdeu o emprego e 13% teve mesmo a reforma antecipada (Massada, 2009). Além dos problemas que provoca na qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, a dor crónica causa um imenso encargo financeiro a nível mundial com serviços de assistência médica, medicação, absentismo, perda de rendimento, falta de produtividade, custos de indemnização do trabalhador e outros subsídios de carácter social (Massada, 2009).

Ao longo do tempo muitos foram os estudos que visaram compreender melhor a relação entre a dor crónica e as mais variadas variáveis. A nossa investigação insere-se neste contexto, centrando-se mais especificamente, numa amostra de uma população específica, composta por sujeitos que padecem de dor crónica associada às mais diversas patologias tentando verificar se a espiritualidade, em particular, tem ou não relação com a experiência de dor desses doentes.

A maioria das pesquisas sobre a relação entre religião, espiritualidade e saúde têm-se centrado em populações específicas com potencial de diagnósticos de risco de vida, tais como cancro, doença coronária, doenças cardiovasculares e AIDS. O *National Institute of Healthcare Research Painel* recomenda no seu relatório que as futuras investigações devem concentrar-se em populações de paciente com condições de preocupação mais imediata para a saúde pública, tanto em termos de sofrimento como de encargos económicos para a sociedade (Larson, Swyers, & McCullough, 1997). Na sua lista de populações a serem estudadas aparecem os pacientes com síndromes de dor crónica. Tal como referido anteriormente, este é o nosso propósito. Mesmo porque, múltiplas estratégias de *coping* e a sua relação com a dor crónica têm sido exaustivamente estudadas ao longo do tempo. Contudo, o estudo da relação entre a espiritualidade e a percepção de dor encontra-se ainda em estado embrionário.

O objectivo deste estudo foi o de avaliar a relação entre espiritualidade e a percepção de dor em doentes com dor crónica. Para concretizar este objectivo, procedeu-se à adaptação e validação para a população portuguesa de um instrumento de avaliação, da Escala de Crenças e Valores (*The Beliefs and Values Scale*, King, 2005).

1.1. Teorias explicativas da percepção da dor

As abordagens teóricas explicativas da percepção da dor incluem o Modelo Biopsicossocial da Doença de Engel (1992); A teoria do Portão de Controlo da Dor de Melzack & Wall (1965); a Teoria Neuromatrix da Dor de Melzack (1999) e ainda o Modelo Biopsicossocial-Espiritual de Sulmasy (2002). De seguida, descreve-se sucintamente cada uma delas.

O Modelo Biopsicossocial da Doença fornece um quadro para a compreensão do indivíduo dentro do contexto das suas múltiplas facetas: biológicas, psicológicas e sociais (Engel, 1992). Este modelo facilita uma abordagem para o tratamento de doenças médicas e da dor, pois reconhece, as complexas interacções entre indivíduos e o seu ambiente, bem como a potencial bi-direccionalidade de caminhos entre os factores psicológicos e biológicos no que diz respeito à doença (Engel, 1992). A aplicação deste modelo para a conceituação e tratamento da dor permite o reconhecimento de que os indivíduos podem experimentar dor na ausência de uma causa fisiopatológica identificável (Wachholtz, Pearce, & Koenig, 2007).

A teoria do Portão de Controlo da Dor (Melzack & Wall, 1965) e posteriormente a Teoria Neuromatrix da Dor (Melzack, 1999) elucidaram a relação entre os factores psicológicos e biológicos envolvidos na dor. Estas teorias postulam que a experiência da dor é mais do que uma simples transmissão de dor de uma parte específica do corpo até a medula espinhal e desta para o cérebro. Em vez disso, vias múltiplas envolvendo cognições e emoções, podem influenciar o comportamento do sinal de dor, reduzindo ou aumentando a experiência real de dor num dado momento (Wachholtz *et al.*, 2007).

Melzack e Wall (1965) desenvolveram o Modelo da Comporta ou Teoria do Portão, que abriu uma perspectiva para o estudo da dor como fenómeno multidimensional, dando ênfase aos aspectos psicológicos arrolados na activação e inibição da dor. Os autores defendem que além das estruturas cerebrais "*...é possível que actividades subjacentes do sistema nervoso central como atenção, emoção e a memória de experiências recentes exerçam controlo sobre a entrada de estimulação sensorial*" (Melzack & Wall, 1965, p. 976).

Segundo este modelo de percepção da dor, as fibras aferentes nociceptivas transmitem o impulso doloroso para o tálamo, através de células transmissoras da dor

localizadas nos cornos dorsais na espinal-medula, constituindo a via de transmissão da dor, a qual é controlada pelos neurónios da substância gelatinosa. Neurónios inibitórios descendentes ou influxo aferente não-nociceptivo activam os neurónios da substância gelatinosa, os quais, por sua vez, inibem as células transmissoras da dor dificultando a passagem do impulso doloroso para os centros superiores (Yaksh & Malberg, 1994). A substância gelatinosa constitui assim o portão de controlo. É o veículo do mecanismo do portão.

Quanto mais o portão está aberto, maior é a percepção da dor. Os autores desta teoria sugeriram que os seguintes factores podem abrir o portão: a) factores físicos – como lesões ou activação das fibras longas; b) factores emocionais – como a ansiedade, preocupações, tensão e depressão e c) factores comportamentais – como a concentração na dor ou aborrecimento. Os mesmos factores associados a outras variáveis podem, no entanto, fechar o portão e conseqüentemente reduzir significativamente a percepção da dor. Tais como, por exemplo: a) a medicação e a estimulação das fibras curtas; b) a felicidade, o optimismo ou o relaxamento e c) a distração ou o envolvimento noutras actividades (Ogden, 1999).

A teoria do portão não aborda somente o aspecto sensorial da dor, mas também as variáveis psicológicas e a sua influência na sensação dolorosa. Isso ocorre por meio de uma avaliação cognitiva e por informações de experiências anteriores que estão armazenadas em regiões corticais superiores ligadas ao componente motivacional (Broton & Rosenfeld, 1982). Alterações neste componente, principalmente na dor crónica, podem modificar as reacções à dor mesmo não havendo mudanças no seu componente sensorial (Broton & Rosenfeld, 1982).

A Teoria Neuromatrix de Melzack (1999) forneceu uma visão moderna da complexidade e da responsabilidade do sistema nervoso na construção de programas neurais da neuromatriz, que determinam uma neuroassinatura individual dependente de influências genéticas e sensoriais, que determinam a sua assinatura sináptica. Esta rede neural é difusamente distribuída e inclui componentes paralelos somatosensitivos, límbicos e tálamo-corticais. A neuroassinatura individual (padrões de impulsos nervosos de dimensões temporais e espaciais variáveis) é quem determina as qualidades particulares e outras propriedades da experiência e do comportamento da dor. Sendo que a aprendizagem influencia os aspectos subjectivos, comportamentais neurofisiológicos e bioquímicos da dor (Melzack, 1999).

De acordo com o autor desta teoria, entradas cognitivo – avaliativas, sensorial - discriminativas e motivacional – afectivas constroem ao longo do tempo de vida a nossa neuroassinatura que se manifestará através de uma percepção da dor como uma experiência multidimensional, desencadeamento respostas homeostáticas individualizadas e respostas comportamentais particulares (Melzack, 1999).

Normalmente um paciente típico com dor crónica tem problemas médicos relacionados com um ou mais eventos históricos. Estes problemas limitam as opções de trabalho e as interações sociais normais, resultando em problemas financeiros, isolamento social e perturbações familiares. Tais processos compreendem o que se designa de constelação de stressores explícitos. A história passada e as memórias do paciente, junto com o pensamento negativo, compreendem a constelação de stressores implícitos (Couto, 2008).

Os três modelos atrás referidos enfatizam o papel dos estados psicológicos como potenciais mediadores da dor (Middleton & Pollard 2005), assim como o papel das variáveis psicossociais na percepção da dor, incluindo emoções negativas, apoio social, noção de auto-eficácia, e as estratégias de *coping* (Covic, Adamson, Spencer & Howe, 2003; Lefebvre *et al.*, 1999; Keefe, Lefebvre, Maixner, Salley & Caldwell, 1997).

Mais recentemente, houve uma chamada de atenção para um modelo que incorpora a espiritualidade no âmbito biopsicossocial (McKee & Chappel 1992; Sulmasy 2002). O modelo Biopsicossocial-Espiritual de Sulmasy (2002) reconhece o impacto potencial da espiritualidade e das variáveis religiosas em modular a experiência biológica da doença. Este modelo sugere que a doença rompe a relação biológica, interpessoal e espiritual exclusiva para o indivíduo. A adição da espiritualidade é congruente com o modelo do Portão de Controlo e o Modelo Neuromatrix porque, a espiritualidade pode ser visto como mais um recurso de *coping* que pode alterar a resposta do paciente à dor (Wachholtz *et al.*, 2007).

Modelo Transaccional de Stress de Folkman & Lazarus (1988), tem vindo a ser utilizado na compreensão de como a dor, e mais concretamente, a dor crónica, se constitui numa experiência stressante. Este modelo permite estabelecer a ligação entre a experiência stressante (*distress*) de sentir dor e as técnicas que os sujeitos utilizam para a ultrapassar, que consistem, basicamente, em estratégias de *coping* semelhantes às usadas noutras situações de stress elevado e prejudicial (Folkman & Lazarus, 1988). Tal como classificam alguns autores de língua inglesa (e.g. Ogden, 1999), quando o stress

deixa de ser considerado um stress positivo, benéfico ou motivador para o indivíduo este designa-se de *eustress*. E denomina-se *distress* quando se torna num stress exagerado, crónico e nocivo, originando inadaptação e desorganização no indivíduo.

De acordo com os autores, Folkman & Lazarus (1988) uma situação indutora de stress é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus recursos. Segundo este modelo, perante uma situação de ameaça potencial, um indivíduo será confrontado com uma sequência processual, que tem início na percepção da situação em causa, na sua avaliação e no desencadeamento de estratégias de adaptação para lhe fazer face (Folkman & Lazarus, 1988). Esta concepção salienta, assim, uma dimensão cognitiva de classificação de uma determinada situação como ameaçadora (avaliação), que é seguida de um esforço cognitivo e comportamental para lidar com a situação de stress (*coping*) (Folkman & Lazarus, 1988).

Segundo os autores existem dois tipos de avaliação cognitiva: a avaliação primária, que consiste na avaliação do significado individual do acontecimento, ou seja, esta avaliação vai conduzir à classificação dos acontecimentos como irrelevantes, positivos ou ameaçadores; e a avaliação secundária, que ocorre quando um acontecimento é considerado ameaçador e consiste na análise dos recursos disponíveis para enfrentar essa situação. Estes dois tipos de avaliação vão conduzir a respostas fisiológicas (e.g. aumento do ritmo cardíaco), cognitivas (e.g. crenças sobre as consequências de um acontecimento), emocionais (e.g. medo) e comportamentais (e.g. fuga) de stress (Folkman & Lazarus, 1988). Se um determinado acontecimento for considerado como ameaçador na avaliação primária e se os recursos existentes para lidar com a situação forem considerados insuficientes na avaliação secundária, esta constatação conduzirá ao desenvolvimento de esforços individuais no sentido de lidar com a situação eliminando, reduzindo ou evitando a ameaça. (Folkman & Lazarus, 1988). Este é o chamado processo de *coping*, definido como “...o processo através do qual as pessoas tentam controlar a discrepância percebida entre as exigências e os recursos que avaliam numa situação stressante” (Sarafino, 2002 cit. in Caldas, 2006 p. 59), ou como “...esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas internas ou externas (e conflitos entre elas) que são avaliadas como pondo à prova ou excedendo os recursos da pessoa” (Lazarus, 1991 cit. in Caldas, 2006 p. 59).

As formas de lidar com o stress vão “materializar-se” naquilo a que se chamam as estratégias de *coping*, que consistem em formas práticas de fazer face às situações ameaçadoras, podendo distinguir-se dois tipos de estratégias de *coping*: uma centrada no problema, outra centrada na emoção (Caldas, 2006). “A primeira implica uma acção comportamental mais concreta, enquanto a segunda implica uma acção mais interna por transformação da experiência emocional, do significado que lhe é atribuído” (Caldas, 2006 p. 61). A maneira como são confrontadas as situações de doença, ou seja, as estratégias de *coping* que o indivíduo utiliza, podem influenciar de forma positiva ou negativa a própria doença e, conseqüentemente o seu tratamento reflectindo-se obviamente na qualidade de vida dos doentes.

1.2. O conceito de espiritualidade

A dimensão da espiritualidade tem sido identificada como uma estratégia de *coping* nas experiências de adversidade, nomeadamente situações de doença e dor.

Sendo a espiritualidade, uma necessidade humana inata de relação com o outro, uma reflexão sobre a vida, é como tal, uma dimensão de grande importância no ser humano, que deve ser avaliada no sentido de um conhecimento mais aprofundado do mesmo (Vasconcelos, 2006 cit. in Baptista, 2007). A espiritualidade é uma força capaz de auxiliar o indivíduo, a família e a comunidade, a melhor vencerem as dificuldades da vida, onde se incluiu as doenças que vivenciam, proporcionando melhores capacidades de lidar com a realidade quotidiana. (Vasconcelos, 2006 cit. in Baptista, 2007). Espiritualidade pode ser definida como, um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida (Maugans, 1996). Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa (Harmon & Myers, 1999). Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, e é um conceito mais amplo que religião, pois esta é uma expressão da espiritualidade (Saad, Masiero, & Battistella, 2001). É um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (Saad, Masiero, & Battistella, 2001). Convém esclarecer que religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinónimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem

características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido (Underwood-Gordon, Peters, Bijur, & Fuhrer, 1997). A espiritualidade está intimamente ligada com a nossa relação com o mundo (Paldrön, 2003). Atravessa todos os níveis, desde o biológico, psicológico, social e comportamental, repercute-se na nossa auto-estima, na nossa própria capacidade de auto-realização (Paldrön, 2003). Constitui, assim, uma das possíveis estratégias de *coping* a ser utilizadas sobretudo pelos pacientes com dor crónica, podendo reduzir significativamente o impacto cognitivo desta ao alterar a significação que a dor tem para eles.

Queremos salientar, que neste trabalho não fazemos distinção entre os dois conceitos, podendo mesmo surgir o termo fé, também como sinónimo. Isto porque consideramos, que esta distinção não é relevante para o objectivo deste estudo, de avaliar a relação entre as crenças dos indivíduos ligadas a estes aspectos, num sentido geral e a dor crónica.

1.3. O conceito de crenças

As crenças, num sentido lato, definem-se como uma atitude geral de adesão a uma proposição, sob forma de enunciado ou de representação, cuja verdade nem sempre pode ser demonstrada (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). A crença assenta, por um lado, em elementos do conhecimento e, por outro lado, num sentimento subjectivo do tipo assertivo e, apresenta três graus (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau inferior situa-se a opinião, crença que atribui aos conhecimentos apenas um carácter provável e que não exclui dúvida relativamente à adesão (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau superior situa-se o “saber”, crença resolutamente assertiva e fundada em conhecimentos socialmente reconhecidos, ainda que nem sempre demonstráveis (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau intermédio situa-se a crença propriamente dita, que exclui a dúvida, mas que não assenta sobre conhecimentos científicos (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). Ela pode ser da ordem do delírio ou da alucinação; pode fundar-se sobre valores morais ou

religiosos socialmente legitimados (mitos, fé), pode também proceder de saberes de “senso comum” ou conhecimentos *ad hoc* elaborados em função de interesses individuais ou exigências sociais (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001).

Aaron Beck (1991, p. 369) diz que as crenças “*são as ideias mais fixas e enraizadas, oriundas do processo de desenvolvimento, experiências e formação do indivíduo desde a infância, aceites por eles como verdades absolutas, caracterizando-se como globais, rígidas e super-generalizadas. As distorções cognitivas influenciam a resposta emocional, comportamental e fisiológica do indivíduo*”. As crenças surgem da necessidade do ser humano extrair sentido do seu ambiente desde os estádios mais primitivos do desenvolvimento (Beck, 1991). Para isso, precisa de organizar a sua experiência de maneira coerente para funcionar de forma adaptativa (Beck, 1991). É a partir das suas interações com o ambiente e as outras pessoas que um sujeito elabora as suas crenças, as quais variam em precisão e funcionalidade (Beck, 1991).

1.4. O conceito de percepção

A percepção é o processo pelo qual um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais no sentido de atribuir significado ao seu meio (Gleitman, 2002). Na psicologia, o estudo da percepção é de extrema importância porque, o comportamento das pessoas é baseado na interpretação que fazem da realidade e não sobre a própria realidade. Por este motivo, a percepção do mundo é diferente para cada um de nós, cada pessoa percebe um objecto ou uma situação de acordo com os aspectos que têm especial importância para si própria (Gleitman, 2002).

O processo de percepção tem início com a atenção que não é mais do que um processo de observação selectiva, ou seja, das observações por nós efectuadas. Este processo faz com que nós percepcionemos alguns elementos em desfavor de outros. (Gleitman, 2002). São vários os factores que influenciam a atenção e que se encontram agrupados em duas categorias: a dos factores externos (próprios do meio ambiente, como a intensidade, o contraste, o movimento e a incongruência) e a dos factores internos (próprios do nosso organismo, tais como a motivação, a experiência anterior e o fenómeno social) (Gleitman, 2002).

Além da percepção ligada aos cinco sentidos (visão, audição, tacto, olfacto e gosto) os humanos também possuem capacidade de percepção temporal e espacial. Apesar de não existirem órgãos específicos para a percepção do tempo, é certo que, as pessoas são capazes de sentir a passagem do tempo. De igual modo não possuímos um órgão próprio para a percepção espacial, mas as distâncias entre os objectos podem ser efectivamente estimadas (Gleitman, 2002).

A percepção da dor não pode ser definida simplesmente em termos de condução de tipos de estímulos particulares, mas sim, como uma experiência individual que depende da aprendizagem do significado cultural de uma situação e de outros factores que são únicos e individuais (Ludwing-Beymer, 1995).

1.5. Dor e espiritualidade

A medicina e a psicologia têm dedicado poucos esforços à compreensão das crenças espirituais e religiosas das pessoas. No entanto, o interesse por estes conceitos tem vindo a aumentar desde o tempo de William James (Hill & Hood, 1999). Este autor, não só tentou definir as crenças religiosas, como tentou perceber as suas origens (James, 1902) e, criar uma filosofia científica que pretendia juntar a espiritualidade à pesquisa científica. O seu pragmatismo levou-o a considerar esta via de estudo uma hipótese a testar, numa tentativa de descobrir se as suas consequências eram valiosas para a vida das pessoas (James, 1907).

A investigação realizada neste campo sugere que, altos níveis de envolvimento religioso/espiritual estão associadas a uma saúde melhor, e normalmente este é um factor que se distingue em relação a outros, tais como: a idade, o sexo e o apoio social (Koenig, 1998; Koenig, McCullough, & Larson, 2001; McCullough & Larson, 1999). No entanto, este envolvimento religioso/espiritual é muitas vezes desvalorizado e mal medido em termos da investigação de saúde pública (McCullough *et al.*, cit in King *et al.* 2006) onde, pouco relevância se tem dado às crenças espirituais que não estão ligadas a uma prática religiosa pessoal ou pública (King & Dein, 1998). Contudo, a maior parte das sondagens nos países europeus mostram que, embora uma elevada percentagem de pessoas confesse crença num Deus, muitos menos afirmam professar uma religião (King *et al.*, 2006)

Numa revisão do papel da religião e espiritualidade em populações com dor crónica feita por Rippentrop (2005) verificou-se que, relação entre religião/espiritualidade e saúde em diferentes resultados de saúde foram documentados, sendo que muitas pessoas com dor crónica utilizam crenças e actividades religiosas e espirituais para enfrentar a dor.

A espiritualidade pode reduzir o impacto da dor reduzindo o stress, distraindo da dor, agindo como uma forma de suporte e fornecendo interacção social (Borg, Andree, Soderstrom & Farde, 2003). Há evidências, que a densidade de receptores de serotonina no cérebro está relacionada com inclinações espirituais, o que abre a possibilidade de que práticas espirituais podem realmente influenciar os caminhos da serotonina no cérebro que, como sabemos, regulam o humor e, eventualmente, a dor (Borg, Andree, Soderstrom & Farde, 2003). Contudo, a pesquisa também mostra que cognições negativas (como por exemplo, "Deus abandonou-me") se relacionam com um aumento da sensibilidade à dor (Rippentrop, Altmaier, Chen, Found & Keffala, 2005).

Apesar de problemas metodológicos da pesquisa terem impedido obter respostas claras, têm sido feitas tentativas para determinar se as pessoas com dor têm fortes crenças espirituais ou sentem-se mais perto de Deus do que aqueles que não sofrem de dor diária (Keefe *et al.*, 2001, Pargament, 2002). O que a investigação nos demonstra é que os níveis espirituais e religiosos de pessoas com dor crónica não são estáveis, mas flutuam bastante ao longo do tempo, ou seja, a vida espiritual e /ou religiosa pode mudar ao longo do tempo e das circunstâncias (Keefe *et al.*, 2001, Pargament, 2002). Assim, enquanto alguns estudos têm revelado, por exemplo, que orar está relacionado com o aumento da dor (Rapp, Rejeski & Miller, 2000; Rosenstiel & Keefe, 1983), outros sugerem que a oração está associada com a redução substancial da mesma (Turner & Clancy, 1986). Para complicar mais o quadro, outras pesquisas têm sido incapazes de documentar qualquer relação entre religião, espiritualidade e dor (Abraido-Lanza, Vasquez, & Echeverria, 2004; Keefe *et al.*, 2001; Skevington, Carse, & Williams, 2001). Se por um lado encontramos estudos que indicam que muitas pessoas com doenças crónicas dolorosas parecem usar a religião ou as crenças espirituais como uma maneira de lidar com o seu sofrimento (Abraido-Lanza *et al.*, 2004; Bill-Harvey *et al.*, 1989; Cronan, Kaplan, Posner, Blumberg & Kozin, 1989), por outro lado, noutros estudos não foi relatada ligação entre religião/espiritualidade e qualidade de vida neste tipo de doentes (Skevington *et al.*, 2001). Outra investigação salienta que

religião/espiritualidade não foram associados à intensidade da dor e interferências na vida devido a dor e enfatiza ainda, que ambos podem ter custos e benefícios para a saúde de pessoas com dor crónica (Rippentrop, Altmaier, Chen, Found & Keffala, 2005). Por exemplo: oração, meditação, o consumo de material religioso (programas de televisão, revistas, ...) foi inversamente relacionada com resultados na saúde física, indicando que aqueles que apresentavam pior saúde física eram mais propensos a participar em actividades religiosas privadas (Rippentrop *et al.*, 2005). Assim, embora as relações entre saúde e religião/espiritualidade tenha sido estabelecida, há muitas divergências nos resultados e é difícil tirar conclusões firmes sobre o significado dos mesmos.

A oração é a mais utilizada terapia complementar e, o *coping* religioso está entre as estratégias mais comuns utilizadas para lidar com a dor (Miller, 1985; Moreira, 2008; Shawler & Logsdon, 2008) e associada a melhores resultados no tratamento da mesma. (Bush *et al.* 1999). Outros estudos apresentam como o regime de tratamento mais frequente para combater a dor, a combinação de oração e medicação. Rezar em relação à dor pode servir vários fins, incluindo fornecer aos doentes esperança de ficar melhor, reduzindo a experiência, o impacto, a importância da dor, ou proporcionando distração da dor (Glover-Graf, Marini, Baker, & Buck, 2007). Pesquisas apontam a frequência regular (uma ou mais vezes por semana) de serviços religiosos com menores experiências sensoriais e afectivas de dor bem como menos sintomas de somatização, depressão e ansiedade e menor auto-relato da intensidade da dor (Harrison *et al.* 2005). Verificou-se também que, para além de relatarem menos dor apresentavam melhor humor e percepcionavam mais apoio social na sua vida. Muitos narraram, que a sua espiritualidade ajudou com os sentimentos de culpa ou preocupação sobre a sua condição. (Turner & Clancy, 1986; Kozak, 2001). Além disso, a espiritualidade foi descrita como algo que dava significado e propósito na vida, uma fonte de felicidade, e um meio de conexão com outras pessoas (Glover-Graf *et al.*, 2007).

Salientamos que, apesar de esta associação ser complexa e os motivos para a relação entre religião/espiritualidade e saúde ainda não estarem esclarecidos, religiosidade é geralmente associada a um efeito benéfico sobre a saúde (George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000; Koenig *et al.*, 2001; Levin, 1994; Moreira, Lotufo & Koenig, 2006). Ao longo do tempo, variadas revisões de artigos e números especiais têm sido publicados sobre esta questão (Kaplan, 2002; Miller, Thoresen, &

Jones, 2003; Thoresen, 1999). Existe, de facto, literatura científica indexada, substancial e concreta, associando, positivamente, a religiosidade ao bem-estar físico e mental do ser humano (George, Ellison & Larson, 2002; Miller & Thoresen, 2003) e a melhores resultados médicos (Koenig, 2006). Convém contudo realçar que, o impacto da espiritualidade e/ou religiosidade e a sua relação com a saúde e a doença são altamente dependente do contexto cultural (Ziebertz & Kay, 2006; Büssing, Abu-Hassan, Matthiessen & Ostermann, 2007) e assim, os resultados de estudos não podem ser facilmente extrapolados para outros países.

Há inúmeros trabalhos publicados documentando a influência da espiritualidade no tratamento de doenças. Ao comentar a relação entre religião e saúde, Levin (1994) refere que existe uma associação que provavelmente é válida, e possivelmente causal. O referido autor compilou no livro *God, faith, and health: Exploring the spirituality-healing connection*, (2001) mais de 200 estudos epidemiológicos que mostram o relacionamento entre crenças e práticas religiosas e/ou espirituais e o seu impacto na saúde mental e física. Alguns das suas análises indicam o seguinte: (a) qualquer que seja a afiliação religiosa, esta beneficia a saúde promovendo comportamentos saudáveis e bem-estar em termos de redução de consumo de tabaco, álcool, drogas, suicídio, ou comportamentos de risco (por exemplo, sexo seguro); (b) práticas religiosas regulares beneficiam a saúde oferecendo sustentação social e protegendo do stress e do isolamento; (c) participar, por exemplo, em rituais de oração ou de meditação beneficia a saúde porque potencia emoções positivas; (d) a fé beneficia a saúde física e mental, relativamente aos pensamentos de esperança, optimismo, e expectativa positiva. No entanto, o autor advertiu que estudos epidemiológicos lidam com médias e relações que não contam com confusões entre variáveis ou circunstâncias individuais; contudo, as relações são bastante fortes e consistentes de estudo para estudo. O livro, inclusive, apresenta numerosas estatísticas que sugerem que as pessoas que relatam crenças espirituais e/ou religiosas têm as mais baixas taxas em alguns tipos de cancro, hipertensão, doenças cardíacas, depressão, suicídio e melhor recuperação pós – cirúrgica (Levin, 1994).

Os construtos, religião e espiritualidade engloba, como vimos, uma variedade de conceitos, como visões de mundo, crenças e/ou práticas religiosas/espirituais (Park & Paloutzian, 2005) e constitui outra variável, cada vez mais reconhecida, na qualidade de vida em doentes, por exemplo, de cancro, quer durante o tratamento, quer na

sobrevivência ao mesmo (Baider *et al.*, 1999; O'Connell & Skevington, 2005; Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002), sendo apontada como um importante recurso na sua capacidade de lidar com o diagnóstico (John & Spilka, 1991; O'Conner, Whicker & Germino, 1990), para viver e extrair significado no seu processo de doença (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Cigrang, Hryshko, & Peterson, 2003; Ferrell, Smith, Juarez & Melancon, 2003) e é um precioso auxiliar para manterem a esperança e ultrapassarem os tratamentos (Hearth, 1989, Roberts, Brown, Elkins & Larson, 1997). Alguns autores concluem que a inclusão regular desta variável é necessária para compreender a integração da mente, corpo e espírito no tratamento de algumas doenças, nomeadamente o cancro, e acrescentam que, crenças e práticas religiosas e espirituais podem fornecer mecanismos fisiológicas, afectivos, comportamentais e cognitivas para lidar com a doença e o sofrimento (Mytko & Knight, 1999). Particularmente em doentes com cancro avançado estas crenças associaram-se positivamente com maior bem-estar e menos dor (Yates, Chalmers, St. James, Follansbee, & McKegney, 1981). No tratamento de doenças crónicas e severas, os pacientes são beneficiados pela prática religiosa, em especial nos períodos que estão sujeitos a mudanças sociais e psicológicas stressantes oriundas das condições geradas pela patologia (Koenig, 2003 cit. in Sanchez & Nappo, 2007). Por exemplo, pacientes de cancro com níveis mais altos de religião/espiritualidade apresentam menos depressão (O'Mahony *et al.*, 2005), menos ansiedade diante da doença (Kaezorowski, 1989) e evidenciam menos desespero, menor desejo de apressar a morte ou ideação suicida em estágios avançados da doença (Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978; McClain-Jacobson *et al.*, 2004). Numa investigação com 117 pacientes com melanoma maligno potencialmente fatal, o uso de crenças religiosas e espirituais foi associado com uma forma activa de *coping*; ao invés de passiva, formaram um sistema cognitivo benéfico a partir do qual se pôde encarar a doença (Holland *et al.*, 1999). Estes pacientes usam um número de estratégias cognitivo – comportamentais para gerir sua dor, incluindo formas de *coping* religioso e/ou espiritual, tais como oração e busca de apoio espiritual (Büssing *et al.*, 2009; Wachholtz *et al.*, 2007). Esta ideia é reforçada por outros estudos epidemiológicos de doenças crónicas, como cancro e hipertensão onde se encontraram taxas mais baixas de doença entre os indivíduos com altos níveis de religiosidade/espiritualidade (Dwyer, Clarke & Miller, 1990; Jarvis & Northcott, 1987; Levin & Vanderpool, 1989). Frequentar a igreja semanalmente e compromissos religiosos foram relacionados a menores percentagens

de doenças coronárias, enfisema e cirrose (Comstock & Partridge, 1972), pressão arterial (Jorgenson, Bolling, Yoder & Murphy, 1972; Larson *et al.*, 1989; Levin & Vanderpool, 1989) e menor incapacidade funcional e percepção de deficiência (Idler & Kasl, 1992).

No entanto, muitos pesquisadores vêm a religião/espiritualidade como uma faca de dois gumes. Apesar de um grande corpo de literatura apresentar resultados positivos entre estas variáveis e a saúde (George *et al.*, 2000), um número crescente de resultados empíricos tem mostrado uma variedade de resultados negativos. Por exemplo, no estudo de Fitchett, Rybarczyk, DeMarco, & Nicholas (1999) com doentes de cancro o *coping* religioso negativo (como por exemplo: a crença de que a doença é um castigo de Deus ou um sinal de Deus o abandonou) tem sido relacionado a uma série de resultados negativos, incluindo aumento do risco de declínio da saúde física. Noutros estudos com tipos de cancro específico, como o estudo de Gall (2004) com pacientes de cancro da próstata e outro com pacientes de cancro da mama (Gall & Cornblat, 2002) onde se avaliava a utilização de recursos religioso/espirituais para lidar com a doença encontraram-se resultados mistos, ou seja, positivos e negativos. Daqui se conclui que, variáveis que determinam se a religião/espiritualidade será benéfica ou prejudicial são inumeráveis, complicadas, e dependentes do contexto (Pargament, 2002) e, a forma específica como influenciam a saúde são ainda obscuras (Seeman, Dubin, & Seeman, 2003).

A dor é um fenómeno multidimensional constituída por variados sub-processos, tais como: 1) a percepção que o indivíduo faz da dor; 2) as estratégias (incluindo a espiritualidade) que usa para lidar com a dor; 3) o suporte social e instrumental de que dispõe para lidar com a dor; 4) a monitorização que vai fazendo da dor e do seu impacto no seu funcionamento, através de uma avaliação da evolução da dor face às estratégias implementadas, etc. Dos sub-processos mencionados, envolvidos na experiência da dor, a percepção da dor e a sua relação com a espiritualidade tem sido negligenciados pela investigação. O presente estudo, visa colmatar esta lacuna ao avaliar a relação entre a percepção de dor crónica e a espiritualidade.

II. OBJECTIVOS

A presente estudo pretende explorar a relação entre a espiritualidade e a percepção de dor dos doentes com dor crónica. Uma vez que não encontramos instrumentos adaptados à nossa realidade, e para uma melhor apresentação das análises aos dados recolhidos, optou-se por apresentar os resultados em dois estudos complementares.

Assim, no estudo 1 pretende-se apresentar e discutir os resultados da avaliação das características psicométricas da versão portuguesa da *Beliefs and Values Scale* (King, 2005) agora designada de Escala de Crenças e Valores, junto de uma amostra de adultos portugueses. Esta parte, em que se apresentam e discutem os dados sobre a validade e fidelidade da escala, é essencial no trabalho, uma vez que nos permite ter uma percepção das características da escala de crenças e valores e, assim, da sua boa adaptação à nossa realidade.

No estudo 2, que é a proposta central do presente trabalho, pretendemos avaliar a relação entre as crenças de espiritualidade e a percepção de dor, numa amostra de doentes com dor crónica. Esses dados serão posteriormente discutidos e as suas implicações apresentadas.

ESTUDO 1

Avaliação das características psicométricas da versão portuguesa da *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005) – Escala de Crenças e Valores

III. METODOLOGIA

3.1. Amostra

A amostra proveniente de variados contextos sócio-culturais e de diferentes regiões do país (norte, centro e sul) teve como critérios de inclusão: ter idade \geq a 18 anos, capacidade de leitura do português; e de exclusão: idade $<$ a 18 anos, incapacidade de leitura do português. Foi constituída por 446 adultos, com idades entre os 18 e os 84 anos ($M=38.36$, $DP= 13.96$, sendo 72.2% mulheres ($n=322$) e 27.8% homens ($n=124$). Como se apresenta na tabela 1, em termos de escolaridade, 30% da amostra possui o

ensino Secundário (n=133), 27.5% o 3º Ciclo (n=122), 16.9% Licenciatura (n=75), 16% o primeiro ciclo (n=71), 6.8% o 2º Ciclo (n=30), 2.5% possuem Bacharelato (n=11) e 0.5% Mestrado (n=2). Quanto à região em que vive, 41.3% dos indivíduos é residente no norte do país (n=184), 36.8% no sul (n=164) e 22% no centro (n=98). A maioria dos sujeitos é casado (54.3%, n=241), 35.8% solteiro (n=159), católico (85.8%, n=375) e de etnia caucasiana (n=98.4%, n=439).

Tabela 1. Descrição das características sócio – demográficas da amostra

Características sócio – demográficas	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Género		
Masculino	124	27,8
Feminino	322	72,2
Habilitações literárias		
1º Ciclo	71	16,0
2º Ciclo	30	6,8
3º Ciclo	122	27,5
Secundário	133	30,0
Bacharelato	11	2,5
Licenciatura	75	16,9
Mestrado	2	,5
Estado civil		
Solteiro(a)	159	35,8
Casado(a)	241	54,3
Divorciado(a)	28	6,3
Viúvo(a)	8	1,8
União de facto	5	1,1
Separado(a)	3	,7
Região onde reside		
Norte	184	41,3
Centro	98	22,0
Sul	164	36,8
Filiação/Crença Religiosa		
Católica	375	85,8
Agnóstico	26	5,9
Ateu	28	6,4
Wiccan	1	,2
Protestante	1	,2
Metodista	2	,5
Adventista do 7º dia	1	,2
Evangélica	1	,2
Budista	2	,5
Etnia		
Caucasiana	439	98,4
Negro	3	,7
Hispânico	3	,7
Cigana	1	,2

3.2. Instrumentos

Utilizou-se uma escala de auto-relato, a *Beliefs and Values Scale* (King, 2005) – Escala de Crenças e Valores, constituída por 20 itens para avaliação das crenças e valores das pessoas referentes à espiritualidade. Apresenta um tipo de resposta fechada, com cinco respostas possíveis: concordo plenamente (4 pontos); concordo (3 pontos); nem concordo nem discordo (2 pontos); discordo (1 pontos); discordo completamente (0 pontos). O leque teórico da pontuação varia entre 0 – 80, sendo que pontuações altas são indicativas de fortes crenças espirituais. O instrumento apresenta, na sua versão original, uma estrutura em dois factores e boa consistência interna, revelada através de um alfa de 0.94 (King *et al.*, 2006).

Para além da escala, foram incluídas algumas questões de natureza sócio-demográfica, que permitiram caracterizar a amostra em termos de idade, género, habilitações literárias, estado civil, região onde vive, filiação/crença religiosa e etnia (c.f. anexo 1).

3.3. Procedimentos

3.3.1. O desenvolvimento da escala original, *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005)

The Beliefs and Values Scale, King (2005), é uma escala de auto-relato para avaliação das crenças e valores das pessoas referentes à espiritualidade. Os seus autores começaram por desenvolver uma entrevista (King *et al.*, 1995) e um pequeno questionário (King *et al.*, 2001), para avaliar as crenças religiosas e espirituais. Os autores estavam interessados nos conceitos das pessoas mais do que na manifestação (práticas religiosas/espirituais). O objectivo geral destes investigadores foi, o desenvolvimento de um instrumento de medida padronizada da espiritualidade que vai além das crenças convencionais religiosas, para usar na pesquisa psicológica e na saúde. A escala, tenta assim, cobrir aspectos da espiritualidade para além dos associados com a crença ou prática religiosa, tendo sido escolhido um critério de escala que evitasse a referência a uma denominação ou fé religiosa específica (King *et al.*, 2006).

A padronização da *Beliefs and Values Scale* decorreu entre Setembro de 2003 e Janeiro de 2005. O instrumento sofreu duas fases de desenvolvimento. A primeira versão da escala era constituída por 47 itens. Para a avaliação da segunda versão, constituída por um conjunto revisto de 24 afirmações foi estipulado que nenhum item teria estatística do kappa ponderada < 0.5 . O *alpha Cronbach* para todas as afirmações foi elevado para 0.93. A análise factorial revelou um factor principal com um *eigenvalue* de 10.5, que explicou 44% da variância. As restantes afirmações separadas em quatro factores, ainda mais, com valores entre 1.8 e 1.01, o que explica mais de 22% da variância. Factores 1 e 2 (20 afirmações) constituíram a versão final, que apresentou consistência interna final de 0.94 (King *et al.*, 2006). A versão original final possui assim 2 factores, sendo que o segundo é constituído pelos itens 4, 9 e 10; e o primeiro pelos restantes itens.

A média de pontuação na versão final de 20 itens da *Beliefs and Values Scale* variou significativamente com o sexo, crença religiosa, etnia e estado civil. A diferença média na pontuação total entre participantes sem nenhuma forma de espiritualidade ou crença religiosa (média de 51.7 pontos, S.D. = 13.0) e os restantes (72.3, S.D. = 12.1) foi de 20.6 ($t = 11.9$, $p < 0.0001$) (King *et al.*, 2006).

O conteúdo e formato desta escala foram baseados na opinião dos cidadãos comuns, tendo sido sujeita cada versão a testes rigorosos de fiabilidade. A vantagem desta escala é a sua capacidade de tocar crenças espirituais que existem fora dos tradicionais contextos religiosos. O teor de, pelo menos, 10 perguntas (1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 14, 16, 18) é distinto de qualquer prática ou convicção religiosa e, observe-se que 30% das pessoas sem nenhuma afiliação religiosa relataram experiências espirituais intensas. Por último, a variação na classificação do perfil sociodemográfico e da afiliação religiosa dos participantes sugere, que o instrumento será sensível às diferentes configurações (King *et al.*, 2006).

3.3.2. Procedimentos de recolha de dados

Foi obtido o consentimento para o desenvolvimento e validação de uma versão da *Beliefs and Values Scale* para o contexto português directamente com o autor, com objectivo de proceder à análise das características psicométricas da versão portuguesa, nomeadamente, o estudo da precisão e da validade factorial da escala.

Após a realização da tradução e retroversão da escala por psicólogos bi-lingues, o instrumento foi administrado a uma amostra probabilística ou casual e constituída por uma amostragem estratificada proveniente de diferentes contextos, tendo sido seleccionadas por motivos de ordem pragmática. Foi recolhido o consentimento informado, garantido o anonimato e confidencialidade dos dados.

3.3.3. Procedimento de análise de dados

Para o estudo da estrutura factorial e da consistência interna foi realizada uma análise factorial exploratória em componentes principais com rotação *Varimax* forçando a extracção de dois factores (conforme sugere o autor da versão original). Posteriormente foram calculados índices de fidelidade com o recurso ao *Alfa de Cronbach*, para o total da escala e as suas subescalas. Posteriormente foram feitos diversos estudos diferenciais e correlacionais, recorrendo a testes não paramétricos, dado que não foi possível encontrar uma distribuição normal nas variáveis, dados os valores da estatística de teste inferiores a .05 na significância do teste Kolmogorov Smirnov e Shapiro-Wilk (Field, 2005).

As análises dos dados foram realizadas utilizando a versão 15 do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

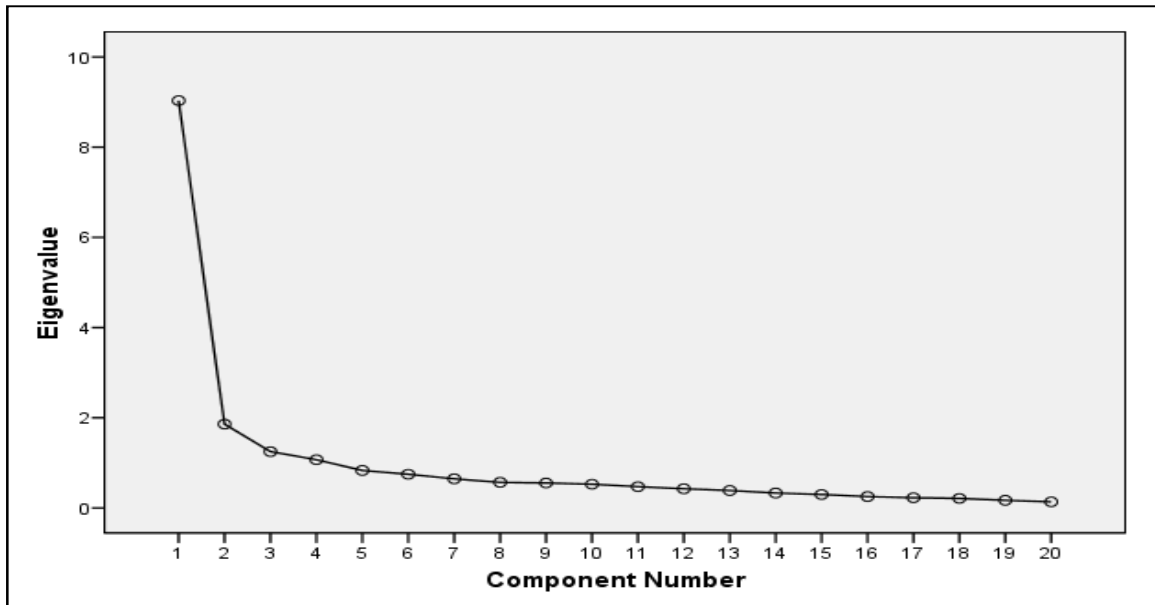
IV. RESULTADOS

4.1. Análise factorial

Após a aplicação do *Teste de Esfericidade de Bartlett* e calculada a medida de *Kaiser-Meyer-Olkin*, sendo os valores respectivamente de 5680,961 ($p \leq 0.001$) e 0.940, verificou-se a adequabilidade para análise factorial.

Os 20 itens da escala foram submetidos a uma análise factorial de componentes principais com rotação *Varimax* forçando a extracção de dois factores (de acordo com a estrutura factorial proposta pelo autor) permitem explicar 53.834% da variância.

Gráfico 1 – *Scree plot* da Escala de Crenças e Valores



O primeiro factor com *Eigenvalue* de 8.934 explica 44.669% da variância dos resultados, enquanto o segundo factor apresenta *Eigenvalue* de 1.916 explica 9.165% da variância dos resultados.

No que diz respeito à estrutura, no entanto, verificam-se algumas incongruências em relação à versão original. Apesar da extracção de dois factores permitir encontrar esses componentes, a saturação dos itens não corresponde ao encontrado na estrutura original. Para além disso, alguns itens apresentam valores de saturação próximos em ambos os factores (tabela 2). Optou-se assim pela eliminação dos itens que apresentavam menor poder discriminativo, nomeadamente, o 1 – “Sou uma pessoa espiritual”, 4 – “Acredito que a meditação tem valor”, 8 – “Acredito que tudo acontece por uma razão, mesmo que às vezes não compreenda o porquê de acontecerem” e 14 – “Acredito no destino (que a minha vida está pré-determinada)”. Outros itens, embora apresentassem valores de saturação elevados em ambos os factores, foram mantidos por motivos conceptuais (nomeadamente o item 6, 7, 16 e 17).

Tabela 2. Estrutura factorial da adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores

		Factores	
		1	2
ECV_12	Sou uma pessoa religiosa.	,855	,138
ECV_19	Acredito no valor de rezar.	,853	,168
ECV_20	Acredito que Deus existe.	,829	,307
ECV_13	As cerimónias religiosas são importantes para mim.	,816	,086
ECV_5	Acredito que Deus é Omnipresente (está sempre presente e está em toda a parte).	,814	,324
ECV_15	Acredito que Deus é fonte de Vida.	,807	,370
ECV_3	Acredito que cada pessoa tem uma relação íntima com Deus.	,715	,250
ECV_1	Sou uma pessoa espiritual	,553	,446
ECV_14	Acredito no destino (que a minha vida está pré-determinada).	,424	,276
ECV_18	Acredito que o espírito humano é imortal.	,358	,772
ECV_2	Acredito que tenho um espírito ou uma alma que pode sobreviver à morte.	,335	,733
ECV_11	Acredito na vida depois da morte.	,264	,728
ECV_6	Acredito que a forma como vivo a minha vida determina o que acontece depois da morte.	,479	,610
ECV_9	Acredito que o contacto físico com outra pessoa pode ser uma experiência espiritual.	,022	,603
ECV_16	Já tive, uma experiência espiritual intensa, pelo menos uma vez na vida.	,346	,591
ECV_17	Acredito que existe um paraíso.	,498	,567
ECV_10	Sinto-me em maior união com o mundo quando estou no meio da natureza.	-,001	,487
ECV_7	Acredito que existem forças do mal no universo.	,379	,481
EVC_4	Acredito que a meditação tem valor.	,433	,443
ECV_8	Acredito que tudo acontece por uma razão, mesmo que às vezes não compreenda o porquê de acontecerem	,373	,375

Itens a eliminar a negrito

Após eliminação dos itens foi possível confirmar uma melhor estrutura factorial, com os itens a saturar no factor correspondente e com valores genericamente elevados, superiores a 0.4. Esta estrutura, apresentada na tabela seguinte (tabela 3) permite explicar 55.51% da variância dos resultados. O primeiro factor, com um valor próprio de 9.380, é capaz de explicar 46.902% da variância dos resultados e o segundo factor apresenta um valor próprio de 1.722 e explica 8.608%.

Apesar da melhoria da estrutura, a leitura dos dados permite ainda perceber alguns problemas na saturação cruzada de alguns itens (especialmente no 9, 10 e 17), que apresentavam valores de saturação elevados em ambos os factores. Contudo, dado que apresentavam valor de saturação mais elevado no factor correspondente e, nos parecem pertinentes em termos conceptuais, foi decidido manter esses itens.

Tabela 3. Estrutura factorial da adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores revista

		Factores	
		1	2
ECV_12	Sou uma pessoa religiosa.	,856	,215
ECV_19	Acredito no valor de rezar.	,838	,146
ECV_20	Acredito que Deus existe.	,820	,101
ECV_13	As cerimónias religiosas são importantes para mim.	,818	,045
ECV_5	Acredito que Deus é Omnipresente (está sempre presente e está em toda a parte).	,813	,314
ECV_15	Acredito que Deus é fonte de Vida.	,811	,321
ECV_3	Acredito que cada pessoa tem uma relação íntima com Deus.	,681	,186
ECV_18	<i>Acredito que o espírito humano é imortal.</i>	,356	,766
ECV_2	<i>Acredito que tenho um espírito ou uma alma que pode sobreviver à morte.</i>	,357	,757
ECV_11	<i>Acredito na vida depois da morte.</i>	,319	,737
ECV_6	<i>Acredito que a forma como vivo a minha vida determina o que acontece depois da morte.</i>	,313	,639
ECV_9	<i>Acredito que o contacto físico com outra pessoa pode ser uma experiência espiritual.</i>	,460	,632
ECV_16	<i>Já tive, uma experiência espiritual intensa, pelo menos uma vez na vida.</i>	,527	,575
ECV_17	<i>Acredito que existe um paraíso.</i>	-,055	,570
ECV_10	<i>Sinto-me em maior união com o mundo quando estou no meio da natureza.</i>	,388	,476
ECV_7	<i>Acredito que existem forças do mal no universo.</i>	-,106	,452

Factor 1 (Religião) a negrito; Factor 2 (Espiritualidade) a itálico

4.2. Fidelidade

Os 16 itens da escala foram submetidos ao teste de *Alfa de Cronbach* para avaliação da consistência interna, tendo-se encontrado valores elevados de .937 no primeiro factor – religião – e .873 no segundo factor – espiritualidade. A escala completa obteve um valor alfa de .931.

4.3. Adaptação portuguesa da *The Beliefs and Values Scale*

Como se apresenta na tabela 4, a versão original, *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005) é constituída por 20 itens e 2 factores aos quais o autor não atribui designação, sendo que o factor 2 é formado pelos itens 4, 9 e 10 e o factor 1 pelos restantes itens e apresenta uma boa consistência interna total revelada pelo valor de alfa de 0.94. A adaptação portuguesa da escala de Crenças e Valores é composta por 16 itens e 2 factores perfeitamente diferenciados, que correspondem a uma dimensão mais “religiosa” e outra “espiritual”. Assim, o factor religião é composto por 7 itens e o factor espiritualidade por 9 itens e apresenta uma boa consistência interna total (muito próxima da escala origina) com o valor de alfa de 0.931.

Tabela 4. Composição da versão original e da adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores por escalas e subescalas.

Escala	Nº de itens	Estrutura	Constituição dos factores	Alfa Total
Versão original da <i>The Beliefs and Values Scale</i> (King, 2005)	20	2 Factores	Factor 1 – 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20. Factor 2 – 4, 9 e 10.	$\alpha = .94$
Adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores	16	2 Factores	Religião – 3, 5, 12, 13, 15, 19 e 20. Espiritualidade – 2, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 17 e 18.	$\alpha = .931$

4.4. Estatísticas descritivas e inferenciais

Considerando as respostas dos indivíduos à escala apresentada, tentou-se perceber a média das suas pontuações para obter uma visão geral do valor das crenças ao nível da religião e da espiritualidade. Assim, verificou-se uma pontuação média no total da escala de 55.366 (DP=12.956), sendo de 26.02 (DP=6.75) na sub-escala religião e 29.45 (DP=7.39) na sub-escala espiritualidade. Numa análise qualitativa, e considerando as pontuações mínimas e máxima de cada escala, podemos considerar o valor das escalas próximo da pontuação média admissível (tabela 5).

Tabela 5. Estatísticas descritivas dos factores

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Religião	7,00	35,00	26,016	6,750
Espiritualidade	9,00	45,00	29,449	7,386

Analisando as variáveis em função do género, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas (tabela 6). As mulheres apresentam uma ordem média mais elevada do que os homens tanto na dimensão religião (M=233.13 para 188, Z=-3.333, p=.001) como na dimensão espiritualidade (M=223.98 para M=193.85, Z=-2.263, p=.024), com reflexos na pontuação total (M=222.94 para M=186.37, Z=-2.776, p=.006).

Tabela 6. Estatísticas descritivas dos factores em função do género

	Masculino	Feminino	Z	P
	Ordem Média	Ordem Média		
Religião	188,30	233,13	-3,333	,001
Espiritualidade	193,85	223,98	-2,263	,024
Total	186,37	222,94	-2,776	,006

Verificou-se ainda uma correlação positiva em relação à idade, sendo essa correlação mediana na sub-escala religião ($r=.332$, $p<.01$) e na pontuação total ($r=.316$, $p<.01$) e fraca na sub-escala espiritualidade ($r=.254$, $p<.01$).

Como se apresenta na tabela 7, foram também encontradas diferenças ao nível das crenças religiosas ($X^2(5)=35.423$, $p<.01$) e de espiritualidade ($X^2(5)=17.593$, $p<.01$) e pontuação total ($X^2(5)=29.690$, $p<.01$) em função do estado civil. Genericamente, verificam-se pontuações mais baixas entre os sujeitos em união de facto e solteiros, sendo as pontuações mais elevadas obtidas entre os casados e separados, em todas as dimensões consideradas.

Tabela 7. Estatísticas descritivas dos factores em função do estado civil

	Solteiro(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)	União		X ²	gl	p
					de facto	Separado(a)			
	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média			
Religião	176,71	250,07	210,09	249,81	126,90	240,50	35,423	5	,000
Espiritualidade	187,05	232,64	232,29	170,00	136,30	300,33	17,593	5	,000
Total	172,74	238,33	217,35	204,13	127,20	274,33	29,690	5	,000

Analisando as crenças e valores religiosos e espirituais em função do nível de escolaridade, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente no factor religião ($X^2(4)=48.744$, $p<.01$) e no factor espiritualidade ($X^2(4)=16.638$, $p=.002$) e pontuação total ($X^2(4)=32.529$, $p<.01$). Os resultados permitem-nos perceber pontuações progressivas e consistentemente inferiores em função do nível da escolaridade em todas as dimensões, como se apresenta na tabela seguinte (tabela 8).

Tabela 8. Estatísticas descritivas dos factores em função do nível de escolaridade

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Superior	X ²	gl	P
	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média			
Religião	305,90	266,45	210,92	196,69	182,35	48,744	4	,000
Espiritualidade	265,48	208,28	219,31	198,85	193,16	16,638	4	,002
Total	282,01	230,88	212,03	192,21	178,81	32,529	4	,000

No que diz respeito à região em que os sujeitos da amostra vivem, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as regiões, tanto no factor religião ($X^2(2)=15.956$, $p<.01$), como no factor espiritualidade ($X^2(2)=17.058$, $p<.01$) e na pontuação final ($X^2(2)=17.579$, $p<.01$). Como se apresenta na tabela 9, em ambas as

subescalas, e naturalmente na pontuação total, foram encontradas pontuações mais elevadas na região Sul, seguidas pelo Norte e pontuações mais baixas na região Centro.

Tabela 9. Estatísticas descritivas dos factores em função da região onde vive

	Norte	Centro	Sul			
	Ordem	Ordem	Ordem	X^2	gl	P
	Média	Média	Média			
Religião	227,41	175,15	238,83	15,956	2	,000
Espiritualidade	206,41	181,37	244,91	17,058	2	,000
Total	209,65	170,92	238,38	17,579	2	,000

A análise dos resultados em função da Filiação/Crença Religiosa (tabela 10) permitiu encontrar diferenças significativas ao nível das crenças e valores religiosos ($X^2(3)=88.472$, $p<.01$), ao nível da espiritualidade ($X^2(3)=48.016$, $p<.01$) e na pontuação total ($X^2(3)=72.082$, $p<.01$). De uma forma geral, foram encontrados resultados mais elevados entre as outras crenças (eram aqui considerados, adultos que professavam fé Wiccan, Protestante, Metodista, Adventista do 7º dia e Evangélica), seguidos dos indivíduos com a Fé Católica, sendo naturalmente mais baixas as pontuações médias entre os indivíduos ateus.

Tabela 10. Estatísticas descritivas dos factores em função da Filiação/Crença Religiosa

	Católica	Agnóstico	Ateu	Outros			
	Ordem	Ordem	Ordem	Ordem	X^2	gl	Sig.
	Média	Média	Média	Média			
Religião	236,63	90,92	48,09	258,50	88,472	3	,000
Espiritualidade	222,73	174,65	72,48	325,50	48,016	3	,000
Total	226,02	118,85	51,79	279,93	72,082	3	,000

V. DISCUSSÃO

O presente estudo estabelecia como objectivo adaptar para a cultura portuguesa um instrumento recente, de avaliação de crenças e valores (King, 2005) desenvolvido para investigação na cultura anglo-saxónica. Considerando a sensibilidade do tema e,

nomeadamente, as diferenças em termos linguísticos e culturais nestes domínios, os autores da versão adaptada tentaram proceder a um rigoroso protocolo de tradução e adaptação da medida, com recurso a retroversão e comparação dessa versão com a original. Também em termos de procedimentos estatísticos, foram realizados de acordo com a estrutura de dois factores propostos por King (2006). Embora sejam aceitáveis na versão portuguesa, verificaram-se diferenças na saturação de diversos itens, o que levou a uma alteração na estrutura da versão portuguesa da escala.

Estas discrepâncias registadas entre a versão original inglesa e a versão portuguesa poderão dever-se a variados factores, nomeadamente, às características da amostra, diferenças na interpretação da medida ou às diferenças culturais entre os dois países, evidentes em numerosas questões, e particularmente, no que concerne ao tema do nosso estudo, a religião e a espiritualidade. Um exemplo dessas diferenças culturais em relação a este assunto assenta, logo à partida, nas principais religiões de cada país. A Inglaterra, com uma cultura de características anglo-saxónicas é essencialmente protestante, enquanto Portugal apresenta uma cultura latina, sendo maioritariamente católica. No nosso país, a igreja católica continua a ser uma das instituições de maior poder e influência social, com grande repercussão ao nível das crenças dos cidadãos, principalmente, ao nível das crenças religiosas/espirituais, ou não fossem estas, tal como defendia Emile Durkeim (1912) socialmente construídas.

Atendendo às características culturais de cada país, de cada religião dominante e aos resultados obtidos na análise estatística, estas diferenças reflectem-se também, ao nível dos próprios conceitos em questão e nas dimensões encontradas.

Com base nos resultados obtidos, optou-se por eliminar da versão portuguesa 4 itens: item 1 – “Sou uma pessoa espiritual”; item 4 – “Acredito que a meditação tem valor”; item 8 – “Acredito que tudo acontece por uma razão, mesmo que às vezes não compreenda o porquê de acontecerem”; e item 14 – “Acredito no destino (que a minha vida está pré-determinada).” Esta decisão foi tomada a partir da consideração dos critérios consistência teórica e consistência estatística. Como é perceptível na estrutura factorial encontrada, estes itens apresentam valores de saturação muito próximos nos dois factores. Este facto justificou uma análise conceptual dos itens e considerou-se que estes valores podem dever-se ao facto de que estes itens dão uma contribuição relativamente reduzida quanto à clarificação da espiritualidade e religião enquanto dimensões diferentes. Na verdade, “Sou uma pessoa espiritual”, “Acredito que a

meditação tem valor”, “Acredito que tudo acontece por uma razão” e “Acredito no destino” são itens que podem ser interpretados de uma forma coerente quer do ponto de vista da espiritualidade quer do ponto de vista da religião. Por outras palavras, tanto uma pessoa que seja religiosa e pouco espiritual, como uma pessoa que não seja religiosa mas seja espiritual podem interpretar estes itens de forma semelhante, já que são passíveis de serem interpretados quer no sentido espiritual como religioso. Isto porque uma pessoa que seja religiosa tenderá a concordar, por exemplo, com o item “Sou uma pessoa espiritual” ou “Acredito que a meditação tem valor” por dar a estes itens um significado religioso (sou uma pessoa religiosa = sou uma pessoa espiritual; acredito que a meditação tem valor: meditação é também uma dimensão valorizada pela religião e associada a práticas religiosas, como o rezar).

Para chegar a uma versão mais consistente, optou-se por testar uma nova solução sem esses itens que, apesar de algumas limitações na saturação cruzada dos mesmos, permitiu obter melhor solidez conceptual e boa consistência interna dos factores (com valores superiores a .80).

Numa análise geral dos resultados verificamos diferenças significativas ao nível das crenças religiosas e da espiritualidade e as diferentes variáveis sócio demográficas focadas, nomeadamente, idade, nível de escolaridade, residência, género, estado civil e filiação religiosa.

Assim, examinando as crenças e valores religiosos e espirituais, verificamos uma correlação positiva em relação à idade, sendo essa correlação mediana na sub-escala religião e na pontuação total e fraca na sub-escala espiritualidade. Os resultados permitem-nos também perceber pontuações progressivas e consistentemente inferiores em função do nível de escolaridade em todas as dimensões. No que diz respeito à região em que os sujeitos da amostra vivem, foram encontradas pontuações mais elevadas na região Sul, seguidas pelo Norte e pontuações mais baixas na região Centro.

Em relação ao género as mulheres apresentam uma ordem média mais elevada do que os homens tanto na dimensão religião, como na dimensão espiritualidade com reflexos na pontuação total. Em função do estado civil verificam-se pontuações mais baixas entre os sujeitos em união de facto e solteiros, sendo as pontuações mais elevadas obtidas entre os casados e separados, em todas as dimensões consideradas. A análise dos resultados em função da Filiação/Crença Religiosa. De uma forma geral, foram encontrados resultados mais elevados entre as outras crenças (Wiccan,

Protestante, Metodista, Adventista do 7º dia e Evangélica), seguidos dos indivíduos com a Fé Católica, sendo naturalmente mais baixas as pontuações médias entre os indivíduos ateus. Sendo que, estes resultados encontrados vão de encontro aos verificados no estudo da escala original, nomeadamente, em relação ao género e ao estado civil, onde as pontuações mais elevadas foram obtidas entre as mulheres e os casados, respectivamente (King *et al.* 2006).

Apesar destes dados, que resultam de um primeiro estudo com este instrumento na nossa cultura, sugere-se a replicação do presente estudo, com uma amostra maior e mais representativa da população para testar a formulação proposta.

ESTUDO 2

Avaliar a relação entre as crenças de espiritualidade e a percepção de dor, numa amostra de doentes com dor crónica.

VI. METODOLOGIA

6.1. Amostra

Utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística numa amostra por conveniência, constituída por sujeitos da região norte do país e com dor crónica, com os seguintes critérios de inclusão: ter idade \geq a 18 anos, capacidade de leitura do português e manifestar dor crónica (duração \geq a 6 meses); e de exclusão: idade \leq a 18 anos, incapacidade de leitura do português e manifestar dor por um período de tempo inferior a 6 meses.

A amostra, tal como apresentada na tabela 3, foi constituída por 89 adultos, com idades compreendidas, entre os 20 e os 84 anos (M=50.16, DP= 11.65), sendo 85.4% mulheres (n=76) e 14.6% homens (n=13). Em termos de escolaridade, a maioria dos sujeitos tem habilitações ao nível do Primeiro Ciclo, 48.9% da amostra (n=43), 18.2% possui o Terceiro Ciclo (n=16), 12.5%, o Segundo Ciclo (n=11), 11.4% Licenciatura

(n=10) e 9.1% o Ensino Secundário (n=8). Como se apresenta na tabela 2, a maioria dos sujeitos é casado (82%, n=73) e católico (85.4%, n=76).

Tabela 11. Descrição das características sócio – demográficas da amostra

Características sócio – demográficas	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Género		
Masculino	13	14,6
Feminino	76	85,4
Habilitações literárias		
1º Ciclo	43	48,9
2º Ciclo	11	12,5
3º Ciclo	16	18,2
Secundário	8	9,1
Licenciatura	10	11,4
Estado civil		
Solteiro	9	10,1
Casado	73	82,0
Divorciado	5	5,6
Viúvo	2	2,2
Filiação/Crença Religiosa		
Católica	76	85,4
Agnóstico	11	12,4
Ateu	1	1,1
Evangélica	1	1,1

6.2. Instrumentos

Utilizaram-se os seguintes instrumentos para avaliação da dor: EVA (Escala Visual Analógica), a versão portuguesa do MPQ (*McGill Pain Questionnaire*) e, para avaliação das crenças de espiritualidade, a versão portuguesa da ECV (Escala de Crenças e Valores).

Para avaliar a intensidade da dor utilizou-se um instrumento unidimensional: Escala Visual Analógica (EVA) (c.f. anexo 2). Esta escala é constituída por um simples segmento de recta (de preferência de 10 cm, para mais fácil leitura), tendo no seu extremo esquerdo um suposto ponto mínimo que corresponde a “Sem dor”, e no extremo direito o seu oposto, ou seja, um imaginado ponto máximo de dor que equivale

a “Pior dor possível”. É pedido ao doente que assinale com uma cruz o local que corresponde à percepção da intensidade da sua dor.

A classificação da dor, segundo esta escala é a seguinte: zero (0) = “Ausência de dor”; um a três (1 a 3) = “Dor de fraca intensidade”; quatro a seis (4 a 6) = “Dor de intensidade moderada”; sete a nove (7 a 9) = “Dor de forte intensidade” e dez (10) = “Dor de intensidade insuportável”.

Para uma avaliação multidimensional da dor usou-se a versão da adaptação portuguesa do *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) de Melzack, por Henriqueta Martins e José Carvalho Teixeira (1991) (c.f. anexo 3). Esta escala multidimensional inclui quatro partes complementares. A primeira parte para localização da dor, onde se efectua o registo das zonas do corpo com dor na figura humana que se apresenta, e se caracteriza o tipo de dor (externa; interna ou mista). Uma segunda, para a descrição da dor é composta por 78 termos relativos à experiência de dor, que se repartem por quatro dimensões: a) Sensorial (1 a 10) – que descreve a dor, essencialmente, em termos das suas propriedades temporais, espaciais, térmicas e de pressão; b) Afetiva (11 a 15) – que descreve a dor em termos de tensão, manifestações neurovegetativas e de temor ou castigo; c) Avaliativa (16) – que descreve a dor em termos de valorização global da experiência dolorosa e d) Miscelânea (17 a 20) – composta por adjectivos característicos de certos tipos de dor. A terceira parte do instrumento que descreve a duração e variação da mesma ao longo do tempo e a quarta é relativa à intensidade da experiência dolorosa.

O questionário é administrado oralmente e o sujeito escolhe (ou não), apenas, um adjectivo por grupo. Dentro de cada grupo, os adjectivos estão organizados por intensidade, do valor mais baixo ao mais elevado, cotando-se de 1 a n e derivando-se 3 índices: a) PRI (*Pain Rating Index*) que nos indica o índice de valorização da dor, que corresponde ao somatório do valor ordinal dos adjectivos seleccionados (também se pode calcular o PRI dimensão a dimensão); b) PPI (*Present Pain Intensity*), que nos dá a intensidade da dor presente e correspondente ao item escolhido pelo paciente na escala numérico-verbal incluída para o efeito e c) NWC (*Number of Words Chosen*) fazendo a contagem do número de adjectivos escolhidos total e/ou parcial de cada dimensão.

A versão portuguesa da ECV (Escala de Crenças e Valores), validada por Santana & Moreira (c.f. anexo 4) é uma escala de auto-relato constituída por 16 itens para avaliação das crenças e valores das pessoas referentes à espiritualidade. O tipo de resposta é fechado, com cinco respostas possíveis: concordo plenamente (4 pontos);

concordo (3 pontos); nem concordo nem discordo (2 pontos); discordo (1 pontos); discordo completamente (0 pontos). O leque teórico da pontuação varia entre 0 – 64, sendo que pontuações altas são indicativas de fortes crenças espirituais. O instrumento apresenta, na versão portuguesa, uma boa consistência interna, revelada através de um alfa total de .931 e, uma estrutura em dois factores, religião e espiritualidade com elevada consistência interna, de .937 e .873, respectivamente. O primeiro factor, religião é constituído por 7 itens (ex: “Sou uma pessoa religiosa”) e o segundo factor, espiritualidade é formado por 9 itens (ex: “Acredito que o espírito humano é imortal”).

Para além dos instrumentos descritos, foram incluídas algumas questões de natureza sociodemográfica (c.f. anexo 5), que permitirão caracterizar a amostra em termos de idade, género, habilitações literárias, estado civil e filiação/crença religiosa.

6.3. Procedimentos

6.3.1. Procedimentos de recolha de dados

Foi pedida autorização à Comissão de ética do Hospital de S. João para a realização deste estudo, tendo esta sido deferida em Janeiro de 2009. Procedeu-se de imediato ao início da recolha de dados junto dos participantes, que decorreu entre Janeiro e Junho de 2009. Os participantes eram utentes do serviço de Psicologia da Unidade da Dor da referida instituição, a quem era solicitado a sua colaboração na investigação, individualmente, no final da sua consulta de Psicologia da Dor, pelo investigador, que efectuava em simultâneo um estágio em Psicologia da Dor na mesma unidade. O processo de recolha de dados de cada participante era apenas efectuado no decorrer de uma consulta de Psicologia da Dor. Começava-se sempre por recolher o consentimento informado, informando-os do objectivo do estudo e garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados, apresentando de seguida as três escalas de avaliação, sempre pela mesma ordem (1º a EVA; 2º o MPQ e 3º a ECV).

6.3.2. Procedimentos de análise de dados

Os dados recolhidos foram submetidos a um conjunto de estudos descritivos e inferenciais, com o recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS),

v.15, no sentido de perceber os níveis de espiritualidade e dor e estudar a sua relação. Porque a amostra é pequena e não cumpre os critérios de normalidade, de acordo com o valor da *Kurtosis e Assimetria*, mas também porque nos testes de Kolmogorov-Smirnov E Shapiro-Wilk existe violação dos pressupostos dos testes paramétricos (Maroco, 2007), foram efectuados estudos correlacionais com o recurso ao Coeficiente de Correlação de *Spearman* – que permite estudar relações entre duas variáveis quantitativas, pelo menos ordinais (Maroco, 2007) - e ao *Qui-Quadrado* para estudar diferenças de grupos relativamente a determinada característica (variáveis qualitativas). Foram ainda utilizados os testes de Mann-Whitney U (quando comparamos duas amostras, alternativa não paramétrica ao teste *t* de Student) e Kruskal-Wallis (para comparar três ou mais amostras, alternativa não paramétrica à ANOVA *one-way*).

VII. RESULTADOS

Como se apresenta na tabela seguinte (tabela 12), existe uma grande dispersão de diagnósticos entre os indivíduos da amostra. No entanto, a maioria apresentava um diagnóstico de Fibromialgia (N=27, 30.3%), Lombalgia (N=10, 11.2%), Síndrome Pós-Laminectomia (N=7, 7.9%), Nevralgia do Trigêmeo (N=5, 5.6%) e Dor Neuropática (N=5, 5.6%).

No que diz respeito à intensidade da dor, 47.2% dos indivíduos refere sentir dor de forte intensidade (N=42), 32.6% uma intensidade moderada (N=29), 13.5% uma fraca intensidade, 5.6% uma intensidade insuportável (N=5) e apenas 1.1% refere ausência de dor (N=1).

Quanto ao tipo de dor, 70.8% dos indivíduos diz sentir uma dor interna (N=63), 28.1% uma dor mista (N=25) e 1.1% uma dor externa (N=1).

Em relação à duração da dor, a maioria dos indivíduos (77, 5%) refere sentir dor de forma “Contínua; Fixa; Constante” (N= 69), para 13,5% a dor é “Brusca; Momentânea; Transitória” (N= 12) e para 9% a dor é “Rítmica; Periódica; Intermitente” (N= 8).

Tabela 12. Diagnóstico, intensidade, tipo e duração de dor referido pelos indivíduos da amostra

	Frequência	Porcentagem
Diagnóstico		
Fibromialgia	27	30,3
Dor Osteoarticular	3	3,4
Nevralgia do Trigémeo	5	5,6
Lesão do Plexo Braquial	1	1,1
Síndrome Pós – Laminectomia	7	7,9
Dor Pós AVC	2	2,2
Neuropatia Diabética	3	3,4
Artrite Reumatóide	2	2,2
Lombalgia	10	11,2
Enfarte Medular	1	1,1
Cefaleias	2	2,2
Dorsalgia	2	2,2
Síndrome Distrófico Reflexivo	3	3,4
Dor Neuropática	5	5,6
Síndrome Distrofia Simpática – Tipo I	2	2,2
Osteoporose	1	1,1
Epicundilite e Tendinite	1	1,1
Dor pós Meningioma	2	2,2
Síndrome Budd Chiari	1	1,1
Coccigenia	2	2,2
Gonartrose Bilateral	2	2,2
Lesão Neurológica da Coluna	1	1,1
Dor pós-herpética	1	1,1
Cervicalgia	1	1,1
Neuropatia Periférica	1	1,1
Dor Oncológica	1	1,1
Total	89	100,0
Intensidade da dor		
Ausência de dor	1	1,1
Dor de fraca intensidade	12	13,5
Dor de intensidade moderada	29	32,6
Dor de forte intensidade	42	47,2
Dor de intensidade insuportável	5	5,6
Total	89	100,0
Tipo de dor		
Interna	63	70,8
Externa	1	1,1
Mista -Int / Ext	25	28,1
Total	89	100,0
Duração da dor		
Contínua; Fixa; Constante	69	77,5
Rítmica; Periódica; Intermitente	8	9,0
Brusca; Momentânea; Transitória	12	13,5
Total	89	100,0

Como se apresenta na tabela 13, a maioria dos indivíduos relata a sua dor neste momento como incómoda (31.5%, N=28), no pior momento foi insuportável (83.1%, N=74), no melhor período é relatada como ligeira (42.7%, N=38). A pior dor de dentes foi relatada como insuportável (51.7%, N=46), assim como a pior dor de cabeça (42.7%, N=38). Já no que diz respeito à pior dor de estômago as respostas são mais díspares, com a maioria dos indivíduos da amostra a referir não ter sentido dor (22.5%, n=20).

Tabela 13. Intensidade de dor referida pelos indivíduos da amostra

	Sem dor		Ligeira		Incómoda		Angustiante		Horrrível		Insuportável	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A sua dor neste momento	2	2,2	16	18,0	28	31,5	18	20,2	12	13,5	13	14,6
A sua dor no pior momento	-	-	2	2,2	1	1,1	5	5,6	7	7,9	74	83,1
A sua dor no melhor período	17	19,1	38	42,7	24	27,0	6	6,7	1	1,1	3	3,4
A pior dor de dentes que já tenha tido	8	9,0	-	-	11	12,4	8	9,0	16	18,0	46	51,7
A pior dor de estômago que já tenha tido	20	22,5	4	4,5	18	20,2	15	16,9	13	14,6	19	21,3
A pior dor de cabeça que já tenha tido	2	2,2	7	7,9	6	6,7	17	19,1	19	21,3	38	42,7

Na tentativa de compreender uma possível diferença ao nível das crenças e valores em função destes grupos, foram efectuados um conjunto de estudos com o recurso ao teste Kruskal Wallis. No que diz respeito à experiência de “dor neste momento”, não foram encontradas diferenças entre os grupos ao nível das crenças sobre a religião ($X^2(4)=.418$, $p=.981$), espiritualidade ($X^2(4)=4.616$, $p=.329$) ou na pontuação total ($X^2(4)=1.685$, $p=.794$). Também no relato de “dor no pior momento”, não foram encontradas quaisquer diferenças entre os grupos, seja ao nível das crenças sobre a religião ($X^2(4)=1.060$, $p=.901$), espiritualidade ($X^2(4)=1.248$, $p=.870$) ou na pontuação total ($X^2(4)=1.685$, $p=.794$). Finalmente, na “dor no melhor momento”, não foram encontradas diferenças entre os grupos na subescala religião ($X^2(4)=6.040$, $p=.196$), espiritualidade ($X^2(4)=1.788$, $p=.775$) ou na pontuação total ($X^2(4)=3.354$, $p=.500$).

7.1. Crenças, valores e dor

Na tentativa de explorar a relação entre as crenças e valores e a medida de intensidade da dor, foi utilizada a *correlação de Spearman* que permitiu perceber a inexistência de relação entre intensidade da dor e crenças e valores religiosos ($r=-.100$, $p=.349$), de espiritualidade ($r=-.153$, $p=.153$) e no total da escala ($r=-.165$, $p=.123$).

Também com o recurso à correlação entre a pontuação total do *McGill Pain Questionnaire* e as medidas de crenças e valores, não foram encontradas correlações significativas, dados os valores de $r = -.087$, $p = .417$; $r = .007$, $p = .949$; e $r = -.047$, $p = .661$ na religião, espiritualidade e total da escala, respectivamente.

Analisando a estrutura factorial do instrumento de avaliação da dor, nomeadamente, através da pontuação nas dimensões sensoriais, afectivas, avaliativa e miscelânea, também não foram encontradas correlações com os níveis de crenças e valores religiosos e espirituais, como se percebe pelos valores apresentados na tabela seguinte.

Tabela 14. Análise correlacional entre as dimensões do MPQ e as dimensões e o total da ECV

		Dimensão sensorial	Dimensão afectiva	Dimensão miscelânea	Dimensão Avaliativa
Religião	r	-,095	-,071	-,060	-,081
	p	,378	,507	,575	,451
	n	89	89	89	89
Espiritualidade	r	,041	-,070	-,073	-,180
	p	,705	,519	,496	,094
	n	88	88	88	88
Total	r	-,018	-,061	-,112	-,139
	p	,865	,570	,297	,198
	n	88	88	88	88

No estudo da relação entre crenças e valores e a tipo de dor, uma vez que apenas um indivíduo apresentava uma dor externa, optou-se pela eliminação desse sujeito na análise para fazer uma comparação entre dor interna e mista. Como se apresenta na tabela 15, apesar das pontuações entre os que possuem um tipo de dor interna, as diferenças encontradas nas subescalas não são estatisticamente significativas, tanto na religião ($Z = -737$, $p = .461$), como na espiritualidade ($Z = -.390$, $p = .696$) assim como na pontuação total ($Z = -.547$, $p = .585$).

Tabela 15. Análise correlacional entre as dimensões e o total da ECV e o tipo de dor

	Interna Ordem Média	Mista Ordem Média	Z	P
Religião	45,75	41,34	-,737	,461
Espiritualidade	44,65	42,29	-,390	,696
Total	44,91	41,60	-,547	,585

Analisando as pontuações dos indivíduos na Escala de Crenças e Valores em função da duração da dor, como se apresenta na tabela 16, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas religião ($X^2(2) = 1.632$, $p = .442$), espiritualidade ($X^2(2) = 3.299$, $p = .192$) e pontuação total ($X^2(2) = 2.180$, $p = .336$).

Tabela 16. Análise correlacional entre as dimensões e o total da ECV e a duração da dor

	Contínua; Fixa; Constante Ordem média	Rítmica; Periódica; Intermitente Ordem média	Brusca; Momentânea; Transitória Ordem média	X ²	gl	P
Religião	46,72	42,50	36,75	1,632	2	,442
Espiritualidade	47,03	40,06	33,13	3,299	2	,192
Total	46,51	41,69	35,00	2,180	2	,336

VIII. DISCUSSÃO

O presente estudo constitui uma primeira análise exploratória, com a adaptação de um instrumento novo, a Escala de Crenças e Valores, numa tentativa de avaliar se existia alguma relação entre as crenças de espiritualidade manifestadas e diferentes parâmetros de avaliação da dor, nomeadamente, quanto às suas propriedades (sensoriais, afectivas, avaliativas), ao tipo de dor, à sua duração e intensidade, numa amostra de doentes com dor crónica.

Como se trata de uma temática relativamente pouco estudada no nosso contexto, especialmente no que diz respeito à Espiritualidade, começou-se por criar bases para que o estudo fosse possível, nomeadamente com a adaptação de um instrumento novo, a Escala de Crenças e Valores. Os resultados, discutidos em maior pormenor no primeiro

estudo, sugerem uma primeira versão adequada do instrumento, tanto em termos de validade (embora possam ser apontadas algumas limitações na saturação cruzada de alguns itens), como fidelidade. Assim, tendo por base a estrutura encontrada, foi efectuada uma nova recolha de dados que nos permitisse ir de encontro ao objectivo central do trabalho.

Sendo a dor um fenómeno multidimensional que inclui sub-processos como por exemplo, a percepção que o indivíduo tem da sua dor, o suporte social e instrumental de que dispõe para lidar com a dor ou as estratégias que usa para lidar com a dor. A relação entre a espiritualidade e a dor crónica tem sido investigada em termos do processo de estratégias de *coping* (isto é, usando as crenças de espiritualidade como estratégia específica de o indivíduo lidar com uma situação adversa), designadamente, o estudo de Rosenstiel, & Keefe, (1983), Kozak, (2001), Abraido-Lanza *et al.*, (2004) e o de Büssing *et al.*, (2007). Outros sub-processos envolvidos na experiência da dor, nomeadamente, a percepção da dor e a sua relação com a espiritualidade têm sido negligenciados pela investigação.

Os resultados obtidos, contudo, não permitem verificar a existência de relação entre crenças de espiritualidade e a percepção da dor crónica.

Ao analisarmos especificamente os resultados verificamos a inexistência de relação entre intensidade da dor e as crenças e valores espirituais. Também no que concerne à correlação entre a pontuação total do *McGill Pain Questionnaire* e as medidas de crenças e valores não foram encontradas correlações significativas. Analisamos ainda a estrutura factorial deste instrumento de avaliação da dor (*McGill Pain Questionnaire*), nomeadamente, através da pontuação nas dimensões sensoriais, afectivas, avaliativa e miscelânea, mas também aqui, não foram encontradas correlações com os níveis de crenças e valores religiosos e espirituais. No estudo da relação entre crenças e valores e a tipo de dor e duração da dor as diferenças encontradas nas subescalas também não são estatisticamente significativas. Estes resultados sugerem várias hipóteses explicativas.

A primeira diz respeito ao próprio tamanho da amostra (N=89) que pode ter contribuído para os resultados não serem significativos. A segunda, referente às próprias características da amostra, com diagnósticos muito variáveis e apenas com um aspecto em comum: sofrerem de dor crónica associada a patologias de longa duração sem perspectiva de cura total no futuro, ou seja, habituados à realidade de doentes crónicos.

A terceira, relativa às características do instrumento de avaliação da dor utilizado, focalizado em aspectos da dor como, a sua intensidade, tipo, duração e características descritivas, ou seja, os aspectos mais físicos ou biológicos da dor e menos com a adaptação ou a capacidade de resiliência à dor.

Quarta, quanto ao próprio local onde foram recolhidos os dados, a Unidade da Dor. A esmagadora maioria dos pacientes desta unidade são indivíduos que encaram este serviço como último recurso para o controlo da sua dor crónica, depois de percorrido um longo percurso por outras especialidades médicas sem obtenção de resultados satisfatórios e, essencialmente, com o propósito de obtenção de um decréscimo e melhor controlo da dor crónica, mas, sabendo de antemão que o seu desaparecimento total não será possível. Nestas circunstâncias, decorreu um longo período de tempo que permitiu a estes sujeitos adaptar-se à sua condição de doentes com dor crónica e, ainda que expressem fortes crenças de espiritualidade, estas não se manifestam na sua relação com a dor crónica de que padecem. São vários os estudos que referem, precisamente, que o impacto da espiritualidade e/ou religiosidade e a sua relação com a saúde e a doença são altamente dependentes do contexto (Ziebertz & Kay, 2006; Büssing, Abu-Hassan, Matthiessen & Ostermann, 2007).

Quando os indivíduos se confrontam com uma dor aguda, ou com uma doença grave, percebem essa situação como transitória e limitada no tempo, recorrendo a múltiplas estratégias para minorarem o seu sofrimento, nomeadamente, à procura efectiva de ajuda especializada, à medicação, etc.. Simultaneamente, se possuem fortes crenças religiosas ou espirituais, é nestes momentos que estas se acentuam. Nelas procuram esperança, alento, força, justificação. Esta postura é evidente em doentes de cancro onde esta relação é significativa. Variados estudos documentam esta relação entre a espiritualidade e, por exemplo, a qualidade de vida dos doentes de cancro, quer durante o tratamento, quer na sobrevivência ao mesmo (Baider *et al.*, 1999; O'Connell & Skevington, 2005; Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002), sendo apontada como um importante recurso na sua capacidade de lidar com o diagnóstico (John & Spilka, 1991; O'Conner, Whicker & Germino, 1990) para viver e extrair significado no seu processo de doença (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Cigrang, Hryshko, & Peterson, 2003; Ferrell, Smith, Juarez & Melancon, 2003) e, um precioso auxiliar para manterem a esperança e ultrapassarem os tratamentos (Hearth, 1989, Roberts, Brown, Elkins & Larson, 1997).

O processo de dor crónica, no entanto, tem características muito distintas do processo de dor aguda. É um processo longo, ao qual os indivíduos se vão adaptando da melhor forma possível. Se numa fase inicial o recurso a estas crenças religiosas e espirituais existiu, ele foi-se esbatendo com o tempo, com as terapêuticas sem sucesso, com o facto de em simultâneo com a dor crónica de que padecem terem associado um diagnóstico também de doença crónica. Nestas circunstâncias, e sobretudo, como utentes numa Unidade de Dor, as suas expectativas recaem sobre novas possibilidades de tratamento que lhes consiga atenuar a dor e aumentar o bem-estar e a sua qualidade de vida. O que a investigação nos demonstra é que os níveis espirituais e religiosos de pessoas com dor crónica não são estáveis, mas flutuam bastante ao longo do tempo, ou seja, que estes podem mudar ao longo do tempo e das circunstâncias (Keefe et al., 2001, Pargament, 2002).

Os resultados obtidos por este estudo têm duas implicações para o estado actual de conhecimentos. Por um lado, ao não encontrar relações significativas entre a espiritualidade e a percepção de dor, situa-se na mesma linha de estudos que não têm encontrado relações significativas entre a experiência de dor e espiritualidade (Abraido-Lanza, Vasquez, & Echeverria, 2004; Keefe *et al.*, 2001; Skevington, Carse, & Williams, 2001). Outra investigação salienta que religião/espiritualidade não foram associados à intensidade da dor e interferências na vida devido a dor e enfatiza ainda que ambos podem ter custos e benefícios para a saúde de pessoas com dor crónica (Rippentrop *et al.*, 2005). Por outro lado, ao não encontrar relação estatisticamente significativa entre percepção de dor e espiritualidade, este estudo contribui para o estado de conhecimento a este nível por ter abordado um sub-processo específico da experiência de dor (a percepção de dor) de uma forma independente. Por outras palavras, se até este estudo a relação entre espiritualidade e dor crónica referia-se à dor crónica enquanto processo integrado e não diferenciado de vários sub-processos, o presente estudo contribui para a clarificação da inexistência de relação entre a espiritualidade e o processo específico da experiência de dor: a percepção de dor.

Face aos resultados encontrados consideramos que outros estudos seriam necessários. Sugerimos estudos constituídos por amostras maiores, com o mesmo diagnóstico ou semelhante, assim como, posteriores investigações, mais direccionadas para as crenças religiosas e espirituais como estratégia de *coping* específica dos sujeitos com dor crónica.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Abraido-Lanza, A.F., Vasquez, E. & Echeverria, S.E. (2004). En las manos de dios Religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 91–102.
- APED. (2009). *Dor Aguda versus Dor Crónica*. Retirado da world wide web a Dezembro 05, 2009 de: <http://www.aped-dor.org/scid/apedWeb/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=424>
- Ashing-Giwa, K.T., Geraldine, P., Tejero, J., Kraemer J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I. & Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 408–428.
- Baider, L., Russak, S.M., Perry, S., Kash, K., Gronert, M., Fox, B., Holland, J. & Kaplan-Denour, A. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: an Israeli sample. *Psycho-Oncology*, 8(1), 27–35.
- Baptista, P. (2007). *A Espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde*. Retirado da world wide web a Setembro 05, 2009 de: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v010n1/Epratica.pdf>.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Bill-Harvey, D., Rippey, R., Abeles, M., Donald, M. J., Downing, D., Ingenito, F. & Pfeiffer, C. A. (1989). Outcome of an osteoarthritis education program for low-literacy patients taught by indigenous instructors. *Patient Education & Counseling*, 13, 133–142.
- Borg, J., Andree B., Soderstrom H. & Farde L. (2003). The serotonin system and spiritual experiences. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1965–1969.
- Bron, J. G. & Rosenfeld, J. P. (1982). Rostral trigeminal projections signal perioral facial pain. *Brain Research*, 243, 395–400.

- Büssing, A., Abu-Hassan, W. M., Matthiessen, P. F. & Ostermann, T. (2007). Spirituality, religiosity and dealing with illness in Arabic and German patients. *Saudi Medical Journal*, 28, 22–31.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H., Grünther, R., Ostermann, T., Neugebauer, E. & Matthiessen, P. (2009). Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? *Pain Medicine*, 10 (2), 327-339.
- Bush, E. G., Rye, M. S., Brant, C.R., Emery, E., Pargament, K. I. & Riessinger, C. A. (1999). Religious coping with chronic pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(4), 249-260.
- Caldas, J. C. (2006). *Anestesia geral, cirurgia e hospitalização: Efeitos cumulativos e diferenciais a curto, médio e longo prazos, sobre a atenção, a memória, a aptidão visuo-motora, o rendimento académico e o comportamento de crianças em idade escolar*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. (pp. 31- 153).
- Cigrang, J. A., Hryshko, A. & Peterson, A. L. (2003). Spontaneous reports of religious coping by patients with chronic physical illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(3), 133–137.
- Coleman, J. A. (2002). Selling God in America: American commercial culture as a climate of hospitality to religion. In *Meaning and Modernity: Religion, Polity and Self* (ed. R. Madsen, W. M. Sullivan, A. Swidler and S. M. Tipton). Berkeley, CA: University of California Press.
- Comstock, G. W. & Partridge, K.B. (1972). Church attendance and health. *Journal Chronic Diseases*, 25, 665–672.
- Couto, C. (2008). *Acupuntura Neurofuncional. Tratando a matriz da dor*. Retirado da world wide web a janeiro 24, 2010 de: <http://www.acuneuro.com.br/agulhamento.html>.
- Covic, T., Adamson, B., Spencer, D. & Howe, G. (2003). A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: A 12-month longitudinal study. *Rheumatology*, 42, 1287–1294.
- Cronan, T. A., Kaplan, R. M., Posner, L., Blumberg, E. & Kozin, F. (1989). Prevalence of the use of unconventional remedies for arthritis in a metropolitan community. *Arthritis & Rheumatism*, 32, 1604–1607.

- Debray, R. (2004). *God: An Itinerary*. London: Verso.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Durkheim, E. (1912). *The Elementary Forms of the Religious Life: A Study in Religious Sociology*. Allen & Unwin: London.
- Dwyer, J. W., Clarke, L. L. & Miller, M. K. (1990). The effect of religious concentration and affiliation on county cancer mortality rates. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 185–202.
- Engel, G. L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 3-16.
- Fenili, R. M., Takase, L. H. & Azevedo, S. M. (2006). A dor e o sofrimento – Uma conexão entre o pensar Filosófico e Espiritual. *Enfermaria Global*, 9, 1-12.
- Ferrell, B. R., Smith, S. L., Juarez, G. & Melancon, C. (2003). Meaning of illness and spirituality in ovarian cancer survivors. *Oncology Nursing Fórum*, 30(2), 249–257.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (2ª Ed)*. London: SAGE.
- Fitchett, G., Rybarczyk, B. D., DeMarco, G.A. & Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: a longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 333–353.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Gall, T. L. & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in longterm adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(6), 524–535.
- Gall, T. L. (2004). The role of religious coping in adjustment to prostate cancer. *Cancer Nursing*, 27(6), 454–461.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G. & McCullough M. E. (2000). Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 102–116.
- George, L., Ellison, C. & Larson, D. (2002). Explaining the relationship between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.

- Gibbs, H. W. & Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual values and death anxiety: implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal Counseling Psychology*, 25, 563-569.
- Gleitman, H. (2002). *Psicologia* (5ª Ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Glover-Graf, N. M., Marini, I., Baker, J. & Buck, T. (2007). Religious and Spiritual Beliefs and Practices of Persons With Chronic Pain. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 51 (1), 21-33.
- Harmon, R. L. & Myers, M. A. (1999). Prayer and meditation as medical therapies. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 10(3), 651-662.
- Harrison, M. O., Edwards, C. L., Koenig, H. G., Bosworth, H. B., DeCastro, L. & Wood, M. (2005). Religiosity, spirituality, and pain, in patients with sickle cell disease. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 193, 250–257.
- Hearth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16, 67-72.
- Hill, P. & Hood, R. W. (1999). *Measures of Religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Holland, J. C., Passik, S., Kash, K. M., Russat, S. M., Groner, M. E. & Sison, A, (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, 14-26.
- Idler, E. & Kasl, S. (1992). Religion, disability, depression and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052–1079.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *Classification of chronic pain: descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. (2 th ed.). Seattle: IASP Press.
- James, W. (1902). *The Varieties of Religious Experience: a Studying Human Nature*. New York: Longmans.
- James, W. (1907). *Pragmatism*. New York: Longmans, Green.
- Jarvis, G. K. & Northcott, H. C. (1987). Religion and differences in morbidity and mortality. *Social Science & Medicine* 25(7), 813–824.
- John, S. C. & Spilka, B. (1991). Coping with breast cancer: the roles of clergy and faith. *Journal Religion Health*, 30, 21-33.

- Jorgenson, R. L., Bolling, D. R., Yoder, O. C. & Murphy, E. A. (1972). Blood pressure studies in Amish. *Johns Hopkins Medical Journal*, 131, 329–350.
- Kaezorowski, J. M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospital Journal*, 5, 105-116.
- Kaplan, R. M. (Ed.). (2002). Spirituality, religiousness, and health: From research to clinical practice. *Annals of Behavioural Medicine*, 24.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D. S., Drew, J., et al. (2001). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain*, 2, 101–110.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D. S., Drew, J., et al. (2001). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain*, 2, 101–110.
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Maixner, W., Salley, A. N. & Caldwell, D. S. (1997). Self-efficacy for arthritis pain: Relationship to perception of thermal laboratory pain stimuli. *Arthritis Care and Research*, 10, 177–184.
- King, M. B. & Dein, S. (1998). The spiritual variable in psychiatric research. *Psychological Medicine*, 28, 1259–1262.
- King, M., Jones, L., Barnes, K., Low, J., Walker, C., Wilkinson, S., Mason, C., Sutherland, J. & Tookman, A. (2006). Measuring spiritual belief: development and standardization of a Beliefs and Values Scale. *Psychological Medicine*, 36, 417–425.
- King, M., Speck, P. & Thomas, A. (1995). The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs: development and standardization. *Psychological Medicine*, 25, 1125-1134.
- King, M., Speck, P. & Thomas, A. (2001). The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs: development and validation of a self-report version. *Psychological Medicine*, 31, 1015-1023.
- Koenig, H. G. (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. England: Oxford University Press.
- Koenig, H.G. (2006). Integrating spirituality into medical practice: A new era in medicine. In A. Büssing, T. Ostermann, M. Glöckler, P. Matthiessen (Eds.),

Spiritualität, *Krankheit und Heilung—Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin*. (pp. 232–41). Frankfurt: VAS-Verlag für Akademische Schriften.

- Kozak, D. (2001). Faith Eases Chronic Pain. *Prevenção*, 55 (10).
- Larson, D. B., Koenig, H. G., Kaplan, B. H., Greenberg, R. S., Logue, E. & Tyroler, H. A. (1989). The impact of religion on men's blood pressure. *Journal of Religion and Health*, 28(4), 265–278.
- Larson, D. B., Swyers, J. P. & McCullough, M. E. (Eds.). (1997). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.
- Lefebvre, J. C., Keefe, F. J., Affleck, G., Raezer, L. B., Starr, K., Caldwell, D. S., & Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 80, 425–435.
- Levin, J. (2001). *God, faith, and health: Exploring the spirituality-healing connection*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Levin, J. S. & Vanderpool, H. Y. (1989). Is frequent religious attendance really conducive to better health?: toward an epidemiology of religion. *Social Science & Medicine*, 24(7), 589–600.
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science & Medicine*, 38, 1475–1482.
- Ludwing-Beymer, P. (1995). Transcultural aspects of pain. In M.M. Andrews & J.S. Boyle (Eds.), *Transcultural concepts in nursing care*. (p. 301-321 Philadelphia: Lippincott.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa: Silabo.
- Martins, H. C. & Teixeira, J. C. (1991). Adaptação do Questionário da Dor de McGill para a Língua Portuguesa. Manual não publicado.
- Massada, J. (2009). Dor crónica afecta três milhões. *Ciência Hoje*. Retirado da world wide web a Dezembro 10, 2009 de: <http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=35819&op=all>.
- Maugans, T.A. (1996). The Spiritual history. *Archives of Family Medicine*, 5(1), 11-16.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A. Pessin, H., Cimino, J. & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair

- in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*, 26(6), 484–486.
- McCullough, M. E. & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research* 2, 126–136.
- McKee, D. D. & Chappel, J. N. (1992). Spirituality and medical practice. *Journal of Family Practice*, 35, 205–208.
- Melzack, R. & Wall P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971–979.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 6, 121–126.
- Middleton, P. & Pollard, H. (2005). Are chronic low back pain outcomes improved with co-management of concurrent depression? *Chiropractic and Osteopathy*, 13, 8.
- Miller, J. F. (1985). Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. *Journal of Professional Nursing*, 1(2), 79-85.
- Miller, W. R. & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *American Psychologist*, 58(1): 24-35.
- Miller, W. R., Thoresen, C. E., & Jones, S. L. (Eds.). (2003). Spirituality, religion, and health. *American Psychologist*, 58, 24–74.
- Moreira, A. (2008). Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports*, 12 (5), 327-332.
- Moreira, A., Lotufo, F. & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and MentalHealth. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28 (3), 242-50.
- Mytko, J. & Knight, S. (1999). Body, Mind and Spirit: Towards the integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Live Research. *Psycho-Oncology*, 8, 439–450.
- O’Connell, K. A. & Skevington, S. M. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 10(3), 379–398.
- O’Conner, A. P., Whicker, C. A. & Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient’s search for meaning. *Cancer Nursing*, 13,167-175.
- O’Mahony, S., Goulet, J., Kornblith, A. Abbatiello, G., Clarke, B., Kless-Siegel, S., Breitbart, W. & Payne, R. (2005). Desire for hastened death, cancer pain and

- depression: report of a Longitudinal Observational Study. *Journal of Pain Symptom Management*, 29(5), 446–457.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paldrön, T. (2003). *Alquimia da dor*. Pergaminho: Cascais.
- Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13, 168–181.
- Park, C. L. & Paloutzian, R. E. (2005). One step toward integration and an expansive future. In R. E. Paloutzian, C. L. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, (pp. 550–564). New York: Guilford Press.
- Park, C. L. & Paloutzian, R. E. (2005). One step toward integration and an expansive future. In R. E. Paloutzian, C. L. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, (pp. 550–564). New York: Guilford Press
- Rapp, S. R., Rejeski, W. J. & Miller, M. E. (2000). Physical function among older adults with knee pain: The role of pain coping skills. *Arthritis Care & Research*, 13, 270–279.
- Rippentrop, A. E. (2005). A Review of the Role of Religion and Spirituality in Chronic Pain Populations. *Rehabilitation Psychology*, 50 (3), 278–284.
- Rippentrop, E., A., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M. & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311-321.
- Roberts, J. A., Brown, D., Elkins, T. & Larson, D. B. (1997). Factors influencing the views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 176, 166-172.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33–44.
- Saad, M., Masiero, D. & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8 (3), 107-112.
- Sanchez, Z. N. & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, (1), 73-81.
- Seeman, T. E., Dubin, L. F. & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58(1), 53–63.

- Shawler, C. & Logsdon, D. (2008). Living Vigilant Lives with Chronic Illness: Stories from Older Low-Income Minority Women. *Health Care for Women International, 29*, 76–84.
- Skevington, S. M., Carse, M. S. & Williams, A. C. (2001). Validation of Validation of the WHOQOL-100: Pain management improves quality of life for chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain, 17*, 264–275.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology, 11*(2), 93–102.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist, 42*, 24–33.
- Thoresen, C. E. (Ed.). (1999). Spirituality and health. *Journal of Health Psychology, 4*.
- Turner, J. A., & Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain, 24*, 355–364.
- Underwood-Gordon, L., Peters, D. J., Bijur, P. & Fuhrer, M. (1997). Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities. A commentary. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 76*(3), 255-257.
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J. & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal Behaviour Medicine, 30*, 311–8.
- Yaksh, T. L. & Malmberg, A. B. (1994). Central pharmacology of nociceptive transmission. In: R. Wall, J. Melzack, Bonica. (Eds.), *Textbook of Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Yates, J., Chalmers B., St. James, P., Follansbee, M. & McKegney F. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Paediatric Oncology, 9*, 121–8.
- Ziebertz, H.G. & Kay, W. (2006). *Youth in Europe II. An International Empirical Study about Religiosity*. Berlin: Lit-Verlag.

Anexos

**Estudo de Validação da Escala de Crenças e Valores
para a população portuguesa**

A presente investigação, a desenvolver no âmbito do Mestrado da Psicologia da Dor do ISCS-N, visa analisar as características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Crenças e Valores, nomeadamente, o estudo da precisão e da validade factorial da escala.

A sua validação permitirá o seu uso como instrumento legitimado, quer na avaliação clínica, quer em pesquisa.

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial, por investigadores, e usados única e exclusivamente para esta investigação.

Idade: _____ Género: _____ Habilitações Literárias _____

Profissão: _____ Estado civil: _____

Região onde reside: _____

Filiação/Crença Religiosa: _____ Raça/Etnia: _____

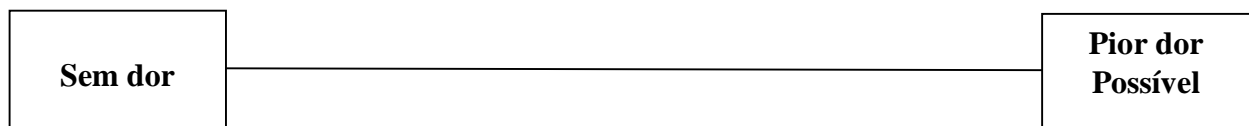
Escala de Crenças e Valores

De seguida encontra um conjunto de afirmações acerca das suas crenças e das suas perspectivas acerca da vida. Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua opinião acerca de cada uma das afirmações.

	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE
1. Sou uma pessoa espiritual.					
2. Acredito que tenho um espírito ou uma alma que pode sobreviver à minha morte					
3. Acredito que cada pessoa tem uma relação íntima e pessoal com Deus					
4. Acredito que a meditação tem valor					
5. Acredito que Deus é Omnipresente (está sempre presente e está em toda a parte).					
6. Acredito que a forma como vivo a minha vida determina o que acontece depois da minha morte.					
7. Acredito que existem forças do mal no universo.					
8. Acredito que tudo acontece por uma razão, mesmo que às vezes não compreenda o porquê de acontecerem.					
9. Acredito que o contacto físico com outra pessoa pode ser uma experiência espiritual.					
10. Sinto-me em maior união com o mundo quando estou no meio da natureza.					
11. Acredito na vida depois da morte					
12. Sou uma pessoa religiosa					
13. As cerimónias religiosas são importantes para mim					
14. Acredito no destino (que a minha vida está pré-determinada)					
15. Acredito que Deus é fonte de vida					
16. Já tive, uma experiência espiritual intensa, pelo menos uma vez na vida					
17. Acredito que existe um paraíso					
18. Acredito que o espírito humano é imortal					
19. Acredito no valor de rezar					
20. Acredito que Deus existe					

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

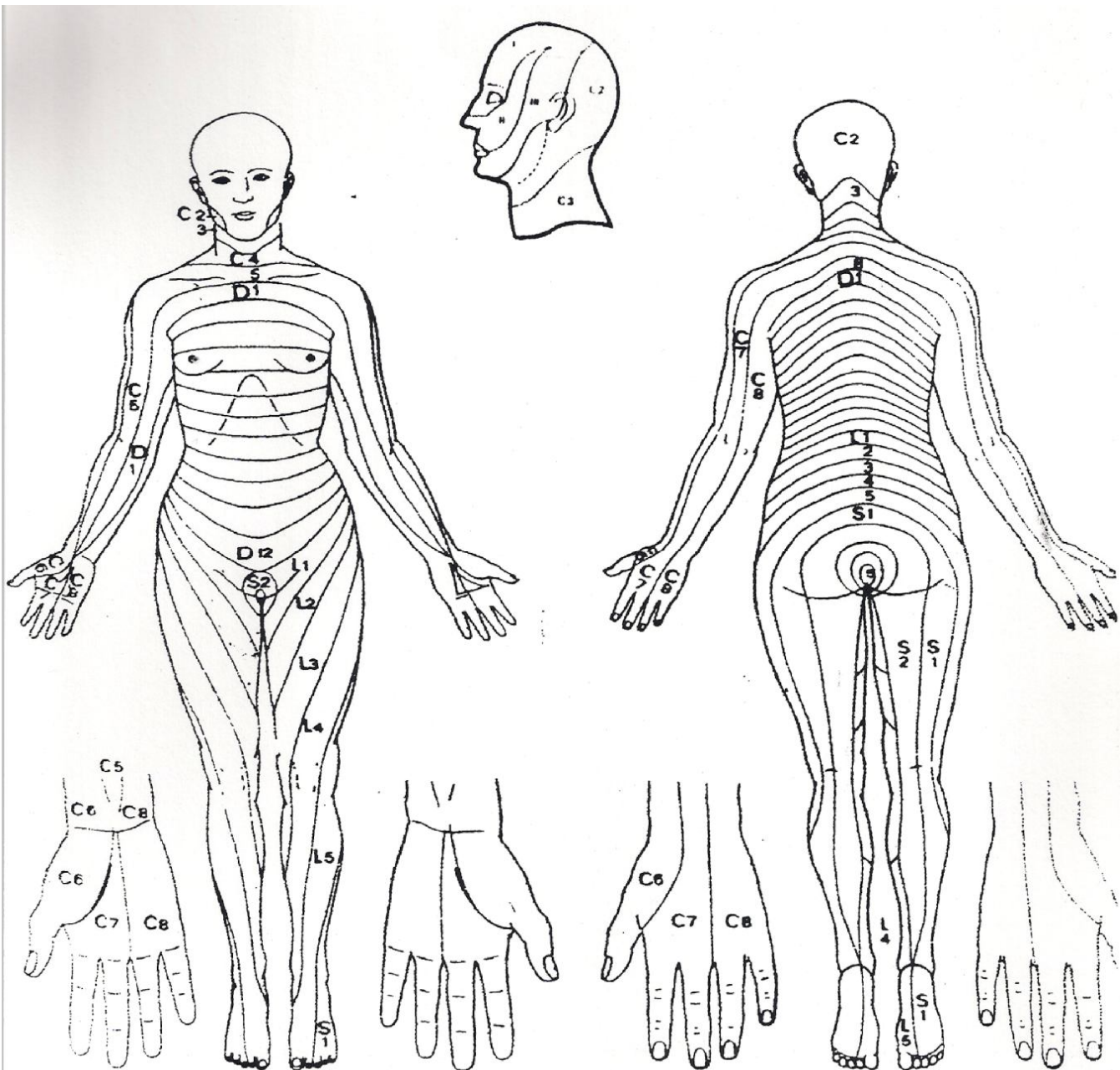
Por favor, assinale com uma cruz no segmento de recta, o local que na sua ideia corresponde à intensidade da sua dor.



Adaptação portuguesa do questionário de Melzack para a dor MPQ

I Parte – Onde se localiza a sua dor?

Por favor marque no desenho as áreas do corpo onde sente dor. Coloque um “E” se for Externa e um “I” se for Interna. Se for Interna e Externa coloque “IE”.



II Parte – Como se descreve a sua dor?

Alguns destes termos descrevem a sua dor actual. Sublinhe as palavras que melhor a descrevem. Deixe algum grupo que não corresponda à sua dor. Em cada grupo escolha uma só palavra, a que melhor corresponda à sua dor.

1	2	3	4	5
1. Percussão 2. Oscilante 3. Palpitante 4. Pulsátil 5. Latejante 6. Martelamento	1. Repentina 2. Impetuosa 3. Brusca	1. Picadela 2. Ferroada 3. Perfurante 4. Punhalada 5. Lancinante	1. Fina 2. Cortante 3. Lacerante	1. Beliscosa 2. Pressão 3. Caímbra 4. Triturante 5. Corrosiva
6	7	8	9	10
1. Puxão 2. Torcedura 3. Arrancamento	1. Quente 2. Ardente 3. Abrasadora 4. Queimante	1. Coceira 2. Formigueiro 3. Ardor	1. Moinha 2. Irritante 3. Pesada 4. Contínua 5. Prolongada	1. Tensa 2. Áspera 3. Maçadora 4. Terrível
11	12	13	14	15
1. Cansativa 2. Esgotante	1. Estonteante 2. Sufocante	1. Assustadora 2. Mortificante 3. Pavorosa	1. Castigadora 2. Penosa 3. Ruim 4. Cruel 5. Torturante	1. Ofuscante 2. Arrasante
16	17	18	19	20
1. Aborrecida 2. Desoladora 3. Fastidiosa 4. Miserável 5. Insuportável	1. Irradiada 2. Disseminada 3. Trespasante 4. Penetrante	1. Entorpecida 2. Apertada 3. Fissurante 4. Estiramento 5. Dilacerante	1. Morna 2. Fria 3. Gelada	1. Fraca 2. Nauseante 3. Incómoda 4. Suicida 5. Angustiante 6. Atroz

III Parte – Descreva a sua dor em termos de duração

Escolha um grupo de palavras que descrevam a sua dor.

	Contínua	Fixa	Constante
	Rítmica	Periódica	Intermitente
	Brusca	Momentânea	Transitória

IV Parte – Intensidade da dor

Os termos seguintes apresentam intensidades crescentes de dor

1	2	3	4	5
Ligeira	Incómoda	Angustiante	Horrível	Insuportável

Escolha o número ou palavra que melhor descreva:

	A sua dor neste momento
	A sua dor no pior período
	A sua dor no melhor período
	A pior dor de dentes que já tinha tido
	A pior dor de estômago que já tenha tido
	A pior dor de cabeça que já tenha tido

Versão portuguesa da Escala de Crenças e Valores

(Santana & Moreira)

De seguida encontra um conjunto de afirmações acerca das suas crenças e das suas perspectivas acerca da vida. Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua opinião acerca de cada uma das afirmações.

	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE
1. Acredito que tenho um espírito ou uma alma que pode sobreviver à minha morte					
2. Acredito que cada pessoa tem uma relação íntima e pessoal com Deus					
3. Acredito que Deus é Onnipresente (está sempre presente e está em toda a parte).					
4. Acredito que a forma como vivo a minha vida determina o que acontece depois da minha morte.					
5. Acredito que existem forças do mal no universo.					
6. Acredito que o contacto físico com outra pessoa pode ser uma experiência espiritual.					
7. Sinto-me em maior união com o mundo quando estou no meio da natureza.					
8. Acredito na vida depois da morte					
9. Sou uma pessoa religiosa					
10. As cerimónias religiosas são importantes para mim					
11. Acredito que Deus é fonte de vida					
12. Já tive, uma experiência espiritual intensa, pelo menos uma vez na vida					
13. Acredito que existe um paraíso					
14. Acredito que o espírito humano é imortal					
15. Acredito no valor de rezar					
16. Acredito que Deus existe					

Relação entre crenças de espiritualidade e percepção de dor crónica

A presente investigação, a desenvolver no âmbito do Mestrado da Psicologia da Dor do ISCS-N, visa avaliar a relação entre as crenças de espiritualidade e a percepção de dor, numa amostra de doentes com dor crónica.

Este estudo contribuirá para uma melhor compreensão das várias dimensões implicadas no fenómeno da dor.

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial, por investigadores, e usados única e exclusivamente para esta investigação.

Idade: _____ Género: _____ Habilitações Literárias _____

Profissão: _____ Estado civil: _____

Região onde reside: _____

Filiação/Crença Religiosa: _____ Raça/Etnia: _____

ARTIGO
para publicação
ESTUDO 1

**Avaliação das características psicométricas da
versão portuguesa da *The Beliefs and Values*
Scale (King, 2005) – Escala de Crenças e
Valores**

Psychological Medicine

Características psicométricas da versão portuguesa da *The Beliefs and Values Scale* (Escala de Crenças e Valores).

Filomena Santana¹, Paulo A. S. Moreira² & Emília Areias³

Departamento de Psicologia do ISCS – N

UnIPSa

Resumo

Nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento do interesse da comunidade científica pela compreensão acerca do papel que a espiritualidade desempenha na forma como os indivíduos lidam com experiências de adversidade, nomeadamente com experiências de doença. Este interesse tem sido concretizado no desenvolvimento de instrumentos de avaliação da espiritualidade. *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005) é um instrumento de avaliação de crenças e valores de espiritualidade que revelou características psicométricas adequadas para a avaliação da espiritualidade. Sendo a espiritualidade um fenómeno universal, a investigação ao nível do desenvolvimento de instrumentos e ao nível da sua equivalência transcultural encontra-se ainda numa fase muito incipiente. De facto, pouco se sabe acerca da equivalência transcultural da estrutura factorial de instrumentos de avaliação da espiritualidade em diferentes culturas. O objectivo deste estudo foi a avaliação da estrutura factorial da versão portuguesa da *The Beliefs and Values Scale*. A amostra foi constituída por 446 sujeitos portugueses, com idades entre os 18 e os 84 anos ($M=38.36$, $DP= 13.96$), sendo 72.2% mulheres ($n=322$) e 27.8% homens ($n=124$). Os resultados confirmam a estrutura factorial da versão original e reforçaram o suporte empírico para uma estrutura de dois factores. No entanto, alguns itens saturaram de forma diferente, levantando questões sobre as especificidades culturais.

Palavras-chave: Escala de Crenças e Valores, espiritualidade, crenças, compreensão transcultural.

¹ Curso de Mestrado de Psicologia da Dor do ISCS-N – UniPSIa
E-mail: mena.santana@sapo.pt

² Universidade Lusíada do Porto
E-mail: paulomoreira@por.ulusiada.pt

³ Coordenadora do Mestrado de Psicologia da Dor do ISCS-N
E-mail: memilia.areias@iscsn.cespu.pt

Abstract

In the last years, we've seen an increase of the scientific community on the understanding of the role that spirituality take in the way that individuals cope with adverse experiences , for instance in experiences of illness . This interest has been achieved in the development of assessment instruments of spirituality. The Beliefs and Values Scale (King, 2005) is an instrument of assessment of beliefs and values on spirituality. Once spirituality is an universal phenomenon, as far as the development of instruments is concerned and its cross-cultural counterpart they still are in a incipient phase. In fact, we don't know that much about the cross-cultural counterpart of the factorial structure of assessment instruments of spirituality in different cultures. The goal of the study was the assessment of factorial structure of the Portuguese version of the Beliefs and Values Scales. The sample consists of 446 Portuguese individuals, with ages between 18 and 84 years ($M=38.36$, $SD= 13.96$), 72.2% are women ($n=322$) and 27.8% are men ($n=124$). The results confirm the factorial structures of the original version and they have reinforced the empirical basis for a structure of two factors. However, some items have saturated in a different way, rising questions on the cultural specificities.

Keywords: The Beliefs and Value Scales, spirituality, beliefs, cross-cultural comprehension.

Introdução

A medicina e a psicologia têm dedicado poucos esforços à compreensão das crenças espirituais e religiosas das pessoas. No entanto, o interesse por estes conceitos tem vindo a aumentar desde o tempo de William James (Hill & Hood, 1999). Este autor, não só tentou definir as crenças religiosas, como tentou perceber as suas origens (James, 1902) e, criar uma filosofia científica que pretendia juntar a espiritualidade à avaliação clínica e à investigação científica.

A investigação realizada neste campo sugere que altos níveis de envolvimento religioso/espiritual estão associadas a uma saúde melhor, e normalmente, este é um factor que se destaca em relação a outros, tais como: a idade, o sexo e o apoio social

(Koenig, 1998; Koenig, McCullough, & Larson, 2001; McCullough & Larson, 1999). No entanto, este envolvimento religioso/espiritual é muitas vezes desvalorizado e mal medido em termos da investigação de saúde pública (McCullough *et al.* 1999, cit in King *et al.* 2006) onde, pouca relevância se tem dado às crenças espirituais que não estão ligadas a uma prática religiosa pessoal ou pública (King & Dein, 1998). Contudo, a maior parte das sondagens nos países europeus mostram que, embora uma elevada percentagem de pessoas confesse crença num Deus, muitos menos afirmam professar uma religião (King *et al.*, 2006).

Há inúmeros trabalhos publicados documentando a influência da espiritualidade no tratamento de doenças. Ao comentar a relação entre religião e saúde, Levin (1994) refere que existe uma associação que provavelmente é válida, e possivelmente causal. O referido autor compilou no livro *God, faith, and health: Exploring the spirituality-healing connection*, (2001) mais de 200 estudos epidemiológicos que mostram o relacionamento entre crenças e práticas religiosas e/ou espirituais e o seu impacto na saúde mental e física. Alguns das suas análises indicam o seguinte: (a) qualquer que seja a afiliação religiosa, esta beneficia a saúde promovendo comportamentos saudáveis e bem-estar em termos de redução de consumo de tabaco, álcool, drogas, suicídio, ou comportamentos de risco (por exemplo, sexo seguro); (b) práticas religiosas regulares beneficiam a saúde oferecendo sustentação social e protegendo do stress e do isolamento; (c) participar, por exemplo, em rituais de oração ou de meditação beneficia a saúde porque potencia emoções positivas; (d) a fé beneficia a saúde física e mental, relativamente aos pensamentos de esperança, optimismo, e expectativa positiva. No entanto, o autor advertiu que estudos epidemiológicos lidam com médias e relações que não contam com confusões entre variáveis ou circunstâncias individuais; contudo, as relações são bastante fortes e consistentes de estudo para estudo. O livro, inclusive, apresenta numerosas estatísticas que sugerem que as pessoas que relatam crenças espirituais e/ou religiosas têm as mais baixas taxas em alguns tipos de cancro; hipertensão; doenças cardíacas, depressão, suicídio e melhor recuperação pós – cirúrgica (Levin, 1994).

Os construtos, religião e espiritualidade englobam uma variedade de conceitos, como visões de mundo, crenças e/ou práticas religiosas/espirituais (Park & Paloutzian, 2005). Esta variável tem vindo a ser reconhecida como estando envolvida em vários processos e dimensões. A espiritualidade / religião está correlacionada com a qualidade

de vida em doentes de cancro (Baider *et al.*, 1999; O'Connell & Skevington, 2005; Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002). A espiritualidade/ religião tem sido apontada como um importante recurso na capacidade do doente em lidar com o diagnóstico da doença (John & Spilka, 1991; O'Conner, Whicker & Germino, 1990), para viver e extrair significado no seu processo de doença (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Cigrang, Hryshko, & Peterson, 2003; Ferrell, Smith, Juarez & Melancon, 2003), e um precioso auxiliar para o doente manter a esperança e ultrapassar os tratamentos (Hearth, 1989, Roberts, Brown, Elkins & Larson, 1997). Alguns autores concluem que a inclusão regular desta variável é necessária para compreender a integração da mente, corpo e espírito no tratamento de algumas doenças, nomeadamente o cancro, e acrescentam que, crenças e práticas religiosas e espirituais podem fornecer mecanismos fisiológicas, afectivos, comportamentais e cognitivas para lidar com a doença e o sofrimento (Mytko & Knight, 1999). Particularmente em doentes com cancro avançado, estas crenças associaram-se positivamente com maior bem-estar e menos dor (Yates, Chalmers, St. James, Follansbee, & McKegney, 1981). No tratamento de doenças crónicas e severas, os pacientes são beneficiados pela prática religiosa, em especial nos períodos que estão sujeitos a mudanças sociais e psicológicas stressantes oriundas das condições geradas pela patologia (Koenig, 2003 cit. in Sanchez & Nappo, 2007). Por exemplo, pacientes de cancro com níveis mais altos de religião/espiritualidade apresentam menos depressão (O'Mahony *et al.*, 2005), menos ansiedade diante da doença (Kaezorowski, 1989) e evidenciam menos desespero, menor desejo de apressar a morte ou ideação suicida em estádios avançados da doença (Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978; McClain-Jacobson *et al.*, 2004). Esta ideia é reforçada por outros estudos epidemiológicos de doenças crónicas, como cancro e hipertensão onde se encontraram taxas mais baixas de doença entre os indivíduos com altos níveis de religiosidade/espiritualidade (Dwyer, Clarke & Miller, 1990; Jarvis & Northcott, 1987; Levin & Vanderpool, 1989). Frequentar a igreja semanalmente e compromissos religiosos foram relacionados a menores percentagens de doenças coronárias, enfisema e cirrose (Comstock & Partridge, 1972), pressão arterial (Jorgenson, Bolling, Yoder & Murphy, 1972; Larson *et al.*, 1989; Levin & Vanderpool, 1989) e menor incapacidade funcional e percepção de deficiência (Idler & Kasl, 1992).

Apesar de esta associação ser complexa e os motivos para a relação entre religião/espiritualidade e saúde ainda não estarem esclarecidos, religiosidade é geralmente

associada a um efeito benéfico sobre a saúde (George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000; Koenig *et al*, 2001; Levin, 1994; Moreira, Lotufo & Koenig, 2006). Ao longo do tempo, variadas revisões de artigos e números especiais têm sido publicados sobre esta questão (Kaplan, 2002; Miller, Thoresen, & Jones, 2003; Thoresen, 1999). Existe, de facto, literatura científica indexada, substancial e concreta, associando, positivamente, a religiosidade ao bem-estar físico e mental do ser humano (George, Ellison & Larson, 2002; Miller & Thoresen, 2003) e a melhores resultados médicos (Koenig, 2006). Convém, contudo, realçar que o impacto da espiritualidade e/ou religiosidade e a sua relação com a saúde e a doença são altamente dependente do contexto cultural (Ziebertz & Kay, 2006; Büssing, Abu-Hassan, Matthiessen & Ostermann, 2007) e assim, os resultados de estudos não podem ser facilmente extrapolados para outros países.

No entanto, muitos pesquisadores vêm a religião/espiritualidade como uma faca de dois gumes. Apesar de um grande corpo de literatura apresentar resultados positivos entre estas variáveis e a saúde (George *et al.*, 2000), um número crescente de resultados empíricos tem mostrado uma variedade de resultados negativos. Por exemplo, no estudo de Fitchett, Rybarczyk, DeMarco, & Nicholas (1999) com doentes de cancro o *coping* religioso negativo (como por exemplo: a crença de que doença é um castigo de Deus ou um sinal de Deus o abandonou) tem sido relacionado a uma série de resultados negativos, incluindo aumento do risco de declínio da saúde física. Noutros estudos com tipos de cancro específico, como o estudo de Gall (2004) com pacientes de cancro da próstata e outro com pacientes de cancro da mama (Gall & Cornblat, 2002) onde se avaliava a utilização de recursos religioso/espirituais para lidar com a doença encontraram-se resultados mistos, ou seja, positivos e negativos. Daqui se conclui que, variáveis que determinam se a religião/espiritualidade será benéfica ou prejudicial são inumeráveis, complicadas, e dependentes do contexto (Pargament, 2002), e a forma específica como influenciam a saúde são ainda obscuras (Seeman, Dubin, & Seeman, 2003).

O conceito de espiritualidade

Sendo a espiritualidade, uma necessidade humana inata de relação com o outro, uma reflexão sobre a vida, é como tal, uma dimensão de grande importância no ser humano, que deve ser avaliada no sentido de um conhecimento mais aprofundado do mesmo (Vasconcelos, 2006 cit. in Baptista, 2007). A espiritualidade é uma força capaz de auxiliar o indivíduo, a família e a comunidade, a melhor vencerem as dificuldades da

vida, onde se incluiu as doenças que vivenciam, proporcionando melhores capacidades de lidar com a realidade quotidiana (Vasconcelos, 2006 cit. in Baptista, 2007). Espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida (Maugans, 1996). Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa (Harmon & Myers, 1999). Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, e é um conceito mais amplo que religião, pois esta é uma expressão da espiritualidade (Saad, Masiero, & Battistella, 2001). É um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (Saad, Masiero, & Battistella, 2001). Convém esclarecer que religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinónimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido (Underwood-Gordon, Peters, Bijur, & Fuhrer, 1997). A espiritualidade está intimamente ligada com a nossa relação com o mundo (Paldrön, 2003). Atravessa todos os níveis, desde o biológico, psicológico, social e comportamental, repercute-se na nossa auto-estima, na nossa própria capacidade de auto-realização (Paldrön, 2003).

Queremos salientar, que neste trabalho não fazemos distinção entre os dois conceitos, podendo mesmo surgir o termo fé também como sinónimo. Isto porque, não nos interessa particularmente fazer a discriminação entre estes conceitos mas sim avaliar as crenças dos indivíduos ligadas a estes aspectos num sentido geral.

O conceito de crenças

As crenças, num sentido lato, definem-se como uma atitude geral de adesão a uma proposição, sob forma de enunciado ou de representação, cuja verdade nem sempre pode ser demonstrada (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). A crença assenta, por um lado, em elementos do conhecimento e, por outro lado, num sentimento subjectivo do tipo assertivo e, apresenta três graus (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau inferior situa-se a opinião, crença que atribui aos conhecimentos apenas um carácter provável e que não exclui dúvida

relativamente à adesão (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau superior situa-se o “saber”, crença resolutamente assertiva e fundada em conhecimentos socialmente reconhecidos, ainda que nem sempre demonstráveis (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau intermédio situa-se a crença propriamente dita, que exclui a dúvida, mas que não assenta sobre conhecimentos científicos (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). Ela pode ser da ordem do delírio ou da alucinação; pode fundar-se sobre valores morais ou religiosos socialmente legitimados (mitos, fé), pode também proceder de saberes de “senso comum” ou conhecimentos *ad hoc* elaborados em função de interesses individuais ou exigências sociais (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001).

Beck (1991) diz que as crenças “*são as ideias mais fixas e enraizadas, oriundas do processo de desenvolvimento, experiências e formação do indivíduo desde a infância, aceites por eles como verdades absolutas, caracterizando-se como globais, rígidas e supergenalizadas. As distorções cognitivas influenciam a resposta emocional, comportamental e fisiológica do indivíduo*” (p. 369). As crenças surgem da necessidade do ser humano extrair sentido do seu ambiente desde os estádios mais primitivos do desenvolvimento (Beck, 1991). Para isso, precisa de organizar a sua experiência de maneira coerente para funcionar de forma adaptativa (Beck, 1991). É a partir das suas interacções com o ambiente e as outras pessoas que um sujeito elabora as suas crenças, as quais variam em precisão e funcionalidade (Beck, 1991).

The Beliefs and Values scale

The Beliefs and Values Scale, King (2005), é uma escala de auto-relato para avaliação das crenças e valores das pessoas referentes à espiritualidade

Os autores da escala *Beliefs and Values Scale*, King *et al.* (2006) começaram por desenvolver uma entrevista (King *et al.*, 1995) e um pequeno questionário (King *et al.*, 2001), para avaliar as crenças religiosas e espirituais. Os autores estavam interessados nos conceitos das pessoas mais do que na manifestação (práticas religiosas/espirituais). O objectivo geral destes investigadores foi o desenvolvimento de um instrumento de medida padronizada da espiritualidade que vai além das crenças convencionais religiosas, para usar na pesquisa psicológica e na saúde. A escala, tenta assim, cobrir aspectos da espiritualidade para além dos associados com a crença ou prática religiosa,

tendo sido escolhido um critério de escala que evitasse a referência a uma denominação ou fé religiosa específica (King *et al.*, 2006).

A padronização da *Beliefs and Values Scale* decorreu entre Setembro de 2003 e Janeiro de 2005. O instrumento sofreu duas fases de desenvolvimento. A primeira versão da escala era constituída por 47 itens. Para a avaliação da segunda versão, constituída por um conjunto revisto de 24 afirmações foi estipulado que nenhum item teria estatística do kappa ponderada < 0.5 . O *alpha Cronbach* para todas as afirmações foi elevado para 0.93. A análise factorial revelou um factor principal com um *eigenvalue* de 10.5, que explicou 44% da variância. As restantes afirmações separadas em quatro factores, ainda mais, com valores entre 1.8 e 1.01, o que explica mais de 22% da variância. Factores 1 e 2 (20 afirmações) constituíram a versão final, que apresentou consistência interna final de 0.94 (King *et al.*, 2006). A versão original final possui assim 2 factores, sendo que o segundo é constituído pelos itens 4, 9 e 10; e o primeiro pelos restantes itens.

A média de pontuação na versão final de 20 itens da *Beliefs and Values Scale* variou significativamente com o sexo, crença religiosa, etnia e estado civil. A diferença média na pontuação total entre participantes sem nenhuma forma de espiritualidade ou crença religiosa (média de 51.7 pontos, S.D. = 13.0) e os restantes (72.3, S.D. = 12.1) foi de 20.6 ($t = 11.9$, $p < 0,0001$) (King *et al.*, 2006).

O conteúdo e formato desta escala foi baseada na opinião dos cidadãos comuns, tendo sido sujeita cada versão a testes rigorosos de fiabilidade. A vantagem desta escala é a sua capacidade de tocar crenças espirituais que existem fora dos tradicionais contextos religiosos. O teor de, pelo menos, 10 perguntas (1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 14, 16, 18) é distinto de qualquer prática ou convicção religiosa, e, observe-se que 30% das pessoas sem nenhuma afiliação religiosa relataram experiências espirituais intensas. Por último, a variação na classificação do perfil sócio-demográfico e da afiliação religiosa dos participantes sugere que o instrumento será sensível às diferentes configurações (King *et al.*, 2006).

Metodologia

Amostra

A amostra foi constituída por 446 adultos, com idades entre os 18 e os 84 anos ($M=38.36$, $DP= 13.96$, sendo 72.2% mulheres ($n=322$) e 27.8% homens ($n=124$). Como

se apresenta na tabela 1, em termos de escolaridade, 30% da amostra possui o ensino Secundário (n=133), 27.5% o 3º Ciclo (n=122), 16.9% Licenciatura (n=75), 16% o primeiro ciclo (n=71), 6.8% o 2º Ciclo (n=30), 2.5% possuem Bacharelato (n=11) e 0.5% Mestrado (n=2). Quanto à região em que vive, 41.3% dos indivíduos é residente no norte do país (n=184), 36.8% no sul (n=164) e 22% no centro (n=98). A maioria dos sujeitos é casado (54.3%, n=241), 35.8% solteiro (n=159), católico (98.4%, n=439) e de etnia caucasiana (n=98.6%, n=358).

Tabela 1. Descrição das características sócio – demográficas da amostra

Características sócio – demográficas	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Género		
Masculino	124	27,8
Feminino	322	72,2
Habilitações literárias		
1º Ciclo	71	16,0
2º Ciclo	30	6,8
3º Ciclo	122	27,5
Secundário	133	30,0
Bacharelato	11	2,5
Licenciatura	75	16,9
Mestrado	2	,5
Estado civil		
Solteiro(a)	159	35,8
Casado(a)	241	54,3
Divorciado(a)	28	6,3
Viúvo(a)	8	1,8
União de facto	5	1,1
Separado(a)	3	,7
Região onde reside		
Norte	184	41,3
Centro	98	22,0
Sul	164	36,8
Filiação/Crença Religiosa		
Católica	375	85,8
Agnóstico	26	5,9
Ateu	28	6,4
Wiccan	1	,2
Protestante	1	,2
Metodista	2	,5
Adventista do 7º dia	1	,2
Evangélica	1	,2
Budista	2	,5
Etnia		
Caucasiana	439	98,4
Negro	3	,7
Hispanico	3	,7
Cigana	1	,2

Instrumentos

Utilizou-se uma escala de auto-relato, a *Beliefs and Values Scale* (King, 2005) – Escala de Crenças e Valores, constituída por 20 itens para avaliação das crenças e valores das pessoas referentes à espiritualidade. Apresenta um tipo de resposta é fechada, com cinco respostas possíveis: concordo plenamente (4 pontos); concordo (3 pontos); nem concordo nem discordo (2 pontos); discordo (1 pontos); discordo completamente (0 pontos). O leque teórico da pontuação varia entre 0 – 80, sendo que pontuações altas são indicativas de fortes crenças espirituais. O instrumento apresenta, na sua versão original, uma estrutura em dois factores e boa consistência interna, revelada através de um alfa de 0.94 (King *et al.*, 2005).

Procedimentos de recolha de dados

Foi obtido a autorização para o desenvolvimento e validação de uma versão da *Beliefs and Values Scale* para o contexto português directamente com o autor.

Após a realização da tradução e retroversão da escala, o instrumento foi administrado a uma amostra probabilística ou casual e constituída por uma amostragem estratificada proveniente de diferentes contextos, tendo sido seleccionadas por motivos de ordem pragmática. Constituíram critérios de inclusão na amostra: ter idade \geq a 18 anos e capacidade de leitura do português; e critérios de exclusão: ter idade \leq a 18 anos e incapacidade de leitura do português. Para além da escala, foram incluídas algumas questões de natureza sócio-demográfica, que permitiram caracterizar a amostra em termos de idade, género, habilitações literárias, estado civil, região onde vive, filiação/crença religiosa e etnia. Foi recolhido o consentimento informado, garantido o anonimato e confidencialidade dos dados.

Procedimento de análise de dados

Para o estudo da estrutura factorial e da consistência interna foi realizada uma análise factorial exploratória em componentes principais com rotação *Varimax* forçando a extracção de dois factores (conforme sugere o autor da versão original).

Posteriormente foram calculados índices de fidelidade com o recurso ao *Alfa de Cronbach*, para o total da escala e as suas subescalas. Posteriormente foram feitos diversos estudos diferenciais e correlacionais, recorrendo a testes não paramétricos, dado que não foi possível encontrar uma distribuição normal nas variáveis, dados os valores da estatística de teste inferiores a .05 na significância do teste Kolmogorov Smirnov e Shapiro-Wilk (Field, 2005).

As análises dos dados foram realizadas utilizando a versão 15 do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

Resultados

Análise factorial

Após a aplicação do *Teste de Esfericidade de Bartlett* e calculada a medida de *Kaiser-Meyer-Olkin*, sendo os valores respectivamente de 5680,961 ($p \leq 0.001$) e 0.940, verificou-se a adequabilidade para análise factorial. Os 20 itens da escala foram submetidos a uma análise factorial de componentes principais com rotação *Varimax* forçando a extracção de dois factores (de acordo com a estrutura factorial proposta pelo autor), permitem explicar 53.834% da variância. O primeiro factor com *Eigenvalue* de 8.934 explica 44.669% da variância dos resultados, enquanto o segundo factor apresenta *Eigenvalue* de 9.165 explica 9.165% da variância dos resultados.

No que diz respeito à estrutura, no entanto, verificam-se algumas incongruências em relação à versão original. Apesar da extracção de dois factores permitir encontrar esses componentes, a saturação dos itens não corresponde ao encontrado na estrutura original. Para além disso, alguns itens apresentam valores de saturação próximos em ambos os factores (tabela 2). Optou-se assim pela eliminação dos itens que apresentavam menor poder discriminativo, nomeadamente, o 1 – “Sou uma pessoa espiritual”, 4 – “Acredito que a meditação tem valor”, 8 – “Acredito que tudo acontece por uma razão, mesmo que às vezes não compreenda o porquê de acontecerem” e 14 – “Acredito no destino (que a minha vida está pré-determinada)”. Outros itens, embora apresentassem valores de saturação elevados em ambos os factores, foram mantidos por motivos conceptuais (nomeadamente o item 6, 7, 16 e 17).

Tabela 2. Estrutura factorial da adaptação portuguesa da Escala de crenças e Valores

		Factores	
		1	2
ECV_12	Sou uma pessoa religiosa.	,855	,138
ECV_19	Acredito no valor de rezar.	,853	,168
ECV_20	Acredito que Deus existe.	,829	,307
ECV_13	As cerimónias religiosas são importantes para mim.	,816	,086
ECV_5	Acredito que Deus é Omnipresente (está sempre presente e está em toda a parte).	,814	,324
ECV_15	Acredito que Deus é fonte de Vida.	,807	,370
ECV_3	Acredito que cada pessoa tem uma relação íntima com Deus.	,715	,250
ECV_1	Sou uma pessoa espiritual	,553	,446
ECV_14	Acredito no destino (que a minha vida está pré-determinada).	,424	,276
ECV_18	Acredito que o espírito humano é imortal.	,358	,772
ECV_2	Acredito que tenho um espírito ou uma alma que pode sobreviver à morte.	,335	,733
ECV_11	Acredito na vida depois da morte.	,264	,728
ECV_6	Acredito que a forma como vivo a minha vida determina o que acontece depois da morte.	,479	,610
ECV_9	Acredito que o contacto físico com outra pessoa pode ser uma experiência espiritual.	,022	,603
ECV_16	Já tive, uma experiência espiritual intensa, pelo menos uma vez na vida.	,346	,591
ECV_17	Acredito que existe um paraíso.	,498	,567
ECV_10	Sinto-me em maior união com o mundo quando estou no meio da natureza.	-,001	,487
ECV_7	Acredito que existem forças do mal no universo.	,379	,481
EVC_4	Acredito que a meditação tem valor.	,433	,443
ECV_8	Acredito que tudo acontece por uma razão, mesmo que às vezes não compreenda o porquê de acontecerem	,373	,375

Itens a eliminar a negrito

Após eliminação dos itens foi possível confirmar uma melhor estrutura factorial, com os itens a saturar no factor correspondente e com valores genericamente elevados, superiores a 0.4. Esta estrutura, apresentada na tabela seguinte (tabela 3), permite explicar 55.51% da variância dos resultados. O primeiro factor, com um valor próprio de 9.380, é capaz de explicar 46.902% da variância dos resultados e o segundo factor apresenta um valor próprio de 1.722 e explica 8.608%.

Apesar da melhoria da estrutura, a leitura dos dados permite ainda perceber alguns problemas na saturação cruzada de alguns itens (especialmente no 9, 10 e 17), que apresentavam valores de saturação elevados em ambos os factores. Contudo, dado que apresentavam valor de saturação mais elevado no factor correspondente e, nos parecem pertinentes em termos conceptuais, foi decidido manter esses itens.

Tabela 3. Estrutura factorial da adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores revista

		Factores	
		1	2
ECV_12	Sou uma pessoa religiosa.	,856	,215
ECV_19	Acredito no valor de rezar.	,838	,146
ECV_20	Acredito que Deus existe.	,820	,101
ECV_13	As cerimónias religiosas são importantes para mim.	,818	,045
ECV_5	Acredito que Deus é Onnipresente (está sempre presente e está em toda a parte).	,813	,314
ECV_15	Acredito que Deus é fonte de Vida.	,811	,321
ECV_3	Acredito que cada pessoa tem uma relação íntima com Deus.	,681	,186
ECV_18	<i>Acredito que o espírito humano é imortal.</i>	,356	,766
ECV_2	<i>Acredito que tenho um espírito ou uma alma que pode sobreviver à morte.</i>	,357	,757
ECV_11	<i>Acredito na vida depois da morte.</i>	,319	,737
ECV_6	<i>Acredito que a forma como vivo a minha vida determina o que acontece depois da morte.</i>	,313	,639
ECV_9	<i>Acredito que o contacto físico com outra pessoa pode ser uma experiência espiritual.</i>	,460	,632
ECV_16	<i>Já tive, uma experiência espiritual intensa, pelo menos uma vez na vida.</i>	,527	,575
ECV_17	<i>Acredito que existe um paraíso.</i>	-,055	,570
ECV_10	<i>Sinto-me em maior união com o mundo quando estou no meio da natureza.</i>	,388	,476
ECV_7	<i>Acredito que existem forças do mal no universo.</i>	-,106	,452

Factor 1 (Religião) a negrito; Factor 2 (Espiritualidade) a itálico

Fidelidade

Os 16 itens da escala foram submetidos ao teste de *Alfa de Cronbach* para avaliação da consistência interna, tendo-se encontrado valores elevados de .937 no primeiro factor – religião – e .873 no segundo factor – espiritualidade. A escala completa obteve um valor alfa de .931.

Adaptação portuguesa da The Beliefs and Values Scale

Como se apresenta na tabela 4, a versão original, *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005) é constituída por 20 itens e 2 factores aos quais o autor não atribui designação, sendo que o factor 2 é formado pelos itens 4, 9 e 10 e o factor 1 pelos restantes itens e apresenta uma boa consistência interna total revelada pelo valor de alfa de 0.94. A adaptação portuguesa da escala de Crenças e Valores é composta por 16 itens e 2 factores perfeitamente diferenciados, que correspondem a uma dimensão mais

“religiosa” e outra “espiritual”. Assim, o factor religião é composto por 7 itens e o factor espiritualidade por 9 itens e apresenta uma boa consistência interna total (muito próxima da escala origina) com o valor de alfa de 0.931.

Tabela 4. Composição da versão original e da adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores por escalas e subescalas.

Escala	Nº de itens	Estrutura	Constituição dos factores	Alfa Total
Versão original da <i>The Beliefs and Values Scale</i> (King, 2005)	20	2 Factores	Factor 1 – 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20. Factor 2 – 4, 9 e 10.	$\alpha = .94$
Adaptação portuguesa da Escala de Crenças e Valores	16	2 Factores	Religião – 3, 5, 12, 13, 15, 19 e 20. Espiritualidade – 2, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 17 e 18.	$\alpha = .931$

Estatísticas descritivas e inferenciais

Considerando as respostas dos indivíduos à escala apresentada, tentou-se perceber a média das suas pontuações para obter uma visão geral do valor das crenças ao nível da religião e da espiritualidade. Assim, verificou-se uma pontuação média no total da escala de 55.366 (DP=12.956), sendo de 26.02 (DP=6.75) na sub-escala religião e 29.45 (DP=7.39) na sub-escala espiritualidade. Numa análise qualitativa, e considerando as pontuações mínimas e máxima de cada escala, podemos considerar o valor das escalas próximos da pontuação média admissível (tabela 5).

Tabela 5. Estatísticas descritivas dos factores

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Religião	7,00	35,00	26,016	6,750
Espiritualidade	9,00	45,00	29,449	7,386

Analisando as variáveis em função do género, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas. As mulheres apresentam uma ordem média mais elevada do que os homens tanto na dimensão religião (M=233.13 para 188, Z=-3.333, p=.001) como na dimensão espiritualidade (M=223.98 para M=193.85, Z=-2.263, p=.024), com reflexos na pontuação total (M=222.94 para M=186.37, Z=-2.776, p=.006).

Verificou-se ainda uma correlação positiva em relação à idade, sendo essa correlação mediana na sub-escala religião ($r=.332$, $p<.01$) e na pontuação total ($r=.316$, $p<.01$) e fraca na sub-escala espiritualidade ($r=.254$, $p<.01$).

Foram também encontradas diferenças ao nível das crenças religiosas ($X^2(5)=35.423$, $p<.01$) e de espiritualidade ($X^2(5)=17.593$, $p<.01$) e pontuação total ($X^2(5)=29.690$, $p<.01$) em função do estado civil. Genericamente, os indivíduos em união de facto apresentam as pontuações mais baixas ($X^2(5)=127.20$, $p<.01$) do que os restantes grupos, sendo as pontuações mais elevadas encontradas entre os sujeitos separados ($X^2(5)=274.33$, $p<.01$).

Analisando as crenças e valores religiosos e espirituais em função do nível de escolaridade, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente no factor religião ($X^2(4)=48.744$, $p<.01$) e no factor espiritualidade ($X^2(4)=16.638$, $p=.002$) e pontuação total ($X^2(4)=32.529$, $p<.01$). Os resultados permitem-nos perceber pontuações progressivas e consistentemente inferiores em função do nível da escolaridade em todas as dimensões, como se apresenta na tabela seguinte (tabela 6).

Tabela 6. Estatísticas descritivas dos factores em função do nível de escolaridade

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Superior			
	Ordem	Ordem	Ordem	Ordem	Ordem	X ²	gl	p
	Média	Média	Média	Média	Média			
Religião	305,90	266,45	210,92	196,69	182,35	48,744	4	,000
Espiritualidade	265,48	208,28	219,31	198,85	193,16	16,638	4	,002
Total	282,01	230,88	212,03	192,21	178,81	32,529	4	,000

No que diz respeito à região em que os sujeitos da amostra vivem, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as regiões, tanto no factor religião ($X^2(2)=15.956$, $p<.01$), como no factor espiritualidade ($X^2(2)=17.058$, $p<.01$) e na pontuação final ($X^2(2)=17.579$, $p<.01$). Como se apresenta na tabela 7, em ambas as subescalas, e naturalmente na pontuação total, foram encontradas pontuações mais elevadas na região Sul, seguidas pelo Norte e pontuações mais baixas na região Centro.

Tabela 7. Estatísticas descritivas dos factores em função da região onde vive

	Norte	Centro	Sul	X ²	gl	P
	Ordem	Ordem	Ordem			
	Média	Média	Média			
Religião	227,41	175,15	238,83	15,956	2	,000
Espiritualidade	206,41	181,37	244,91	17,058	2	,000
Total	209,65	170,92	238,38	17,579	2	,000

A análise dos resultados em função da Filiação/Crença Religiosa (tabela 8) permitiu encontrar diferenças significativas ao nível das crenças e valores religiosos ($X^2(3)=88.472$, $p<.01$), ao nível da espiritualidade ($X^2(3)=48.016$, $p<.01$) e na pontuação total ($X^2(3)=72.082$, $p<.01$). De uma forma geral, foram encontrados resultados mais elevados entre as outras crenças (eram aqui considerados, adultos que professavam fé Wiccan, Protestante, Metodista, Adventista do 7º dia e Evangélica), seguidos dos indivíduos com a Fé Católica, sendo naturalmente mais baixas as pontuações médias entre os indivíduos ateus.

Tabela 8. Estatísticas descritivas dos factores em função da Filiação/Crença Religiosa

	Católica	Agnóstico	Ateu	Outros	X ²	gl	Sig.
	Ordem	Ordem	Ordem	Ordem			
	Média	Média	Média	Média			
Religião	236,63	90,92	48,09	258,50	88,472	3	,000
Espiritualidade	222,73	174,65	72,48	325,50	48,016	3	,000
Total	226,02	118,85	51,79	279,93	72,082	3	,000

Discussão

O presente estudo estabelecia como objectivo adaptar para a cultura portuguesa um instrumento recente de avaliação de crenças e valores (King, 2005), desenvolvido para investigação na cultura anglo-saxónica. Considerando a sensibilidade do tema e, nomeadamente, as diferenças em termos linguísticos e culturais nestes domínios, os autores da versão adaptada tentaram proceder a um rigoroso protocolo de tradução e adaptação da medida, com recurso a retroversão e comparação dessa versão com a original. Também em termos de procedimentos estatísticos, foram realizados de acordo com a estrutura de dois factores propostos por King (2005). Embora sejam aceitáveis na

versão portuguesa, verificaram-se diferenças na saturação de diversos itens, o que levou a uma alteração na estrutura da versão portuguesa da escala.

Estas discrepâncias registadas entre a versão original inglesa e a versão portuguesa poderão dever-se a variados factores, nomeadamente, às características da amostra, diferenças na interpretação da medida ou às diferenças culturais entre os dois países, evidentes em numerosas questões, e particularmente, no que concerne ao tema do nosso estudo, a religião e a espiritualidade. Um exemplo dessas diferenças culturais em relação a este assunto assenta, logo à partida, nas principais religiões de cada país. A Inglaterra, com uma cultura de características anglo-saxónicas é essencialmente protestante, enquanto Portugal apresenta uma cultura latina, sendo maioritariamente católica. No nosso país, a igreja católica continua a ser uma das instituições de maior poder e influência social, com grande repercussão ao nível das crenças dos cidadãos, principalmente, ao nível das crenças religiosas/espirituais, ou não fossem estas, tal como defendia Emile Durkeim (1912) socialmente construídas.

Atendendo às características culturais de cada país, de cada religião dominante e aos resultados obtidos na análise estatística, estas diferenças reflectem-se também, ao nível dos próprios conceitos em questão e nas dimensões encontradas.

Com base nos resultados obtidos, optou-se por eliminar da versão portuguesa 4 itens: item 1 – “Sou uma pessoa espiritual”; item 4 – “Acredito que a meditação tem valor”; item 8 – “Acredito que tudo acontece por uma razão, mesmo que às vezes não compreenda o porquê de acontecerem”; e item 14 – “Acredito no destino (que a minha vida está pré-determinada).” Esta decisão foi tomada a partir da consideração dos critérios consistência teórica e consistência estatística. Como é perceptível na estrutura factorial encontrada, estes itens apresentam valores de saturação muito próximos nos dois factores. Este facto justificou uma análise conceptual dos itens e considerou-se que estes valores podem dever-se ao facto de que estes itens dão uma contribuição relativamente reduzida quanto à clarificação da espiritualidade e religião enquanto dimensões diferentes. Na verdade, “Sou uma pessoa espiritual”, “Acredito que a meditação tem valor”, “Acredito que tudo acontece por uma razão” e “Acredito no destino” são itens que podem ser interpretados de uma forma coerente quer do ponto de vista da espiritualidade quer do ponto de vista da religião. Por outras palavras, tanto uma pessoa que seja religiosa e pouco espiritual, como uma pessoa que não seja religiosa mas seja espiritual podem interpretar estes itens de forma semelhante, já que

são passíveis de serem interpretados quer no sentido espiritual como religioso. Isto porque uma pessoa que seja religiosa tenderá a concordar, por exemplo, com o item “Sou uma pessoa espiritual” ou “Acredito que a meditação tem valor” por dar a estes itens um significado religioso (sou uma pessoa religiosa = sou uma pessoa espiritual; acredito que a meditação tem valor: meditação é também uma dimensão valorizada pela religião e associada a práticas religiosas, como o rezar).

Para chegar a uma versão mais consistente, optou-se por testar uma nova solução sem esses itens que, apesar de algumas limitações na saturação cruzada dos mesmos, permitiu obter melhor solidez conceptual e boa consistência interna dos factores (com valores superiores a .80).

Numa análise geral dos resultados verificamos diferenças significativas ao nível das crenças religiosas e da espiritualidade e as diferentes variáveis sócio demográficas focadas, nomeadamente, idade, nível de escolaridade, residência, género, estado civil e filiação religiosa.

Assim, examinando as crenças e valores religiosos e espirituais, verificamos uma correlação positiva em relação à idade, sendo essa correlação mediana na sub-escala religião e na pontuação total e fraca na sub-escala espiritualidade. Os resultados permitem-nos também perceber pontuações progressivas e consistentemente inferiores em função do nível de escolaridade em todas as dimensões. No que diz respeito à região em que os sujeitos da amostra vivem, foram encontradas pontuações mais elevadas na região Sul, seguidas pelo Norte e pontuações mais baixas na região Centro.

Em relação ao género as mulheres apresentam uma ordem média mais elevada do que os homens tanto na dimensão religião, como na dimensão espiritualidade com reflexos na pontuação total. Em função do estado civil verificam-se pontuações mais baixas entre os sujeitos em união de facto e solteiros, sendo as pontuações mais elevadas obtidas entre os casados e separados, em todas as dimensões consideradas. A análise dos resultados em função da Filiação/Crença Religiosa. De uma forma geral, foram encontrados resultados mais elevados entre as outras crenças (Wiccan, Protestante, Metodista, Adventista do 7º dia e Evangélica), seguidos dos indivíduos com a Fé Católica, sendo naturalmente mais baixas as pontuações médias entre os indivíduos ateus. Sendo que, estes resultados encontrados vão de encontro aos verificados no estudo da escala original, nomeadamente, em relação ao género e ao estado civil, onde

as pontuações mais elevadas foram obtidas entre as mulheres e os casados, respectivamente (King *et al.* 2006).

Apesar destes dados, que resultam de um primeiro estudo com este instrumento na nossa cultura, sugere-se a replicação do presente estudo, com uma amostra maior e mais representativa da população para testar a formulação proposta.

Referências Bibliográficas

- Ashing-Giwa, K.T., Geraldine, P., Tejero, J., Kraemer J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I. & Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 408–428.
- Baider, L., Russak, S.M., Perry, S., Kash, K., Gronert, M., Fox, B., Holland, J. & Kaplan-Denour, A. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: an Israeli sample. *Psycho-Oncology*, 8(1), 27–35.
- Batista, P. (2007). *A Espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde*. Retirado da world wide web a Setembro 05, 2009 de: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v010n1/Epratica.pdf>.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Büssing, A., Abu-Hassan, W. M., Matthiessen, P. F. & Ostermann, T. (2007). Spirituality, religiosity and dealing with illness in Arabic and German patients. *Saudi Medical Journal*, 28, 22–31.
- Cigrang, J. A., Hryshko, A. & Peterson, A. L. (2003). Spontaneous reports of religious coping by patients with chronic physical illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(3), 133–137.
- Comstock, G. W. & Partridge, K.B. (1972). Church attendance and health. *Journal Chronic Diseases*, 25, 665–672.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Dwyer, J. W., Clarke, L. L. & Miller, M. K. (1990). The effect of religious concentration and affiliation on county cancer mortality rates. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 185–202.
- Ferrell, B. R., Smith, S. L., Juarez, G. & Melancon, C. (2003). Meaning of illness and spirituality in ovarian cancer survivors. *Oncology Nursing Fórum*, 30(2), 249–257.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2ª Ed). London: SAGE.
- Fitchett, G., Rybarczyk, B. D., DeMarco, G.A. & Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: a longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 333–353.
- Gall, T. L. & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in longterm adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(6), 524–535.
- Gall, T. L. (2004). The role of religious coping in adjustment to prostate cancer. *Cancer Nursing*, 27(6), 454–461.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G. & McCullough M. E. (2000). Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 102–116.
- George, L., Ellison, C. & Larson, D. (2002). Explaining the relationship between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.
- Gibbs, H. W. & Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual values and death anxiety: implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal Counselling Psychology*, 25, 563-569.
- Harmon, R. L. & Myers, M. A. (1999). Prayer and meditation as medical therapies. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 10(3), 651-662.
- Hearth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16, 67-72.
- Hill, P. & Hood, R. W. (1999). *Measures of Religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Idler, E. & Kasl, S. (1992). Religion, disability, depression and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052–1079.

- James, W. (1902). *The Varieties of Religious Experience: a Studying Human Nature*. New York: Longmans.
- Jarvis, G. K. & Northcott, H. C. (1987). Religion and differences in morbidity and mortality. *Social Science & Medicine* 25(7), 813–824.
- John, S. C. & Spilka, B. (1991). Coping with breast cancer: the roles of clergy and faith. *Journal Religion Health*, 30, 21-33.
- Jorgenson, R. L., Bolling, D. R., Yoder, O. C. & Murphy, E. A. (1972). Blood pressure studies in Amish. *Johns Hopkins Medical Journal*, 131, 329–350.
- Kaezorowski, J. M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospital Journal*, 5, 105-116.
- Kaplan, R. M. (Ed.). (2002). Spirituality, religiousness, and health: From research to clinical practice. *Annals of Behavioural Medicine*, 24.
- King, M. B. & Dein, S. (1998). The spiritual variable in psychiatric research. *Psychological Medicine*, 28, 1259–1262.
- King, M., Jones, L., Barnes, K., Low, J., Walker, C., Wilkinson, S., Mason, C., Sutherland, J. & Tookman, A. (2006). Measuring spiritual belief: development and standardization of a Beliefs and Values Scale. *Psychological Medicine*, 36, 417–425.
- King, M., Speck, P. & Thomas, A. (1995). The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs: development and standardization. *Psychological Medicine*, 25, 1125-1134.
- King, M., Speck, P. & Thomas, A. (2001). The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs: development and validation of a self-report version. *Psychological Medicine*, 31, 1015-1023.
- Koenig, H. G. (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. England: Oxford University Press.
- Koenig, H.G. (2006). Integrating spirituality into medical practice: A new era in medicine. In A. Büssing, T. Ostermann, M. Glöckler, P. Matthiessen (Eds.), *Spiritualität, Krankheit und Heilung—Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin*. (pp. 232–41). Frankfurt: VAS-Verlag für Akademische Schriften.

- Larson, D. B., Koenig, H. G., Kaplan, B. H., Greenberg, R. S., Logue, E. & Tyroler, H. A. (1989). The impact of religion on men's blood pressure. *Journal of Religion and Health*, 28(4), 265–278.
- Levin, J. (2001). *God, faith, and health: Exploring the spirituality-healing connection*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Levin, J. S. & Vanderpool, H. Y. (1989). Is frequent religious attendance really conducive to better health?: toward an epidemiology of religion. *Social Science & Medicine*, 24(7), 589–600.
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science & Medicine*, 38, 1475–1482.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A. Pessin, H., Cimino, J. & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*, 26(6), 484–486.
- McCullough, M. E. & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research* 2, 126–136.
- Miller, W. R. & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *American Psychologist*, 58(1): 24-35.
- Miller, W. R., Thoresen, C. E., & Jones, S. L. (Eds.). (2003). Spirituality, religion, and health. *American Psychologist*, 58, 24–74.
- Moreira, A., Lotufo, F. & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and Mental Health. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28 (3), 242-50.
- Mytko, J. & Knight, S. (1999). Body, Mind and Spirit: Towards the integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Live Research. *Psycho-Oncology*, 8, 439–450.
- O'Connell, K. A. & Skevington, S. M. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 10(3), 379–398.
- O'Conner, A. P., Whicker, C. A. & Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13, 167-175.
- O'Mahony, S., Goulet, J., Kornblith, A. Abbatiello, G., Clarke, B., Kless-Siegel, S., Breitbart, W. & Payne, R. (2005). Desire for hastened death, cancer pain and

- depression: report of a Longitudinal Observational Study. *Journal of Pain Symptom Management*, 29(5), 446–457.
- Paldrön, T. (2003). *Alquimia da dor*. Pergaminho: Cascais.
- Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13, 168–181.
- Park, C. L. & Paloutzian, R. E. (2005). One step toward integration and an expansive future. In R. E. Paloutzian, C. L. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, (pp. 550–564). New York: Guilford Press.
- Roberts, J. A., Brown, D., Elkins, T. & Larson, D. B. (1997). Factors influencing the views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 176, 166-172.
- Saad, M., Masiero, D. & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8 (3), 107-112.
- Sanchez, Z. N. & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, (1), 73-81.
- Seeman, T. E., Dubin, L. F. & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58(1), 53–63.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93–102.
- Thoresen, C. E. (Ed.). (1999). Spirituality and health. *Journal of Health Psychology*, 4.
- Underwood-Gordon, L., Peters, D. J., Bijur, P. & Fuhrer, M. (1997). Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities. A commentary. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 76(3), 255-257.
- Yates, J., Chalmers B., St. James, P., Follansbee, M. & McKegney F. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Paediatric Oncology*, 9, 121–8.
- Ziebertz, H.G. & Kay, W. (2006). *Youth in Europe II. An International Empirical Study about Religiosity*. Berlin: Lit-Verlag.

ARTIGO
para publicação
ESTUDO 2

**Relação entre crenças de espiritualidade e
percepção de dor crónica**

Pain Medicine

Relação entre crenças de espiritualidade e percepção de dor crónica

Filomena Santana⁴, Paulo A. S. Moreira⁵ & Emília Areias⁶

Departamento de Psicologia do ISCS-N – UniPSIa

Resumo

A intensidade da dor, física e/ou psíquica, é passível de ser influenciada por vários factores, incluindo estilos de vida, co-morbidade com outras condições, significações, estratégias de *coping*, etc. A compreensão de que a espiritualidade/religião tem o potencial de funcionar para muitos indivíduos como uma estratégia de *coping* para lidar com experiências adversas tem vindo a obter um crescente interesse por parte de disciplinas científicas como a Medicina e a Psicologia. O objectivo deste estudo foi avaliar a relação entre a espiritualidade/religião e a experiência de dor crónica. Participaram neste estudo 89 pacientes com dor crónica, da região norte do país. A experiência de dor foi avaliada através da *Escala Visual Analógica* (EVA), o *Questionário de Dor de McGill* (MPQ) e a *Escala de Crenças e Valores* (EVC). Os resultados obtidos não permitem, contudo, verificar a existência de relação entre crenças de espiritualidade e percepção da dor crónica, levantando múltiplas hipóteses explicativas e novas linhas de investigação.

Palavras-chave: Espiritualidade, crenças, percepção, dor crónica

Abstract

The intensity of physical or Psychic pain may be influenced by many factors including lifestyles and co-morbidity associated with other conditions meanings and coping strategies... as a coping strategy to deal with many adverse experiences is having an increasing interest to the scientific syllabuses as Medicine and Psychology. The goal of this study was to assess the relationship between spirituality, religion and

⁴ Curso de Mestrado de Psicologia da Dor do ISCS-N – UniPSIa

Email: mena.santana@sapo.pt

⁵ Universidade Lusíada do Porto

Email: paulomoreira@por.ulusiada.pt

⁶ Coordenadora do Mestrado de Psicologia da Dor do ISCS-N

E-mail: memilia.areias@iscsn.cespu.pt

experience of chronic pain. Have been participated in this study 89 patients with chronic disease in the north of the country. The experience of pain was assessed by the Analogical Visual Scale (AVS), the MCGILL Pain Questionnaire (MPQ) and the Beliefs and Values Scale (BVS). The results, however, don't let us check the existence of a relationship between spirituality beliefs and chronic pain, identifying multiple explaining hypotheses and new lines of investigation.

Keywords: Spirituality, beliefs, perception, chronic pain.

Introdução

A dor e o sofrimento que lhe está subjacente são experiências únicas, pessoais, intransferíveis, delicadas, que ferem profundamente (Fenili, Takase, & Azevedo, 2006). A intensidade da dor, física e/ou psíquica, é influenciada por factores que podem provocar mudanças, tanto na sua redução quanto no seu aumento (Fenili, Takase, & Azevedo, 2006).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (1994), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

Embora a dor aguda seja útil em muitas circunstâncias, ela deve ser combatida de forma a não se perpetuar e a não se tornar eventualmente numa dor crónica, já que esta, pelo contrário, não apresenta qualquer vantagem para o doente (APED, 2009). Para além do sofrimento que causa, tem repercussões na saúde física e mental do indivíduo (APED, 2009). A dor crónica é geralmente definida como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 6 meses, que muitas vezes perdura para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente (APED, 2009). Actualmente, a tendência é para encarar a dor crónica não como um mero sintoma, mas, muitas vezes, como uma doença por si só, com enormes repercussões sobre o indivíduo e a sociedade pelo sofrimento e custos socioeconómicos que acarreta (APED, 2009).

A intensidade da dor, física e/ou psíquica, é passível de ser influenciada por vários factores, incluindo estilos de vida, co-morbilidade com outras condições, significações, estratégias de *coping*, etc. A compreensão de que a espiritualidade / religião tem o potencial de funcionar para muitos indivíduos como uma estratégia de *coping* para lidar

com experiências adversas tem vindo a obter um crescente interesse por parte de disciplinas científicas como a Medicina e a Psicologia.

Teorias explicativas da percepção da dor

O Modelo Biopsicossocial da Doença fornece um quadro para a compreensão do indivíduo dentro do contexto das suas múltiplas facetas: biológicas, psicológicas e sociais (Engel, 1992). Este modelo facilita uma abordagem para o tratamento de doenças médicas e da dor, pois reconhece, as complexas interações entre indivíduos e o seu ambiente, bem como a potencial bidirecionalidade de caminhos entre os factores psicológicos e biológicos no que diz respeito à doença (Engel, 1992). A aplicação deste modelo para a conceituação e tratamento da dor permite o reconhecimento de que os indivíduos podem experimentar dor na ausência de uma causa fisiopatológica identificável (Wachholtz, Pearce, & Koenig, 2007).

A teoria do Portão de Controlo da Dor (Melzack & Wall, 1965) e posteriormente a Teoria Neuromatrix da Dor (Melzack, 1999) elucidaram a relação entre os factores psicológicos e biológicos envolvidos na dor. Estas teorias postulam que a experiência da dor é mais do que uma simples transmissão de dor de uma parte específica do corpo até a medula espinhal e desta para o cérebro. Em vez disso, vias múltiplas envolvendo cognições e emoções, podem influenciar o comportamento do sinal de dor, reduzindo ou aumentando a experiência real de dor num dado momento (Wachholtz *et al.*, 2007).

Melzack e Wall (1965) desenvolveram o Modelo da Comporta ou Teoria do Portão, que abriu uma perspectiva para o estudo da dor como fenómeno multidimensional, dando ênfase aos aspectos psicológicos arrolados na activação e inibição da dor. Os autores defendem que além das estruturas cerebrais "*...é possível que actividades subjacentes do sistema nervoso central como atenção, emoção e a memória de experiências recentes exerçam controlo sobre a entrada de estimulação sensorial*" (Melzack & Wall, 1965, p. 976). A teoria do portão não aborda somente o aspecto sensorial da dor, mas também as variáveis psicológicas e sua influência na sensação dolorosa. Isso ocorre por meio de uma avaliação cognitiva e por informações de experiências anteriores que estão armazenadas em regiões corticais superiores ligadas ao componente motivacional (Broton & Rosenfeld, 1982). Alterações neste componente, principalmente na dor crónica, podem modificar as reacções à dor mesmo não havendo mudanças no seu componente sensorial (Broton & Rosenfeld, 1982).

A Teoria Neuromatrix de Melzack (1999) forneceu uma visão moderna da complexidade e da responsabilidade do sistema nervoso na construção de programas neurais da neuromatriz, que determinam uma neuroassinatura individual dependente de influências genéticas e sensoriais, que determinam a sua assinatura sináptica (Melzack, 1999). De acordo com o autor, entradas cognitivo-avaliativas, sensorial-discriminativas e motivacional-afectivas constroem ao longo do tempo de vida a nossa neuroassinatura que se manifestará através de uma percepção da dor como uma experiência multidimensional, desencadeamento respostas homeostáticas individualizadas e respostas comportamentais particulares (Melzack, 1999).

Os três modelos atrás referidos enfatizam o papel dos estados psicológicos como potenciais mediadores da dor (Middleton & Pollard 2005), assim como o papel das variáveis psicossociais na percepção da dor, incluindo emoções negativas, apoio social, noção de auto-eficácia, e as estratégias de *coping* (Covic, Adamson, Spencer & Howe, 2003; Lefebvre *et al.*, 1999; Keefe, Lefebvre, Maixner, Salley & Caldwell, 1997).

Mais recentemente, houve uma chamada de atenção para um modelo que incorpora a espiritualidade no âmbito biopsicossocial (McKee & Chappel 1992; Sulmasy 2002). O modelo Biopsicossocial-Espiritual de Sulmasy (2002) reconhece o impacto potencial da espiritualidade e das variáveis religiosas em modular a experiência biológica da doença (Sulmasy, 2002). Este modelo sugere que a doença rompe a relação biológica, interpessoal e espiritual exclusiva para o indivíduo. A adição da espiritualidade é congruente com o modelo do Portão de Controlo e do Modelo Neuromatrix porque a espiritualidade pode ser visto como mais um recurso de *coping* que pode alterar a resposta do paciente à dor (Wachholtz *et al.*, 2007).

O Modelo Transaccional de Stress de Folkman & Lazarus (1988), tem vindo a ser utilizado na compreensão de como a dor, e mais concretamente, a dor crónica, se constitui numa experiência stressante. Este modelo permite estabelecer a ligação entre a experiência stressante (*distress*) de sentir dor e as técnicas que os sujeitos utilizam para a ultrapassar, que consistem, basicamente, em estratégias de *coping* semelhantes às usadas noutras situações de stress elevado e prejudicial (Folkman & Lazarus, 1988). De acordo com os autores, uma situação indutora de stress é aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus recursos (Folkman & Lazarus, 1988). Segundo este modelo, perante uma situação de ameaça potencial, um indivíduo será confrontado com uma sequência processual, que

tem início na percepção da situação em causa, na sua avaliação e no desencadeamento de estratégias de adaptação para lhe fazer face (Folkman & Lazarus, 1988). Esta concepção salienta, assim, uma dimensão cognitiva de classificação de uma determinada situação como ameaçadora (avaliação), que é seguida de um esforço cognitivo e comportamental para lidar com a situação de stress (*coping*) (Folkman & Lazarus, 1988).

O processo de *coping* tem sido definido como “...o processo através do qual as pessoas tentam controlar a discrepância percebida entre as exigências e os recursos que avaliam numa situação stressante” (Sarafino, 2002 cit. in Caldas, 2006 p. 59), ou como “...esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas internas ou externas (e conflitos entre elas) que são avaliadas como pondo à prova ou excedendo os recursos da pessoa” (Lazarus, 1991 cit. in Caldas, 2006 p. 59).

As formas de lidar com o stress vão “materializar-se” naquilo a que se chamam as estratégias de *coping*, que consistem em formas práticas de fazer face às situações ameaçadoras, podendo distinguir-se dois tipos de estratégias de *coping*: uma centrada no problema, outra centrada na emoção (Caldas, 2006). “A primeira implica uma acção comportamental mais concreta, enquanto a segunda implica uma acção mais interna por transformação da experiência emocional, do significado que lhe é atribuído” (Caldas, 2006 p. 61).

A maneira como são confrontadas as situações de doença, ou seja, as estratégias de *coping* que o indivíduo utiliza, podem influenciar de forma positiva ou negativa a própria doença e, conseqüentemente o seu tratamento reflectindo-se obviamente na qualidade de vida dos doentes.

O conceito de espiritualidade

A dimensão da espiritualidade tem sido identificada como uma estratégia de *coping* nas experiências de adversidade, nomeadamente situações de doença e dor.

Sendo a espiritualidade, uma necessidade humana inata de relação com o outro, uma reflexão sobre a vida, é como tal, uma dimensão de grande importância no ser humano, que deve ser avaliada no sentido de um conhecimento mais aprofundado do mesmo (Vasconcelos, 2006 cit. in Baptista, 2007). A espiritualidade é uma força capaz de auxiliar o indivíduo, a família e a comunidade, a melhor vencerem as dificuldades da vida, onde se incluiu as doenças que vivenciam, proporcionando uma melhor adaptação

às exigências da realidade quotidiana. (Vasconcelos, 2006 cit. in Baptista, 2007). Espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida (Maugans, 1996). Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa (Harmon & Myers, 1999). Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, e é um conceito mais amplo que religião, pois esta é uma expressão da espiritualidade (Saad, Masiero, & Battistella, 2001). É um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (Saad, Masiero, & Battistella, 2001). Convém esclarecer que religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinónimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido (Underwood-Gordon, Peters, Bijur, & Fuhrer, 1997). A espiritualidade está intimamente ligada com a nossa relação com o mundo (Paldrön, 2003). Atravessa todos os níveis, desde o biológico, psicológico, social e comportamental, repercute-se na nossa auto-estima, na nossa própria capacidade de auto-realização (Paldrön, 2003).

Queremos salientar, que neste trabalho não fazemos distinção entre os dois conceitos, podendo mesmo surgir o termo fé também como sinónimo. Isto porque consideramos que esta distinção não é relevante para o objectivo deste estudo de avaliar a relação entre as crenças dos indivíduos ligadas a estes aspectos num sentido geral e a dor crónica.

O conceito de crenças

As crenças, num sentido lato, definem-se como uma atitude geral de adesão a uma proposição, sob forma de enunciado ou de representação, cuja verdade nem sempre pode ser demonstrada (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). A crença assenta, por um lado, em elementos do conhecimento e, por outro lado, num sentimento subjectivo do tipo assertivo e, apresenta três graus (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau inferior situa-se a opinião, crença que atribui aos conhecimentos apenas um carácter provável e que não exclui dúvida

relativamente à adesão (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau superior situa-se o “saber”, crença resolutamente assertiva e fundada em conhecimentos socialmente reconhecidos, ainda que nem sempre demonstráveis (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). No grau intermédio situa-se a crença propriamente dita, que exclui a dúvida, mas que não assenta sobre conhecimentos científicos (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001). Ela pode ser da ordem do delírio ou da alucinação; pode fundar-se sobre valores morais ou religiosos socialmente legitimados (mitos, fé), pode também proceder de saberes de “senso comum” ou conhecimentos *ad hoc* elaborados em função de interesses individuais ou exigências sociais (Bronckart & Prévost, 1999 cit. in Doron & Parot, 2001).

Beck (1991) diz que as crenças “*são as ideias mais fixas e enraizadas, oriundas do processo de desenvolvimento, experiências e formação do indivíduo desde a infância, aceites por eles como verdades absolutas, caracterizando-se como globais, rígidas e supergenalizadas. As distorções cognitivas influenciam a resposta emocional, comportamental e fisiológica do indivíduo*” (p. 369). As crenças surgem da necessidade do ser humano extrair sentido do seu ambiente desde os estádios mais primitivos do desenvolvimento (Beck, 1991). Para isso, precisa de organizar a sua experiência de maneira coerente para funcionar de forma adaptativa (Beck, 1991). É a partir das suas interacções com o ambiente e as outras pessoas que um sujeito elabora as suas crenças, as quais variam em precisão e funcionalidade (Beck, 1991).

O conceito de percepção

A percepção é o processo pelo qual um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais no sentido de atribuir significado ao seu meio (Gleitman, 2002). Na psicologia, o estudo da percepção é de extrema importância porque o comportamento das pessoas é baseado na interpretação que fazem da realidade e não sobre a própria realidade. Por este motivo, a percepção do mundo é diferente para cada um de nós, cada pessoa percebe um objecto ou uma situação de acordo com os aspectos que têm especial importância para si própria (Gleitman, 2002).

O processo de percepção tem início com a atenção que não é mais do que um processo de observação selectiva, ou seja, das observações por nós efectuadas. Este processo faz com que nós percepcionemos alguns elementos em desfavor de outros.

(Gleitman, 2002). São vários os factores que influenciam a atenção e que se encontram agrupados em duas categorias: a dos factores externos (próprios do meio ambiente, como a intensidade, o contraste, o movimento e a incongruência) e a dos factores internos (próprios do nosso organismo, tais como a motivação, a experiência anterior e o fenómeno social) (Gleitman, 2002).

Além da percepção ligada aos cinco sentidos (visão, audição, tacto, olfacto e gosto) os humanos também possuem capacidade de percepção temporal e espacial. Apesar de não existirem órgãos específicos para a percepção do tempo, no entanto é certo que as pessoas são capazes de sentir a passagem do tempo. De igual modo não possuímos um órgão próprio para a percepção espacial, mas as distâncias entre os objectos podem ser efectivamente estimadas (Gleitman, 2002).

A percepção da dor não pode ser definida simplesmente em termos de condução de tipos de estímulos particulares, mas sim como uma experiência individual que depende da aprendizagem do significado cultural de uma situação e de outros factores que são únicos e individuais (Ludwing-Beymer, 1995).

Dor e espiritualidade

Numa revisão do papel da religião e espiritualidade em populações com dor crónica feita por Rippentrop (2005) verificou-se que uma relação entre religião, espiritualidade e saúde em diferentes resultados de saúde foram documentados, sendo que muitas pessoas com dor crónica utilizam crenças e actividades religiosas e espirituais para enfrentar a dor.

A espiritualidade pode reduzir o impacto da dor reduzindo o stress, distraindo da dor, agindo como uma forma de suporte e fornecendo interacção social (Borg, Andree, Soderstrom & Farde, 2003). Há evidências que a densidade de receptores de serotonina no cérebro está relacionado com inclinações espirituais, o que abre a possibilidade de que práticas espirituais podem realmente influenciar os caminhos da serotonina no cérebro que, como sabemos, regulam o humor e, eventualmente, a dor (Borg, Andree, Soderstrom & Farde, 2003). Contudo, a pesquisa também mostra que cognições negativas (como por exemplo, "Deus abandonou-me") se relacionam com um aumento da sensibilidade à dor.

Apesar de problemas metodológicos de pesquisa terem impedido obter respostas claras (Rippentrop, Altmaier, Chen, Found & Keffala, 2005), têm sido feitas tentativas

para determinar se as pessoas com dor têm fortes crenças espirituais ou sentem-se mais perto de Deus do que aqueles que não sofrem de dor diária (Keefe *et al.*, 2001, Pargament, 2002). O que a investigação nos demonstra é que os níveis espirituais e religiosos de pessoas com dor crónica não são estáveis, mas flutuam bastante ao longo do tempo, ou seja, a vida espiritual e /ou religiosa pode mudar ao longo do tempo e das circunstâncias (Keefe *et al.*, 2001, Pargament, 2002). Assim, enquanto alguns estudos têm revelado, por exemplo, que orar está relacionado com o aumento da dor (Rapp, Rejeski & Miller, 2000; Rosenstiel & Keefe, 1983), outros sugerem que a oração está associada com a redução substancial da mesma (Turner & Clancy, 1986). Para complicar mais o quadro, outras pesquisas têm sido incapazes de documentar qualquer relação entre religião, espiritualidade e dor (Abraido-Lanza, Vasquez, & Echeverria, 2004; Keefe *et al.*, 2001; Skevington, Carse, & Williams, 2001). Se por um lado encontramos estudos que indicam que muitas pessoas com doenças crónicas dolorosas parecem usar a religião ou as crenças espirituais como uma maneira de lidar com o seu sofrimento (Abraido-Lanza *et al.*, 2004; Bill-Harvey *et al.*, 1989; Cronan, Kaplan, Posner, Blumberg & Kozin, 1989), por outro lado, noutros estudos não foi relatada ligação entre religião/espiritualidade e qualidade de vida neste tipo de doentes (Skevington *et al.*, 2001). Outra investigação salienta que religião/espiritualidade não foram associados à intensidade da dor e interferências na vida devido a dor e enfatiza ainda que ambos, podem ter custos e benefícios para a saúde de pessoas com dor crónica (Rippentrop, *et al.*, 2005). Por exemplo: oração, meditação, o consumo de material religioso (programas de televisão, revistas, ...) foi inversamente relacionada com resultados na saúde física, indicando que aqueles que apresentavam pior saúde física eram mais propensos a participar em actividades religiosas privadas (Rippentrop *et al.*, 2005). Assim, embora as relações entre saúde e religião/espiritualidade tenha sido estabelecida, há muitas divergências nos resultados e é difícil tirar conclusões firmes sobre o significado dos mesmos.

A oração é a mais utilizada terapia complementar e o *coping* religioso está entre as estratégias mais comuns utilizadas para lidar com a dor (Miller, 1985; Moreira, 2008; Shawler & Logsdon, 2008), e associada a melhores resultados no tratamento da mesma. Bush *et al.* 1999). Outros estudos apresentam como o regime de tratamento mais frequente para combater a dor, a combinação de oração e medicação. Rezar em relação à dor pode servir vários fins, incluindo fornecer aos doentes esperança de ficar melhor,

reduzindo a experiência, o impacto, a importância da dor, ou proporcionando distração da dor (Glover-Graf, Marini, Baker, & Buck, 2007). Pesquisas apontam a frequência regular (uma ou mais vezes por semana) de serviços religiosos com menores experiências sensoriais e afectivas de dor bem como menos sintomas de somatização, depressão e ansiedade e menor auto-relato da intensidade da dor (Harrison *et al.* 2005). Verificou-se também que, para além de relatarem menos dor apresentavam melhor humor e percepcionavam mais apoio social na sua vida (Turner & Clancy, 1986; Kozak, 2001). Muitos narraram que sua espiritualidade ajudou com os sentimentos de culpa ou preocupação sobre sua condição (Turner & Clancy, 1986; Kozak, 2001). Além disso, a espiritualidade foi descrita como algo que dava significado e propósito na vida, uma fonte de felicidade, e um meio de conexão com outras pessoas (Glover-Graf *et al.*, 2007).

A dor é um fenómeno multidimensional constituída por variados sub-processos, tais como: 1) a percepção que o indivíduo faz da dor; 2) as estratégias (incluindo a espiritualidade) que usa para lidar com a dor; 3) o suporte social e instrumental de que dispõe para lidar com a dor; 4) a monitorização que vai fazendo da dor e do seu impacto no seu funcionamento, através de uma avaliação da evolução da dor face às estratégias implementadas, etc. Dos sub-processos mencionados, envolvidos na experiência da dor, a percepção da dor e a sua relação com a espiritualidade tem sido negligenciados pela investigação. O objectivo deste estudo foi, no sentido de contribuir para a clarificação desta questão. A hipótese testada por este estudo foi a de que a dimensão da espiritualidade / religião está relacionada com a percepção de dor em pacientes com dor crónica.

Metodologia

Amostra

Utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística constituída numa amostra por conveniência, constituída por sujeitos da região norte do país e com dor crónica, com os seguintes critérios de inclusão: ter idade \geq a 18 anos, capacidade de leitura do português e manifestar dor crónica (duração \geq a 6 meses); e de exclusão: idade $<$ a 18 anos, incapacidade de leitura do português e manifestar dor por um período de tempo inferior a 6 meses.

A amostra, tal como apresentada na tabela 1 foi constituída por 89 adultos, com idades entre os 20 e os 84 anos ($M=50.16$, $DP= 11.65$), sendo 85.4% mulheres ($n=76$) e 14.6% homens ($n=13$). Em termos de escolaridade, a maioria dos sujeitos tem habilitações ao nível do Primeiro Ciclo, 48.9% da amostra ($n=43$), 18.2% possui o Terceiro Ciclo ($n=16$), 12.5%, o Segundo Ciclo ($n=11$), 11.4% Licenciatura ($n=10$) e 9.1% o Ensino Secundário ($n=8$). Como se apresenta na tabela 1, a maioria dos sujeitos é casado (82%, $n=73$) e católico (85.4%, $n=76$).

Tabela 1. Descrição das características sócio – demográficas da amostra

Características sócio – demográficas	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Género		
Masculino	13	14,6
Feminino	76	85,4
Habilitações literárias		
1º Ciclo	43	48,9
2º Ciclo	11	12,5
3º Ciclo	16	18,2
Secundário	8	9,1
Licenciatura	10	11,4
Estado civil		
Solteiro	9	10,1
Casado	73	82,0
Divorciado	5	5,6
Viúvo	2	2,2
Filiação/Crença Religiosa		
Católica	76	85,4
Agnóstico	11	12,4
Ateu	1	1,1
Evangélica	1	1,1

Instrumentos

Utilizaram-se os seguintes instrumentos para avaliação da dor: EVA (Escala Visual Analógica), a versão portuguesa do MPQ (*McGill Pain Questionnaire*) e, para avaliação das crenças de espiritualidade, a versão portuguesa da ECV (Escala de Crenças e Valores).

A Escala Visual Analógica (EVA) é um instrumento unidimensional usado para avaliar a intensidade da dor. Esta escala é constituída por um simples segmento de recta (de preferência de 10 cm, para mais fácil leitura), tendo no seu extremo esquerdo um

suposto ponto mínimo que corresponde a “Sem dor”, e no extremo direito o seu oposto, ou seja, um imaginado ponto máximo de dor que equivale a “Pior dor possível”. É pedido ao doente que assinale com uma cruz o local que corresponde à percepção da intensidade da sua dor. A classificação da dor segundo esta escala é a seguinte: zero (0) = “Ausência de dor”; um a três (1 a 3) = “Dor de fraca intensidade”; quatro a seis (4 a 6) = “Dor de intensidade moderada”; sete a nove (7 a 9) = “Dor de forte intensidade” e dez (10) = “Dor de intensidade insuportável”.

Para uma avaliação multidimensional da dor usou-se a versão da adaptação portuguesa do *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) de Melzack, por Henriqueta Martins e José Carvalho Teixeira (1991). Esta escala inclui quatro partes complementares. A primeira parte para localização da dor, onde se efectua o registo das zonas do corpo com dor na figura humana que se apresenta. Uma segunda para a descrição da dor é composta por 78 termos relativos à experiência de dor que se repartem por quatro dimensões: a) Sensorial (1 a 10) – que descreve a dor, essencialmente, em termos das suas propriedades temporais, espaciais, térmicas e de pressão; b) Afectiva (11 a 15) – que descreve a dor em termos de tensão, manifestações neurovegetativas e de temor ou castigo; c) Avaliativa (16) – que descreve a dor em termos de valorização global da experiência dolorosa e d) Miscelânea (17 a 20) – composta por adjectivos característicos de certos tipos de dor. A terceira parte do instrumento que descreve a duração e variação da mesma ao longo do tempo e a quarta é relativa à intensidade da experiência dolorosa.

O questionário é administrado oralmente e o sujeito escolhe (ou não), apenas, um adjectivo por grupo. Dentro de cada grupo, os adjectivos estão organizados por intensidade, do valor mais baixo ao mais elevado, cotando-se de 1 a n e derivando-se 3 índices: a) PRI (*Pain Rating Index*) que nos indica o índice de valorização da dor, que corresponde ao somatório do valor ordinal dos adjectivos seleccionados (também se pode calcular o PRI dimensão a dimensão); b) PPI (*Present Pain Intensity*), que nos dá a intensidade da dor presente e correspondente ao item escolhido pelo paciente na escala numérico-verbal incluída para o efeito e c) NWC (*Number of Words Chosen*) fazendo a contagem do numero de adjectivos escolhidos total e/ou parcial de cada dimensão.

A versão portuguesa da ECV (Escala de Crenças e Valores) validada por Santana & Moreira é uma escala de auto-relato constituída por 16 itens para avaliação das crenças e valores das pessoas referentes à espiritualidade. O tipo de resposta é fechado, com cinco respostas possíveis: concordo plenamente (4 pontos); concordo (3 pontos);

nem concordo nem discordo (2 pontos); discordo (1 pontos); discordo completamente (0 pontos). O leque teórico da pontuação varia entre 0 – 64, sendo que pontuações altas são indicativas de fortes crenças espirituais. O instrumento apresenta, na versão portuguesa, uma boa consistência interna, revelada através de um alfa total de 0.931 e uma estrutura em dois factores, religião e espiritualidade com elevada consistência interna, de 0.937 e 0.873, respectivamente. O primeiro factor, religião é constituído por 7 itens (ex: “Sou uma pessoa religiosa”) e o segundo factor, espiritualidade é formado por 9 itens (ex: “Acredito que o espírito humano é imortal”).

Procedimentos de recolha de dados

Foi pedida autorização à Comissão de ética do Hospital de S. João para a realização deste estudo, tendo esta sido deferida em Janeiro de 2009. Procedeu-se de imediato ao início da recolha de dados junto dos participantes, que decorreu entre Janeiro e Junho de 2009. Os participantes eram utentes do serviço de Psicologia da Unidade da Dor da referida instituição, a quem era solicitado a sua colaboração na investigação, individualmente, no final da sua consulta de Psicologia da Dor, pelo investigador, que efectuava em simultâneo um estágio em Psicologia da Dor na mesma unidade. O processo de recolha de dados de cada participante era apenas efectuado no decorrer de uma consulta de Psicologia da Dor. Começava-se sempre por recolher o consentimento informado, informando-os do objectivo do estudo e garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados, apresentando de seguida as três escalas de avaliação, sempre pela mesma ordem (1º a EVA; 2º o MPQ e 3º a ECV).

Procedimentos de análise de dados

Os dados recolhidos foram submetidos a um conjunto de estudos descritivos e inferenciais, com o recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), v.15, no sentido de perceber os níveis de espiritualidade e dor e estudar a sua relação. Porque a amostra é pequena e não cumpre os critérios de normalidade, de acordo com o valor da *Kurtosis e Assimetria*, mas também porque, nos testes de Kolmogorov-Smirnov E Shapiro-Wilk, existe violação dos pressupostos dos testes paramétricos (Maroco, 2007). Por esse motivo, foram efectuados estudos correlacionais com o recurso ao Coeficiente de Correlação de *Spearman* - permite estudar relações entre duas variáveis

quantitativas, pelo menos ordinais (Maroco, 2007) - e ao *Qui-Quadrado* para estudar diferenças de grupos relativamente a determinada característica (variáveis qualitativas). Foram ainda utilizados os testes de Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis.

Resultados

Verificou-se uma grande dispersão de diagnósticos entre os indivíduos da amostra. No entanto, a maioria apresentava um diagnóstico de Fibromialgia (N=27, 30.3%), Lombalgia (N=10, 11.2%), Síndrome Pós-Laminectomia (N=7, 7.9%), Nevralgia do Trigêmeo (N=5, 5.6%) e Dor Neuropática (N=5, 5.6%).

No que diz respeito à intensidade da dor, 47.2% dos indivíduos refere sentir dor de forte intensidade (N=42), 32.6% uma intensidade moderada (N=29), 13.5% uma fraca intensidade, 5.6% uma intensidade insuportável (N=5) e apenas 1.1% refere ausência de dor (N=1).

Quanto ao tipo de dor, 70.8% dos indivíduos diz sentir uma dor interna (N=63), 28.1% uma dor mista (N=25) e 1.1% uma dor externa (N=1).

Em relação à duração da dor, a maioria dos indivíduos (77, 5%) refere sentir dor de forma “Contínua; Fixa; Constante” (N= 69), para 13,5% a dor é “Brusca; Momentânea; Transitória” (N= 12) e para 9% a dor é “Rítmica; Periódica; Intermitente” (N= 8).

Como se apresenta na tabela 2, a maioria dos indivíduos relata a sua dor neste momento como incómoda (31.5%, N=28), no pior momento foi insuportável (83.1%, N=74), no melhor período é relatada como ligeira (42.7%, N=38). A pior dor de dentes foi relatada como insuportável (51.7%, N=46), assim como a pior dor de cabeça (42.7%, N=38). Já no que diz respeito à pior dor de estômago as respostas são mais díspares, com a maioria dos indivíduos da amostra a referir não ter sentido dor (22.5%, n=20).

Tabela 2. Intensidade de dor referida pelos indivíduos da amostra

	Sem dor		Ligeira		Incómoda		Angustiante		Horrível		Insuportável	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A sua dor neste momento	2	2,2	16	18,0	28	31,5	18	20,2	12	13,5	13	14,6
A sua dor no pior momento	-	-	2	2,2	1	1,1	5	5,6	7	7,9	74	83,1
A sua dor no melhor período	17	19,1	38	42,7	24	27,0	6	6,7	1	1,1	3	3,4
A pior dor de dentes que já tenha tido	8	9,0	-	-	11	12,4	8	9,0	16	18,0	46	51,7
A pior dor de estômago que já tenha tido	20	22,5	4	4,5	18	20,2	15	16,9	13	14,6	19	21,3
A pior dor de cabeça que já tenha tido	2	2,2	7	7,9	6	6,7	17	19,1	19	21,3	38	42,7

Na tentativa de compreender uma possível diferença ao nível das crenças e valores em função destes grupos, foram efectuados um conjunto de estudos com o recurso ao teste Kruskal Wallis. No que diz respeito à experiência de dor neste momento, não foram encontradas diferenças entre os grupos ao nível das crenças sobre a religião ($X^2(4)=.418$, $p=.981$), espiritualidade ($X^2(4)=4.616$, $p=.329$) ou na pontuação total ($X^2(4)=1.685$, $p=.794$). Também no relato de dor no pior momento, não foram encontradas quaisquer diferenças entre os grupos, seja ao nível das crenças sobre a religião ($X^2(4)=1.060$, $p=.901$), espiritualidade ($X^2(4)=1.248$, $p=.870$) ou na pontuação total ($X^2(4)=1.685$, $p=.794$). Finalmente, na dor no melhor momento, não foram encontradas diferenças entre os grupos na subescala religião ($X^2(4)=6.040$, $p=.196$), espiritualidade ($X^2(4)=1.788$, $p=.775$) ou na pontuação total ($X^2(4)=3.354$, $p=.500$).

Crenças, valores e dor

Na tentativa de explorar a relação entre as crenças e valores a medida de intensidade da dor, foi utilizada a *correlação de Spearman* que permitiu perceber a inexistência de relação entre intensidade da dor e crenças e valores religiosos ($r=-.100$, $p=.349$), de espiritualidade ($r=-.153$, $p=.153$) e no total da escala ($r=-.165$, $p=.123$).

Também com o recurso à correlação entre a pontuação total do *McGill Pain Questionnaire* e as medidas de crenças e valores não foram encontradas correlações significativas, dados os valores de $r=-.087$, $p=.417$; $r=.007$, $p=.949$; e $r=-.047$, $p=.661$ na religião, espiritualidade e total da escala, respectivamente.

Analisando a estrutura factorial do instrumento de avaliação da dor, nomeadamente, através da pontuação nas dimensões sensoriais, afectivas, avaliativa e miscelânea, também não foram encontradas correlações com os níveis de crenças e valores religiosos e espirituais, como se percebe pelos valores apresentados na tabela seguinte.

Tabela 3. Análise correlacional entre as dimensões do MPQ e as dimensões e o total da ECV

		Dimensão sensorial	Dimensão afectiva	Dimensão miscelânea	Dimensão Avaliativa
Religião	r	-,095	-,071	-,060	-,081
	p	,378	,507	,575	,451
	n	89	89	89	89
Espiritualidade	r	,041	-,070	-,073	-,180
	p	,705	,519	,496	,094
	n	88	88	88	88
Total	r	-,018	-,061	-,112	-,139
	p	,865	,570	,297	,198
	n	88	88	88	88

No estudo da relação entre crenças e valores e a tipo de dor, uma vez que apenas um indivíduo apresentava uma dor externa, optou-se pela eliminação desse sujeito na análise para fazer uma comparação entre dor interna e mista. Como se apresenta na tabela 4, apesar das pontuações entre os que possuem um tipo de dor interna, as diferenças encontradas nas subescalas não são estatisticamente significativas, tanto na religião ($Z=-.737$, $p=.461$), como na espiritualidade ($Z=-.390$, $p=.696$) assim como na pontuação total ($Z=-.547$, $p=.585$).

Tabela 4. Análise correlacional entre as dimensões e o total da ECV e o tipo de dor

	Interna Ordem Média	Mista Ordem Média	Z	P
Religião	45,75	41,34	-,737	,461
Espiritualidade	44,65	42,29	-,390	,696
Total	44,91	41,60	-,547	,585

Analisando as pontuações dos indivíduos na Escala de Crenças e Valores em função da duração da dor, como se apresenta na tabela 5, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas religião ($X^2(2)=1.632$, $p=.442$), espiritualidade ($X^2(2)=3.299$, $p=.192$) e pontuação total ($X^2(2)=2.180$, $p=.336$).

Tabela 5. Análise correlacional entre as dimensões e o total da ECV e a duração da dor

	Contínua; Fixa; Constante Ordem média	Ritmica; Periódica; Intermitente Ordem média	Brusca; Momentânea; Transitória Ordem média	X ²	gl	p
Religião	46,72	42,50	36,75	1,632	2	,442
Espiritualidade	47,03	40,06	33,13	3,299	2	,192
Total	46,51	41,69	35,00	2,180	2	,336

Discussão

O presente estudo constitui uma primeira análise exploratória, com a adaptação de um instrumento novo, a Escala de Crenças e Valores, numa tentativa de avaliar se existia alguma relação entre as crenças de espiritualidade manifestadas e diferentes parâmetros de avaliação da dor, nomeadamente, quanto às suas propriedades (sensoriais, afectivas, avaliativas), ao tipo de dor, à sua duração e intensidade, numa amostra de doentes com dor crónica.

Sendo a dor é um fenómeno multidimensional que inclui sub-processos como por exemplo, a percepção que o indivíduo tem da sua dor, o suporte social e instrumental de que dispõe para lidar com a dor ou as estratégias que usa para lidar com a dor. A relação entre a espiritualidade e a dor crónica tem sido investigada em termos do processo de estratégias de *coping*, (isto é, usando as crenças de espiritualidade como estratégia específica de o individuo lidar com uma situação adversa), designadamente, o estudo de Rosenstiel, & Keefe, (1983), Kozak, (2001), Abraido-Lanza *et al.*, (2004), o de e o de Büssing *et al.*, (2007). Outros sub-processos envolvidos na experiência da dor, nomeadamente, a percepção da dor e a sua relação com a espiritualidade têm sido negligenciados pela investigação.

Os resultados obtidos, contudo, não permitem verificar a existência de relação entre crenças de espiritualidade e a percepção da dor crónica.

Ao analisarmos especificamente os resultados verificamos a inexistência de relação entre intensidade da dor e as crenças e valores espirituais. Também no que concerne à correlação entre a pontuação total do *McGill Pain Questionnaire* e as medidas de crenças e valores não foram encontradas correlações significativas. Analisamos ainda a estrutura factorial deste instrumento de avaliação da dor (*McGill Pain Questionnaire*), nomeadamente, através da pontuação nas dimensões sensoriais, afectivas, avaliativa e miscelânea, mas também aqui, não foram encontradas correlações com os níveis de crenças e valores religiosos e espirituais. No estudo da relação entre crenças e valores e a tipo de dor e duração da dor as diferenças encontradas nas subescalas também não são estatisticamente significativas. Estes resultados sugerem várias hipóteses explicativas.

A primeira diz respeito ao próprio tamanho da amostra (N=89) que pode ter contribuído para os resultados não serem significativos. A segunda, referente às próprias características da amostra, com diagnósticos muito variáveis e apenas com um aspecto em comum: sofrerem de dor crónica associada a patologias de longa duração sem perspectiva de cura total no futuro, ou seja, habituados à realidade de doentes crónicos. A terceira, relativa às características do instrumento de avaliação da dor utilizado, focalizado em aspectos da dor como, a sua intensidade, tipo, duração e características descritivas, ou seja, a aspectos mais físicos ou biológicos da dor e menos com a adaptação ou a capacidade de resiliência à dor.

Quarta, quanto ao próprio local onde foram recolhidos os dados, a Unidade da Dor. A esmagadora maioria dos pacientes desta unidade são indivíduos que encaram este serviço como último recurso para o controlo da sua dor crónica, depois de percorrido um longo percurso por outras especialidades médicas sem obtenção de resultados satisfatórios e, essencialmente, com o propósito de obtenção de um decréscimo e melhor controlo da dor crónica, mas, sabendo de antemão que o seu desaparecimento total não será possível. Nestas circunstâncias, decorreu um longo período de tempo que permitiu a estes sujeitos adaptar-se à sua condição de doentes com dor crónica e, ainda que expressem fortes crenças de espiritualidade, estas não se manifestam na sua relação com a dor crónica de que padecem. São vários os estudos que referem, precisamente, que o impacto da espiritualidade e/ou religiosidade e a sua relação com a saúde e a doença são altamente dependente do contexto (Ziebertz & Kay, 2006; Büssing, Abu-Hassan, Matthiessen & Ostermann, 2007).

Quando os indivíduos se confrontam com uma dor aguda, ou com uma doença grave, percebem essa situação como transitória e limitada no tempo, recorrendo a múltiplas estratégias para minorarem o seu sofrimento, nomeadamente, à procura efectiva de ajuda especializada, à medicação, etc.. Simultaneamente, se possuem fortes crenças religiosas ou espirituais, é nestes momentos que estas se acentuam. Nelas procuram esperança, alento, força, justificação. Esta postura é evidente em doentes de cancro onde esta relação é significativa. Variados estudos documentam esta relação entre a espiritualidade e, por exemplo, a qualidade de vida dos doentes de cancro, quer durante o tratamento, quer na sobrevivência ao mesmo (Baider *et al.*, 1999; O'Connell & Skevington, 2005; Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002), sendo apontada como um importante recurso na sua capacidade de lidar com o diagnóstico (John & Spilka, 1991; O'Conner, Whicker & Germino, 1990) para viver e extrair significado no seu processo de doença (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Cigrang, Hryshko, & Peterson, 2003; Ferrell, Smith, Juarez & Melancon, 2003), e um precioso auxiliar para manterem a esperança e ultrapassarem os tratamentos (Hearth, 1989, Roberts, Brown, Elkins & Larson, 1997).

O processo de dor crónica, no entanto, tem características muito distintas do processo de dor aguda. É um processo longo, ao qual os indivíduos se vão adaptando da melhor forma possível. Se numa fase inicial o recurso a estas crenças religiosas e espirituais existiu, ele foi-se esbatendo com o tempo, com as terapêuticas sem sucesso, com o facto de em simultâneo com a dor crónica de que padecem terem associado um diagnóstico também de doença crónica. Nestas circunstâncias, e sobretudo, como utentes numa Unidade de Dor, as suas expectativas recaem sobre novas possibilidades de tratamento que lhes consiga atenuar a dor e aumentar o bem-estar e a sua qualidade de vida. O que a investigação nos demonstra é que os níveis espirituais e religiosos de pessoas com dor crónica não são estáveis, mas flutuam bastante ao longo do tempo, ou seja, que estes podem mudar ao longo do tempo e das circunstâncias (Keefe *et al.*, 2001, Pargament, 2002).

Os resultados obtidos por este estudo têm duas implicações para o estado actual de conhecimentos. Por um lado, ao não encontrar relações significativas entre a espiritualidade e a percepção de dor, situa-se na mesma linha de estudos que não têm encontrado relações significativas entre a experiência de dor e espiritualidade (Abraido-Lanza, Vasquez, & Echeverria, 2004; Keefe *et al.*, 2001; Skevington, Carse, & Williams, 2001). Outra investigação salienta que religião/espiritualidade não foram

associados à intensidade da dor e interferências na vida devido a dor e enfatiza ainda que ambos podem ter custos e benefícios para a saúde de pessoas com dor crónica (Rippentrop *et al.*, 2005). Por outro lado, ao não encontrar relação estatisticamente significativa entre percepção de dor e espiritualidade, este estudo contribui para o estado de conhecimento a este nível por ter abordado um sub-processo específico da experiência de dor (a percepção de dor) de uma forma independente. Por outras palavras, se até este estudo a relação entre espiritualidade e dor crónica referia-se à dor crónica enquanto processo integrado e não diferenciado de vários sub-processos, o presente estudo contribui para a clarificação da inexistência de relação entre a espiritualidade e o processo específico da experiência de dor: a percepção de dor.

Face aos resultados encontrados consideramos que outros estudos seriam necessários. Sugerimos estudos constituídos por amostras maiores, com o mesmo diagnóstico ou semelhante, assim como, posteriores investigações mais direccionadas para as crenças religiosas e espirituais como estratégia de *coping* específica dos sujeitos com dor crónica.

Referências Bibliográficas

- Abraido-Lanza, A.F., Vasquez, E. & Echeverria, S.E. (2004). En las manos de dios Religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 91–102.
- APED. (2009). *Dor Aguda versus Dor Crónica*. Retirado da world wide web a Dezembro 05, 2009 de: <http://www.aped-dor.org/scid/apedWeb/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=424>
- Batista, P. (2007). *A Espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde*. Retirado da world wide web a Setembro 05, 2009 de: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v010n1/Epratica.pdf>.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Bill-Harvey, D., Rippey, R., Abeles, M., Donald, M. J., Downing, D., Ingenito, F. & Pfeiffer, C. A. (1989). Outcome of an osteoarthritis education program for

- low-literacy patients taught by indigenous instructors. *Patient Education & Counseling*, 13, 133–142.
- Borg, J., Andree B., Soderstrom H. & Farde L. (2003). The serotonin system and spiritual experiences. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1965–1969.
- Broton, J. G. & Rosenfeld, J. P. (1982). Rostral trigeminal projections signal perioral facial pain. *Brain Research*, 243, 395–400.
- Bush, E. G., Rye, M. S., Brant, C.R., Emery, E., Pargament, K. I. & Riessinger, C. A. (1999). Religious coping with chronic pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(4), 249-260.
- Büssing, A., Abu-Hassan, W. M., Matthiessen, P. F. & Ostermann, T. (2007). Spirituality, religiosity and dealing with illness in Arabic and German patients. *Saudi Medical Journal*, 28, 22–31.
- Caldas, J. C. (2006). *Anestesia geral, cirurgia e hospitalização: Efeitos cumulativos e diferenciais a curto, médio e longo prazos, sobre a atenção, a memória, a aptidão visuo-motora, o rendimento académico e o comportamento de crianças em idade escolar*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. (pp. 31- 153).
- Covic, T., Adamson, B., Spencer, D. & Howe, G. (2003). A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: A 12-month longitudinal study. *Rheumatology*, 42, 1287–1294.
- Cronan, T. A., Kaplan, R. M., Posner, L., Blumberg, E. & Kozin, F. (1989). Prevalence of the use of unconventional remedies for arthritis in a metropolitan community. *Arthritis & Rheumatism*, 32, 1604–1607.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Engel, G. L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 3-16.
- Fenili, R. M., Takase, L. H. & Azevedo, S. M. (2006). A dor e o sofrimento – Uma conexão entre o pensar Filosófico e Espiritual. *Enfermaria Global*, 9, 1-12.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Gleitman, H. (2002). *Psicologia* (5ª Ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Glover-Graf, N. M., Marini, I., Baker, J. & Buck, T. (2007). Religious and Spiritual Beliefs and Practices of Persons With Chronic Pain. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 51 (1), 21-33.
- Harmon, R. L. & Myers, M. A. (1999). Prayer and meditation as medical therapies. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 10(3), 651-662.
- Harrison, M. O., Edwards, C. L., Koenig, H. G., Bosworth, H. B., DeCastro, L. & Wood, M. (2005). Religiosity, spirituality, and pain, in patients with sickle cell disease. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 193, 250–257.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *Classification of chronic pain: descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. (2 th ed.). Seattle: IASP Press.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D. S., Drew, J., et al. (2001). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain*, 2, 101–110.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D. S., Drew, J., et al. (2001). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain*, 2, 101–110.
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Maixner, W., Salley, A. N. & Caldwell, D. S. (1997). Self-efficacy for arthritis pain: Relationship to perception of thermal laboratory pain stimuli. *Arthritis Care and Research*, 10, 177–184.
- Kozak, D. (2001). Faith Eases Chronic Pain. *Prevenção*, 55 (10).
- Lefebvre, J. C., Keefe, F. J., Affleck, G., Raezer, L. B., Starr, K., Caldwell, D. S., & Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 80, 425–435.
- Ludwing-Beymer, P. (1995). Transcultural aspects of pain. In M.M. Andrews & J.S. Boyle (Eds.), *Transcultural concepts in nursing care*. (p. 301-321 Philadelphia: Lippincott.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa: Silabo.
- Martins, H. C. & Teixeira, J. C. (1991). Adaptação do Questionário da Dor de McGill para a Língua Portuguesa. *Manual não publicado*.

- McKee, D. D. & Chappel, J. N. (1992). Spirituality and medical practice. *Journal of Family Practice*, 35, 205–208.
- Melzack, R. & Wall P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971–979.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 6, 121–126.
- Middleton, P. & Pollard, H. (2005). Are chronic low back pain outcomes improved with co-management of concurrent depression? *Chiropractic and Osteopathy*, 13, 8.
- Miller, J. F. (1985). Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. *Journal of Professional Nursing*, 1(2), 79-85.
- Moreira, A. (2008). Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports*, 12 (5), 327-332.
- Paldrön, T. (2003). *Alquimia da dor*. Pergaminho: Cascais.
- Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13, 168–181.
- Rapp, S. R., Rejeski, W. J. & Miller, M. E. (2000). Physical function among older adults with knee pain: The role of pain coping skills. *Arthritis Care & Research*, 13, 270–279.
- Rippentrop, E., A., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M. & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311-321.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33–44.
- Saad, M., Masiero, D. & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8 (3), 107-112.
- Shawler, C. & Logsdon, D. (2008). Living Vigilant Lives with Chronic Illness: Stories from Older Low-Income Minority Women. *Health Care for Women International*, 29, 76–84.
- Skevington, S. M., Carse, M. S. & Williams, A. C. (2001). Validation of Validation of the WHOQOL-100: Pain management improves quality of life for chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 17, 264–275.

- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42, 24–33.
- Turner, J. A., & Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain*, 24, 355–364.
- Underwood-Gordon, L., Peters, D. J., Bijur, P. & Fuhrer, M. (1997). Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities. A commentary. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 76(3), 255-257.
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J. & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal Behaviour Medicine*, 30, 311–8.
- Ziebertz, H.G. & Kay, W. (2006). *Youth in Europe II. An International Empirical Study about Religiosity*. Berlin: Lit-Verlag.

Anexo 8

APRESENTAÇÃO ORAL
para submeter ao
Congresso de Psicologia da Saúde

Relação entre crenças de espiritualidade e percepção de dor crónica

Filomena Santana⁷, Paulo A. S. Moreira⁸ & Emília Areias⁹

Departamento de Psicologia do ISCS – N

UnIPSa

A intensidade da dor, física e/ou psíquica, é passível de ser influenciada por vários factores, incluindo estilos de vida, co-morbilidade com outras condições, significações, estratégias de *coping*, etc. A compreensão de que a espiritualidade/religião tem o potencial de funcionar para muitos indivíduos como uma estratégia de *coping* para lidar com experiências adversas tem vindo a obter um crescente interesse por parte de disciplinas científicas como a Medicina e a Psicologia.

Este interesse tem sido concretizado no desenvolvimento de instrumentos de avaliação da espiritualidade. *The Beliefs and Values Scale* (King, 2005) é um instrumento de avaliação de crenças e valores de espiritualidade que revelou características psicométricas adequadas para a avaliação da espiritualidade. Sendo a espiritualidade um fenómeno universal, a investigação ao nível do desenvolvimento de instrumentos e ao nível da sua equivalência transcultural encontra-se ainda numa fase muito incipiente. De facto, pouco se sabe acerca da equivalência transcultural da estrutura factorial de instrumentos de avaliação da espiritualidade em diferentes culturas. Por estas razões, procedemos numa fase inicial do nosso estudo à avaliação da estrutura factorial da versão portuguesa da *The Beliefs and Values Scale*, na qual

⁷ Curso de Mestrado de Psicologia da Dor do ISCS-N – UniPSIa

Email: mena.santana@sapo.pt

⁸ Universidade Lusíada do Porto

Email: paulomoreira@por.ulusiada.pt

⁹ Coordenadora do Mestrado de Psicologia da Dor do ISCS-N

E-mail: memilia.areias@iscsn.cespu.pt

participou uma amostra constituída por 446 sujeitos portugueses, com idades entre os 18 e os 84 anos ($M=38.36$, $DP= 13.96$), sendo 72.2% mulheres ($n=322$) e 27.8% homens ($n=124$). Os resultados confirmam a estrutura factorial da versão original e reforçaram o suporte empírico para uma estrutura de dois factores. No entanto, alguns itens saturaram de forma diferente, levantando questões sobre as especificidades culturais.

A dor é um fenómeno multidimensional constituída por variados sub-processos, tais como: 1) a percepção que o indivíduo faz da dor; 2) as estratégias (incluindo a espiritualidade) que usa para lidar com a dor; 3) o suporte social e instrumental de que dispõe para lidar com a dor; 4) a monitorização que vai fazendo da dor e do seu impacto no seu funcionamento, através de uma avaliação da evolução da dor face às estratégias implementadas, etc.. Dos sub-processos mencionados, envolvidos na experiência da dor, a percepção da dor e a sua relação com a espiritualidade tem sido negligenciados pela investigação.

Na concretização do objectivo principal do nosso estudo, de avaliar a relação entre a espiritualidade/religião e a percepção de dor crónica, participaram 89 pacientes com dor crónica, da região norte do país. A experiência de dor foi avaliada através da *Escala Visual Analógica* (EVA), o *Questionário de Dor de McGill* (MPQ) e a *Escala de Crenças e Valores* (EVC). Os resultados obtidos não permitem, contudo, verificar a existência de relação entre crenças de espiritualidade e dor crónica, levantando múltiplas hipóteses explicativas e novas linhas de investigação.