



## A Relação entre a Espiritualidade e as Perturbações do Humor em Doentes com Esclerose Múltipla

Maria Filomena Soares de Azevedo Nascimento<sup>1</sup>  e Luís Carlos Carvalho da Graça<sup>2</sup> 

*Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal*

**Resumo:** A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica, incapacitante e imprevisível que origina problemas físicos, psíquicos e sociais, com impacto na vida dos doentes. As perturbações do humor surgem com frequência associadas à doença podendo a espiritualidade constituir uma relevante estratégia de coping. O principal objetivo deste estudo é analisar a relação entre a espiritualidade e as perturbações do humor em doentes com EM. A amostra é composta por pessoas com esclerose múltipla, que, depois de informadas, se disponibilizaram a participar no estudo. O instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário, sendo constituído por três partes: 1) caracterização sociodemográfica e da situação clínica; 2) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de Pais-Ribeiro et al. (2004); 3) Daily Spiritual Experience Scale (DSES) de Underwood e Teresi (2002), validada em Portugal como Escala de Experiência Espiritual Quotidiana por Taranu (2011). Os resultados indicam que a idade dos participantes varia entre os 22 e os 70 anos, sendo o grupo mais representado o que varia entre os 35 e os 44 anos (37,3%), seguido pelo grupo etário que varia entre os 45 e os 54 anos (23,6%). Dos participantes, 70,8% pertencem ao sexo masculino, 34,8% são especialistas das profissões intelectuais e científicas, 19,3% pertence à categoria do pessoal administrativo e similares e 18,0% assumem-se como técnicos e profissionais de nível intermédio. Os resultados deste estudo demonstram ainda que 57% dos participantes assumem praticar algum culto ou prática religiosa. No que se refere à espiritualidade, na dimensão terrena, os scores variam entre 1 e 6, com média de  $3,46 \pm 1,29$  e mediana 3,5. Os scores da dimensão divina também variam entre 1 e 6, com média de  $3,8 \pm 1,52$  e mediana de 3,9. Quanto às perturbações do humor, 51,6% afirma já ter vivenciado episódios que envolvam ansiedade ou depressão ou stress. Por outro lado, 43,4% foram diagnosticados com mais que uma perturbação do humor em simultâneo. Os scores apurados pela EADS para a ansiedade variam entre 0-20, com média de  $5,81 \pm 4,49$  e mediana 5; para a depressão, os valores oscilam entre 0-20, com média de  $5,82 \pm 4,49$  e de mediana 5, observando-se no stress um mínimo de 0 e um máximo de 18, com média de  $8,44 \pm 4,61$  e mediana de 8. Os resultados indiciam que a espiritualidade, a par da rede de suporte social, pode constituir uma importante estratégia de coping, devendo ser objeto de intervenção dos profissionais.

**Palavras-chave:** esclerose múltipla, espiritualidade, coping, perturbações do humor

## The Relationship Between Spirituality and Mood Disorders in Patients With Multiple Sclerosis

**Abstract:** Multiple Sclerosis (MS) is a chronic, incapacitating and unpredictable disease that causes physical, psychological and social problems with an impact on the patient's life. Mood disorders are often associated with illness and Spirituality can be a relevant coping strategy. The main objective of this study is to analyze the relationship between Spirituality and mood disorders in patients with Multiple Sclerosis (MS). The sample is composed of people with multiple sclerosis who, after

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Cuidados Paliativos. Mestre em Cuidados Paliativos. *E-mail:* [filomena\\_nascimento1981@hotmail.com](mailto:filomena_nascimento1981@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutor em Enfermagem. Professor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

being informed, became available to participate in the study. The selected data collection instrument was the questionnaire, consisting of three parts: 1) sociodemographic characterization and the clinical situation; 2) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) of Pais-Ribeiro et al. (2004); 3) Daily Spiritual Experience Scale (DSES) by Underwood and Teresi (2002), validated in Portugal as Escala de Experiência Espiritual Quotidiana by Taranu (2011). The results indicate that the participants age ranges from 22 to 70 years, with the most represented group between 35 and 44 years (37.3%), followed by the age group between 45 and 54 years (23.6%). 70.8% of the participants are male, 34.8% are specialists in the intellectual and scientific professions, 19.3% belong to the administrative category, and 18.0% are technicians. The results of this study also show that 57% of the participants assume to practice some cult or religious practice. In the earthly dimension, scores range from 1 to 6, with a mean of  $3.46 \pm 1.29$  and a median of 3.5. The scores of the divine dimension go from 1 to 6, with a mean of  $3.8 \pm 1.52$ . 51.6% said they had experienced episodes involving anxiety or depression or stress and 43.4% were diagnosed with more than one mood disorder simultaneously. The scores calculated by EADS for Anxiety are between 0-20, with a mean of  $5.81 \pm 4.49$ . For depression, the values ranged from 0-20, with a mean of  $5.82 \pm 4.49$ . For stress the values range from 0-18, with a mean of  $8.44 \pm 4, 61$ . The results indicate that spirituality, in association with the social support network, can be an important coping strategy and should be object of professional intervention.

**Keywords:** multiple sclerosis, spirituality, coping, mood disorders

## Introdução

A Esclerose Múltipla (EM) define-se como uma doença desmielinizante de etiologia ainda desconhecida, caracterizada por uma inflamação através da qual se verifica uma destruição das bainhas de mielina que envolvem os axónios dos neurónios cerebrais e medulares, podendo a sua evolução ser do tipo surto-remissão ou progressiva, de início ou após uma fase inicial de surtos (Kasper, 2006).

A mielina é produzida pelos oligodendrócitos, dentro do sistema nervoso, e funciona como revestimento isolador dos axónios. O seu principal objetivo é facilitar a transmissão dos sinais elétricos nervosos dentro do sistema nervoso central (Moura, 2010).

Trata-se, portanto, de uma “doença do sistema nervoso central . . . , onde a camada protetora das fibras nervosas (mielina) é lesada, influenciando de forma negativa as funções motoras, a sensibilidade, o equilíbrio, a fala, a visão e o controle dos esfíncteres” (Costa et al., 2005, p. 118).

Na atualidade, com os diversos tratamentos sintomáticos e terapias alternativas, é possível que o doente com EM experimente uma vida estável, trabalhando em conjunto com os profissionais de saúde, numa atitude preventiva de eventuais surtos e na aquisição de estratégias de sua superação (Braga, 2011).

As implicações da doença não se verificam apenas ao nível físico. Perante as alterações do estilo de vida decorrentes do diagnóstico, dependendo do doente e da fase da vida em que se encontra, poderão surgir perturbações emocionais e do humor (Braga, 2011).

A partir do momento em que o doente recebe a notícia do diagnóstico, tanto o humor como a afetividade podem sofrer alterações, manifestando-se na forma de euforia ou oscilações de ânimo, podendo a pessoa alternar entre o choro e o riso num curto espaço de tempo (Mendes et al., 2003).

Por vezes, ao diagnóstico de EM o doente vê somado um quadro de perturbação do humor, passando geralmente por depressão, ansiedade e stress (Cerqueira & Nardi, 2011).

Segundo Cerqueira e Nardi (2011, p. 12), “estudos recentes mostram que o risco de depressão em pacientes com EM é de aproximadamente 50% ao longo da vida, enquanto na população em geral é em torno de 10%”.

Quando não é tratada, esta perturbação do humor pode ser responsável por suicídios, com 7,5 vezes mais incidência do que na restante população (Holland, 2006).

Estudos realizados na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, no Brasil, indicam que “a depressão é frequente nos pacientes com EM e sugerem haver correlação entre a depressão e a incapacidade funcional” (Mendes et al., 2003, p. 591).

A imprevisibilidade da doença e o facto de ser detetada, maioritariamente, na idade adulta que é, normalmente, caracterizada pela estabilidade afetiva, emocional, profissional e social, o aparecimento da doença leva a pessoa a um conflito

interior, evidenciando outros sentimentos negativos para além da depressão, eventualmente geradores de ansiedade, stress e frustração (Braga, 2011).

Tal como com a depressão, a ansiedade surge associada à EM, sendo experienciada devido à evolução da doença ou a problemas específicos relacionados com outros aspetos da vida do doente (Mendes et al., 2003).

A ansiedade consiste num estado emocional caracterizado por sensações físicas de intensidade variável. Por outro lado, à presença da ansiedade e do medo inconsciente, podem estar associados desequilíbrios químicos no cérebro ou distúrbios hormonais (Pereira, M. G., 2008).

Para além de um quadro de ansiedade e depressão, também se encontram presentes sintomas de stress que se define como um mecanismo de reação que é ativado pelo indivíduo quando percebe um problema, libertando quantidades excessivas de adrenalina (Antonovsky, 1979).

Quer a ansiedade, quer a depressão podem surgir como sintomas emocionais e cognitivos de um quadro de stress (Lopes, 2009).

Na origem de um episódio de stress podem estar um ou vários acontecimentos normativos ou não normativos como é o caso do diagnóstico de uma doença grave (Lazarus & Folkman, 1984).

Para Trindade (2011), o confronto com o diagnóstico de EM implica que o doente possua estratégias de *coping* e recursos emocionais adaptados à situação.

Perante o choque inicial de se ver confrontado com uma doença irreversível, o doente, objetivando o seu bem-estar, procura estratégias de *coping* e resiliência, que poderão passar pela espiritualidade (Corsi, 2014). O que vem corroborar o preconizado por Peres et al. (2007), que defendem que a estratégia de adaptação à doença mais utilizada pelo ser humano é a espiritualidade.

A espiritualidade enquanto estratégia de *coping* face às perturbações do humor, como consequência do diagnóstico de esclerose múltipla, constitui um tema complexo por se tratar de uma das dimensões mais evidentes do ser humano perante o diagnóstico de doença incurável, dado o confronto dos doentes com a própria finitude (Bento, 2000).

Para Pais-Ribeiro e Pinto (2007, p. 47), a espiritualidade “é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso”.

Segundo Lourenço (2004, p. 99), a espiritualidade surge como “algo que dá sentido que nos satisfaz e encoraja no dia a dia a encarar os contratempos e as vicissitudes terrenas . . . , uma força invisível essencial nas nossas vidas”, orientando para um “sentido de continuidade e significação para a nossa existência”.

Assim, pode definir-se a espiritualidade como uma necessidade individual de busca pelo sentido de existência e relação com o divino. Contudo, não pode confundir-se com a religião que consiste num conjunto pré-definido de práticas e crenças pensados para facilitar essa mesma relação.

Num estudo mais recente com pacientes com vários tipos de câncer e, na mesma linha de pensamento, Oliveira (2020) defende que o autoconhecimento constitui um trilha a ser seguido na ampliação da fé, das crenças e da conexão com o Ser de Natureza Superior conduzindo à evolução espiritual e ao controle das emoções.

Também, Carvalho et al. (2023), face às repercussões do diagnóstico de câncer de mama num grupo de mulheres participantes de um estudo, refere que “a Religiosidade/Espiritualidade tem sido um recurso de enfrentamento prioritário, auxiliando no processo de aceitação do diagnóstico”.

Num trabalho intitulado *A espiritualidade no contexto da ciência da saúde*, Gerone (2020), estendendo a influência da espiritualidade a outras áreas, afirma que várias pesquisas constataam que a espiritualidade e a religião constituem fatores psicológicos e sociais imprescindíveis na saúde das pessoas e nos seus hábitos diários.

De acordo com o anteriormente exposto, a questão que orienta a investigação é: Qual a relação entre a espiritualidade e as perturbações do humor em doentes com EM? Assim, definiu-se como objetivo geral analisar a relação entre as perturbações do humor e a espiritualidade em doentes com EM.

## Metodologia

A questão de investigação e os objetivos atrás mencionados guiam-nos no sentido de uma investigação quantitativa. Assim, procedeu-se à realização de um estudo quantitativo, observacional, transversal, e descritivo-correlacional, em que pretendemos descobrir a relação entre as variáveis.

### População e Amostra

A amostra deste estudo, que decorreu em território português, abrange um conjunto de 161 doentes com esclerose múltipla, associados à SPEM, que depois de informados dos objetivos se disponibilizaram a participar no preenchimento dos instrumentos de colheita de dados.

Para a definição do tamanho da amostra, optou-se pela regra do polegar.

Tendo em consideração as características clínicas da doença, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: a) Doentes com mais de 18 anos; b) Aceder a participar voluntariamente no estudo.

### Questões Éticas

Após apreciação e decisão favorável, o pedido e respetivo projeto de investigação foram aceites pela direção da delegação do Porto. O presente estudo foi orientado com base no respeito pelos direitos dos seus participantes, tendo em conta os princípios éticos adequados ao tipo de estudo e à amostra.

### Instrumentos de Recolha de Dados

O instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário, sendo composto por três partes:

Uma primeira parte é relativa à caracterização sociodemográfica e da situação clínica, construída para o estudo, tendo por base a revisão da literatura. Inclui variáveis que foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelas últimas, sempre que possível e adequado.

Para a avaliação das alterações do humor, optou-se pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de Pais-Ribeiro et al. (2004).

A EADS é composta por 21 itens que se dividem por três dimensões, depressão, ansiedade e stress, com sete itens cada.

A depressão abrange: disforia (um item); desânimo (um item); desvalorização da vida (um item); autodepreciação (um item); falta de interesse ou de envolvimento (um item); anedonia (um item); inércia (um item).

A ansiedade inclui: excitação do sistema autónomo (três itens); efeitos músculo-esqueléticos (um item); ansiedade situacional (um item); experiências subjetivas de ansiedade (dois itens).

O stress abrange: dificuldade em relaxar (dois itens); excitação nervosa (um item); facilmente agitado/chateado (um item); irritável/reacção exagerada (dois itens); impaciência (um item).

As respostas são dadas através duma escala tipo Likert, e as pontuações em cada dimensão variam entre zero e 21, sendo que a valores mais elevados correspondem estados de humor mais negativos.

A consistência interna foi avaliada através do Alfa de Cronbach, observando-se ser ligeiramente superior no presente estudo, comparativamente com o estudo de Pais-Ribeiro et al. (2004), sendo em todas as dimensões boa ou muito boa (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Consistência interna da EADS.*

	Pais-Ribeiro et al. (2004)	Estudo
Ansiedade	0,74	0,85
Stress	0,81	0,89
Depressão	0,85	0,91

A autorização para a utilização das escalas foi solicitada e concedida pelos autores.

Para a avaliação da espiritualidade, recorreu-se à Escala de Experiência Espiritual Quotidiana (EEEQ) de Underwood e Teresi (2002), na versão portuguesa de Taranu (2011). Esta escala tem como objetivo a obtenção de um autorrelato das experiências espirituais quotidianas dos participantes e é composta por 16 itens que incluem áreas como a admiração, gratidão, compaixão, sentido de conexão, amor e desejo de proximidade com Deus.

Os primeiros 15 itens são medidos numa escala tipo Likert com 6 pontos (1 = muitas vezes

por dia, 2 = todos os dias, 3 = na maior parte dos dias, 4 = alguns dias, 5 = de vez em quando, 6 = nunca ou quase nunca). O último item, 16: “De um modo geral, quão próximo se sente de Deus?” foi construído numa escala tipo Likert com quatro categorias (1 = nada, 2 = algo próximo, 3 = muito próximo, 4 = tão próximo quanto possível) em forma oposta aos primeiros 15 itens. Trata-se de um item que pretende medir o grau de espiritualidade global.

Segundo Taranu (2011), trata-se de um instrumento unidimensional. No entanto, procedeu à sua análise fatorial exploratória e identificou três fatores.

Num primeiro momento, consideramos a estrutura apresentada pela autora, mas no nosso estudo revelou-se pouco consistente, pelo que optamos pela análise da estrutura fatorial.

Neste sentido, verificamos os pré-requisitos para a análise fatorial exploratória, observando-se que o Kaiser Mayer Olkin era 0,937, sendo significativo o teste de Barlett (aproximação Qui-quadrado = 2664,480; gl 120; sig 0,00), o que nos permitia prosseguir a análise. Para a extração de fatores, utilizou-se o método das componentes principais e para a extração do número de fatores teve-se em atenção o critério de Kaiser. Para a rotação dos fatores, utilizou-se a rotação ortogonal (Varimax), tendo emergido dois fatores, com uma variância acumulada de 72,94%. As dimensões ficaram constituídas da seguinte forma:

**Tabela 2**

*Constituição das dimensões.*

Itens	Dimensões	
	Terreno	Divino
Sinto-me guiado por Deus no decorrer das minhas atividades diárias	0,884	
Sinto, de uma forma muito direta, o amor de Deus por mim	0,873	
Peço a ajuda de Deus no decorrer das minhas atividades diárias	0,839	
Encontro forças na minha religião ou espiritualidade	0,831	
Sinto a presença de Deus	0,826	
Encontro conforto na minha religião ou espiritualidade	0,823	
Desejo estar mais próximo de Deus ou em união com Ele	0,803	
Sinto-me agradecido por todas as bênçãos divinas	0,784	
Durante o culto, ou noutras ocasiões, quando em contacto com Deus, sinto uma alegria que me eleva acima das preocupações diárias	0,773	
Sou espiritualmente tocado pela beleza da criação	0,725	
Sinto o amor de Deus, por mim, através dos outros	0,720	
De um modo geral, quão próximo se sente de Deus	0,710	
Aceito os outros, mesmo quando fazem coisas que penso que são erradas		0,884
Sinto um cuidado desinteressado pelos outros		0,773
Sinto-me em união com tudo aquilo que está vivo		0,633
Sinto uma profunda paz e harmonia interiores		0,563
Variância	65,04%	7,9%

A primeira dimensão denominou-se “Terreno”, constituída pelos itens 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 e 16; e a segunda, “Divino”, sendo constituída pelos itens 2, 6, 13 e 14. A escolha do nome das dimensões prendeu-se com o assunto ao qual cada item se remetia. Se se tratava de uma questão mais ligada às questões terrenas com um maior distanciamento das questões divinas, integraria a dimensão “Terreno”; caso se verificasse uma maior relação com as questões espirituais os itens integrariam a dimensão “Divino”.

Observou-se muito boa consistência interna na Escala Total (0,96) e na dimensão Divino (0,97) e boa na dimensão Terreno (0,81). O alfa de Cronbach da escala total é ligeiramente superior ao do estudo de Taranu (0,92).

Relativamente à primeira parte do instrumento de colheita de dados, foi efetuado um pré-teste com 10 participantes, selecionados informalmente e que se disponibilizaram a colaborar, com o objetivo de avaliar a compreensão das questões, tendo-se procedido a alterações no que se refere à sua estrutura.

### Procedimento de Recolha de Dados

Para a recolha de dados e, tendo presente o objetivo de estudo e as características da população, foi utilizado o questionário on-line. Pretendeu-se, com esta estratégia, aceder ao número máximo possível de associados e evitar os custos inerentes ao envio do questionário por correio tradicional.

Para verificar a funcionalidade do instrumento de recolha de dados, foi efetuado um pré-teste a 10 pessoas com EM, através de contactos informais.

Verificou-se pouca adesão dos participantes, pelo que houve necessidade de contactar a delegação da SPEM de Lisboa, que, após deliberação positiva por parte da direção, divulgou o instrumento de recolha de dados, de forma bem-sucedida.

No questionário, os participantes foram informados dos objetivos do estudo.

Após a recolha da informação, procedeu-se à importação da base de dados e à sua transformação da base de dados em Excel numa base em SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

### Tratamento de Dados

As informações dos questionários foram codificadas de forma a permitir o tratamento estatístico, tendo em consideração os objetivos do estudo.

Assim, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva, adequadas às variáveis quanto à escala de medida (distribuições de frequências, média, mediana, moda e desvio padrão).

Relativamente às medidas de associação, foram tidas em consideração as variáveis quanto à escala de medida e a normalidade de distribuição, e/ou assimetria ou curtose severas, utilizando-se a correlação de Pearson.

O nível de significância admitido foi de 5%.

O software utilizado foi o SPSS 22.0 para Windows.

## Resultados

Os resultados deste estudo são apresentados em função dos objetivos propostos. Num primeiro momento, procede-se à apresentação descritiva dos dados e, posteriormente, à apresentação das medidas de associação.

Segue-se a descrição das características sociodemográficas.

**Tabela 3**  
*Distribuição conforme as características sociodemográficas (n = 161).* continua

	ni	fi (%)
Sexo		
Masculino	114	70,8
Feminino	47	29,2
Grupo etário		
Menos de 24 anos	5	3,1
De 25 a 34 anos	34	21,1
De 35 a 44 anos	60	37,3
De 45 a 54 anos	38	23,6
De 55 a 64 anos	20	12,4
Mais de 65 anos	4	2,5
Estado Civil		
Solteiro	56	34,8
Casado	78	48,4
Divorciado	24	14,9
Viúvo	3	1,9
Habilitações Literárias		
Menos que Ensino Fundamental	5	3,1
Ensino Fundamental	21	13,0
Ensino Médio	46	28,6
Ensino Superior	89	55,2

As 161 pessoas com EM são maioritariamente do sexo masculino (70,8%). As idades variam entre 22 e 70 anos, com média de 42,32 ± 10,65 anos e mediana 43 anos. Quando consideramos os grupos etários, o mais representado é dos 35 aos 44 anos

(37,3%) e o menos representado é o que vai para além dos 65 anos (2,5%). Quanto ao estado civil, dos 161 participantes, a grande maioria são casados (48,4%), sendo o grupo menos representado o dos viúvos (1,9%). No que concerne às habilitações literárias, 55,2% completaram pelo menos um nível do Ensino Superior, seguidos dos participantes com o Ensino Médio (28,6%) e 3,1% não concluíram o Ensino Fundamental.

**Tabela 4**

*Distribuição conforme ocupação segundo Classificação Nacional de Profissões (n = 161).*

		ni	fi (%)
<b>Profissão</b>	Quadros Superiores da Administração Pública e Quadros Superiores de Empresa	8	5,0
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científica	56	34,8
	Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	29	18,0
	Pessoal Administrativo e Similares	31	19,3
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	17	10,6
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	2	1,2
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	7	4,3
	Trabalhadores Não Qualificados	2	1,2
	Estudantes	3	1,9
	Outros	6	3,7
<b>Ativos</b>	Sim	88	54,7
	Não	73	45,3
<b>Motivo de Inatividade</b>	Desemprego	9	12,3
	Incapacidade	27	37,0
	Reforma	30	41,1
	Outros Motivos	5	6,8
	Não responde	2	2,7

No que diz respeito à profissão, o grupo dos especialistas das profissões intelectuais e científicas é o mais representado com 56 participantes (34,8%), sendo os grupos dos operários, artífices e trabalhadores

similares e dos trabalhadores não qualificados os menos representados (1,2%). Dos 161 participantes, 54,7% são profissionais ativos e os restantes não exercem a sua atividade profissional (45,3%). Quanto aos motivos de inatividade, a reforma aparece como o mais representado (18,6%), seguido da incapacidade que representa 16,8% dos inquiridos inativos.

**Tabela 5**

*Distribuição conforme os rendimentos do agregado familiar (n = 161).*

		ni	fi (%)
<b>Rendimento Agregado Familiar</b>	Um salário mínimo	30	18,6
	Dois salários mínimos	37	23,0
	Mais de dois salários mínimos	94	58,4
<b>Com quem vive</b>	Sozinho	22	13,7
	Com familiares	138	85,7
	Com outras pessoas	1	0,6

Relativamente aos rendimentos por agregado familiar, 18,6% vivem com o equivalente a um salário mínimo nacional e 58,4% com um montante superior a dois salários mínimos nacionais. Quanto à composição do agregado familiar 13,7% das pessoas vivem sozinhas, 85,7% vivem com familiares e uma vive com outra pessoa.

**Tabela 6**

*Distribuição conforme religião (n = 161).*

		ni	fi (%)
<b>Pratica alguma religião</b>	Sim	92	57,1
	Não	69	42,9
<b>Religião praticada (n = 92)</b>	Católica	78	84,8
	Evangélica	1	1,1
	Islâmica	1	1,1
	Budista	1	1,1
	Testemunha de Jeová	1	1,1
	Crença Pessoal	3	3,3
	Espiritismo	7	7,6
<b>Frequência cerimónias religiosas (n = 92)</b>	Mais de uma vez/dia	5	5,4
	Diariamente	4	4,3
	Semanalmente	19	20,7
	Mensalmente	7	7,6
	Ocasionalmente	48	52,2

No que diz respeito às crenças religiosas, 42,9% dos participantes dizem não praticar qualquer religião, enquanto 92 dos restantes (57,1%) afirma praticar algum culto ou prática religiosa. Das 92 pessoas que referem alguma prática religiosa, a grande maioria segue a religião católica (84,8%). Relativamente às restantes 7,6% referem que são espíritas, 3,3% têm a sua crença pessoal e as menos representadas são as correntes evangélicas, o islamismo e o budismo com 1,1% cada (1,1%). Dos que praticam uma religião, a maioria frequenta cerimónias religiosas ocasionalmente (52,2%), seguido dos que o fazem semanalmente (20,7%). Os que frequentam diariamente ou mais que uma vez por dia são 9,7%.

**Tabela 7**

*Distribuição conforme tempo de diagnóstico de esclerose múltipla e limitações (n = 161).*

		ni	fi (%)
Tempo de Diagnóstico	Um ano ou menos	23	14,3
	De 1 a 5 anos	29	18,0
	De 5 a 10 anos	48	29,8
	10 anos ou mais	55	34,2
	Não responde	6	3,7
Limitações e correntes da EM	Sim	97	60,2
	Não	64	39,8
Especificação das limitações	Limitações físicas	73	75,3
	Limitações físicas e cognitivas	16	16,5
	Limitações cognitivas	2	2,1
	Não responde	6	6,2
Limitação a casa devido à EM	Sim	22	13,7
	Não	139	86,3
Dificuldade em deslocar-se devido à EM	Sim	67	41,6
	Não	94	58,4

O tempo de diagnóstico varia entre menos de um ano e 10 anos ou mais. A 34,2% das pessoas foi-lhes diagnosticada EM há 10 anos ou mais, constituindo o grupo mais representado. Por outro lado, a 14,3% a EM foi diagnosticada há menos de um ano e 6,2% não respondem. No que se refere a limitações, a maioria (60,2%) refere limitações decorrentes da EM. Das 97

pessoas que referem limitações, as mais citadas são limitações físicas (75,3%), seguidas das limitações físicas e cognitivas (16,5%), observando-se 6,2% de não respostas. Das 161 pessoas com EM 13,7% afirmam estar limitadas a casa devido à doença, e 41,6% refere dificuldades em deslocar-se.

**Tabela 8**

*Distribuição conforme as perturbações do humor (n = 161).*

		ni	fi (%)
Diagnóstico de perturbação do humor?	Sim	83	51,6
	Não	78	48,4
Especificação da perturbação de humor (n = 83)	Ansiedade	15	18,1
	Stress	10	12,0
	Depressão	22	26,5
	Ansiedade e/ou stress e/ou depressão	36	43,4
Medicação atual para perturbações de humor	Sim	63	39,1
	Não	98	60,9

Quanto ao diagnóstico de perturbações do humor, 51,6% dos participantes dizem já lhes ter sido diagnosticada perturbação do humor. Dos 83 participantes que referiram terem sido diagnosticados com perturbações do humor 43,4% estiveram perante o diagnóstico de mais de uma perturbação do humor, a 26,5% foi diagnosticada depressão, a 18,1% ansiedade e a 12,0% stress. Atualmente, 39,1% das pessoas encontra-se a tomar medicação para as perturbações do humor.

**Tabela 9**

*Distribuição conforme relação com familiares e amigos (n = 161).*

	Familiares		Amigos	
	ni	fi%	ni	fi%
Diariamente	109	67,7	103	64,0
Semanalmente	27	16,8	26	16,1
Mensalmente	7	4,3	11	6,8
Ocasionalmente	16	9,9	15	9,3
Não responde	2	1,2	6	3,7

Relativamente à rede social e à frequência da relação com amigos, a maioria dos participantes



(64%) afirma relacionar-se diariamente, 16,1% relaciona-se semanalmente, sendo que o restante se relaciona mensalmente ou ocasionalmente, havendo 3,7% que não respondem. Quanto à frequência da relação com familiares, 67,7% afirma ter relação diariamente, 16,8% relacionam-se semanalmente, e os restantes 14,2% relacionam-se mensalmente, ou ocasionalmente e 2 (1,2%) não responde.

**Tabela 10**

*Distribuição conforme satisfação com familiares e amigos (n = 161).*

	Familiares		Amigos	
	ni	fi%	ni	fi%
Nada satisfeito	11	6,8	9	5,6
Pouco satisfeito	8	5,0	11	6,8
Nem satisfeito nem insatisfeito	23	14,3	30	18,6
Satisfeito	62	38,5	65	40,4
Muito satisfeito	57	35,4	46	28,6

Relativamente à satisfação com amigos, a maioria revela-se satisfeito (40,4%) ou muito satisfeito (28,6%), sendo que 18,6% não se sentem nem satisfeitos nem insatisfeitos, e os restantes consideram-se pouco satisfeitos e nada satisfeitos. À semelhança do que acontece com amigos, na satisfação com os familiares a grande maioria divide-se entre o satisfeito (38,5%) e o muito satisfeito (35,4%). Os participantes que não se consideram nem satisfeitos nem insatisfeitos são 14,3% e os restantes dividem-se entre o pouco satisfeito (5%) e o nada satisfeito (6,8%).

**Tabela 11**

*Distribuição das medidas de estatística descritiva de experiência da espiritualidade (n = 161).*

	Mín- máx	Média ± desvio padrão	Mediana	P25-P75
Terreno	1 - 6	3,46 ± 1,29	3,5	2,5 - 4,25
Divino	1 - 6	3,85 ± 1,52	3,9	2,45 - 5,25

No que se refere à experiência da espiritualidade, na dimensão terrena, os scores variam entre 1 e 6, com média de 3,46 ± 1,29 e mediana 3,5. Os scores da dimensão divina também variam entre 1 e 6, com média de 3,8 ± 1,52 e mediana de 3,9.

**Tabela 12**

*Distribuição das medidas de estatística descritiva das perturbações de humor.*

	Mín- máx	Média ± desvio padrão	Mediana	P25-P75
Ansiedade	0 - 19	5,81 ± 4,49	5	2 - 9
Stress	0 - 18	8,44 ± 4,61	8	5 - 12,5
Depressão	0 - 20	5,82 ± 4,49	5	2 - 10

Quanto às perturbações de humor, a ansiedade e a depressão apresentam valores similares (ansiedade: média 5,81 ± 4,49; mediana 5; depressão: média 5,82 ± 4,49; mediana 5), observando-se valores superiores no stress (média 8,44 ± 4,61; mediana 8).

Com o propósito de dar resposta ao último objetivo, procedeu-se à análise da associação entre as dimensões da EEEQ e as perturbações de humor, recorrendo-se à correlação de Pearson.

**Tabela 13**

*Correlações entre dimensões da espiritualidade e as perturbações do humor (correlação de Pearson).*

	Depressão	Ansiedade	Stress
EEEQ – Divino	0,032	- 0,100	- 0,024
EEEQ – Terreno	0,164*	0,076	0,119

Conforme a Tabela 13, não se observa associação entre a EEEQ – Divino e nenhuma das dimensões das perturbações de humor. Relativamente à EEEQ – Terreno, observa-se uma associação positiva e baixa ( $r = 0,164$ ;  $\text{sig} = 0,038$ ) com a depressão, não se observando para as restantes dimensões da EADS.

## Discussão dos Resultados

Os resultados sociodemográficos indicam que 70,8% dos participantes pertencem ao sexo masculino. Esta percentagem de doentes não se encontra em concordância com os estudos de Correia e Cordeiro (2008) que defendem que a EM afeta duas a três vezes mais as mulheres. No entanto, podemos estar perante um viés decorrente

do processo de seleção da amostra. Tal como havia sido referido, perante a dificuldade em contactar os doentes com EM, recorreu-se à SPEM que apoiou esta investigação, estabelecendo um primeiro contacto com os seus associados, o que limitou a seleção de uma amostra representativa. Cumulativamente, sendo a administração do instrumento de recolha de dados feita online, vê-se condicionado o acesso a ele, sendo permitido o seu preenchimento apenas aos participantes com acesso a computador e internet. Daqui, podemos depreender que os associados com um nível de ensino mais avançado e com conhecimentos informáticos tiveram mais facilidade a aceder ao seu preenchimento. Esta limitação pode ter influenciado a taxa de adesão por parte dos associados do sexo feminino e vem corroborar também os resultados relativos ao grau de ensino, pois 28,6% dos participantes tem o Ensino Médio e 37,9% concluiu um curso de graduação.

Também a ocupação dos participantes aponta neste sentido, uma vez que 34,8% são especialistas das profissões intelectuais e científicas, 19,3% pertence à categoria do pessoal administrativo e similares e 18,0% assumem-se como técnicos e profissionais de nível intermédio, conforme as designações da CNP. Reflexo de uma maior taxa de participantes com habilitações acima da média são, também, os rendimentos por agregado familiar, sendo que 23,0% dos associados vivem com dois salários mínimos e 58,4% com um montante superior a dois salários mínimos.

As idades dos inquiridos variam entre 22 e 70 anos, com média de  $42,32 \pm 10,65$  anos, sendo o grupo mais representado o que varia entre os 35 e os 44 anos (37,3%), seguido pelo grupo etário que varia entre os 45 e os 54 anos (23,6%). Numa primeira impressão, estes resultados não estão em conformidade com a investigação de Correia e Cordeiro (2008) já mencionados, sendo que a EM é mais frequentemente diagnosticada entre os 20 e os 40 anos de idade.

Os resultados relativos à idade podem ser influenciados pelo tempo de diagnóstico decorrido até o preenchimento deste questionário. Um indivíduo que seja confrontado com o diagnóstico, por exemplo, aos 30 anos de idade e esse diagnóstico

tenha decorrido há 10 anos, encontra-se abrangido pelo grupo etário mais representado. Esta ideia é corroborada pelas percentagens de participantes que foram diagnosticadas com EM há 10 anos ou mais (34,2%) e há mais de 5 e menos de 10 anos (29,8%).

Quanto às implicações da doença, 60,2% dos associados referiram possuir limitações decorrentes da EM, sendo que 75,3% possui limitações físicas, 2,1% possui limitações cognitivas e 16,5% possui limitações físicas e cognitivas. Os resultados corroboram o estudo de Bradley (2008), no que se refere às limitações físicas, pois, segundo os autores, as áreas sensíveis afetadas dependem da distribuição e localização das lesões por desmielinização, potenciando a dependência. Assim, é possível depreender-se que a presente investigação obteve resultados concordantes com o quadro teórico, pois, para Trindade (2011), os sintomas mais frequentes incluem fadiga, alterações na marcha, alterações da função urinária, intestinal e sexual, alterações da sensibilidade, dor, alterações visuais e défices cognitivos. Ainda, conforme Braga (2011), a evolução da doença, bem como os sinais e sintomas, variam de pessoa para pessoa, conforme a localização anatómica, a extensão e a sequência temporal das lesões.

O mesmo se verifica quanto às limitações cognitivas, pois, embora Bradley (2008) refira que as limitações cognitivas mais frequentes são o défice de atenção, comprometimento da memória recente e do desempenho de tarefas cognitivas, maior dificuldade em solucionar problemas quotidianos e a diminuição da capacidade de processamento de informação, não determina a prevalência com que ocorrem.

Viu-se então que, no que diz respeito às limitações da doença, quer a nível físico, quer a nível cognitivo, os resultados obtidos estão em conformidade com a investigação de Trindade (2011), Braga (2011) e Bradley (2008), o que leva à reflexão sobre as dificuldades dos participantes em deslocarem-se devido à EM (41,6%), o confinamento a casa devido à doença (13,7%) e a percentagem de indivíduos inativos por incapacidade (37,0%). O tempo decorrido após o diagnóstico e à data do preenchimento do instrumento de recolha de dados pode ser significativo, na medida em que um maior período trará ao doente mais limitações físicas e cognitivas, potenciando situações de menor

mobilidade e maior dependência, elevando, assim, os números de inativos por incapacidade.

Embora as limitações físicas e cognitivas sejam significativas na vida dos doentes com EM, as suas implicações vão mais além dos aspetos físico e cognitivo, englobando todas as dimensões do ser humano. Segundo Braga (2011), dependendo do doente e da fase da vida em que se encontra, poderão surgir perturbações emocionais e do humor.

Um aspeto relevante a ter em conta quando referimos a eventualidade de o doente desenvolver ou não um quadro de perturbação do humor, é a rede social que o envolve.

Para Gusmão (2005), as alterações psicomotoras como a lentidão, a fadiga e a sensação de fraqueza levam, por norma, a um comprometimento da execução de tarefas laborais ou escolares, podendo conduzir os indivíduos ao isolamento social.

Contudo, no presente estudo, observa-se uma grande utilização da rede de suporte social, uma vez que 67,7% dos participantes se relaciona diariamente com familiares e 64,0% se relaciona diariamente com amigos. O contato semanal e mensal com familiares tem uma percentagem de 16,8% e 4,3%, respetivamente, e o contato semanal e mensal com amigos tem uma percentagem de 16,1% e 6,8%, respetivamente. Outro fator a considerar é a satisfação com amigos e familiares. Relativamente à satisfação com amigos, a maioria revela-se satisfeita (40,4%) ou muito satisfeita (28,6%), sendo que 18,6% não se sentem nem satisfeitas nem insatisfeitas. À semelhança do que acontece com amigos, na satisfação com os familiares, a grande maioria divide-se entre o satisfeito (38,5%) e o muito satisfeito (35,4%). Os participantes que não se consideram nem satisfeitos nem insatisfeitos são 14,3%. Os scores apurados relativamente à relação com familiares pode estar relacionado com o facto de 48,4% serem casados e residirem com os cônjuges. Embora, 4,8% serem solteiros e possam, eventualmente, residir com os pais, irmãos ou outros familiares, os resultados obtidos apenas dão acesso à percentagem de participantes, a residir com familiares (85,7%), não permitindo apurar a percentagem exata de solteiros a residir com familiares.

Não pode ser ignorado o facto de estarmos presente uma amostra que toma a iniciativa de travar contactos sociais em benefício próprio. É necessário ter presente que se trata de uma amostra proveniente de uma associação de doentes com um objetivo comum, ao qual todos recorreram por sua vontade e iniciativa. Mais uma vez, sai reforçada a limitação a este estudo, decorrente da técnica amostral, que não é probabilística.

Embora não tendo sido objetivo de o estudo avaliar o impacto da rede social e do contacto com familiares e amigos no desenvolvimento de perturbações do humor, ficou claro que 51,6% dos associados já foi diagnosticado com perturbação do humor, sendo que, deles, 26,5% teve depressão, 18,1% já sofreu de ansiedade, 12,0% referiu já ter vivido situações de stress e 43,4% já experienciou mais que uma perturbação do humor em simultâneo.

Quando o doente recebe a notícia do diagnóstico, o humor e a afetividade podem sofrer alterações, manifestando-se na forma de euforia ou oscilações de ânimo, podendo a pessoa alternar entre o choro e o riso num curto espaço de tempo (Mendes et al., 2003), passando geralmente por depressão, ansiedade e stress (Cerqueira & Nardi, 2011). As perturbações do humor surgem associadas à esclerose múltipla (Mendes et al., 2003), sendo experienciada devido à evolução da doença ou a problemas específicos relacionadas com outros aspetos da vida do doente. Perante o choque inicial de se ver confrontado com uma doença irreversível, o doente, objetivando o seu bem-estar, procura estratégias de *coping* e resiliência, que poderão passar pela espiritualidade (Corsi, 2014).

Várias investigações revelam a importância da espiritualidade na vida dos doentes com EM, apresentando uma correlação positiva entre a espiritualidade, a prática de religião e as melhorias no estado de saúde global (Makros & McCabe, 2003; Mohr et al., 2004). Num estudo elaborado por Brooks e Matson (1982), os doentes com EM identificaram como estratégias de *coping* a aceitação da doença, a proximidade com a família e a prática de religião. Também Mueller et al. (2001) estabelecem uma correlação positiva entre espiritualidade, participação religiosa e melhorias na saúde.

No presente estudo, é perceptível a concordância com investigações anteriores, pois 57,1% dos participantes afirma praticar algum culto ou prática religiosa ou possuir alguma crença espiritual. Dos praticantes, 9,7% fazem-no diariamente, 20,7% semanalmente e 52,2% ocasionalmente.

Assim, no que concerne à relação entre a espiritualidade e as perturbações do humor dos doentes com EM, ficou claro que a notícia do diagnóstico pode ser um fator gerador de perturbações do humor, sendo a espiritualidade a estratégia de *coping* mais usada e à qual é atribuída mais importância (Koenig & Larson, 2001). Outro estudo (McCord et al., 2004) revela que os doentes gostariam que os profissionais de saúde falassem com eles sobre espiritualidade e religião e, segundo Coelho (2011), pessoas que manifestaram que professam uma religião apresentam valores significativamente mais altos de bem-estar.

Para a avaliação da experiência espiritual, recorreu-se à DSES (Underwood & Teresi, 2002) na versão de Taranu (2011), em que valores mais elevados correspondem a uma experiência mais negativa.

Conforme Taranu (2011), a escala é unidimensional, no entanto, após análise factorial exploratória, observou três dimensões.

No presente estudo, optamos por proceder a Análise Factorial Exploratória da escala. Emergiram duas dimensões, que denominamos de terrena, uma vez que os itens eram relacionados com aspetos mais racionais e de relação com os outros, e uma outra dimensão, que denominamos de divina, mais relacionada com o sobrenatural e menos objetivo.

As subescalas revelaram boa consistência interna.

No que respeita à experiência da espiritualidade, na dimensão terrena, os scores variam entre 1 e 6, com média de  $3,46 \pm 1,29$  e mediana 3,5. Os scores da dimensão divina também variam entre 1 e 6, com média de  $3,8 \pm 1,52$  e mediana de 3,9. Constata-se que existe uma experiência mais positiva na dimensão terrena, o que pode estar relacionado com o facto de as pessoas procurarem na relação com os outros o conforto, a compreensão, o desabafo e a ajuda para as necessidades.

Quanto às perturbações de humor, a ansiedade e a depressão apresentam valores similares (ansiedade: média  $5,81 \pm 4,49$ ; mediana 5; depressão: média  $5,82 \pm 4,49$ ; mediana 5) observando-se valores superiores no stress (média  $8,44 \pm 4,61$ ; mediana 8).

As médias superiores relativas ao stress podem decorrer de, tal como refere Antonovsky (1979), este ser um mecanismo de reação que é ativado pelo indivíduo quando entendido como um problema, enquanto a depressão pode ser identificada como um quadro clínico que, para Abelha (2014), perdura no tempo, trazendo prejuízos consideráveis à vida das pessoas e que afeta as rotinas, as tarefas e as atividades, das quais anteriormente retiravam prazer.

O stress é frequentemente entendido pelas pessoas enquanto um mal-estar, no entanto, também ocorre com manifestações biológicas como o aumento da frequência cardíaca, aumento da tensão arterial, insónia, cansaço extremo, perturbações gastrointestinais, cefaleias, lombalgias e tensão muscular (Margis et al., 2003), podendo ser situações com as quais as pessoas com EM se deparam habitualmente.

Para dar resposta ao objetivo geral, procedeu-se à análise da associação entre as dimensões da EEEQ e as perturbações de humor, recorrendo-se à correlação de Pearson, que não revela associação entre a EEEQ – Divino e nenhuma das dimensões das perturbações de humor. Relativamente à EEEQ – Terreno, observa-se uma associação positiva e baixa ( $r = 0,164$ ; sig = 0,038) com a depressão, não se observando para as restantes dimensões da EADS.

A ilação que daqui se pode tirar é que um maior nível de espiritualidade se traduz em bem-estar geral mais elevado e pode ser vista como um fator facilitador de uma maior adaptação a desafios difíceis na vida dos doentes, causados pelas limitações decorrentes da doença.

Regista-se uma forte correlação entre stress, ansiedade e depressão, assim como uma grande associação entre terreno e divino, não se verificando associação entre espiritualidade e stress, ansiedade e depressão.

Estas associações são esperadas uma vez que se trata de dimensões de realidades idênticas, quer nas perturbações do humor, quer na espiritualidade.

O facto de não se encontrar grande associação entre a espiritualidade e as alterações de humor poderá decorrer das pessoas utilizarem outros mecanismos de *coping* para se confrontarem positivamente com a adversidade. A rede de suporte social que as pessoas identificam certamente poderá ser um desses fatores que contribuem para esta situação.

Mas também o facto de vários doentes já terem um longo tempo de doença poderá ser outro dos fatores que contribui para baixos níveis de depressão e ansiedade, pois o processo de adaptação à doença permitiu ir fazendo o luto e ir encontrando mecanismos de aceitação e uma vivência mais positiva.

## Conclusões

No que concerne à relação entre a espiritualidade e as perturbações do humor dos doentes com EM, conclui-se que a notícia do diagnóstico pode ser um fator gerador de perturbações do humor, sendo a espiritualidade uma estratégia de *coping* usada.

A experiência espiritual foi avaliada através da DSES (Underwood & Teresi, 2002, validada em Portugal por Taranu, 2011), observando-se experiência mais positiva na dimensão terrena que na divina.

Quanto às perturbações de humor avaliadas pela EADS (Pais-Ribeiro et al., 2004), a ansiedade e a depressão apresentam valores similares (ansiedade: média  $5,81 \pm 4,49$ ; mediana 5; depressão: média  $5,82 \pm 4,49$ ; mediana 5), observando-se valores superiores no stress (média  $8,44 \pm 4,61$ ; mediana 8).

Após a realização da análise da associação entre as dimensões da EEEQ e da EADS, depreende-se não haver associação entre a EEEQ – Divino e nenhuma das dimensões das perturbações de humor. Relativamente à EEEQ – Terreno, observa-se uma associação positiva e baixa ( $r = 0,164$ ;  $\text{sig} = 0,038$ ) com a depressão, não se observando para as restantes dimensões da EADS.

Assim, e embora não se encontre uma relação causa-efeito entre a espiritualidade e

as perturbações do humor, conclui-se que as pessoas que têm uma experiência mais positiva da espiritualidade na dimensão terrena têm menos tendência para se encontrarem deprimidas.

É de salientar que a presente amostra não representa as características da população com EM, pois estamos perante um grupo de pessoas que, fazendo parte de uma associação, parece ser proactiva e empenhada socialmente, o que poderá ter influenciado os resultados, nomeadamente no que se refere à associação entre as dimensões em estudo. É necessário ter presente que se trata de uma amostra proveniente de uma associação de doentes com um objetivo comum, ao qual todos recorreram por sua vontade e iniciativa. Mais uma vez, sai reforçada a limitação a este estudo, decorrente da técnica amostral, que não é probabilística, pelo que não se poderá proceder à generalização dos resultados.

No entanto, os resultados indiciam que a espiritualidade, a par da rede de suporte social podem constituir determinantes de confrontação, adaptação e resiliência, devendo ser objeto de intervenção dos profissionais. Ajudar na identificação da rede social de apoio para o doente, orientar para recursos da comunidade e atender às suas necessidades espirituais devem estar presentes nas práticas profissionais.

Com este estudo, fica em aberto a necessidade de se aprofundar outros estudos sobre espiritualidade e alterações de humor em populações com doença crónica. Assim, será útil o desenvolvimento de outros estudos com uma amostra representativa para apurar a relação entre a espiritualidade e as alterações de humor, e a influência que a rede social tem na sua vida, assim como para definir o estudo de outras determinantes de perturbações do humor.

## Referências

- Abelha, L. (2014). Depressão: uma questão de saúde pública. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 22(3), 223.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.
- Bento, A. (2000). *O sofrimento do doente internado em cuidados intensivos*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Bradley, W. (2008). Neurology in clinical practice. *Neurology*, 1(61), 92-110.
- Braga, M. N. F. (2011). *Qualidade de vida e saúde mental em portadores de esclerose múltipla*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade da Beira Interior.
- Brooks, N. A., & Matson, R. R. (1982). Social-psychological adjustment to multiple sclerosis: A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 16(24), 2129-2135. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90262-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90262-3)
- Carvalho, S. M., Souza, K. S. S., Ferreira, M. B. L. S., Santos, M. A., Bittencourt, J. F. V., & Grincenkova, F. R. S. (2023, abril). Espiritualidade/religiosidade e rede de apoio na percepção de mulheres com câncer mamário. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 3, 61-77. [doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/cancer-mamario](https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/cancer-mamario)
- Cerqueira, A. C. R., & Nardi, A. E. (2011). Depressão e esclerose múltipla: uma visão geral. *Revista Brasileira de Neurologia*, 47(4), 11-16.
- Coelho, J. C. Q. (2011). *Sofrimento e espiritualidade da pessoa com esclerose múltipla*. [Tese de Doutorado]. Universidade Católica Portuguesa.
- Correia, A. D. A. L. T. (2010). *Factores psiquiátricos e psicossociais na evolução clínica do doente submetido a transplante hepático: estudo longitudinal, prospectivo, observacional, analítico*. [Tese de Doutorado]. Universidade de Lisboa.
- Correia, J. S., & Cordeiro, C. (2008). *A esclerose múltipla*. Ambar.
- Corsi, G. (2014). Doença e crença religiosa: as diversas formas de significar as perdas na esclerose múltipla. *Saberes em Ação*, 2(3), 40-55.
- Costa, C. C. R., Fonteles, J. L., Praça, L. R., & Andrade, Â. C. (2005). O adoecimento do portador de esclerose múltipla: percepções e vivências a partir da narrativa de dois casos clínicos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18(3), 117-124.
- Gerone, L. G. T. (2020, setembro). A espiritualidade no contexto da ciência da saúde. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 1, 121-136. [doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/ciencia-da-saude](https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/ciencia-da-saude)
- Gusmão, R. D. M. (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento*. [Tese de Doutorado]. Universidade Nova de Lisboa.
- Holland, J. (2006). A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psychooncology*, 7(7), 895-991.
- Kasper, G. (2006). Speech acts in interaction: towards discursive pragmatics. In K. Bardovi-Harlig, J. C. Felix-Brasdefer, & A. S. Omar (Eds.), *Pragmatics & language learning* (vol. 11, pp. 281-314). University of Hawai'i at Mānoa.
- Koenig, H., & Larson, D. (2001, maio). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 67-78.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Lopes, V. A. P. (2009). *Vivências psicológicas, questões existenciais e estratégias de coping na pessoa em situação de cuidados paliativos*. [Tese de Mestrado]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lourenço, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico*. Quarteto.
- Makros, J.; McCabe, M. (2003). The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment, and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Religion and Health*, 42, 143-159.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003, março). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl. 1), 65-74.
- McCord, G., Gilchrist, V. J., Grossman, S. D., King, B. D., McCormick, K. F., Oprandi, A. M., Schrop, S. L., Selius, B. A., Smucker, W. D., Weldy, D. L., Amorn, M., Carter, M. A., Deak, A. J., Hefzy, H., & Srivastava, M. (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Journal Farm Med*, 2(4), 356-361.
- Mendes, M. F., Tilbery, C. P., Balsimelli, S., Moreira, M. A., & Barão-Cruz, A. M. (2003). Depressão na esclerose múltipla forma renitente-recorrente. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-A), 591-595.
- Mohr, D., & Genain, C. (2004, agosto). Social support as a buffer in the relationship between treatment for depression and T-cell production of interferon gamma in patients with multiple sclerosis. *J. Psychosom. Res.*, 57(2), 155-158.
- Moura, A. L. A. (2010). *Percepção de contraste e perdas neurais na esclerose múltipla*. [Tese de Doutorado]., Universidade de São Paulo.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.

- Oliveira, V. C. C. A., Correia, K. L. C. L., Leal, J. C., & Macêdo, M. G. L. (2020, novembro). Relação da conexão "Eu-Deus" em pacientes portadores de câncer. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 11, 42-55. doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/portadores-de-cancer
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Pinto, C. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Pereira, A. (2008). *SPSS: guia prático de utilização* (7a ed.). Sílabo.
- Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em doentes com esclerose múltipla: um estudo de validação da Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(12), 283-298.
- Peres, M., Arantes, A., Lessa, P., & Caous, C. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e nos cuidados paliativos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(supl. 1), 82-87.
- Taranu, O. (2011). *Estudo da relação entre resiliência e espiritualidade numa amostra portuguesa*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa.
- Trindade, J. M. O. (2011). *Visão atual sobre a pessoa portadora de esclerose múltipla*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Beja.
- Underwood, L., & Teresi, J. (2002). The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *The Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 22-33.