

# Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

Cândida Pinto\*, José Luís Pais-Ribeiro†

\*Escola Superior de Enfermagem do Porto; †Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

**Introdução:** A dimensão espiritual é uma dimensão importante da existência do ser humano, desde os primórdios da humanidade. A sua relevância nos contextos de saúde está relacionada com a preocupação crescente em compreender o Homem na sua globalidade. O objectivo deste artigo é apresentar a elaboração e o processo de validação de uma escala para avaliar a espiritualidade. **Método:** A escala foi aplicada junto de 426 sujeitos que tinham tido um cancro e que se encontravam em situação de *follow-up*. **Resultados:** As propriedades métricas desta escala apresentam valores de validade e fidelidade adequados. Através da análise factorial exploratória foram encontradas duas dimensões, a saber “crenças” e “esperança/optimismo”. **Conclusões:** O facto de ser uma escala pequena (apenas cinco itens), torna-a de fácil utilização, o que permitirá a consolidação da sua validação em estudos futuros, que visem a identificação de variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde.

**Palavras-chave:** construção de uma escala; espiritualidade; propriedades psicométricas.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 21(2):47-53

## INTRODUÇÃO

A espiritualidade constrói-se nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e por vezes materializa-se na prática de um credo religioso específico. A interligação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde, remonta aos primórdios da história, em que os poderes da «cura» estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito (sacerdotes, xamãs, etc), a quem era reconhecido saber para tratar dos males do corpo. A atribuição de causalidade de doença assim como a sua cura foi muitas vezes atribuída a factores religiosos, existindo ainda nos dias de hoje, em alguns contextos socioculturais, esta associação. A ignorância sobre os “males” que acometiam a humanidade levou à divinização do desconhecido.

O desenvolvimento das ciências da saúde conduziu a uma prática de cuidados de saúde dessacralizada, e a dimensão espiritual deixou de ser contemplada no atendimento dos doentes (1). No entanto, e segundo o Ministério da Saúde (2), no plano das orientações estratégicas, esta dimensão integra o conceito de saúde, sendo essencial a uma prática holística de cuidados. De facto, a dimensão espiritual é descrita como sendo relevante na atribuição de significado ao sofrimento decorrente de uma doença crónica, e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde (3). O discurso positivista decorrente do avanço verificado no último século na ciência e tecnologia em geral e no campo da saúde em particular, não conseguiu

encontrar resposta para a questão milenar que acompanha o ser humano: qual o sentido da vida?

As relações entre a espiritualidade e a saúde emergem como uma área relevante na investigação actual, tanto no âmbito das ciências humanas (4), como no das ciências naturais (1). Contudo, não se encontra consenso na literatura sobre o conceito de espiritualidade, sendo que muitas vezes surge numa associação directa à prática de uma religião. No entanto, a religiosidade e a espiritualidade são conceitos diferentes. A religiosidade refere-se ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso (1). O conceito de espiritualidade é mais amplo do que o de religião. A espiritualidade é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial (1), que procura a atribuição e significado no sentido da existência, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso. Assim alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjectiva e enfatiza a vida (4).

A espiritualidade tem sido conceptualizada mais como um mecanismo de *coping* flexível do que como um traço estável (3, 5). Tendo por base a classificação do *coping* focado no problema e o *coping* focado nas emoções, a espiritualidade pode ser enquadrada como uma forma de coping focado nas emoções (6). No entanto, segundo outros autores (7), as crenças espirituais estruturam um quadro do tipo activo-cognitivo, que permite às pessoas enfrentarem as crises existenciais ameaçadoras, favorecendo o suporte social e emocional. Nesta continuidade, *coping* é concebido como um conjunto de

estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas. O *coping* religioso-espiritual reporta-se ao modo como as pessoas utilizam a fé, as crenças (5), a relação com a transcendência, a ligação aos outros (1), de modo a adaptarem-se e a gerir situações de crise como as decorrentes de uma doença oncológica.

Estes conceitos de espiritualidade permitem olhar para esta variável como um domínio fora da prática de religiões específicas, embora mostrem variações entre eles, partilham a ideia da importância da espiritualidade através da qual as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves (3), como acontece no processo de adaptação ao cancro, tais como manter a auto-estima, providenciar apoio emocional, esperança, em suma influenciar o bem-estar psicológico e interpessoal (5,6).

A participação religiosa e a espiritualidade parecem relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, menor ansiedade, depressão e suicídio, mesmo após o controlo de variáveis como comportamentos de saúde e apoio social (1). Apesar do reconhecimento da importância da dimensão espiritual no bem-estar do indivíduo, e consequentemente na sua saúde (1-4,6), esta dimensão não é muito abordada na prática clínica (8), pelo que nos pareceu relevante a construção de uma escala com o objectivo de avaliar esta dimensão.

## MÉTODOS

Neste estudo participaram 426 pessoas que tinham tido uma doença oncológica e que se encontravam na fase de pós-tratamento, denominada, em termos médicos, de consultas *follow-up*. A colheita de dados efectuou-se no Instituto Português de Oncologia do Porto, nas consultas externas, e no Hospital Militar D. Pedro V (Porto), no hospital de dia, após ter sido concedida a autorização das duas instituições para a realização do estudo. Os participantes foram abordados e convidados a participar no estudo, enquanto aguardavam as consultas. Os participantes deram o seu consentimento após terem sido informados dos objectivos do estudo e ter sido assegurada a confidencialidade dos resultados.

Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter tido uma doença oncológica (independentemente do tipo clínico); estar no momento da colheita de dados considerado como livre da doença oncológica que os afectou e não estar a fazer qualquer terapêutica oncológica exceptuando a hormonoterapia.

Trata-se de uma amostra de conveniência, sequencial, não probabilística, cujas características sociodemográficas e clínicas são apresentadas na tabela 1.

Este estudo inclui-se num projecto de investigação em curso, que visa identificar variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (n = 426).

		n	%	M	DP
Sexo	Masculino	136	31,9		
	Feminino	290	68,1		
Idade				51,1	15,3
Estado Civil	Solteiro(a)	59	13,8		
	Casado(a)	303	71,1		
	Divorciado(a)	21	4,9		
	Viúvo(a)	43	10,1		
Grau de Escolaridade	1º e 2º ciclo	228	53,5		
	3º ciclo	47	11,0		
	Secundário	62	14,6		
	Ensino Superior	89	20,9		
Situação Laboral	Estudante	12	2,8		
	Empregado	152	35,7		
	Desempregado	36	8,5		
	Reformado	226	53,1		
Grupo Oncológico	Mama	166	38,9		
	Hematologia	94	22,1		
	Digestivos	68	16,0		
	Urologia/Ginecologia	25	5,9		
	Outros	42	17,1		

M- média; DP- desvio padrão

após o cancro. Para além dos dados colhidos para caracterização sociodemográfica e clínica, utilizaram-se ainda os seguintes instrumentos: *Quality of Life Questionnaire - The European Organization for research and treatment of cancer* (EORTC QLQ-C30) (9); *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) (10); *Brief COPE* (11); espiritualidade cujo processo de construção se apresenta neste artigo.

### Processo de construção

Com base no exposto anteriormente, construímos com base empírica uma escala que visa avaliar a dimensão da espiritualidade. Numa primeira etapa procedeu-se a uma leitura sobre a temática, cruzando palavras-chave como “espiritualidade”, “saúde”, “doença crónica” e “avaliação da espiritualidade”.

Os itens decorrem da combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life - Cancer survivor QOL - CS* (12), e da sub-escala da espiritualidade do instrumento da *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL) (13), e ainda de dados clínicos resultantes do contacto / entrevistas com pessoas que tiveram cancro (descrição do modo como as pessoas perspectivam a dimensão espiritual da vida e como a doença interferiu nessa dimensão). Tivemos ainda como linha orientadora a construção de uma escala simples e pequena, sem redundâncias, que permitisse uma boa aceitação / compreensão das pessoas, que evidenciam alguma dificuldade no preenchimento de inquéritos longos e redundantes, bem patente quando se procede à colheita de dados em amostras clínicas.

Tendo por base uma perspectiva positiva da vida (resultante da pesquisa teórica e do que nos foi transmitido pelas pessoas entrevistadas), características como esperança, optimismo, satisfação / valorização da vida, foram os pressupostos na elaboração das questões desta escala.

No entanto, há autores (14), que referem que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e afirmam que a tendência a polarizá-los não é frutífera para a pesquisa científica. Neste trabalho teve-se em linha de conta este pressuposto, pelo que se coloca a questão das crenças espirituais e religiosas como suporte para atribuição de significado à vida. Contudo partimos de uma perspectiva individual (não questionando sobre afiliação ou práticas religiosas institucionais), conforme a proposição de estudiosos da área (15,16).

Pretendemos que as questões elaboradas se centrassem na dimensão espiritual focalizadas na atribuição de sentido / significado da vida (questão 1 “*As minhas crenças espirituais / religiosas dão sentido à minha vida*” e a questão 2 “*A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis*”). A bibliografia reflecte que as crenças espirituais / religiosas, isto é, a fé, mesmo que não associada a uma entidade divina ou a uma religião específica, fornecem mecanismos de adaptação a eventos

stressantes como uma doença grave (5,14). As questões seguintes têm subjacente a construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva (questão 3 “*Vejo o futuro com esperança*”, questão 4 “*Sinto que a minha vida mudou para melhor*” e questão 5 “*Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida*”). De facto, face à adversidade, muitas pessoas saem reforçadas, crescem com a provação, (15,17) dando um novo sentido à vida, estabelecendo novas prioridades e tornando-se mais capazes de enfrentar situações futuras adversas. Enfatizam-se os resultados positivos tais como a esperança, o ter um sentido para a vida, melhorar as relações interpessoais, sentir-se útil, feliz e satisfeito, o que pode exceder a globalidade dos resultados negativos (17). Isto não pressupõe rejeitar a negatividade que envolve a situação, mas sim a capacidade da pessoa em reencontrar significado no que se passa, o que pode levar a encontrar esforços para lidar com o stress, a encontrar uma carga afectiva que possa gerar energia focalizada na resolução do problema.

As respostas são dadas numa escala de Likert com quatro alternativas (de “1” a “4”), entre “não concordo” a “plenamente de acordo”.

## RESULTADOS

Com recurso a *software* SPSS versão 14, procedeu-se à análise das propriedades psicométricas: análise factorial; análise da consistência interna; análise da validade convergente discriminante.

### Análise factorial

Com o objectivo de explorar a estrutura conceptual subjacente da escala, procedemos a uma análise factorial exploratória, o que nos permitiu explorar as inter-relações entre variáveis sumariando os dados no seu conjunto (18). Utilizámos especificamente a técnica de análise de componentes principais (ACP), afim de verificar se as diferentes variáveis têm o mesmo conceito - factor (19). Em relação ao método de rotação utilizado na ACP, optámos pela rotação oblíqua (método oblimin) porque se obtêm factores correlacionados, o que poderá ser mais adequado na área da psicologia dada a interdependência das dimensões psicológicas (18), particularmente no âmbito da temática em análise: a espiritualidade. Ao realizarmos este procedimento, seleccionámos os factores com carga factorial superior a 0,30, o que demonstra a existência de dois factores, como se verifica na tabela 2.

Verificamos que o descritor “*Vejo o futuro com a esperança*” é o que tem menor carga factorial (embora dentro de valores aceitáveis), o que de algum modo pode estar relacionado com as características da amostra, isto é, são pessoas que enfrentaram um cancro, que ainda hoje está associado a um grande fatalismo (20).

A solução dos dois factores explica 75,23 % da variância total. O primeiro factor explica 50,01% do total

Tabela 2 - Estrutura factorial dos itens da escala da espiritualidade.

Itens	Componentes	
	Crenças	Esperança/optimismo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	<b>-0,96</b>	-0,02
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	<b>-0,95</b>	0,03
3 - Vejo o futuro com esperança	-0,19	<b>0,58</b>
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	0,08	<b>0,91</b>
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	0,04	<b>0,83</b>
Variância (Total = 75,23%)	25,2	50,01
Valores próprios ( <i>Eigenvalues</i> )	1,2	2,5

Nota: Rotação oblíqua; determinação de factores por carga factorial dos itens superior a 0,30. Os itens correspondentes a cada sub-escala são apresentados a negrito.

de variância e o factor 2 explica 25,21%. Após rotação, o 1º factor integra os itens que traduzem a valorização das crenças espirituais / religiosas na atribuição de sentido à vida (itens 1 e 2). O factor 2 integra itens que correspondem a um sentido positivo da vida norteado pela perspectiva do futuro com esperança (item 3), e numa redefinição de valores de vida (itens 4 e 5). Os factores foram denominados do seguinte modo: o primeiro factor “crenças”; o segundo “esperança / optimismo”.

No sentido de confirmarmos a estrutura da escala, procedemos à correlação de Pearson entre os itens e as duas sub-escalas, que se apresenta na tabela 3.

A análise dos dados do quadro anterior evidencia quanto ao item 3 que, apesar de apresentar uma maior correlação com a dimensão a que pertence, a magnitude dessa diferença é pequena, como já tinha sido identificado na análise factorial. Apesar desta evidência, a manutenção deste item na escala decorre da relevância da esperança na atribuição de significado ao sofrimento decorrente de uma doença crónica e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde (4, 6, 8). Estes resultados poderão estar associados às características dos participantes, pois a vivência de uma doença como o cancro pode dificultar o processo de perspectivar o futuro com esperança (20).

### Fidelidade da escala de espiritualidade

Para avaliarmos a fidelidade utilizamos o alpha de Cronbach no sentido de analisarmos a sua consistência interna, tendo encontrado os seguintes valores: crenças: 0,92; esperança / optimismo: 0,69. A consistência interna para a escala global é de 0,74. Verifica-se que são valores aceitáveis dado o número de itens e tendo em conta os valores de referência limite em psicometria.

### Validade convergente discriminante

Para a validade convergente discriminante, um dos métodos da validade de constructo (21), recorremos à inspeção da correlação das dimensões da escala da espiritualidade com as medidas escolhidas que avaliam constructos idênticos e outras que avaliam constructos diferentes, a saber, algumas das estratégias de coping do Brief COPE (11), a qualidade de vida global do QLQ-C30, o papel funcional (9) e a dimensão do afecto positivo da PANAS (10).

A inspeção das correlações acima referidas mostra que as duas dimensões da escala da espiritualidade se correlacionaram positivamente com a subdimensão religião do Brief COPE, mostrando que estas dimensões apresentam algum sentido geral associado à religião.

Observamos que a sub-escala esperança/optimismo se correlacionou moderadamente com a qualidade de

Tabela 3 - Correlações entre os itens e as sub-escalas da escala da espiritualidade.

Itens	Sub-escalas	
	Crenças	Esperança/optimismo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	<b>0,86(**)</b>	0,31(**)
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	<b>0,86(**)</b>	0,35(**)
3 - Vejo o futuro com esperança	0,31 (**)	<b>0,39(**)</b>
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	0,24(**)	<b>0,64(**)</b>
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	0,26(**)	<b>0,51(**)</b>

Nota: Os valores dos itens relativos a cada sub-escala foram corrigidos para sobreposição. Todas as correlações  $\geq 0,130$  são significativas ao nível de 0,01 (bidireccional).

Tabela 4 - Correlação entre as dimensões da escala da espiritualidade e as medidas critério.

$r$ n=426		Crenças	Esperança/optimismo
QLQ-C30	Papel funcional	-0,01	0,15**
	Qualidade de vida global	0,05	0,29**
PANAS	Afecto positivo	0,15**	0,46**
Brief COPE	Religião	0,68**	0,34**
	Autoculpabilização	-0,09	0,02
	Negação	-0,07	-0,00
	Desinvestimento comportamental	0,01	-0,13**

Nota: Todas as correlações  $\geq 0,130$  são significativas ao nível de 0,01 (bidireccional).

vida global ( $r=0,29$ ) e com o afecto positivo ( $r=0,46$ ).

Ambas as dimensões da escala se correlacionam fracamente com o papel funcional do QLQ-C30 e com estratégias de *coping* menos eficazes, como por exemplo, autoculpabilização, negação e desinvestimento comportamental.

Os resultados mostram que escala de avaliação da espiritualidade se associou, como seria de esperar, com a religião mostrando a sua validade (constructo) e que a sub-dimensão esperança/optimismo é relevante para o bem-estar e afecto positivo de ter uma doença crónica como o cancro.

## DISCUSSÃO

Este artigo teve como objectivo a apresentação de um processo de construção de uma escala de avaliação da espiritualidade, a aplicar em contextos de saúde.

A primeira conclusão a retirar é que a escala da espiritualidade resultante deste estudo apresenta propriedades métricas adequadas. Além disso, constata-se nos contextos clínicos alguma dificuldade no desenvolvimento da investigação no âmbito das ciências sociais e humanas. Para além das dificuldades estruturais (decorrentes de espaços deficientes ou inexistentes para entrevistas personalizadas), os próprios utentes/famílias (devido a vulnerabilidades consequentes do estado clínico ou ainda a um baixo nível de literacia), apresentam dificuldades no preenchimento de baterias de escalas, por vezes longas e redundantes com que são confrontados. Pelo facto de a escala aqui apresentada ser uma escala pequena, torna-a mais aceitável junto da população clínica. As propriedades psicométricas deste instrumento leva-nos a considerar a sua utilidade em estudos clínicos que versem a identificação de variáveis psicossociais que se repercutem na optimização da saúde.

Concluimos ainda que esta escala aponta para a existência de duas dimensões espirituais já referidas em outros estudos (22): uma dimensão vertical, associada a uma relação com o transcendente, e que numa sociedade

judaico-cristã está muito relacionada com a prática da religião; e uma dimensão horizontal, existencialista, na qual se enquadra o sentido da esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio. Na escala por nós desenvolvida a primeira dimensão está associada às “crenças”, e a segunda à “esperança/optimismo”. Esta última dimensão aparece efectivamente mais correlacionada com as dimensões da qualidade de vida (22).

## CONCLUSÃO

No contexto actual assiste-se a um interesse crescente pelas investigações sobre as conexões entre o corpo e a mente, o que de algum modo espelha a mudança de paradigma nos cuidados de saúde (de uma abordagem fisio-patológica para uma abordagem globalizante), em que as necessidades espirituais são parte integrante das necessidades físicas e psicológicas. As principais razões que os doentes referem em relação à importância dos profissionais de saúde atenderem às necessidades espirituais são: que estes compreendam a forma como as suas crenças interferem no seu problema de saúde; que os compreendam melhor como pessoas; que os profissionais de saúde ajudem a construir um sentido de esperança realista; que sejam capazes de os ouvir (8).

Embora a relação entre espiritualidade e cuidados de saúde esteja já evidenciada na investigação, há ainda um longo caminho a percorrer.

Podemos referir que a espiritualidade é uma dimensão importante do homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Muller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001;76:1225-35.

- 2 - Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações estratégicas, 2, Direcção Geral da Saúde, Lisboa, 2004. disponível em <http://www.dgsaude.pt/>
- 3 - Greenstreed W. From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. *Br J Nurs* 2006; 15(17):938-42.
- 4 - Pais-Ribeiro JL, Pombeiro T. Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: Pais-Ribeiro JL, Leal I, editores. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA; 2004. p.757-69.
- 5 - Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psychooncology* 1999; 8(5):408-16.
- 6 - Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress e coping. *Int J Behav Med* 2004;11(1):48-55.
- 7 - Holland JC, Passik S, Kash KM, et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology* 1999;8(1):14-26.
- 8 - MacCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2004; 2(4):356-61.
- 9 - Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organisation for research and treatment of cancer QLQ\_C30: a quality -of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85 (5), 365-76.
- 10 - Watson, D., Clark, A., & Tellegen, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS Scales. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54 (6), 1063-70.
- 11 - Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4(1):92-100.
- 12 - Ferrell BR, Dow KH, Grant M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Qual Life Res* 1995 Dec; 4(6): 523-31.
- 13 - Fleck MP, Borges ZN, Bolognesi G, et al. Desenvolvimento do WHOQOL, modulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37 (4), 446-55.
- 14 - Hill PC, Pargament KI, Wood RW. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *J Theory Social Behaviour* 2000; 30(1):51-77.
- 15 - Gall TL, Cornblat MW. Breast Cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long -term adjustment. *Psychooncology* 2002; 11(6):524-35.
- 16 - Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, et al. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 1999; 8(5):417-28.
- 17 - Thornton AA. Perceiving benefits in the cancer experience. *J Clin Psychol Med Settings* 2002; 9 (2), 153- 65.
- 18 - Tabachnik BK, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 3ª ed. New York, Harper Collins College; 1996.
- 19 - Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais . A complementariedade do SPSS*; 2ª ed, Lisboa: Edições Silábo Lda; 2000.
- 20 - Powe BD, Finnie R. Cancer Fatalism. The state of science. *Cancer Nurs* 2003; 26(6):454-65.
- 21 - Ribeiro JLP. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores;1999.
- 22 - McCoubrie R, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer* 2006 ;14 (4): 379-85

**Correspondência:**

Dr.ª Cândida Pinto  
Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Rua Álvares Cabral, 384  
4050-040 Porto

e-mail: candidapinto@esenf.pt

## ANEXO

**ESPIRITUALIDADE**  
**(Pinto C & Pais-Ribeiro JL)**

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque** com uma **X** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4