



JULIANA LEAL FREITAS MAIA

# ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARASSUICIDÁRIOS

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, para obtenção do grau de Mestre, sob a orientação do Professor Manuel João Rodrigues Quartilho e co-orientação do Professor Marco Daniel Pereira, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Junho, 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
Faculdade de Medicina  
Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural

**ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM  
COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARASSUICIDÁRIOS**

JULIANA LEAL FREITAS MAIA

Coimbra, Portugal  
2016

JULIANA LEAL FREITAS MAIA

**ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM  
COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARASSUICIDÁRIOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, para obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria Social e Cultural, sob a orientação do Professor Manuel João Rodrigues Quartilho e co-orientação do Professor Marco Daniel Pereira.

Coimbra, Portugal

2016

## RESUMO

É indubitável que a espiritualidade representa uma dimensão importante da vida humana. A investigação dos seus efeitos e da sua influência, no que tange à saúde das pessoas, contudo, ocasionalmente tem sido negligenciada dentro das Ciências da Saúde. Evidência empírica sugere que benefícios na saúde física referentes à espiritualidade estão associados a ganhos na saúde mental e na qualidade de vida, demonstrados com melhores relações sociais, aquisição de estratégias de *coping*, assim como comportamentos de saúde mais adequados. Pessoas em contexto suicida ou parassuicida estão, via de regra, expostas a maior risco de sofrimento psíquico e físico; muitas vezes, nas suas histórias estão presentes fatores de risco ambientais, sociodemográficos, genéticos e econômicos. Tais elementos constituem importante faceta do decréscimo na avaliação global de bem-estar nessa população. Neste contexto, a qualidade de vida, entendida como uma concepção subjetiva centrada na experiência individual dos sujeitos, é influenciada por condições tanto internas quanto externas à pessoa. Face ao exposto, este trabalho pretende investigar precisamente a espiritualidade e a qualidade de vida de pacientes com comportamentos suicidários e parassuicidários. Foi realizado estudo misto quantitativo e qualitativo; para a análise quantitativa, utilizaram-se quatro questionários: (1) WHOQOL-Bref, (2) WHOQOL-SRPB, (3) Escala de Ideação Suicida de Beck - BSI e (4) Inventário de Depressão de Beck - BDI e, para o estudo qualitativo, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas a indivíduos acompanhados na Consulta de Prevenção de Suicídio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. No estudo quantitativo, pacientes com comportamentos suicidários apresentaram escores menores na percepção de qualidade de vida e de *Esperança/Otimismo* e escores maiores de sintomatologia depressiva e ideação suicida, em relação aos parassuicidários. Os sintomas depressivos e a ideação suicida estiveram associados a menor qualidade de vida global e espiritual, apesar de que a depressão esteve associada a maior religiosidade. Vale ressaltar que, apesar dos níveis mais baixos de qualidade de vida na amostra estudada, os níveis de qualidade de vida espiritual foram altos, o que pode sugerir o uso de estratégias de *coping* religioso/espiritual. No estudo qualitativo, as temáticas em evidência convergem com os fatores de risco e de proteção para o comportamento suicida. Estudos futuros com amostras de maior dimensão serão particularmente relevantes. Enfatiza-se, ao final deste trabalho, a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos ao surgimento da temática religião/espiritualidade em contextos de saúde e doença, pois crenças pessoais, fé e religião contêm aspectos que podem interferir nas questões terapêuticas, influenciando na adesão, apoio social, escolhas, tendências pessoais e manejo de conflitos.

**Palavras-chave:** Espiritualidade; Religiosidade; Qualidade de Vida; Suicídio.

## **ABSTRACT**

There is no doubt that spirituality is an important dimension of human life. The study of its effects and its influence in health, however, has been occasionally neglected within the Health Sciences. Empirical evidence suggests that benefits in physical health related to spirituality are associated with gains in mental health and quality of life, which are demonstrated with better social relationships, acquisition of coping strategies, as well as more appropriate health behaviors. In context of suicide or parasuicide, people are, as a rule, exposed to greater risk of psychological and physical suffering; often in their life stories are present environmental, sociodemographic, genetic and economic risk factors. These elements are an important facet of the decrease in the overall assessment of well-being in this population. In this context, quality of life, understood as a concept based on the subjective experience of individuals, is influenced by both internal and external conditions to the person. Given the above, the aim of this study was to examine precisely spirituality and quality of life of patients with suicidal and parasuicidal behavior. It was performed a mixed quantitative and qualitative study; for quantitative analysis, four questionnaires were used: (1) WHOQOL-Bref, (2) WHOQOL- SRPB, (3) Beck Scale for Suicidal Ideation - BSI and (4) Beck Depression Inventory – BDI; for the qualitative study, it was carried out semi-structured interviews with individuals followed in Suicide Prevention Consultation of the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. In the quantitative study, patients with suicidal behavior had lower mean scores of quality of life and Hope/Optimism and higher scores depressive symptoms and suicidal ideation, compared to parasuicidal patients. Depressive symptoms and suicidal ideation were associated with lower global and spiritual quality of life, although depression was associated with greater religiosity. It is noteworthy that, despite lower levels of quality of life in the studied sample, the spiritual quality of life levels were high, which may suggest the use of religious/spiritual coping strategies. In the qualitative study, the themes that emerged converge with the risk and protective factors for suicidal behavior. Future studies with larger samples will be particularly relevant. At the end of this work, we emphasize the need for health professionals to be alert to the emergence of the theme religion/spirituality on health and disease contexts because personal beliefs, faith and religion contain aspects that may interfere with the therapeutic issues, therefore influencing adherence, social support, choices, personal bias and conflict management.

**Key-words:** Spirituality; Religiosity; Quality of life; Suicide.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer a todos que contribuíram para a finalização deste trabalho é desafio ainda maior que a escrita, porque será difícil exprimir a beleza advinda de todo esse processo. Esta não foi uma caminhada simples, parecia mais uma travessia infundável, marcada por intercorrências pessoais de toda ordem, que, por diversas vezes, me atropelaram. Esses percalços, apesar de terem tentado me conter e me ofuscar o brilho, ao final impulsionaram-me com mais força. Se o desafio foi enorme, as motivações foram ainda maiores. A presença constante de pessoas amigas transformou meus momentos de angústia e sofrimento em uma estrada linda, repleta de cores, perfumes e sons. Talvez esta dissertação seja o resultado mais palpável de um processo que originou muito amadurecimento pessoal. Sendo assim, quero dedicar algumas palavras àqueles que fizeram parte dessa história, pelo simples fato de existirem na minha vida.

A Deus, por ser-me fonte permanente de inspiração. A meus pais, por todo o investimento que fizeram, por terem acreditado em minha capacidade e por despertarem sempre o que há de melhor em mim. A meus irmãos e sobrinhos, pelos abraços sinceros, pela companhia, por toda a confiança que me devotam. A meus tios, tias, primos, primas, madrinhas e padrinho, por terem vibrado comigo desde a aprovação até a conclusão, por representarem a minha “torcida organizada”. Aos meus cunhados, por cuidarem com tanto zelo da minha base, o meu bem mais precioso: minha família. Aos queridos amigos sergipanos, pelo apoio incondicional, por estarem ao meu lado e por trazerem sempre conforto ao meu coração. Às minhas amigas e aos meus amigos de sempre, por todas as mensagens de incentivo, por todo o amor que me dedicam diuturnamente. À chefia e aos colegas de trabalho, pelo apoio e flexibilidade. Aos meus amigos e colegas do mestrado, pelos momentos divididos, por estarem sempre dispostos a tornar mais leve minha estada em Portugal. Aos Professores Marco Pereira e Manuel Quartilho, que acreditaram em meu potencial, fizeram com que eu aproveitasse cada instante desse mestrado e mostraram-me que existem, para além de pesquisadores e resultados, vidas humanas durante a orientação de um trabalho. A todos os pacientes da Consulta de Prevenção de Suicídio do CHUC, por participarem espontaneamente desta pesquisa, meu eterno agradecimento. A todos os alunos, professores e funcionários da Psiquiatria do CHUC, que, com ensinamentos, orientações, gentileza, simpatia e amizade, auxiliaram-me, ativa ou passivamente, na execução desse projeto. E, finalmente, agradeço a Coimbra, por me ter possibilitado mais que a busca de conhecimento técnico e científico, por ter sido o cenário de mais uma experiência fantástica de vida.

*"Viver sempre também cansa!  
O sol é sempre o mesmo e o céu azul  
ora é azul, nitidamente azul,  
ora é cinza, negro, quase verde...  
Mas nunca tem a cor inesperada.  
O Mundo não se modifica.  
As árvores dão flores,  
folhas, frutos e pássaros  
como máquinas verdes.  
As paisagens também não se transformam.  
Não cai neve vermelha,  
não há flores que voem,  
a lua não tem olhos  
e ninguém vai pintar olhos à lua.  
Tudo é igual, mecânico e exacto.  
Ainda por cima os homens são os homens.  
Soluçam, bebem, riem e digerem  
sem imaginação.  
E há bairros miseráveis, sempre os mesmos,  
discursos de Mussolini,  
guerras, orgulhos em transe,  
automóveis de corrida...  
E obrigam-me a viver até à Morte!  
Pois não era mais humano  
morrer por um bocadinho,  
de vez em quando,  
e recomeçar depois, achando tudo mais novo?  
Ah! Se eu pudesse suicidar-me por seis meses,  
morrer em cima dum divã  
com a cabeça sobre uma almofada,  
confiante e sereno por saber  
que tu velavas, meu amor do Norte.  
Quando viessem perguntar por mim,  
havia de dizer com teu sorriso  
onde arde um coração em melodia:  
"Matou-se esta manhã.  
Agora não o vou ressuscitar  
por uma bagatela."  
E virias depois, suavemente,  
velar por mim, subtil e cuidadosa,  
pé ante pé, não fosses acordar  
a Morte ainda menina no meu colo..."*

*(JOSÉ GOMES FERREIRA)*

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	X
LISTA DE FIGURAS	XIII
1 – PREFÁCIO	14
2 – INTRODUÇÃO	19
2.1 – ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE	21
2.1.2 – ESPIRITUALIDADE E SAÚDE	24
2.1.2 – COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL	28
2.1.3 – AVALIAÇÃO	34
2.2 – QUALIDADE DE VIDA	37
2.2.1 – DEFINIÇÃO	37
2.2.2 – AVALIAÇÃO	45
2.2.3 – QUALIDADE DE VIDA, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE	48
2.3 – SUICÍDIO	51
2.3.1 – FATORES DE RISCO	53
2.3.2 – FATORES PROTETORES	59
2.3.3 – MEIOS PARA O SUICÍDIO	60
2.3.4 – PARASSUICÍDIOS/COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS	61
2.3.5 – SUICÍDIO EM PORTUGAL	62
2.3.6 – SUICÍDIO, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE	64
2.3.7 – SUICÍDIO E QUALIDADE DE VIDA	67
3 – METODOLOGIA	69
3.1 – OBJETIVOS	69
3.1.1 – OBJETIVO GERAL	69
3.1.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
3.2 – CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.	70
3.2.1 – DIÁLOGO “QUANTI-QUALI”	71
3.2.2 – AMOSTRAGEM POR SATURAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA	74
3.2.3 – APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS NA PESQUISA QUANTITATIVA	75
3.2.4 – A ENTREVISTA: INSTRUMENTO ESSENCIAL	76
3.3 – PARTICIPANTES	80
3.4 – PROCEDIMENTOS	81
3.5 – INSTRUMENTOS	82
3.5.1 – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	83
3.5.2 – INSTRUMENTOS WHOQOL	83



3.5.2.1 – WHOQOL-BREF	84
3.5.2.2 – WHOQOL-SRPB	84
3.5.2.3 – BSI	85
3.5.2.4 – BDI	85
3.6 – ANÁLISE DOS DADOS	86
4 – ESTUDO QUANTITATIVO	87
4.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA	87
4.1.1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	87
4.1.2 – RELIGIOSIDADE	88
4.1.3 – IDEIAÇÃO SUICIDA E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA	89
4.2 – COMPARAÇÕES ENTRE GRUPOS	90
4.2.1 – SUJEITOS SUICIDÁRIOS E PARASSUICIDÁRIOS	90
4.2.2 – SUJEITOS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE UMA RELIGIÃO	92
4.2.3 – SUJEITOS ATIVOS E NÃO ATIVOS PROFISSIONALMENTE	94
4.3 – ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO	96
4.3.1 – VARIÁVEIS RELIGIOSAS	96
4.3.2 – QUALIDADE DE VIDA ESPIRITUAL E QUALIDADE DE VIDA	97
4.3.3 – SINTOMAS DEPRESSIVOS, IDEIAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA	98
ESPIRITUAL	
4.3.4 – SINTOMAS DEPRESSIVOS, IDEIAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA	99
4.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	99
5 – ESTUDO QUALITATIVO	104
5.1 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS	105
5.1.1 – FAMÍLIA	105
5.1.1.1 – FAMÍLIA COMO OBJETO DE DESEJOS E SONHOS	106
5.1.1.2 – FAMÍLIA COMO FONTE DE FELICIDADE/SATISFAÇÃO	108
5.1.1.3 – FAMÍLIA COMO FONTE DE TRISTEZA/INSATISFAÇÃO	112
5.1.1.4 – FAMÍLIA COMO FONTE DE SENTIDO PARA A VIDA	116
5.1.2 – ESTUDO/TRABALHO/LAZER	123
5.1.3 – CULPAS/ARREPENDIMENTOS	128
5.1.4 – DEUS/FORÇA SUPERIOR	133
5.1.4.1 – SIGNIFICADO	133
5.1.4.2 – FALAR COM DEUS	137
6 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E FORÇAS DO ESTUDO	142
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

APÊNDICE 1: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E DE CONSENTIMENTO INFORMADO	158
APÊNDICE 2: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	162
APÊNDICE 3: GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	163
APÊNDICE 4: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DA PESQUISA	164

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – RESUMO DOS PRINCIPAIS ESTUDOS SOBRE RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE E SAÚDE	25
TABELA 2 – EXEMPLOS DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA MENSURAÇÃO DA R/E	35
TABELA 3 – CLASSIFICAÇÃO DAS DEFINIÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA	44
TABELA 4 – CLASSIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO	54
TABELA 5 – FATORES DE PROTEÇÃO PARA O SUICÍDIO	60
TABELA 6 – CARACTERÍSTICAS DAS PESQUISAS QUALITATIVA E QUANTITATIVA	73
TABELA 7 – ESTRUTURA DA ENTREVISTA	78
TABELA 8 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS AMOSTRAS QUANTITATIVA E QUALITATIVA	88
TABELA 9 – CARACTERÍSTICAS RELIGIOSAS DAS AMOSTRAS QUANTITATIVA E QUALITATIVA	89
TABELA 10 – CARACTERÍSTICAS DE BDI E BSI NAS AMOSTRAS QUANTITATIVA E QUALITATIVA	90
TABELA 11 – COMPARAÇÃO DAS CRENÇAS ESPIRITUAIS, DE CRENÇAS PESSOAIS FORTES E DA IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO NA VIDA E NA TOMADA DE DECISÕES ENTRE SUJEITOS COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARASSUICIDÁRIOS	90
TABELA 12 – COMPARAÇÃO DAS FACETAS DO WHOQOL-SRPB ENTRE OS PARTICIPANTES COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARASSUICIDÁRIOS	91
TABELA 13 – COMPARAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF E FACETA GERAL DE QDV ENTRE OS PARTICIPANTES COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARASSUICIDÁRIOS	91

TABELA 14 – COMPARAÇÃO DOS ESCORES GLOBAIS NO BDI E BSI ENTRE OS PARTICIPANTES COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARASSUICIDÁRIOS	92
TABELA 15 – COMPARAÇÃO DA PRESENÇA DE CRENÇAS ESPIRITUAIS, DE CRENÇAS PESSOAIS FORTES E DA IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO NA VIDA E NA TOMADA DE DECISÕES EM FUNÇÃO DA PRÁTICA RELIGIOSA	92
TABELA 16 – COMPARAÇÃO DAS FACETAS DO WHOQOL-SRPB EM FUNÇÃO DA PRÁTICA RELIGIOSA	93
TABELA 17 – COMPARAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF E FACETA GERAL DE QDV EM FUNÇÃO DA PRÁTICA RELIGIOSA	93
TABELA 18 – CORRELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA RELIGIOSA E OS ESCORES GLOBAIS DE BDI E BSI	94
TABELA 19 – COMPARAÇÃO DA PRESENÇA DE CRENÇAS ESPIRITUAIS, DE CRENÇAS PESSOAIS FORTES E DA IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO NA VIDA E NA TOMADA DE DECISÕES EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	94
TABELA 20 – COMPARAÇÃO DAS FACETAS DO WHOQOL-SRPB EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	95
TABELA 21 – COMPARAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	95
TABELA 22 – CORRELAÇÃO ENTRE A SITUAÇÃO PROFISSIONAL E OS ESCORES GLOBAIS DE BDI E BSI	96
TABELA 23 – CORRELAÇÃO DE VARIÁVEIS RELIGIOSAS E FACETAS DO WHOQOL-SRPB	96
TABELA 24 – CORRELAÇÃO DE VARIÁVEIS RELIGIOSAS E QDV	97
TABELA 25 – CORRELAÇÃO DE VARIÁVEIS RELIGIOSAS E ESCORES DE BDI E BSI	97
TABELA 26 – CORRELAÇÃO DAS FACETAS DO WHOQOL-SRPB E QDV	98
TABELA 27 – CORRELAÇÃO DAS FACETAS DO WHOQOL-SRPB ESCORES DO BDI E BSI	98

TABELA 28 – ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, IDEIAÇÃO SUICIDA E QDV 99

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – HIERARQUIA DAS NECESSIDADES HUMANAS	39
FIGURA 2 – COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO - POR 100 MIL HABITANTES	53
FIGURA 3 – INCIDÊNCIA DE FATORES DE RISCO AO LONGO DO TEMPO	55
FIGURA 4 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA NOMENCLATURA PROPOSTA PELO PNPS 2013-2017	61

## 1 – PREFÁCIO

*“A coisa mais bela que podemos experimentar é o mistério. Essa é a fonte de toda a arte e ciências verdadeiras” (ALBERT EINSTEIN)*

O interesse pelo estudo da influência da espiritualidade na vida das pessoas remonta à minha trajetória como pessoa e - não poderia ser diferente - às minhas experiências como médica.

Nasci e fui criada no estado de Minas Gerais no Brasil. Estudei até os 15 anos de idade em um Colégio de freiras, ensino Católico Apostólico Romano. Sou neta de católicas fervorosas, mas filha de espiritualistas kardecistas, sobrinha e prima de evangélicos protestantes. Na minha família temos também adeptos ao Reiki e ao Seicho-No-Ie. Possivelmente, há um indivíduo com maior proximidade ao Candomblé. E tudo isso invariavelmente exerceu alguma influência sobre a minha escolha e curiosidade a respeito da espiritualidade das pessoas.

Aqueles são todos exemplos de religiões, que não são o foco deste trabalho, muito embora sejam temas frequentes quando se aborda a espiritualidade. Cresci e amadureci muito com a diversidade, com o diálogo e com as comparações de conceitos e o que vejo, ao final, é que a espiritualidade é também objetivo das religiões, mas amplia o campo de estudo quando focaliza no sentido de vida, no propósito de vida e nas crenças e valores pessoais.

As memórias que tenho de exemplos de bondade, ética, consciência moral e harmonia não estão vinculadas a escolhas por uma ou outra religião; pessoas podem ser espiritualizadas sem seguir nenhum dogma religioso, sem praticar nenhum ritual, sem frequentar nenhuma instituição. A espiritualidade caracteriza-se pela dimensão essencialmente experiencial, enquanto que a religião representa o aspecto institucional e doutrinário. Essa separação conceitual é muito importante.

Ainda jovem, antes de ser médica, eu já percebia que as pessoas espiritualizadas na minha família encaravam os problemas de modo diferente, com potencial de transformar um dito peso em algo mais leve e suportável. E isso sempre me intrigou. Essas pessoas teriam mesmo menos dificuldades na vida ou seria o modo de lidar que facilitaria o enfrentamento? Existem mesmo pessoas mais "abençoadas" por Deus, premiadas com

uma vida melhor, ou seriam seus atos e suas formas de ver o mundo que determinariam o melhor resultado?

Na minha caminhada como estudante, deparei-me com casos muito difíceis de resolver, uma vez que problemas socioeconômicos permeavam a minha prática e eram determinantes de saúde e de doença que não poderiam ser "resolvidos" por um mero estudante de medicina. Entretanto, nos postos de saúde, hospitais e clínicas de atendimento especializado sempre conheci pessoas que suportavam as intempéries da vida com a ajuda de uma força diferente, algo que as fazia crer que o propósito de vida estava atrás de toda e qualquer experiência vivida. Para mim era nítido que essas pessoas adoeciam menos, tanto física como mentalmente. E não eram os problemas que eram menores; talvez as crenças e valores é que fossem maiores e, naquela época, eu não me dei conta de que a presença da espiritualidade já me desafiava.

Em dezembro de 2007 recebi o meu diploma de medicina e um mês depois encarei novo desafio, fui médica numa aldeia indígena. Meu conhecimento técnico adquirido em 6 anos de esforço, estudo responsável, noites mal dormidas, lá não valia nada.

Novamente as crenças espirituais bateram à minha porta e, dessa vez, não eram sempre um reforço positivo aos tratamentos instituídos... eram, muitas vezes, grandes entraves. Meus pacientes nem a minha língua falavam. Possuíam crenças totalmente diferentes das minhas e, muitas vezes, refutavam as minhas. E eu, naquele tempo, refutei as deles. Mas estava eu correta? A minha verdade seria a única?

Vi lactentes morrerem de pneumonia porque os índios resistiam aos antibióticos. Vi gestantes não aceitarem tratamento para toxoplasmose ou sífilis e adultos não aderirem ao tratamento da hanseníase ou tuberculose. Vi crianças com síndrome de Down serem rejeitadas, vi pacientes psiquiátricos viverem enjaulados. Vi umbigos de neonatos serem tratados com um pó composto por restos de plantas e cinzas. Para mim eram patologias médicas, mas para esses indivíduos a doença era uma prova divina e o tratamento e cura não estavam nas mãos de uma simples médica de 24 anos de idade.

O interessante é que presenciei também a cura de muitas patologias clínicas com o uso de unguentos preparados pelo cacique e pelas curandeiras da aldeia. Escutei muitos cânticos de cura e assisti a rituais que visavam ao tratamento das pessoas. E em alguns casos funcionavam e me deixavam perplexa. Eu não estudei anos e anos e visualizei os microorganismos ao microscópio? Eles não estariam ali também? Poderiam estes



morrer depois de uma oração correta e bem-feita? Que crença era essa, que poder era esse que poderia destruir até algumas infecções? A destruição desse patógeno seria permanente e efetiva como a determinada pelo uso dos antimicrobianos?

A minha análise era ainda mais complexa quando se tratavam de doenças não-infecciosas. Porque nessas, o ritual era quase infalível. Era impressionante ver (“a olhos nus”) como o ser humano possui uma força dentro de si que não é mensurável, mas que também é inquestionável. Pelo menos até os dias atuais.

Nessa época, somaram-se as experiências como neta de católicos, filha de espiritualistas kardecistas, sobrinha de evangélicos protestantes e adeptos do Seicho-No-Ie, Reiki e Candomblé aos ensinamentos de líderes indígenas, politeístas, com certezas de vida baseadas no fogo, na água, no ar e na terra. Ali a ciência não tinha o valor que eu dava e a espiritualidade era um universo a ser explorado.

Após um ano de experiência em solo prioritariamente indígena, eu decidi me mudar e trabalhar com a saúde da família no estado da Bahia, no Brasil. Região influenciada pela utilização, nos tempos do Brasil-colônia, da mão-de-obra escrava. Sem dúvidas, a matriz africana imprimiu marcas na religiosidade desse povo. Agora parte da minha anamnese seria permeada pelos preceitos do Candomblé, que, mesmo com os matizes adquiridos após a aculturação brasileira (sincretismo religioso), mantém o culto aos orixás. É uma religião com várias divindades cultuadas e acreditam na vida após a morte. Vi-me novamente atraída pela curiosidade - o novo é sempre um estímulo para mim – e, neste período, participei de uma sessão umbanda e a experiência foi inspiradora. Tambores, música entoada, roupas brancas, fogo, álcool, pés descalços e atendimento personalizado por um “médium”, um adivinho. E não me deparei com nenhum psicótico grave por lá, não que eu me apercebesse. Essas pessoas funcionavam bem em seu cotidiano e tinham problemas, prazeres e responsabilidades como todas as outras. A religião era só um modo de ver, uma lente pessoal.

Dois anos após, já especialista em Saúde Mental e Álcool e outras drogas, mudei-me para o estado de Sergipe e fui inserida como médica na rede de Atenção Psicossocial. Iniciei a minha trajetória junto aos portadores de sofrimento psíquico em 2011, com dedicação exclusiva e foco na saúde mental das pessoas. Deparei-me com costumes místico-religiosos heterogêneos, em geral adeptos ao cristianismo ou a vertentes do candomblé, além de outros poucos espíritas kardecistas. A novidade neste período foi o trabalho com toxicodependentes, que por muitas vezes se definiam “sem religião” ou “sem crenças numa força superior”. Minha análise desse período, embora sem

quantificar, traduz bem a diferença entre religião e espiritualidade. Muitos dos pacientes com quem me deparei eram espiritualizados, mesmo sem professar nenhuma fé. Ter religião não é um pré-requisito para ter propósito de vida e é nesse contexto que se insere o presente trabalho.

Com o passar dos anos, ainda que sejam poucos os meus 9 anos de exercício profissional, fui médica em muitos cenários e tive muita sorte. Digo sorte porque fui agraciada com a diversidade cultural, a pluralidade existencial e a visualização de vários modos de fazer a vida funcionar; diferentes, mas eficientes. Ocasionalmente, até complementares, caso os envolvidos se permitissem experimentar novas coisas.

Toda essa vivência da religiosidade/espiritualidade sempre me inquietou e surgiu a necessidade de estudar para tentar responder aos meus próprios “porquês”. No Brasil, finalizei duas especializações *lato sensu* (Atenção Básica em Saúde - 2010 e Saúde Mental e Álcool e outras drogas - 2011) e não me sentia contemplada neste campo do saber. O tema me intrigava por ser tão importante na prática clínica, enquanto é negligenciado durante a formação acadêmica. Foi quando decidi que o Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Universidade de Coimbra seria a escolha da vez.

Pensar numa especialização *stricto sensu* era já um desafio, mas aliado ao fato de ser noutra país... tornou-se um grande desafio. De médica atuante no Brasil, socializada e apoiada por familiares/amigos a estudante desempregada em Portugal, sozinha. Estaria em questão agora o meu propósito de vida? As minhas crenças pessoais? O sentido?

Um tempo de muito amadurecimento pessoal e profissional se anunciava. Um novo degrau como pesquisadora, um novo teste de aculturação, novas provas de resiliência a cumprir. E correu bem. Meu conhecimento prévio e toda a bagagem pessoal que me acompanhava, associados aos temas discutidos ao longo das disciplinas cursadas, foram o alicerce para a decisão do objeto de pesquisa: a Espiritualidade.

E alguns podem estar se perguntando “por que a escolha dos pacientes com comportamentos suicidas”?

Na minha caminhada como pessoa e como médica, atualmente a atuar exclusivamente na Saúde Mental/Psiquiatria, pude verificar que o contato com a morte – em seus diversos desdobramentos e interfaces – facilita o aflorar da Espiritualidade na vida dos seres humanos.

Querer suicidar-se denota uma perda de sentido existencial, uma dificuldade em gerenciar a angústia e o desespero diante de adversidades da vida. A ideia do suicídio acompanha os traumas, os transtornos de humor e de personalidade, o sentimento de vazio, a desesperança. Enquanto que a Espiritualidade é exatamente o oposto. É a existência do sentido, do propósito em se estar aqui, aliada a crenças e valores pessoais que facilitem a resiliência.

Sendo assim, seria a presença da Espiritualidade capaz de melhorar os desfechos no processo saúde/doença envolvidos no comportamento suicida? Seria a ausência dela um fator de risco extra? A espiritualidade influenciaria a qualidade de vida dessas pessoas? Existem níveis de espiritualidade diferentes entre as pessoas que apresentam comportamentos suicidários e as que se enquadram melhor nos comportamentos parassuicidários?

A importância da dimensão espiritual é facilmente percebida quando há dor ou sofrimento humano. E que dor maior pode sentir uma pessoa que a de querer morrer?

Com tantas formas de viver a espiritualidade à minha volta e com tantas questões ainda por responder, iniciou-se a recolha dos dados para posterior análise. E os dados obtidos, com sua respectiva discussão, serão apresentados a seguir...

Faço votos de uma boa leitura a todos

Juliana

## 2 – INTRODUÇÃO

*“A vida é sofrimento e, sobretudo, viver é encontrar sentido na dor. Se há, de algum modo, um propósito na vida, deve havê-lo também na dor e na morte. Mas pessoa alguma pode dizer à outra o que é esse propósito. Cada um deve descobri-lo por si mesmo e aceitar o que essa resposta implica” (VIKTOR FRANKL)*

É indubitável que a espiritualidade representa uma dimensão importante da vida humana (Culliford, 2015). A investigação dos seus efeitos e da sua influência, no que tange à saúde das pessoas, contudo, ocasionalmente tem sido negligenciada dentro das Ciências da Saúde.

Evidência empírica sugere que benefícios na saúde física referentes à espiritualidade estão associados a ganhos na saúde mental e na qualidade de vida, demonstrados com melhores relações sociais, aquisição de estratégias de *coping*, assim como comportamentos de saúde mais adequados (George, Ellison, & Larson, 2002; Paloutzian & Park, 2005; Panzini & Bandeira, 2007).

Apesar dos diversos avanços no campo da associação entre a saúde e a espiritualidade, tais avanços, na prática clínica, mantêm-se insuficientes. A maioria dos profissionais de saúde ainda ignora as crenças espirituais dos pacientes ou as explora superficialmente. De fato, a literatura aponta para os benefícios da espiritualidade nos desfechos de saúde física e mental (Koenig, McCullough, & Larson, 2001; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008; Volcan, Sousa, Mari, & Horta, 2003); entretanto, a natureza subjetiva do tema prejudica a mensuração e a construção de saber científico, por enfrentar dificuldades de operacionalização.

Pessoas com potencial suicida ou com relato de comportamentos autolesivos estão, via de regra, expostas a maior risco de sofrimento psíquico e físico; muitas vezes, nas suas histórias estão presentes fatores de risco ambientais, sociodemográficos, genéticos e econômicos (Botega, 2015; Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014). Tais elementos constituem importante faceta do decréscimo na avaliação global de bem-estar nessa população.

Neste contexto, a qualidade de vida (QdV), entendida como uma concepção subjetiva centrada na experiência individual dos sujeitos, é influenciada por condições tanto

internas quanto externas à pessoa (Canavarro, 2010; Cummins, 2000; Minayo, 2000; Quartilho, 2010). Para alguns, pode ser sinónimo de bem-estar (Minayo, 2000; Quartilho, 2010) e, sem dúvida, a espiritualidade exerce o seu papel na construção individual do viver bem e com qualidade.

Face ao exposto, este trabalho pretende investigar precisamente a espiritualidade e a qualidade de vida dos pacientes com comportamentos suicidários e parassuicidários. A origem deste trabalho remete às disciplinas cursadas no Mestrado de Psiquiatria Social e Cultural e à experiência da pesquisadora como pessoa e como médica nos diversos contextos.

Para investigar a relação entre espiritualidade, QdV e suicídio foi realizado um estudo misto quantitativo e qualitativo. Para a análise quantitativa, foi feito o preenchimento de quatro questionários de autorresposta: (1) WHOQOL-Bref (módulo da Organização Mundial de Saúde [OMS] para avaliação da QdV), (2) WHOQOL-SRPB (módulo da OMS para avaliação da Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais), (3) BSI (inventário para avaliação da ideação suicida) e (4) BDI (inventário para avaliação da depressão). Para o estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a indivíduos acompanhados na Consulta de Prevenção de Suicídio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Deste modo, esta segunda seção do trabalho apresenta o enquadramento teórico – descrição dos conceitos adotados de religiosidade/espiritualidade e a sua relação com o campo da saúde, além de trazer referencial teórico sobre a qualidade de vida e o suicídio. Na terceira seção será descrita a metodologia, com vistas a salientar o tipo de investigação, a amostra, os instrumentos e o procedimento, e descrever a recolha dos dados e o tipo de análise realizada para a obtenção dos resultados. Na quarta seção, far-se-á análise e discussão dos resultados. Por fim, são traçadas as considerações finais.

## 2.1 – ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE

*“Deus não tem nenhuma religião”  
(MAHATMA GANDHI)*

Por muitos anos a religiosidade foi apontada como um aspecto negativo para o funcionamento psicológico do ser humano. A separação entre religião e ciência ocorreu com base na supervalorização da ciência como uma evolução positiva e necessária, com reforço à racionalidade e à cientificidade dos acontecimentos (Esperandio, Zaperlon, Zorzi, Silva, & Marques, 2015; Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, & Catré, 2016; Marques, 2016; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008). A ciência seria, portanto, a garantia de “melhor explicar o mundo, prever acontecimentos, controlá-los e dominar a natureza numa posição inquestionavelmente antropocêntrica” (Marques, 2016, p. 9). Em contrapartida, a religião seria um modo arcaico de explicar os fatos e deveria ser substituída pelo método científico de interpretar a realidade.

Entretanto, para Marques (2016), esse modelo científico, com variáveis consideradas controláveis, abalou-se com as guerras, a pobreza, o esgotamento dos recursos naturais e a violência e desintegração do tecido social. A ciência, apesar de não ser infalível, foi priorizada por muitos anos (Marques, 2016; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008), em detrimento dos constructos de ordem social e cultural, onde também se insere a espiritualidade.

Embora a ciência tenha se disseminado no senso comum (basta ver o montante de revistas de divulgação científica circulando nas mídias) e venha ditando formas de viver, as religiosidades não se tornaram menos presentes. As grandes religiões de tradição histórica e seus líderes seguem fortes e presentes, atraindo multidões de praticantes e curiosos. A religião segue presente na vida das pessoas, na linguagem do cotidiano, nos templos, nos feriados, no turismo religioso, nas imagens, em datas comemorativas e na política. Onde, talvez, ela tenha estado menos presente é nos bancos acadêmicos e na intelectualidade científica, justamente pela assepsia que esse afastamento indica (Marques, 2016, p. 10).

Com a definição ampliada de saúde, publicada em 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade”, o conceito de saúde se expandiu. Pouco a pouco, e principalmente a partir da década de 80, houve uma maior

valorização dos diversos aspectos importantes para o bem-estar, como o estado físico, o estado psicológico, as interações sociais, fatores econômicos e o estado religioso e espiritual, objeto de análise deste texto. Todos estes elementos são fatores importantes para a qualidade de vida das pessoas (Minayo, 2000; Pereira, Teixeira, & Santos, 2012; Quartilho, 2010).

Em 1988, a OMS incluiu a espiritualidade no conceito multidimensional de saúde, referindo-se a questões como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo de prática religiosa. Inaugura-se um novo campo de pesquisas e, desde então, há evidências crescentes de que o bem-estar espiritual também exerce um efeito positivo em diversos desfechos em saúde (Volcan et al., 2003).

Em termos globais, religião e espiritualidade são valores importantes para as pessoas de todo o mundo, mas durante muitos anos os aspectos religiosos e espirituais da vida humana foram negligenciados pela ciência e, conseqüentemente, pelos profissionais da saúde (Esperandio et al., 2015; Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006; Pargament & Raiya, 2007).

A Religiosidade/Espiritualidade (R/E) é temática frequente nos serviços de saúde e tem associações com a saúde mental (Oliveira & Junges, 2012), que devem ser considerados na pesquisa e prática clínica (Esperandio et al., 2015). Nesse sentido, o profissional que pretende entender sobre os aspectos biopsicossociais de um paciente precisa avaliar, entender e respeitar as crenças religiosas deste, como qualquer outra dimensão psicossocial de um ser humano (Moreira-Almeida et al., 2006).

A espiritualidade e sua relação com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação (Guimarães & Avezum, 2007, p. 89).

Em se tratando da espiritualidade, para que seja melhor entendida – e, possivelmente, mensurada - de acordo com diversos autores é necessário minimamente distinguir o componente religioso do componente espiritual (Esperandio et al., 2015; Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida et al., 2006). Não há consenso sobre a melhor definição da espiritualidade (Catré et al., 2016; Loureiro et al., 2015; Moreira-Almeida et al., 2006),

porém, para facilitar a compreensão do assunto, faz-se necessária distinção dos conceitos básicos de religião, religiosidade e espiritualidade (Catré et. al., 2016; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008).

Segundo Catré e colaboradores (2016), existem inúmeras definições de espiritualidade e, para tanto, um pesquisador deve escolher a conceituação que melhor se adequa aos seus objetivos de pesquisa. Para estes autores, é imprescindível, ainda, que sejam considerados os contributos das diversas áreas de conhecimento que estudam a espiritualidade, com avaliação multidimensional do constructo, a fim de se obter um melhor entendimento do fenômeno. No geral, deve-se entender que a religião e a espiritualidade representam um processo de procura, que o desenvolvimento espiritual abrange a capacidade de autotranscendência e que uma religião prevê múltiplas espiritualidades (para revisão conferir Catré et al., 2016).

Koenig e colaboradores (2001) definem religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, Força Maior ou Verdade/Realidade suprema) e espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar a ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade. Religiosidade seria o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Essa afiliação pode ser organizacional (e.g., participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (e.g., rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão). Assim, a espiritualidade e a religiosidade caracterizam-se pela dimensão essencialmente experiencial, enquanto que a religião representa o aspecto institucional e doutrinário.

Religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos. 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 (Saad, Masiero, & Batistella, 2001, p. 108).

A espiritualidade é um conceito mais inclusivo que a religião (Koenig et al., 2001) e, portanto, uma pessoa não precisa ser religiosa para sentir bem-estar ou valorizar em



profundidade o significado e o propósito de vida (Dein, Cook, Powell, & Egger, 2010; Esperandio et al., 2015; Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida et al., 2006).

Segundo Wuthnow (1998), a pessoa 'religiosa' pode ser considerada como "habitante" (de um determinado espaço), enquanto a pessoa espiritual é "procurante" (em busca de sentido). A pessoa religiosa tende a aceitar formas tradicionais de religião, sujeitando-se à autoridade, frequentando um espaço sagrado, rezando em particular e publicamente (culto); a pessoa espiritual prescinde da autoridade, da tradição e do ritualismo, é mais independente na sua crença, conjugando muitas vezes influências diferentes (Wink & Dillon, 2002). Podemos afirmar de algum modo que toda a pessoa religiosa é, a seu modo, espiritual, mas nem toda a pessoa espiritual é religiosa. A espiritualidade constituiria uma categoria mais ampla do que a religião (citado em Barros-Oliveira, 2007, p. 267).

### **2.1.1 – ESPIRITUALIDADE E SAÚDE**

Nos últimos tempos, a medicina tem se voltado ao estudo da espiritualidade e sua interação com a saúde mental, o bem-estar, a qualidade de vida e a concepção multidimensional do ser humano (Culliford, 2015; Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida et al., 2006; Pargament & Raiya, 2007).

As pesquisas científicas, no geral, indicam uma associação favorável entre crenças e práticas religiosas/espirituais e saúde mental, social e física (George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000; Guimarães & Avezum, 2007; Koenig et al., 2001; McIntosh, Poulin, Silver, & Holman, 2011; Panzini & Bandeira, 2007; Volcan et al., 2003). As evidências, em sua maioria, ratificam o caráter protetor da espiritualidade, no que tange ao adoecimento físico e mental.

(...) o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade. Assim, podemos ver que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de QV, sendo, na verdade, uma de suas dimensões (Panzini & Bandeira, 2007, p. 107).

A religião é geralmente considerada uma estratégia importante para enfrentamento de adversidades da vida (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament & Rayia, 2007), sejam

estas doenças ou não. E, em se tratando de morbidade, é fator positivo na abordagem tanto para patologias físicas quanto mentais (George et al., 2000).

A influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia, e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças (Guimarães & Avezum, 2007, p. 93).

Rasic e colaboradores (2009) mencionam que, nos Estados Unidos, as pesquisas demonstraram que cerca de 88% dos americanos são religiosos ou espiritualizados, o que justifica a vasta literatura médica existente com foco nas relações entre religião, espiritualidade e saúde mental.

Segundo Koenig e colaboradores (2001), mais de 850 estudos examinaram a relação entre envolvimento religioso e saúde mental, sendo que a maior parte concluiu que os indivíduos religiosos apresentam melhor saúde mental e se adaptam melhor ao estresse. Outros 350 estudos avaliaram envolvimento religioso e saúde; a maioria destes demonstrou que pessoas religiosas adoecem menos fisicamente, têm estilos de vida mais salutar e necessitam de menos assistência à saúde. A Tabela 1 evidencia um resumo dos estudos mais relevantes sobre espiritualidade e saúde.

Tabela 1 – Resumo dos principais estudos sobre Religião/Espiritualidade e Saúde

ARTIGO	CASUÍSTICA	ACHADOS
<b>Azhar et al., 1995</b>	30 pessoas em luto	Pessoas do grupo que recebeu psicoterapia breve associada a aconselhamento religioso melhoraram mais rapidamente que as que receberam psicoterapia isolada
<b>Baldree et al., 1982</b>	35 pacientes com doenças	Comportamentos relacionados com a dimensão espiritual potencialmente fatais, que foram identificados como uma estratégia maior do lidar necessitavam de hemodiálise
<b>Bush et al., 1999</b>	61 pacientes com dor crônica	Estratégias de enfrentamento religioso positivas foram associadas a melhores resultados
<b>Carroll, 1993</b>	100 alcoólatras em tratamento	Aspectos espiritualistas foram associados a tempo de sobriedade e número de comparecimento às sessões
<b>Gibbs et al., 1978</b>	Pacientes indigentes com câncer em fase terminal	Aqueles com valores espirituais mais fortes tiveram menor ansiedade sobre o morrer e um nível melhor de bem-estar
<b>Hearth, 1989</b>	120 pacientes submetidos à quimioterapia	Pacientes com forte fé religiosa tiveram maior esperança e foram mais capazes de lidar com a terapia
<b>Helm et al., 2000</b>	Amostra de mais de 3.000 idosos, seguida por 6 anos	Idosos que participavam de atividades religiosas antes da instalação de deficiência evoluíram melhor
<b>Holland et al., 1999</b>	117 pacientes com melanoma	O uso de crenças religiosas e espirituais foi associado com uma forma ativa de enfrentamento; ao invés de passiva, formaram um sistema cognitivo benéfico a partir do qual se pôde encarar a doença

<b>Idler et al., 1997</b>	2.812 idosos, seguidos por 12 anos	Participação em cerimônias religiosas foi forte preditor de melhor funcionalidade em incapacitados
<b>John et al., 1991</b>	Mulheres com câncer de mama	85% das respondentes indicaram que a religião as auxiliou a lidar com sua doença
<b>Kaezorowski, 1989</b>	114 adultos com câncer	Pessoas com altos níveis de espiritualidade têm menos ansiedade diante da doença
<b>Koenig et al., 1992</b>	850 idosos em serviço neurológico	Sintomas depressivos foram inversamente relacionados a aspectos religiosos
<b>Koenig et al., 1995</b>	832 idosos internados	Sintomas cognitivos de depressão foram menos comuns entre os que tinham atitudes religiosas
<b>Koenig et al., 1998</b>	Amostra consecutiva de idosos admitidos em hospital universitário	Participação e afiliação a uma comunidade religiosa foram associadas a menos uso de serviços hospitalares no passado
<b>Koenig et al., 1999</b>	3.968 idosos residentes na comunidade, acompanhados	Frequência a serviços religiosos foi associada a menos mortes e menor risco relativo de morte por 6 anos
<b>Krause et al., 1989</b>	Amostra nacional norte-americana de idosos negros	Envolvimento religioso ajudou a reduzir o impacto negativo de eventos de vida estressantes
<b>Mackey et al., 2000</b>	3 mulheres idosas com câncer terminal recebendo tratamento em asilo	Espiritualidade foi um dos quatro temas que surgiram como centrais para as necessidades especiais das pacientes
<b>Margolis et al., 2000</b>	14 adultos jovens que na adolescência se recuperaram de abuso de drogas	Espiritualidade foi um dos fatores identificados como auxiliares para a recuperação a longo prazo
<b>McBride et al., 1998</b>	442 pacientes com patologias cursando com dor	Espiritualidade foi associada à experiência de saúde e à dor
<b>McColl et al., 2000</b>	16 pacientes com lesão medular ou lesão cerebral, 2 anos após reabilitação	Sugeriu-se um efeito positivo da espiritualidade no período de ajustamento após a lesão
<b>Miller, 1985</b>	Pacientes com artrite reumatóide e uma amostra aleatória de adultos saudáveis	Altas pontuações de espiritualidade foram relacionadas a menores pontuações de solidão em ambos os grupos e contribuíram para o lidar com a doença crônica
<b>O'Brien, 1982</b>	Pacientes em estágio final de falência renal em hemodiálise há muito tempo	A fé religiosa foi importante no processo de adaptação
<b>O'Conner et al., 1990</b>	30 pacientes com câncer recém-diagnosticado	A fé foi um fator maior em sua busca por significado e em sua capacidade de lidar com o diagnóstico
<b>Oxman et al., 1995</b>	232 pacientes idosos operados do coração, seguidos por 6 meses	Ausência de força e conforto pela religião foi um dos preditores de mortalidade entre os que obituaram
<b>Reed, 1987</b>	Doentes adultos terminais hospitalizados	Existiu relação entre a perspectiva espiritualista e o bem-estar geral
<b>Roberts et al., 1997</b>	108 mulheres em vários estágios de câncer ginecológico	93% informaram que suas vivências religiosas auxiliaram nas a sustentar sua esperança
<b>Rogers-Dulan, 1998</b>	52 familiares de crianças com retardo mental	Religiosidade foi associada a desfecho positivo de ajustamento familiar
<b>Simmons et al., 2000</b>	96 pacientes com esclerose lateral amiotrófica	Qualidade de vida não foi relacionada à força ou à funcionalidade, mas a fatores como espiritualidade
<b>Strawbridge et al., 1997</b>	5.286 cidadãos, seguidos por 28 anos	Praticantes religiosos tiveram taxas de mortalidade menores, e foram mais propensos a parar de fumar e a aumentar a prática de exercícios
<b>Williams et al., 1991</b>	720 adultos da comunidade	Prática religiosa diminuiu consequências adversas de eventos estressógenos e problemas de saúde no bem-estar

Fonte: Saad e colaboradores (2001), pp. 109-110.

McIntosh e colaboradores (2011) examinaram a associação da espiritualidade e da religiosidade com saúde mental e física em contexto de estresse pós-trauma e identificaram melhores desfechos de saúde na presença de maiores níveis de R/E.

Em 2003, Volcan e colaboradores examinaram, em estudo transversal, a influência do bem-estar espiritual na saúde mental (transtornos psiquiátricos menores - TPM) de estudantes universitários, utilizando questionários auto-aplicáveis. O resultado obtido foi de que indivíduos com bem-estar espiritual baixo e moderado apresentaram o dobro de chances de possuir TPM. Sujeitos com bem-estar existencial baixo e moderado apresentaram quase cinco vezes mais TPM.

George e colaboradores (2000), além de Guimarães e Avezum (2007), descreveram a associação positiva entre espiritualidade e várias patologias físicas, como doença coronariana e ataques cardíacos, doenças crônicas hepáticas/renais e diversos tipos de cânceres. Segundo tais autores, há evidências de redução de morbidade e também da mortalidade, com melhora da qualidade de vida, além do relato de uma maior tolerância à dor em pacientes com forte tendência espiritual.

Dados recentes sugerem que a espiritualidade é uma importante estratégia de *coping* para o sofrimento em pacientes com esquizofrenia, além de ser responsável por menos sintomas negativos, melhor impressão clínica global, melhor funcionamento social e qualidade de vida (Dein, Cook, & Koenig, 2012).

Em relação à depressão, há estudos confirmadores de que os melhores índices de envolvimento religioso reduzem a incidência de transtornos depressivos e podem prever uma mais rápida remissão de sintomas, além de recaídas menos frequentes (Bonelli & Koenig, 2013; George et al., 2000).

Outros pesquisadores reportaram que a espiritualidade está positivamente associada à qualidade de vida e negativamente associada à depressão, além de que a espiritualidade estaria mais vinculada à saúde mental do que à física (Saisunantararom, Cheawchanwattana, Kanjanabuch, Buranapatana, & Chanthapasa, 2015).

Pesquisas sobre uso e abuso de álcool e outras drogas demonstraram boas evidências de que a espiritualidade está associada a menor risco de toxicodependências e a uma melhor e mais rápida recuperação durante o tratamento, o que melhora a qualidade de vida destes pacientes (Bonelli & Koenig, 2013; George et al., 2000). Outros estudos

mostraram ainda que indivíduos que realizavam práticas religiosas apresentavam uma menor probabilidade de envolvimento com violência, delinquência, crime e uso/abuso de substâncias aditivas (Panzini & Bandeira, 2007; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008).

Pode-se explicar a influência da espiritualidade sobre a saúde mental por vários fatores, sendo estes provavelmente mediados por estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual e capacidade de *coping* (Koenig, 2001; McIntosh et al., 2011; Moreira-Almeida et al., 2006; Panzini & Bandeira, 2007; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008). Pessoas religiosas com frequência apresentam maior habilidade para lidar com as adversidades de vida utilizando estratégias mais adaptativas de *coping*, além de que, de modo geral, possuem vida social caracterizada por mais vínculos, fato que possibilita maior suporte em situações de estresse e na vigência de doenças (Stroppa & Moreira-Almeida, 2008).

### **2.1.2 – COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL**

Kleinman (1988) defende que para a elaboração do significado pessoal e social do adoecer há a relevância do papel da religião na experiência dos sintomas e nas escolhas relacionadas ao tratamento. Para Kleinman, um doente utiliza os saberes do senso comum para enfrentar o sofrimento e esses saberes são construídos a partir de referências familiares, de amigos e também religiosas.

Kleinman (1988) sugere que na análise de qualquer sociedade complexa identificam-se três subsistemas de cuidado à saúde: o informal, o popular e o profissional. Esses sistemas possibilitam à pessoa interpretar sua condição de saúde-doença e buscar o auxílio necessário para o cuidado e/ou a cura. Desse modo, este autor ressalta a importância de se ter em conta não apenas o saber profissional e popular, mas também aquele informal, traduzido por ele como familiar e que engloba as crenças religiosas, que representam um recurso para o enfrentamento da doença (Bteshe, Oliveira, Clébicar, Estellita-Lins, & Salles, 2010).

O estresse faz parte da vida. Quaisquer processos de adoecimento, sejam psíquicos ou físicos, tendem a elevar os níveis de ansiedade do ser humano. A exposição frequente ou prolongada ao estresse pode trazer consequências à saúde das pessoas (Panzini, 2004; Reis Marques et al., 1991) e, por serem desconfortáveis a emoção e a excitação

desencadeadas pelo estresse, essas motivam o indivíduo a buscar uma solução para aliviá-las.

O *coping* representa um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelas pessoas, com vista a manejar eventos estressores de vida e minimizar seus efeitos deletérios no funcionamento geral (Folkman & Lazarus, 1980). Há uma grande variabilidade de estratégias de *coping*, sempre voltadas ao enfrentamento adequado de situações de ameaça, dano ou desafio (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Panzini & Bandeira, 2007; Reis Marques et al., 1991).

Um indivíduo submetido ao estresse vivencia respostas neuroendócrinas fisiológicas, que ocasionam alterações no Sistema Nervoso Central e no comportamento manifesto, com o objetivo de se adaptar e, possivelmente, restabelecer o seu equilíbrio, seja físico ou mental (Chaves, Cade, Montovani, Oleite, & Spire, 2000; Panzini, 2004; Reis Marques et al., 1991).

As estratégias de *coping* se localizam entre o fator estressor e as consequências deste no indivíduo, uma vez que interferem na resposta final ao estresse (Antoniazzi et al., 1998; Chaves et al., 2000; Panzini, 2004).

A avaliação da situação de estresse, independente da causa deste, é realizada em dois momentos principais, como explicitado na citação seguinte:

A primeira avaliação, primária, constitui-se em uma avaliação mais rápida, grotesca e intuitiva da situação, onde o indivíduo subjetivamente avalia o significado de determinado estímulo ambiental quanto ser algo irrelevante ou não, a possibilidade de perigo ou um dano real, se é um evento positivo ou negativo e qual a possibilidade do evento ser influenciado pela pessoa. (...) A avaliação secundária é mais refinada, reflexiva e utiliza informações contidas na memória sobre o self e sobre o mundo para levantar possibilidades de ação frente ao problema, o que é realizado tomando-se também em consideração, as opções e recursos da pessoa (Chaves et al., 2000, p. 371).

Inicialmente a avaliação é superficial e a resposta é mais rápida e checa o risco advindo da situação, ao passo que posteriormente se pode fazer uma melhor reflexão da situação e elaborar ou reelaborar o plano de ação/enfrentamento (Antoniazzi et al., 1998; Chaves et al., 2000).

Essas duas fases avaliativas não ocorrem de forma isolada e podem se retroalimentar, uma vez que geram feedback e constantes novas análises da demanda estressora (Chaves et al., 2000). Um indivíduo pode sempre reavaliar suas ações e reações diante das adversidades e refazer escolhas, a fim de minimizar os danos.

Do ponto de vista funcional, as estratégias de *coping* podem ser classificadas da seguinte forma: direcionadas à emoção – o foco é regular a resposta emocional ou direcionadas ao problema – o objetivo é solucionar o evento (Folkman & Lazarus, 1980). Estes autores trazem uma abordagem mais cognitivista do *coping* e consideram que as estratégias poderiam, por vezes, ser aprendidas. Para eles, o *coping* envolve sempre quatro conceitos: 1) resulta de uma interação entre indivíduo e ambiente; 2) sua função é administrar o evento estressor; 3) pressupõe sempre uma avaliação da situação, com interpretação do fenômeno; e 4) é uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais direcionada à redução, minimização ou tolerância do estresse.

Ainda em se tratando de *coping*, é importante diferenciar o que os investigadores têm denominado estratégias de *coping* dos estilos de *coping*. Geralmente, os estilos de *coping* têm sido mais relacionados a características de personalidade ou a resultados de *coping*, enquanto as estratégias se referem a ações cognitivas ou comportamentais surgidas durante uma situação particular de estresse (Antoniuzzi et al., 1998; Panzini, 2004). Os estilos de *coping* seriam, portanto, formas habituais que determinada pessoa utiliza para enfrentamento de problemas, funcionando como uma tendência. Já as estratégias de *coping* seriam situacionais e poderiam, inclusive, mudar de um momento para o outro, durante a tomada de decisões frente a um mesmo evento estressor. Além disso, é importante ressaltar que as estratégias de *coping* não necessariamente devem ser consideradas positivas. Algumas vezes, a estratégia utilizada pode minimizar o sofrimento momentaneamente e gerar desadaptação posterior (Antoniuzzi et al., 1998).

No modelo de coping e stress proposto por Lazarus e Folkman (1984), qualquer tentativa de administrar o estressor é considerada coping, tenha ela ou não sucesso no resultado. Desta forma, uma estratégia de coping não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. Torna-se então necessário considerar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de coping e o resultado do esforço de coping (Antoniuzzi et al., 1998, pp. 285-286).

Uma das formas comuns de manejo do estresse é através da R/E e é neste contexto que se insere o designado *Coping Religioso/Espiritual* (CRE; Panzini & Bandeira, 2007;

Pargament & Raiya, 2007). Seu estudo visa evidenciar o modo como as pessoas utilizam a Religião, as crenças pessoais e a fé para enfrentar os problemas (Panzini, 2004).

Sobre a religião, Barros-Oliveira (2007) refere:

Se é útil nos momentos bons, e quando a vida corre mais ou menos bem, mais útil e necessária se torna nos momentos cruciantes e dolorosos quando a depressão, a doença, a velhice, o luto, a morte de outros significativos ou a própria morte se anuncia. Quaisquer processos de adoecimento, sejam psíquicos ou físicos, tendem a elevar os níveis de ansiedade do ser humano (p. 275).

A literatura científica tem demonstrado a correlação entre espiritualidade, qualidade de vida e saúde (George et al., 2000; Panzini & Bandeira, 2007). A religiosidade e a espiritualidade são estratégias que muitas pessoas usam cotidianamente, a fim de obter auxílio em situações estressantes como contextos de vida relacionados com a possibilidade de morte, problemas de ordem socioeconômica, doenças físicas e mentais e/ou quaisquer outros grandes desafios na vida.

Métodos de Coping religioso são manifestações concretas da religião em tempos difíceis e situações estressantes. Trabalhando em colaboração com Deus para resolver um problema, buscando o amor e o cuidado de Deus, buscando o apoio espiritual dos outros, reavaliando a situação de forma benevolente, questionando o poder de Deus, reavaliando a situação como um castigo de Deus - estes métodos de Coping religioso são diretamente e funcionalmente relacionados com a situação em mãos. Como resultado, não é surpreendente que estes métodos de coping estejam intimamente relacionados com o resultado da situação (Pargament & Raiya, 2007, p. 745).

Como mencionado anteriormente, a doença, principalmente quando grave ou de prognóstico ruim, pode ser um fenômeno estressor na vida das pessoas. As estratégias de *coping* surgem após uma avaliação cognitiva deste evento (Panzini & Bandeira, 2007), com o objetivo de lidar da melhor forma possível com este tipo específico de adversidade.

O *Coping* Religioso/Espiritual surge, neste contexto, como importante ferramenta de enfrentamento. Inicialmente ele foi definido como *Coping* Religioso, mas, ao longo dos anos, a dimensão espiritual foi agregada, a fim de ampliar o entendimento sobre o ser humano, suas escolhas e comportamentos diante de eventos estressores (Panzini & Bandeira, 2007). É atualmente nomeado *Coping* Religioso/Espiritual e é um fenômeno



complexo e multifacetado (Pargament & Raiya, 2007), um processo sempre dinâmico. O CRE representa a utilização de estratégias associadas a fé, crenças pessoais, sentido na vida e religiosidade no enfrentamento dos problemas e situações estressantes (Antoniazzi et al., 1998; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, Koenig, & Perez, 2000).

O estudo do coping religioso/espiritual deve ser amplo e fundamentado em uma visão funcional da religião e das funções que ela desempenha no enfrentamento. Portanto, cinco objetivos-chave da religião podem ser identificados: busca de significado, de controle, de conforto espiritual, de intimidade com Deus e com os outros e de transformação de vida. A partir de cada uma dessas cinco funções básicas, é possível identificar métodos ou estratégias de coping religioso (Valcanti, Chaves, Mesquita, Nogueira, & Carvalho, 2012, p. 839).

Estudos têm apontado o CRE como o melhor fator preditor de saúde (Antoniazzi et al., 1998; Panzini, 2004; Pargament & Raiya, 2007).

Pesquisas apontam que estratégias de CRE não são apenas melhores preditoras dos resultados de experiências estressantes do que medidas religiosas globais, mas acrescentam variância única à predição desses resultados, inclusive de saúde e bem-estar, acima e além dos efeitos de estratégias de coping não-religioso (Pargament, 1997; Pargament et al., 1992, 1998a, 2001b). O CRE também adiciona componente único à predição de ajustamento psicológico a eventos de vida estressantes que não podem ser explicados por outros preditores estabelecidos: reestruturação cognitiva, suporte social e controle percebido (Tix & Frazier, 1998). Assim, o CRE não pode ser “reduzido” a formas não-religiosas de coping (Panzini & Bandeira, 2007, p. 130).

A grande maioria dos estudos sobre CRE, independentemente da amostra e do tipo de estresse vivenciado, refere associação positiva entre estratégias de *coping* baseadas na religião e espiritualidade e os desfechos em saúde (Panzini & Bandeira, 2007).

Em idosos institucionalizados, é alta a utilização do CRE e um estudo evidenciou maiores índices associados às variáveis idade e tempo de permanência na instituição. Os indivíduos mais velhos, sem escolaridade e com religião apresentaram estratégias de CRE mais frequentes e positivas para as adversidades vivenciadas no processo de institucionalização (Vitorino & Vianna, 2012).

Valcanti e colaboradores (2012) evidenciaram, em estudo realizado com pacientes nefropatas submetidos a hemodiálise, que os entrevistados utilizavam o CRE de forma significativa e positiva, assim como consideravam importante a R/E em suas escolhas

de vida. Neste estudo, foram mais frequentes as estratégias de CRE positivo em mulheres com maior tempo de tratamento, maior renda familiar e que tinham práticas religiosas.

Conforme texto publicado por Koenig (2007), estudos tem identificado que a religião e o CRE parecem ter impacto positivo na evolução dos pacientes esquizofrênicos, porque foi associado com maior *insight* e adesão à terapêutica instituída. De igual modo, de acordo com este autor, o CRE foi também associado a menor deterioração cognitiva a longo prazo.

Stroppa e Moreira-Almeida (2009) reportaram evidências de um grande envolvimento religioso e espiritual entre pacientes bipolares, bem como uso mais frequente de CRE que em outros transtornos mentais.

Fornazari e Ferreira (2010) realizaram um estudo com pacientes oncológicos do sexo feminino, que evidenciou relações entre a presença do CRE com a qualidade de vida de pessoas com câncer, sugerindo que a fé pode influenciar positivamente na saúde dos pacientes.

Faria e Seidl (2005) citam um estudo brasileiro realizado pelas próprias autoras, que investigou a relação entre religiosidade e o CRE junto a pessoas vivendo com HIV/AIDS. A quase totalidade da amostra relatou ter crenças religiosas e 90% referiram acreditar que a religiosidade poderia ajudá-los a lidar com problemas de saúde.

Apesar de o conceito de *coping* religioso ter geralmente uma conotação positiva, ele pode ser tanto positivo como negativo. De igual modo, as estratégias de CRE podem ser também classificadas como positivas ou negativas. O CRE positivo é representado por medidas que resultam em benefício ao indivíduo, como procurar segurança, proteção, amor e cuidado de Deus ou buscar uma conexão efetiva com o transcendente/fluido universal, conquistar conforto ou auxílio na leitura de temas religiosos e ter crenças referentes a um sentido na vida. Em contrapartida, o CRE negativo se refere a medidas com consequências prejudiciais para a pessoa, como dar a Deus a incumbência da resolução dos problemas ou considerar o estresse uma punição de Deus, além de uma visão relativamente pessimista do mundo (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament et al., 2000).

Por exemplo, Guedes, Gameiro e Canavarro (2010) pesquisaram estratégias de *coping* em 53 mulheres portuguesas que optaram pela interrupção voluntária da gravidez (IGV), situação que comumente implica uma mobilização de recursos psicológicos por parte da mulher. Neste estudo, no período pós-IGV, as estratégias de *coping* religioso se associaram a pior ajustamento psicológico, com fortes indicadores de reatividade negativa e desenvolvimento de psicopatologia. As autoras enfatizam o fato de que limitações da pesquisa podem ser explicadas pelo curto prazo existente entre o evento estressor (IGV) e a coleta de dados, sugerindo que as estratégias de *coping* poderiam ser melhor avaliadas a médio e longo prazos, possivelmente evidenciando efeitos benéficos desta modalidade de enfrentamento.

A literatura refere a influência das estratégias de CRE, mas o mecanismo através do qual elas interferem nas consequências associadas aos eventos estressores ainda não está bem elucidado (Pargament et al., 2000). Sabe-se, entretanto, que a compreensão desses aspectos deve englobar as dimensões social, comportamental, psicológica e fisiológica das pessoas. Nesta linha, ainda são necessários mais estudos neste campo, com o objetivo de construir bases sólidas de conhecimento científico e, possivelmente, definir estratégias para inserção desses aspectos na abordagem de todos os pacientes.

### **2.1.3 – AVALIAÇÃO**

Todo pesquisador cuidadoso almeja se aproximar do fenômeno analisado e conhecê-lo em toda a sua complexidade. Para que isso ocorra, deve-se selecionar bem a metodologia e isso prevê o uso de um bom instrumento de avaliação, que abranja as diversas facetas do objeto em estudo.

Pesquisas vêm sendo feitas nos últimos anos, com o objetivo de analisar as implicações da espiritualidade na saúde e qualidade de vida das pessoas; os resultados obtidos têm se mostrado semelhantes, porém, é também consensual entre os pesquisadores, a necessidade de se encontrarem instrumentos mais fidedignos de avaliação dessa temática (Koenig et al., 2001; Marques & Aguiar, 2014; Moreira-Almeida et al., 2006; Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2011; Saad et al., 2001).

Segundo Dein et al. (2012), tradicionalmente, a religiosidade é medida de forma mais objetiva, baseando-se na observação do comparecimento à igreja ou da frequência de orações, enquanto que a espiritualidade é mensurada utilizando-se indicadores de bem-estar social e psicológico, ou seja, a avaliação é multifacetada.

Estudos passados focalizaram na participação dos indivíduos em atividades religiosas e não examinaram a espiritualidade de forma mais ampla (Marques & Aguiar, 2014; Saad et al., 2001), o que prejudicou e até inviabilizou a comparação dos resultados obtidos.

Dados de frequência à igreja ou ao templo, regularidade da oração e denominação da afiliação religiosa podem se referir à importância da R/E na vida dos sujeitos, mas se restringem ao aspecto institucional e doutrinário. Segundo Hill e Pargament (2008), o suposto sucesso dessas medidas da R/E pode ter comprometido o desenvolvimento de ferramentas psicometricamente mais sofisticadas.

Como já citado ao longo deste capítulo, a R/E vem sendo estudada associando-a a outras áreas do saber (Marques & Aguiar, 2014), por exemplo em suas interfaces com a saúde física (Guimarães & Avezum, 2007) e com a saúde mental (Koenig et al., 2001; McIntosh et al., 2011; Moreira-Almeida et al., 2006), além de abordagem focada na possibilidade de ser fator de risco/proteção ou de estar vinculada a estratégias de *coping* (Antoniazzi et al., 1998; Koenig et al., 2001; Koenig, 2007; Pargament et al., 2000)

Existem atualmente mais de 200 medidas de avaliação relativas a diferentes aspectos dos constructos de religiosidade e espiritualidade e muitas dessas ferramentas consideram a pluralidade do constructo e apresentam boa base conceitual (Marques & Aguiar, 2014). Hill e Pargament (2003) apresentam algumas das escalas usadas nesses estudos com foco na R/E e saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – Exemplos de Instrumentos utilizados na mensuração da R/E

<b>INSTRUMENTOS</b>	
Medidas referentes ao sentimento de proximidade com Deus	Spiritual Support Scale (Maton, 1989) Religious Problem Solving Scale (Pargament et al., 1988) Index of Core Spiritual Experiences (Kass et al., 1991) Spiritual Assessment Inventory (Hall & Edwards, 1996)
Medidas relacionadas às forças motivacionais e de orientação	Age Universal I-E Scale (Gorsuch & Venable, 1983) Religious Internalization Scale (Ryan et al., 1993)
Medidas de apoio religioso	Religious support (Krause, 1999) Perceived religious support (Fiala et al., 2002) Religious Coping Scale (Pargament et al., 2000)
Medidas de conflitos religiosos e espirituais	Religious strain (Exline et al., 2000) Intrapersonal religious conflict (Trenholm et al., 1998) Negative Religious Coping Scale (Pargament et al., 1998) Spiritual History Scale (Hays et al., 2001) Quest Scale (Batson et al., 1993)

Fonte: Adaptado de Hill e Pargament (2003), p. 67.

Uma limitação de tais instrumentos é, apesar de tudo, mensurar quantitativamente a R/E. A espiritualidade tem provado ser uma entidade de difícil medida exatamente porque, sendo um constructo subjetivo, são as próprias pessoas que deveriam definir o que a espiritualidade significa para si mesmas (Moreira-Almeida et al., 2006; Rasic et al., 2009). Dessa forma, abordagens qualitativas são igualmente importantes (Marques & Aguiar, 2014), pois ampliam os achados sobre o fenômeno, conferindo maior expressividade ao caráter individual e subjetivo da espiritualidade.

Marques e Aguiar (2014) destacam que outra dificuldade apresentada na medição da R/E é a tendência a julgar o estado atual dessa dimensão na vida dos sujeitos como um constructo estável no tempo, quando deveria ser considerada a sua dinamicidade.

Em suma, o assunto é complexo, sua conceituação é igualmente complicada e a sua mensuração é limitada e difícil, visto que a Espiritualidade não deve ser analisada somente coletivamente, mas também sob a ótica de manifestações socioculturais individuais (Catré et al., 2016; Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida et al., 2006; Saad et al., 2001). Apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas, há ainda muitos desafios para a sua adequada avaliação (Catré et al., 2016; Marques & Aguiar, 2014; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008).

## 2.2 - QUALIDADE DE VIDA

*“O essencial é estar bem consigo mesmo”  
(VOLTAIRE)*

### 2.2.1 – DEFINIÇÃO

A qualidade de vida (QdV), por se tratar de uma construção que contempla aspectos da subjetividade, fomentou muitas discussões e originou várias conceituações na literatura científica (Canavarro, 2010; Farquhar, 1995; Minayo, 2000; Pereira et al., 2012; Seidl & Zannon, 2004; Quartilho, 2010). Houve uma proliferação de conceitos para a QdV, advindos da multidisciplinariedade dos diversos campos de saber, o que dificultou a elaboração de uma definição globalmente aceita (Canavarro, 2010; Cummins, 1997; Farquhar, 1995; Quartilho, 2010). Diante disso, abordar este tema prevê uma análise responsável das necessidades do ser humano, que seja ampla e multideterminada.

A expressão QdV surge na década de 20 e, no entanto, só passa a ser aplicada de forma mais sistemática a partir da década de 60, quando passam a ser valorizadas, além dos aspectos objetivos da QdV, as percepções subjetivas dos indivíduos (Pereira et al., 2011). Segundo Minayo (2000),

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (p .8).

A QdV apresenta um caráter subjetivo, complexo e congrega múltiplas dimensões. Sua definição torna-se ainda mais complicada quando se apercebe de que sua avaliação pode ser diferente a cada época, para cada indivíduo e que, além do mais, altera-se a depender do modo como este sujeito está inserido na sociedade (Farquhar, 1995; Minayo, 2000; Quartilho, 2010).

A QdV é representada e influenciada por condições tanto internas como externas ao indivíduo. Ela é definida pelo próprio sujeito, o que traduz uma experiência interna de satisfação e bem-estar; entretanto, não se podem descartar as variáveis externas à pessoa, como por exemplo o meio ambiente, as condições socioeconômicas, as oportunidades de lazer, etc. A este propósito, Minayo (2000) ressalta que em todas as avaliações sobre a qualidade de vida consideram-se temáticas como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, que representam componentes não materiais de sua concepção, mas reforça que esses elementos de subjetividade não eliminam alguns parâmetros materiais que constroem a noção de QdV.

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (Minayo, 2000, p.10)

As necessidades humanas, segundo Maslow (1954), estão distribuídas numa pirâmide que ele denominou de Hierarquia de Necessidades Humanas (Hesketh & Costa, 1980). Esta pirâmide evidencia os níveis de necessidades que os indivíduos experimentam durante a vida. De acordo com a sua conceituação, uma necessidade é substituída pela seguinte mais forte na hierarquia, na medida em que começa a ser satisfeita. Assim, por ordem decrescente, as necessidades estão classificadas em: fisiológicas, segurança, afiliação, auto-estima e auto-realização. A teoria da Hierarquia de Necessidades de Maslow denota o princípio de que as necessidades humanas apresentam diferentes níveis de força (Hesketh & Costa, 1980) e que, desta forma, exercem diferentes níveis de influência no comportamento humano.

A necessidade fisiológica seria, portanto, a mais forte, por ser considerada básica e essencial, enquanto a necessidade de auto-realização seria a mais fraca na estratificação da pirâmide (cf. Figura 1).

A privação das necessidades superiores (estima e auto-realização) não produz uma reação de emergência ou de desespero, como pode acontecer com a privação das necessidades mais inferiores da hierarquia. Muitas vezes, essas necessidades podem surgir não apenas a partir da gratificação das necessidades inferiores, mas também como consequência da renúncia e supressão, voluntária ou forçada, dessas necessidades (Hesketh & Costa, 1980, p. 60).

Para o desenvolvimento da teoria, Maslow não se preocupou em demonstrar empiricamente a existência dos cinco níveis de necessidade, sendo que a sua análise é fruto dos relatos de desejos emitidos por seus pacientes (Hesketh & Costa, 1980). Nenhum instrumento de aferição da satisfação conseguiu encontrar, na mesma ordem, os cinco níveis de necessidades básicas propostos por ele; isso ratifica a importância de se avaliar as diferentes necessidades e prioridades das diversas culturas e sociedades, considerando-se o momento histórico (Hesketh & Costa, 1980).

Entretanto, apesar das limitações metodológicas da análise de Maslow, da sua classificação das necessidades humanas pode-se depreender características essenciais do conceito QdV, tendo em vista que conhecer as necessidades básicas de uma sociedade (e satisfazê-las) representa a possibilidade de trilhar estradas rumo à QdV dessa população.



Figura 1 – Hierarquia das necessidades humanas. Baseada em Hesketh e Costa, 1980 (pp. 60-61).

Frankl (1977/2011), médico e psiquiatra austríaco, descreve sua experiência como prisioneiro judeu em campos de concentração. Ali ele foi um prisioneiro comum e seu livro traz a análise da situação de privação das necessidades básicas, sob a ótica de



um sobrevivente. Duas citações deste livro podem exemplificar a importância desse tema para o bem-estar das pessoas:

Qual é o sonho mais frequente da pessoa internada no campo? Ela sonha com pão, com tortas, com cigarros e com uma banheira cheia de água quente. A não-satisfação das respectivas necessidades mais primitivas faz com que ela experimente a satisfação das mesmas em sonhos primitivos de realização de desejos (p. 44).

Observemos os prisioneiros de um modo geral, quando estão juntos no lugar de trabalho, num momento em que não estão sendo tão rigorosamente vigiados. A primeira coisa de que começam a falar é comida. Imediatamente alguém começará por perguntar ao colega que trabalha a seu lado na vala qual seu prato favorito. Começam a trocar receitas e compor menus para o dia em que pretendem convidar-se mutuamente para um reencontro, futuramente, depois de libertos e de volta em casa. Esse assunto fascina-os tanto que não conseguem larga-lo antes do sinal de aviso (...) (p. 45).

Ainda sobre essa temática, Quartilho (2010) refere que a abordagem focalizada nas necessidades básicas das pessoas constitui boa estratégia para uma vida com qualidade. Pensar nas necessidades básicas do ser humano como base para a boa QdV seria um modo de estimular políticas públicas que garantam acessibilidade a condições mínimas de subsistência digna. Ter acesso a uma vida decente e mais igualitária melhora a QdV da população no geral. Porém, o mesmo autor ressalta que há o risco de privilegiar bens e serviços e enfraquecer a importância da qualidade da vida humana e dos aspectos mais subjetivos do bem-estar individual e coletivo.

Esta abordagem privilegia a aquisição de bens básicos como o acesso aos alimentos, à educação e aos serviços de saúde, correspondendo à satisfação das necessidades humanas mais elementares. É uma perspectiva importante não apenas quando pensamos nos países mais pobres, mas também em muitos países desenvolvidos caracterizados por elevados índices de desigualdade social (...) (Quartilho, 2010, p. 26)

Conceitualmente, os especialistas no assunto diferem ao definir QdV. Vê-se, em textos publicados sobre o tema, que se deve considerar minimamente quatro aspectos: físico, emocional, social e ambiental (contextual). Apesar de não existir uma definição única e universal, está claro que a QdV engloba fatores relacionados à saúde, como o bem-estar físico e emocional, além de elementos como o trabalho, amigos, família (Canavarro, 2010; Minayo, 2000; Pereira et al., 2012; Quartilho, 2010).

Como afirmam Seidl e Zannon (2004),

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida (p. 580).

É premente distinguir a QdV das pessoas no geral e das pessoas com problemas de saúde. Para isso, existem duas tendências na conceituação do termo QdV: um conceito genérico e outro ligado à saúde - QdVrS (Canavarro, 2010; Minayo, 2000; Pereira et al., 2012; Seidl & Zannon, 2004). No primeiro, a QdV apresenta uma acepção mais abrangente, com influências de estudos sociológicos, sem referenciar-se a disfunções ou agravos de saúde. Estudos feitos com base nessa definição mais genérica utilizam amostras de pessoas saudáveis e não se restringem a pessoas com patologias específicas (Seidl & Zannon, 2004). Portanto, quando a QdV é relacionada com a saúde, engloba dimensões específicas do estado de saúde.

Nesta linha, Naughton e Shumaker (2003) defendem que o conceito de QdVrS comporta dimensões primárias e secundárias. As primeiras dizem respeito ao funcionamento físico, social e psicológico do indivíduo e à sua satisfação com a vida e percepção de saúde; as segundas incluem o funcionamento neuropsicológico, a produtividade pessoal, a intimidade e o funcionamento sexual, a qualidade do sono, a dor, a presença/ausência de sintomas e a espiritualidade (Canavarro, 2010, p. 9).

Embora saúde e QdV sejam frequentemente utilizados como sinônimos, para a boa avaliação da QdV deve ser levada em consideração a especificidade de cada um desses termos. É inegável que existe uma relação entre os dois conceitos, entretanto, um não se resume à existência ou ausência do outro. Estudar a QdV sob a ótica de um determinado agravo à saúde pode restringir a avaliação global da QdV, desvalorizando os aspectos não médicos do constructo (Seidl & Zannon, 2004). É necessário mais que acesso a serviços de saúde ou a boas condições físicas e mentais para que um indivíduo se sinta bem; não se pode, portanto, eliminar a relevância dos outros determinantes da boa QdV (Minayo, 2000; Pereira et al., 2012).

Essa dificuldade em termos conceituais traz impacto importante à operacionalização do conceito em análises científicas, uma vez que não há delimitação precisa e amplamente

aceita de tal constructo (Canavarro, 2010; Cummins, 1997; Minayo, 2000; Pereira et al., 2012). Segundo Seidl e Zannon (2004), essa dificuldade de conceituação também prejudica a inclusão da avaliação da QdV na prática clínica, uma vez que grande parte dos profissionais envolvidos no cuidado não tem informações sobre as diversas ferramentas existentes para tal fim.

Para Day e Jankey (1996), citados por Pereira et al. (2012), os estudos de QdV podem ser classificados em quatro abordagens gerais:

- Abordagem socioeconômica: os indicadores socioeconômicos são o principal elemento, priorizando dados como ascensão econômica do país, instrução, moradia e renda. Desconsideram aspectos subjetivos de bem-estar.
- Abordagem psicológica: enfatiza as reações subjetivas dos indivíduos às suas vivências e indica como a sociedade percebe a sua própria vida, incluindo fatores como felicidade e satisfação. Sua limitação é desconsiderar o contexto ambiental, reforçando apenas aspectos subjetivos da QdV.
- Abordagem médica: prioriza o oferecimento de melhores condições de vida dos doentes. Avalia, no geral, o impacto do estado de saúde na QdV dos doentes. A base de construção da QdV seria a cura e a sobrevivência das pessoas.
- Abordagem geral ou holística: baseia-se no conceito multidimensional de QdV, considerando a organização complexa de seus componentes e as diferenças subjetivas entre as pessoas, mesmo que estejam inseridas num mesmo contexto. Aqui, conceitos como valores pessoais, interesses e inteligência são ressaltados. A existência de QdV se torna pré-requisito para o bom estado de saúde e não o contrário.

Uma tentativa de definição engloba desde estado de saúde, bem como uma variedade de domínios, como o meio-ambiente, recursos financeiros, relacionamentos sociais e interpessoais, tempo para trabalho e lazer (Canavarro, 2010; Farquhar, 1995; Minayo, 2000).

Cummins (2000) refere que para a composição do construto QdV devem ser levados em consideração indicadores objetivos e subjetivos. Este autor enfatiza que a relação entre essas dimensões é complexa, mas necessária, porque esses indicadores são independentes, mas essenciais para a adequada abordagem dessa temática. Para Cummins (1997),

Qualidade de vida é ao mesmo tempo objetiva e subjetiva, estando cada eixo agregado a sete domínios: bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem-estar emocional. Os domínios objetivos compreendem medidas culturalmente relevantes de bem-estar objetivo. Os domínios subjetivos compreendem a satisfação do domínio ponderada pela sua importância para o indivíduo (p. 6, tradução nossa).

A fim de se obter uma possível uniformização da abordagem deste tema, na década de 90 a OMS propôs a formação de um grupo para discutir a QdV e criar um instrumento transcultural para mensurá-la (Skevington, Sartorius, Amir, & WHOQOL Group, 2004). Desse modo, o grupo de qualidade de vida da divisão de Saúde Mental da OMS (conhecido como WHOQOL Group) definiu QdV como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994, p. 28).

Sobre o WHOQOL Group, afirma Canavarro (2010):

Este grupo considerou que o conceito de QdV deveria basear-se em três aspectos principais: subjectividade (a sua definição deveria depender do ponto de vista do próprio indivíduo); multidimensionalidade (a sua definição deveria abarcar diferentes aspectos ou dimensões); e presença de dimensões positivas e negativas (p. 14).

Após as diversas fases de um estudo internacional, este mesmo grupo (WHOQOL Group, 1998a, 1998b) construiu um instrumento de avaliação da QdV, o WHOQOL-100 e, posteriormente, a sua forma abreviada, o WHOQOL-Bref (Skevington et al., 2004). Estava prevista a validação do questionário em diferentes países, na tentativa de homogeneizar as pesquisas na área, respeitando-se os aspectos e particularidades da cultura em estudo, inclusive com acréscimo de facetas se necessário (Canavarro, 2010).

Contudo, para Pereira et al. (2012), deve-se atentar para o risco de, assumindo-se uma definição padronizada, desestimular a discussão sobre o tema, valorizando, deste modo, a concepção do que seria a QdV para o Estado e não para os indivíduos. É importante que o conceito seja revisado com base nos avanços históricos, nas demandas individuais dos sujeitos e nas características de gestão pública em saúde de uma sociedade.

De acordo com Farquhar (1995), na literatura especializada, encontram-se quatro tipos de classificações definidoras de qualidade de vida. A Tabela 3 apresenta as suas principais características.

Tabela 3 – Classificação das definições de qualidade de vida

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	
<b>1.DEFINIÇÕES GLOBAIS</b>	São as mais comuns. Generalizam o conceito, o que prevê a incorporação de ideias de satisfação/insatisfação e felicidade/descontentamento. Conceito subjetivo e individual.
<b>2.DEFINIÇÕES POR COMPONENTES</b>	Dividem o conceito numa série de componentes ou dimensões que contribuem para a QdV global ou identificam certas características que são essenciais para a avaliação da QdV. Podem abranger tanto temas objetivos como subjetivos. Possibilitam uma melhor operacionalização do conceito e a utilização em pesquisas.
<b>3.FOCALIZADAS EM UM OU MAIS COMPONENTES</b>	Fazem a subdivisão das definições por componentes. Um ou mais componentes são focalizados e analisados minuciosamente. Muito comumente utilizadas na área da saúde. Em que os estudos focalizam em uma ou duas dimensões com vistas a explicar toda a QdV.
<b>4.DEFINIÇÕES COMBINADAS</b>	São definições globais que sobrepõem os tipos 1 e 2, porque especificam um ou mais componentes, mas de modo a combinar dimensões

Baseada em Farquhar, 1995 (pp. 503-504).

Ainda segundo Farquhar (1995), o foco de avaliação nas pesquisas pode também influenciar a definição da QdV, uma vez que os componentes selecionados para análise refletem as origens e pressupostos principais das diversas disciplinas envolvidas com pesquisas nesta área. Por exemplo, podem ser enfatizados, em alguns estudos, os aspectos relacionados à saúde física; noutros, os aspectos vinculados às características do ambiente e às condições sociais, etc. Um outro problema enfrentado é o peso dado a cada um dos componentes, na composição do conceito de QdV, visto que as diferentes disciplinas tendem a supervalorizar dimensões diversas, de acordo com as suas prioridades.

Por fim, e de forma generalizada, uma boa descrição dos aspectos principais do conceito de QdV, feita por Quartilho (2010), é:

Não havendo receitas milagrosas para o bem-estar, para a felicidade ou para a QdV dos cidadãos, é verdade que existem ingredientes indispensáveis a uma boa confecção (Layard, 2005). O dinheiro é importante, mas menos do que pensamos e não da maneira como pensamos. A família é importante. A inveja é tóxica. A ruminação também. As praias são opcionais. A confiança não. E a gratidão também não (Weiner, 2008).

Sabemos que a maioria das pessoas prefere estar acompanhada e que a amizade, neste contexto, é um factor de bem-estar subjectivo. O desemprego, por razões ligadas a um isolamento social forçado é, naturalmente, um potencial factor de mal-estar, na medida em que as pessoas deixam de se sentir precisas. As potencialidades de cada cidadão não devem ser defraudadas no mar dos constrangimentos sociais ou institucionais. Todos devem ver garantida a satisfação de necessidades básicas. A desigualdade social e a ausência de poder, a pobreza e a exclusão, constituem claros impedimentos que devem ser combatidos. Precisamos de confiar uns nos outros, de estabilidade na família e no local de trabalho. Queremos também que confiem em nós, que nos respeitem, que nos reconheçam autonomia e capacidade de decisão. Queremos o poder e a responsabilidade. Devemos cuidar melhor das nossas crianças e dos nossos idosos. Devemos participar na vida da comunidade, no trabalho voluntário e nas actividades de lazer. Por tudo isto, talvez precisemos, todos nós, de promover a educação cívica, moral, a prática sistemática da empatia e o desejo de servir os outros, na procura de um bem comum, da felicidade para todos (Quartilho, 2010, pp. 54-55).

### **2.2.2 – AVALIAÇÃO**

A avaliação da QdV pode estar focada nos seus domínios objetivos ou nos subjetivos. Entretanto, deve ser preferencialmente uma avaliação mista, tomando por base a conceituação de QdV como um constructo multidimensional. A fim de simplificar a avaliação da QdV nas diversas realidades socioculturais, têm sido construídos muitos instrumentos para aferição da QdV (Minayo, 2000; Pereira et al., 2012). No entanto, ainda não existe uma medida que seja considerada um *gold-standard* (Farquhar, 1995; Seidl & Zannon, 2004).

Para a medida objetiva da QdV, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é, segundo Minayo (2000), um indicador sintético de QdV e talvez seja o seu indicador mais difundido e conhecido. É uma ferramenta elaborada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com a intenção de ampliar a avaliação de desenvolvimento, abarcando aspectos de natureza social e cultural, além dos económicos. Sua fundamentação está em que renda, saúde e educação são três elementos essenciais para a QdV de um povo.

O IDH tem boa aceitação, porque é composto por índices disponíveis na maioria dos países (Produto Interno Bruto [PIB] real *per capita*, esperança de vida ao nascer, taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados). Pode ser aplicado em regiões totalmente diferentes, mas é

sempre criticado por não medir bem o desenvolvimento de uma sociedade e sim o seu crescimento (Minayo, 2000; Pereira et al., 2012). Apesar das ressalvas, é um índice muito utilizado, por medir bem os domínios objetivos da QdV.

Outras ferramentas de medição de QdV foram desenvolvidas em diversos países ao longo dos anos, entretanto apresentaram falhas nos resultados para culturas diferentes, o que determinou a necessidade de validação do instrumento para cada cultura e/ou contexto social. Isso aponta para a indispensável análise do contexto histórico e cultural do grupo a ser analisado (Pereira et al., 2012).

Como alguns dos componentes da QdV não podem ser observados diretamente (as medidas objetivas da QdV não abrangem a subjetividade do constructo), torna-se necessária a elaboração de instrumentos que também considerem o bem-estar subjetivo e a satisfação pessoal, para além dos domínios mensuráveis (Minayo, 2000; Velarde-Jurado & Ávila-Figueiroa, 2002). Em geral, os instrumentos podem avaliar a QdV genericamente ou serem específicos para a avaliação de agravos à saúde. Muitos instrumentos específicos para determinadas patologias foram desenvolvidos (Garrat, Schmidt, Mackintosh, & Fitzpatrick, 2002; Velarde-Jurado & Ávila-Figueiroa, 2002), prioritariamente para a avaliação da QdVrS vinculada a condições como câncer, nefropatia, cardiopatia, HIV/AIDS, fibromialgia, asma, doença mental, doença neurológica e idosos.

Segundo Seidl e Zannon (2004), levantamentos recentes verificaram o crescimento de medidas de avaliação da QdV, tendo havido grande crescimento do número de instrumentos de avaliação da QdVrS, como por exemplo o EORTC-QLQ, para pacientes com neoplasias ou o Medical Outcomes Study-HIV (MOS-HIV), para pessoas que convivem com HIV/AIDS. Este último instrumento originalmente era denominado Medical Outcomes Study (MOS) e avaliava a QdV genérica; entretanto, testado em população específica com HIV/AIDS, foi adaptado ao agravo específico de saúde e recebeu nova denominação.

A fim de que se viabilizem as pesquisas, é imprescindível desenvolver ferramentas genéricas que possam ser utilizadas na população em geral, preferencialmente adequados ao uso internacional. Instrumentos com essas características foram desenvolvidos pela OMS, através do WHOQOL Group, em estudo multicêntrico e com base na conceituação da QdV como uma construção subjetiva, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos (Canavaro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010; Minayo, 2000; Skevington, 2004; WHOQOL Group, 1994).

Como citado anteriormente, alguns dos instrumentos desenvolvidos por este grupo foram o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, que serão apresentados de forma mais pormenorizada na metodologia deste trabalho. O objetivo central dessas medidas reside em padronizar e permitir a comparação entre estudos e culturas, tendo-se em conta que as características psicométricas foram atestadas a partir de um protocolo de validação similar para muitos países. Ademais, por definição, são instrumentos multidimensionais e desenvolvidos numa perspectiva transcultural (Canavarro et al., 2010; Skevington, 2004).

Um outro exemplo de questionário muito utilizado para a avaliação da QdV é o Inventário SF-36, uma das versões abreviadas do MOS, sendo uma medida genérica com conceitos não específicos para uma determinada doença, idade ou grupo de tratamento (Ciconelli, 1997). O SF-36 permite comparações entre diferentes patologias e entre diferentes modalidades terapêuticas e leva em consideração a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde. O MOS também originou outras versões breves, instrumentos também genéricos, mais curtos e com possibilidade de tornar mais rápida a aplicação do questionário de QdV (para uma melhor revisão dos questionários existentes para a avaliação da QdV e da QdVrS, conferir Garrat et al., 2002 e Velarde-Jurado & Ávila-Figueiroa, 2002).

Gill e colaboradores (1994) e Gladis e colaboradores (1999), citados por Seidl e Zannon (2004), identificaram algumas deficiências nos instrumentos de avaliação da QdV e recomendaram:

- (a) necessidade de apresentação da definição do conceito ou do significado de qualidade de vida que orienta o trabalho, a pesquisa ou a intervenção; (b) explicitação das razões teórico-metodológicas que levaram à escolha dos instrumentos selecionados; (c) importância da utilização de medidas não reducionistas ou simplistas, baseadas em itens únicos ou focalizadas apenas nos sintomas; (d) nos casos de medidas padronizadas, inclusão de itens abertos, adicionados ao final do instrumento para respostas suplementares ou combinação de métodos qualitativos, visando a abarcar outros aspectos eventualmente não considerados nesse tipo de instrumento (pp. 585-586).

O tema QdV apresenta, no entanto, ainda alguma imprecisão conceitual e sua análise é, definitivamente, complexa. Considerar diferentes perspectivas científicas e comparar os resultados talvez seja a chave para a boa construção de saber nesse campo teórico. Sugere-se que, para a boa operacionalidade das pesquisas, a avaliação da QdV pode



ser realizada através de uma combinação entre metodologias complementares, com a aplicação de instrumentos padronizados somados a análises qualitativas da realidade (Seidl & Zannon, 2004).

Os estudiosos adeptos de enfoques qualitativos, por sua vez, enfatizam que a utilização de medidas padronizadas pode levar a respostas estereotipadas, que têm pouco ou nenhum significado para a pessoa. Defendem o uso de técnicas como as histórias de vida ou as biografias, e outras análises típicas dos enfoques qualitativos que podem trazer contribuições à área. Alguns pesquisadores defendem a complementaridade das metodologias, por meio da combinação de medidas padronizadas com análises de cunho qualitativo, de modo a permitir a emergência de temas que fazem sentido para o sujeito, ao mesmo tempo que se garante a validade e confiabilidade das técnicas que viabilizam a comparação de resultados de grupos e de indivíduos (Seidl & Zannon, 2004, p. 585).

### **2.2.3 - QUALIDADE DE VIDA, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE**

Dados sobre o impacto da religião na vida das pessoas são abundantes na literatura (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Muitos estudos têm abordado a relação entre a QdV e diversas variáveis religiosas/espirituais, em grande parte demonstrando associação positiva entre a espiritualidade e a QdV (e.g., Koenig et al., 2001; Panzini & Bandeira, 2007; Rocha & Fleck, 2011; Saisunantararom et al., 2015).

Em uma revisão sistemática de aproximadamente 200 artigos (Koenig et al., 2001), a religiosidade foi entendida como um fator protetor para suicídio, abuso de substâncias psicoativas e de álcool, comportamento delinquentes, satisfação conjugal, sofrimento psicológico e doenças psicóticas. Todas essas circunstâncias de vida podem, quando presentes, reduzir a QdV das pessoas (Minayo, 2000; Quartilho, 2010).

Noutro estudo, os autores também puderam ratificar que a maioria das pesquisas bem-conduzidas demonstra que o maior envolvimento com a religião se associa positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (felicidade, satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado) e a menos depressão, ideação e comportamento suicidas e abuso de drogas (Moreira-Almeida et al., 2006).

Rocha e Fleck (2011) estudaram espiritualidade e QdV em indivíduos saudáveis e com doença crônica e encontraram menor QdV global em sujeitos doentes; entretanto, neste mesmo grupo, as taxas de R/E foram maiores, demonstrando que na vigência de maior

sofrimento há grande possibilidade de busca pelo transcendente, a fim de amenizar o decréscimo na QdV.

Rusa e colaboradores (2014) realizaram estudo com doentes renais crônicos em hemodiálise e identificaram menores escores de QdV para os indivíduos entrevistados, com maior comprometimento físico e baixa QdV no domínio físico do WHOQOL-Bref. Contudo, observou-se que esses doentes apresentaram elevados escores de QdV nas dimensões referentes à espiritualidade, religião e crenças pessoais.

Ferriss (2002) examinou a relação entre religião e QdV por meio de indicadores objetivos e subjetivos de QdV. Para o autor, a felicidade estava associada à frequência em serviços religiosos. Ele concluiu, ainda, que instituições religiosas contribuem para a integração da comunidade, com aumento da QdV, e que os princípios da religião podem atrair pessoas com disposição para a felicidade; para o mesmo autor, a religião pode representar um propósito na vida que promova bem-estar.

Pinheiro e colaboradores (2012) descreveram que a QdV dos pacientes com transtorno bipolar correlacionou-se positivamente com a maior frequência a serviços religiosos e/ou naqueles sujeitos que referem maior religiosidade intrínseca.

Gioiella, Berkman e Robinson (1998) demonstraram entre mulheres com muitos tipos de neoplasias ginecológicas uma relação positiva entre QdV e bem-estar espiritual, existencial e religioso. Na mesma linha, Panzini e colaboradores (2007) citam estudo que evidenciou associação positiva entre QdV e bem-estar espiritual em pacientes oncológicos, independentemente do tipo de neoplasia.

Como já citado, o CRE pode ser positivo ou negativo e isso determina um melhor ou pior desfecho em saúde. Em sua grande parte, os estudos mostram que o envolvimento religioso reduz conflitos emocionais, reforçam um sistema de orientação moral e ética e desestimulam comportamentos com potencial destrutivo para a saúde (George et al., 2000; Guimarães & Avezum, 2007; Koenig et al., 2001; McIntosh et al., 2011; Melo, Sampaio, Souza, & Pinto, 2015; Panzini & Bandeira, 2007; Volcan et al., 2003). No entanto, algumas pesquisas apontam também que a religiosidade “gera níveis patológicos de culpa, diminui a autoestima e possui ideologias voltadas para a repressão da raiva e das manifestações sexuais” (Melo et al., 2015, p. 452).

Melo e colaboradores (2015) analisaram 14 artigos acerca da correlação entre a religiosidade, a espiritualidade e a QdV. Em 12 artigos observaram uma correlação positiva entre esses temas, sendo a R/E uma das estratégias para o enfrentamento de situações adversas, como doenças físicas, transtornos mentais ou o luto, além de ser uma boa ferramenta de apoio social para as pessoas. Nos outros dois estudos, os autores relataram uma correlação negativa entre R/E e QdV, principalmente no caso da religiosidade, uma vez que os indivíduos podem manifestar frustração quando não atingem os objetivos determinados pela religião que professam. Desse modo, a religiosidade pode, em algumas circunstâncias, reduzir a QdV. Os autores, entretanto, ressaltam que esses aspectos negativos apareceram em pequeno número e com índices muito baixos.

Koenig, Pargament e Nielsen (1998) estudaram uma amostra com 577 doentes com mais de 55 anos e o maior uso de CRE negativo estava associado à pior saúde física e a frequência religiosa estava associada à melhor saúde física. No que tange à saúde mental, o CRE positivo estava associado a menor depressão e maior QdV.

Pargament e colaboradores (1998) verificaram que, numa amostra com doentes crônicos ou vítimas de fatores estressantes, uma maior utilização de CRE positivo não se correlacionou com QdV nem depressão. No entanto, maior utilização do CRE negativo associou-se a níveis piores de QdV e maiores de depressão. Os autores concluíram que os resultados da R/E na QdV dependem de a pessoa utiliza CRE positivo ou negativo.

Como afirmam Panzini e colaboradores (2007):

No desenvolvimento dos estudos de QV, a importância e o envolvimento das questões espirituais cedo estiveram presentes. Portanto, entende-se que o campo da qualidade de vida pode vir a se tornar um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas/espirituais, facilitando o desenvolvimento de intervenções em saúde espiritualmente embasadas, por pelo menos duas razões: por ser uma área de conhecimento mais recente e, portanto, com menos preconceito em relação à pesquisa em espiritualidade/religiosidade; e por o construto qualidade de vida ser mais amplo e multidimensional, exigindo o engajamento de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para seu melhor entendimento, tornando-o transdisciplinar (p. 113).

## 2.3 – SUICÍDIO

*“Ser ou não ser, eis a questão.  
Será mais nobre sofrer na alma  
Pedradas e flechadas do destino feroz  
Ou pegar em armas contra o mar de angústias –  
E, combatendo-o, dar-lhe fim? Morrer; dormir;  
Só isso. E com o sono – dizem – extinguir  
Dores do coração e as mil mazelas naturais  
A que a carne é sujeita; eis uma consumação  
Ardentemente desejável. Morrer – dormir –  
Dormir! Talvez sonhar. Aí está o obstáculo!  
Os sonhos hão de vir no sono da morte  
Quando tivermos escapado ao tumulto vital  
Nos obrigam a hesitar: e é essa a reflexão  
Que dá à desventura uma vida tão longa.”  
(SHAKESPEARE)*

O suicídio é considerado um evento complexo e sua definição não é tarefa fácil. Estudar o suicídio é do interesse de várias áreas do saber, como a sociologia, a antropologia, a filosofia, a economia, a política e, sobretudo, a medicina, por ser passível de prevenção, com redução dos índices de mortalidade (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

Etimologicamente, a palavra suicídio deriva do latim e significa *sui* = si mesmo e *caedes* = ação de matar. “A condição *sine qua non* do suicídio é a morte em que o sujeito é, ao mesmo tempo, o agente passivo e ativo, a vítima e o assassino, coexistindo o desejo de morrer e o de ser morto, além do desejo de matar” (Lousã Neto et al., 2007, p. 476).

Muitos autores e estudiosos do tema tentaram definir o suicídio. Segundo o sociólogo Émile Durkheim (1897/2000), suicídio é "todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, a qual sabia dever ele produzir este resultado. A tentativa é o ato, assim definido, que falha em levar à morte" (p. 14).

Em 1964, Erwin Stengel (citado em Saraiva et al., 2014, p. 42) descreveu o suicídio como um "ato de autolesão fatal empreendido com maior ou menor consciência de intenção autodestrutiva, mesmo vaga ou ambígua".

Edwin Schneidman, considerado o pai da Suicidologia, conceitua o suicídio como o "ato consciente de autoaniquilação induzida, mais bem compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema" (citado em Saraiva et al., 2014, p. 42).

A OMS propôs que o suicídio é um "ato de desfecho fatal, protagonizado por um indivíduo com o propósito de provocar as mudanças pretendidas, conhecendo a vítima o resultado fatal" (citado em Saraiva et al., 2014, p. 42). Mais tarde, a OMS revisou a conceituação e definiu como "ato iniciado e protagonizado por alguém para se matar deliberadamente, sabendo que leva a um desfecho fatal" (citado em Saraiva et al., 2014, p. 43).

Já conforme a American Psychiatry Association (APA), o suicídio é a "morte auto-infligida, mas requer que a mesma seja acompanhada de evidência, tanto explícita quanto implícita, de que a pessoa pretendia morrer" (APA, 2003, p. 9).

Os dados epidemiológicos mundiais demonstram que os comportamentos suicidas são atualmente um importante problema de saúde pública (Lousã Neto et al., 2007; WHO, 2014). A OMS prevê que, em 2020, provavelmente cerca de 1,53 milhões de pessoas morrerão por suicídio. E aproximadamente 10 a 20 vezes mais pessoas farão tentativas de suicídio (WHO, 2014).

Globalmente, o suicídio é responsável por 1,4% do total de mortes no mundo, o que representa 50% das mortes violentas em homens e 71% das mortes violentas em mulheres. Estatisticamente, as mortes por suicídio nos jovens superam a soma de todas as mortes por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (WHO, 2014).

O plano de Ação na Saúde Mental 2013-2020 da OMS traz como meta a Prevenção do Suicídio, baseado em estimativas que demonstraram que a taxa de suicídios foi de 800 mil mortes em 2012, o que corresponde a 1 suicídio a cada 45 segundos, somando mais de 2 mil mortes ao dia. O suicídio representa a segunda causa de morte em adultos jovens – de 19 a 25 anos de idade, o que pode trazer grande impacto econômico mundialmente (WHO, 2014).

Ainda segundo a OMS (2014), os índices de suicídio variam muito entre os países. Em geral, são mais elevados em países ricos e desenvolvidos, entretanto, em números absolutos, 75% dos suicídios ocorrem nos países de baixa e média renda. Em termos globais, o coeficiente de mortalidade por suicídio é de 11,4 (15 para homens e 8 para mulheres). A Figura 2 exemplifica os coeficientes de mortalidade por suicídio nas diversas regiões do mundo.

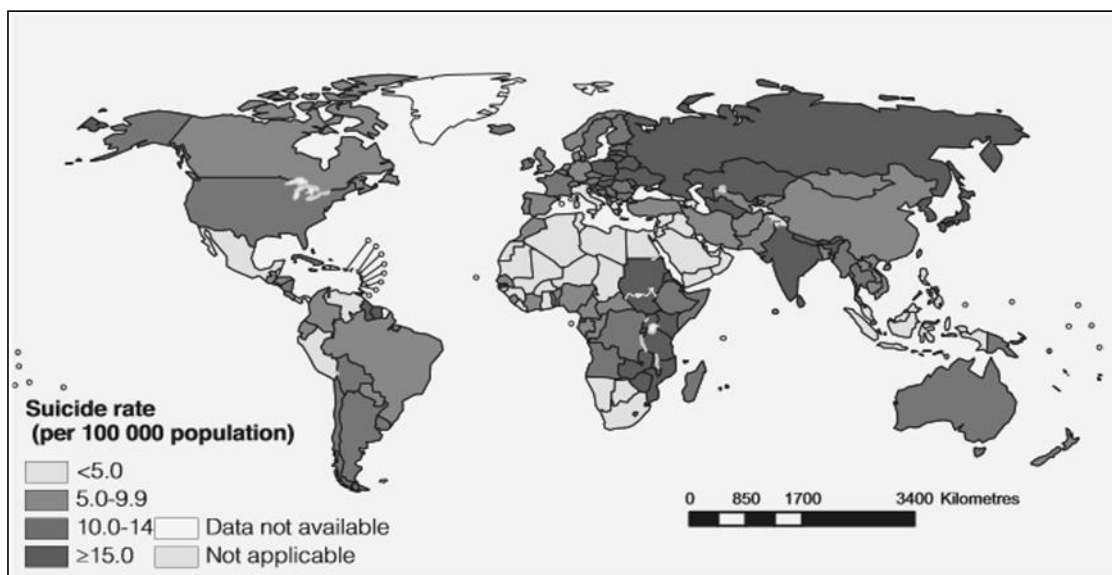


Figura 2 – Coeficientes de mortalidade por suicídio - por 100mil habitantes (WHO, 2014).

O suicídio é determinado por um grupo de fatores de diferentes naturezas, externos e internos ao sujeito, que se combinam de modo complexo e variável. Suicídios ocorrem em todas as regiões do mundo e ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas (Schlösser, Rosa e More, 2014) e, portanto, valorizar os contextos socioculturais é condição indispensável para a boa compreensão deste fenômeno (Botega, 2015; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014). Ademais, por ser multifacetado, o suicídio deve ser avaliado em suas várias vertentes, minimamente a neurobiológica, a genética, a psicossocial e a cultural.

Em suicidologia, é consensual entre os pesquisadores a noção de que o suicídio envolve questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, sem que um único fator possa ser apontado como exclusivamente responsável pela tentativa ou pelo suicídio propriamente dito. Os fatores que compõem este fenômeno formam um conjunto. Modelos multifatoriais mostram-se mais adequados à compreensão do processo de adoecimento, especialmente quando há cronicidade (Bteshe et al., 2010, p. 39).

### 2.3.1 - FATORES DE RISCO

Apesar de toda a complexidade evidenciada nas causas dos comportamentos suicidários, a prevenção do suicídio se baseia em dois argumentos principais: minimizar ou abolir os fatores de risco e revigorar os fatores de proteção ou resiliência (Botega et al., 2006; Bteshe et al., 2010; Saraiva et al., 2014).

Os fatores de risco para o comportamento suicida têm intensidade e duração diversas e devem ser explorados de forma ampla e responsável. Não se pode esquecer de que, para a avaliação do suicídio, existem influências da hereditariedade, história de vida pessoal e familiar, cultura, situação socioeconômica e características de personalidade.

Tais fatores de risco podem ser definidos como fatores sociodemográficos, sociais, psiquiátricos, médicos, familiares ou relacionados ao comportamento suicida (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007). Além disso, e de acordo com estes mesmos autores, podem ser classificados como modificáveis, não-modificáveis ou de difícil modificação; outro modo de classificá-los seria em precipitantes ou predisponentes. Uma descrição mais pormenorizada é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Classificação dos fatores de risco de suicídio

<b>FATORES DE RISCO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>EXEMPLOS</b>
<b>MODIFICÁVEIS</b>	Há boas possibilidades de intervenção e o impacto desse fator de risco pode ser reduzido; são a base de programas de prevenção de suicídio	Tratamento adequado e eficaz para o transtorno depressivo e dificultar o acesso a meios letais
<b>NÃO MODIFICÁVEIS</b>	Não há possibilidade de alteração desse fator de risco	História pregressa, aspectos demográficos, história familiar
<b>DIFÍCIL MODIFICAÇÃO</b>	Há pouca possibilidade de mudança nesse fator de risco	Dificuldades financeiras e desemprego
<b>PREDISPONENTES (DISTAIS)</b>	Representam a base sobre a qual se estrutura o comportamento suicida	Transtorno psiquiátricos, isolamento social, doenças incapacitantes, tentativa prévia de suicídio, abuso sexual na infância
<b>PRECIPITANTES (PROXIMAIS)</b>	São ligados temporariamente ao ato suicida e agem como desencadeantes	Desilusão amorosa, separação conjugal, vergonha, perda de emprego

É preciso ter-se em conta que, muitas vezes, os fatores de risco predisponentes (distais) não estão tão evidentes na ocasião do suicídio, sendo até mesmo ofuscados pelos fatores precipitantes (proximais). Isso pode, invariavelmente, determinar a avaliação superficial das causas para o suicídio, por trazer o foco para o evento atual, o motivo do desespero, em detrimento da análise da situação como um todo, ou seja, avaliação de todos os fatores de vulnerabilidade dessa pessoa (Botega, 2015).

A Figura 3 demonstra, em linha cronológica, a história usual do comportamento suicida. Os fatores predisponentes se encontram, geralmente, presentes há mais tempo e são agravados com o surgimento dos fatores precipitantes, mais agudos, aumentando o risco de comportamento suicida.

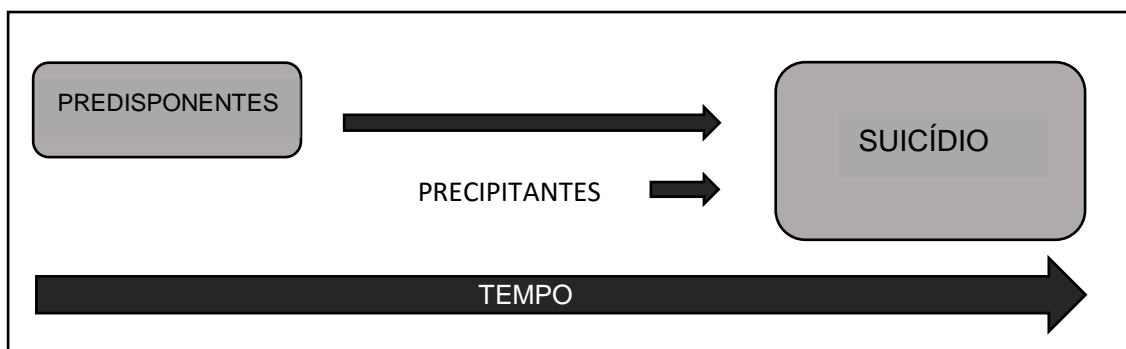


Figura 3 – Incidência de fatores de risco ao longo do tempo (Adaptado de Botega, 2015, p. 88.)

No que respeita ao género, há evidência de que os homens se suicidam 3 a 4 vezes mais que as mulheres; entretanto, os dados também mostram que as mulheres tentam o suicídio cerca de 3 vezes mais que os homens (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014). É importante ressaltar que mulheres grávidas, puérperas ou com filhos pequenos cometem menos suicídios que as demais (Lousã Neto et al., 2007).

Com o avançar da idade, apesar de, em geral, serem reduzidas as taxas de tentativas de suicídio no idoso, há maior risco de suicídio consumado, principalmente nos indivíduos do sexo masculino (Ferreira & Trichê, 2014; Saraiva et al., 2014; Schlösser et al., 2014). Um outro grupo etário de mais risco é o dos adolescentes (Lousã et al., 2007). De acordo com estes mesmos autores, é raro o suicídio em menores de 12 anos de idade.

Estudos mostram que pessoas solitárias ou isoladas socialmente tendem a apresentar maior risco de suicídio (Saraiva et al., 2014). O desenlace em relações de grande envolvimento afetivo pode elevar o risco de suicídio. Ademais, pessoas que perderam um familiar/amigo próximo nos últimos 4 a 5 anos apresentam maior risco de cometerem o suicídio, principalmente se houver transtorno psiquiátrico, tentativa de suicídio prévia ou pouco suporte social e familiar no período do luto (Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014). No que se prende com o estado civil, sujeitos solteiros, separados, divorciados ou viúvos suicidam-se 4 vezes mais que os casados (Botega, 2015). A



proteção oferecida pelo casamento é mais relevante para o sexo masculino (Lousã Neto et al., 2007).

Do ponto de vista da orientação sexual, alguns estudos têm evidenciado que homossexuais e bissexuais têm maior prevalência de suicídio que os heterossexuais (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007). Fergusson, Horwood e Beautrais (1999) fizeram um estudo que evidenciou que *gays*, lésbicas, bissexuais e pessoas jovens estão em maior risco de problemas referentes à saúde mental, dentre os quais se destaca o comportamento suicida.

O suicídio é 3 a 4 vezes mais prevalente entre os desempregados do que entre os que estão ativos profissionalmente (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014). Médicos e dentistas suicidam-se, respectivamente, 5 e 2 vezes mais que a população geral; outros profissionais de risco são os enfermeiros, os artistas, os matemáticos, os policiais e os cientistas (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007).

No que se prende com acontecimentos de vida, ter sido preso é um importante fator de risco para o suicídio, primordialmente nos dias iniciais, e o método mais escolhido é o enforcamento, que tem grande letalidade (Lousã Neto et al., 2007). A presença de arma de fogo em casa, por também ser meio de alta letalidade, também aumenta o risco de suicídio (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014).

É importante ainda ressaltar a relação entre a presença de doenças físicas e o comportamento suicida. Harris e Barraclough (1997), citados em Louzã Neto et al. (2007), em metanálise detectaram um risco aumentado de suicídio para indivíduos com diagnóstico de HIV/AIDS, Coréia de Huntington, neoplasias malignas, esclerose múltipla, doença ulcerosa péptica, insuficiência renal, lúpus eritematoso sistêmico e lesão de medula espinal. A presença de epilepsia determina um aumento de 5 a 6 vezes do risco de suicídio.

Sobre os transtornos psiquiátricos, estes são fatores de risco essenciais apesar de não serem suficientes para determinar o comportamento suicida. Estima-se que 90% ou mais dos casos de suicídio ocorram em decorrência de transtornos mentais (Botega, 2015; Bteshe et al., 2010; Ferreira & Trichê, 2014; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014). Os principais, dentre os transtornos psiquiátricos, são os transtornos de humor uni ou bipolares e a dependência e abuso de substâncias, além de que a combinação de transtornos mentais eleva ainda mais o risco (Louzã Neto et al., 2007). O alcoolismo, a

depressão e a toxicodependência são as doenças mentais mais associadas ao suicídio, com ênfase especial ao transtorno depressivo, porque surge em todos os estudos epidemiológicos, que demonstram cifras entre 45 e 80% de associação ao comportamento suicida (Botega et al., 2006; Ferreira & Trichê, 2014; Saraiva et al., 2014; WHO, 2002).

Também se destacam os transtornos psicóticos, notadamente a esquizofrenia, que eleva o risco de suicídio em cerca de 8 a 14 vezes em relação à população geral (APA, 2003). Os transtornos de personalidade, principalmente os pacientes com personalidade borderline ou anti-social, podem apresentar um risco aumentado de suicídio (até 12 vezes para homens e 20 vezes para mulheres), acrescido ao fato de que tais transtornos frequentemente se associam a outros transtornos mentais como a depressão e o abuso de substâncias (APA, 2003; Louzã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014).

A hereditariedade do suicídio tem sido sugerida por existirem famílias com grande incidência de suicídios entre os seus membros. Reclamam, até então, sobre a disfunção serotoninérgica os achados neurobiológicos referentes à genética do suicídio (Louzã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014). Não se pode, apesar disso, descartar a potencial influência das condições ambientais e socioculturais sobre o comportamento suicidário, tendo em vista que há indícios de maior risco de suicídio em filhos adotivos de pais suicidas.

Há grandes evidências de aumento do risco de suicídio em pacientes que sofreram abuso físico, emocional ou sexual na infância, assim como em vítimas de violência domiciliar e bullying (Louzã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014).

Os sobreviventes de uma única tentativa de suicídio apresentam um alto risco de nova tentativa, com maior possibilidade de suicídio consumado (Botega, 2015; Louzã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014). Segundo afirma Botega (2015, p. 150), “em cerca de metade dos casos de suicídio, houve uma tentativa prévia de pôr fim à vida”. Essa população apresenta um risco de cometer o suicídio de 38 a 40 vezes maior que a população geral (Ferreira & Trichê, 2014; Louzã Neto et al., 2007). As tentativas prévias de suicídios são o maior preditor isolado de risco de suicídio para um paciente e constituem, junto com a presença de transtorno mental, os maiores fatores de risco para o comportamento suicida (Botega et al., 2006; Ferreira & Trichê, 2014). Mesmo em

pacientes repetidores de tentativas de suicídio, em que geralmente as tentativas podem ser de baixa letalidade, há risco crônico para o suicídio (Botega, 2015).

A desesperança, independente do diagnóstico psiquiátrico ou clínico, é a dimensão psicológica mais associada ao comportamento suicida (APA, 2003; WHO, 2014). Entretanto, deve-se lembrar de que é frequente em muitos pacientes psiquiátricos e tem baixa especificidade para detecção do potencial suicida (Lousã Neto et al., 2007). Além dela, a insônia e a ansiedade intensa, além do humor deprimido, são os sintomas psiquiátricos mais associados à ocorrência de tentativa grave de suicídio. Sentimentos de culpa, arrependimento e vergonha podem também ser preditores de suicídio, por estarem associados a sintomas depressivos (Foster, 2003; Namratha, Kishor, Sathyanarayana Rao, & Raman, 2015).

Do ponto de vista comportamental, a impulsividade, a instabilidade emocional e a agressividade estão muito associadas ao comportamento suicida e a identificação de tais comportamentos deve atentar para a possibilidade de descontrole e automutilação impulsiva (Lousã Neto et al., 2007).

Alguns estudos demonstraram uma menor frequência de comportamentos suicidários nos indivíduos que tem uma crença religiosa, comparativamente aos outros. A religião pode exercer papel frenador (religiões católica, muçulmana e judaica condenam práticas suicidas) ou podem ser determinantes do comportamento (crenças orientais e algumas seitas cristãs valorizam o suicídio enquanto defesa da honra ou sacrifício), conforme explicitado por Saraiva e colaboradores (2014).

Se estão presentes, e quanto mais fatores de risco forem, a probabilidade de cometer o suicídio aumenta. Porém, nem sempre eles são determinantes do comportamento suicida. Não se pode, neste sentido, esquecer dos fatores protetores. Os profissionais e familiares envolvidos no cuidado a estes pacientes devem sempre enfraquecer os fatores de risco e reforçar os fatores protetores.

A chance de suicídio aumenta, proporcionalmente, quanto mais fatores de risco estiverem presentes. Entretanto, muitos indivíduos podem ter um ou mais fatores de risco e não terem intenção suicida. O que faz a diferença entre a decisão de vida e morte não é só a presença de fatores de risco, mas o acesso a fatores protetores que fortalecem as estratégias de enfrentamento. O nível é particularmente alto quando um ou mais fatores de proteção são eliminados (Lousã Neto et al., 2007, p. 491).

### 2.3.2 – FATORES PROTETORES

A literatura sobre os fatores protetores é mais escassa, eles são mais complexos em sua definição e mais difíceis de serem operacionalizados e mensurados. São, sem dúvida, os fatores que levam a uma vida mais saudável e produtiva, com sensação de bem-estar. Muitos dos fatores protetores correspondem aos indicadores de melhor qualidade de vida. Na verdade, fazem ou deveriam fazer parte do “normal” (Botega, 2015). Estes fatores podem relacionar-se com habilidades cognitivas, flexibilidade emocional e integração social (Lousã Neto et al., 2007).

A resiliência, definida como a capacidade de se recuperar frente às adversidades, tem sido reforçada como grande fator de proteção aos comportamentos suicidários. Ela pode ser avaliada através do senso de valor pessoal, flexibilidade para aprendizagem, habilidade de comunicação, confiança em si mesmo, adoção de valores e tradições saudáveis, senso de propósito na vida. Em geral, pessoas resilientes contam com bom suporte familiar, bom relacionamento com amigos e colegas de trabalho, boa alimentação e bom sono, têm prática regular de exercícios físicos e não abusam de substâncias psicoativas (Lousã Neto et al., 2007). É também comum, entre as pessoas resilientes, o envolvimento com algum tipo de prática religiosa ou a presença de crenças espirituais.

A gravidez, o puerpério e a presença de crianças pequenas em casa destacam-se como importantes fatores de proteção ao comportamento suicida (APA, 2003; Lousã Neto et al., 2007). Ademais, o bom e adequado tratamento das doenças psiquiátricas também pode reduzir sintomatologia depressiva, ansiosa e psicótica, o que pode diminuir substancialmente o risco de suicídio. Conforme Betshe et al. (2010), “entre os fatores protetores, podemos enumerar, entre outros: ter acesso a tratamentos; contar com apoio social; cultivar vínculos afetivos; sentir-se integrado num grupo ou comunidade; seguir alguma religião ou crer na espiritualidade” (p. 39).

Na Tabela 5, evidenciam-se alguns fatores protetores para o suicídio. Na medida em que estão presentes, e quantos maiores forem, costumam oferecer certa proteção ao comportamento suicida. Não são infalíveis, mas são uma possibilidade de suporte. Deve-se sempre fortalecer os fatores protetores que estejam enfraquecidos ou ausentes, na tentativa de melhor controle do comportamento suicidário.

Tabela 5 – Fatores de proteção para o suicídio

Crianças em casa
Senso de responsabilidade com a família
Gravidez
Religiosidade
Gosto pela vida
Habilidade de avaliar a realidade
Habilidades positivas de enfrentamento
Habilidades positivas de solução de problemas
Suporte social positivo
Relação terapêutica positiva

Fonte: APA (2003)

### 2.3.3 – MEIOS PARA O SUICÍDIO

A escolha dos meios mais frequentemente utilizados para o suicídio sofrem influência da informação de que dispõe o indivíduo, da cultura e da acessibilidade a eles, podendo variar conforme gênero, faixa etária e ao longo do ciclo vital (Botega, 2015). Na China, na Índia e no Sri Lanka, países que não fiscalizam rigorosamente a venda de pesticidas, identificam-se muitos suicídios por envenenamento com estas substâncias (Botega, 2015; WHO, 2014). Na Austrália e na Inglaterra, por exemplo, há um predomínio de suicídios por enforcamento ou inalação de gases. Nos Estados Unidos da América, por arma de fogo (Botega, 2015).

A letalidade pode ser mais baixa, como na ingestão excessiva de medicamentos e nas lesões superficiais por arma branca, ou pode ser alta, como no enforcamento ou na lesão por arma de fogo (Saraiva et al., 2014). A OMS destaca, como recomendação para a prevenção do suicídio, a redução de acesso a métodos letais – primordialmente programas proibitivos da comercialização de armas de fogo e pesticidas.

A maioria das pessoas que apresentam comportamentos suicidas são ambivalentes sobre o desejo de morrer no momento do ato, e alguns atos suicidas são respostas impulsivas a estressores psicossociais agudos. Restrição (restringir o acesso aos meios de suicídio) é um componente chave dos esforços de prevenção do suicídio porque fornece uma oportunidade a estes indivíduos de refletir sobre o que eles estão prestes a fazer e, esperançosamente, para a crise passar. No entanto, a elaboração de políticas adequadas de restrição (por exemplo, limitando o acesso a pesticidas e armas de fogo; colocando barreiras em metrô, pontes e edifícios emblemáticos; mudanças nos

regulamentos de embalagem para medicamentos) requer uma compreensão detalhada dos métodos de suicídio utilizados na comunidade e das preferências de método de diferentes grupos demográficos dentro da comunidade (WHO, 2014, tradução nossa, p. 33)

#### 2.3.4 – PARASSUICÍDIOS/COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS

Na literatura há muita controvérsia acerca da definição dos comportamentos suicidários sem real intenção suicida, tendo sido já considerados sinônimos, no passado, os termos parassuicídio, tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos (Gil & Saraiva, 2006).

Em 1969, Kreitman e colaboradores, citados por Saraiva et al. (2014), introduziram o termo parassuicídio, com o objetivo de designar um comportamento análogo ao suicídio, sem a orientação psicológica para a morte como essencial à definição. O parassuicídio representaria, portanto, uma subcategoria da tentativa do suicídio, com baixos níveis de intenção de morrer.

Também para Saraiva (1997, citado em Saraiva et al., 2014, p. 47), parassuicídio é um “ato iniciado de livre vontade pelo próprio em que este se automutila ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica ou o seu habitual padrão de consumo, e que o indivíduo acredita ser farmacologicamente ativa”. Este mesmo autor, em publicação mais recente (Saraiva et al., 2014), utilizou a terminologia adotada pelo Plano Nacional de Prevenção de Suicídio - PNPS da Direção Geral de Saúde – DGS de Portugal, passando a definir por comportamentos autolesivos os eventos caracterizados pela ausência de intenção suicida (cf. Figura 4).

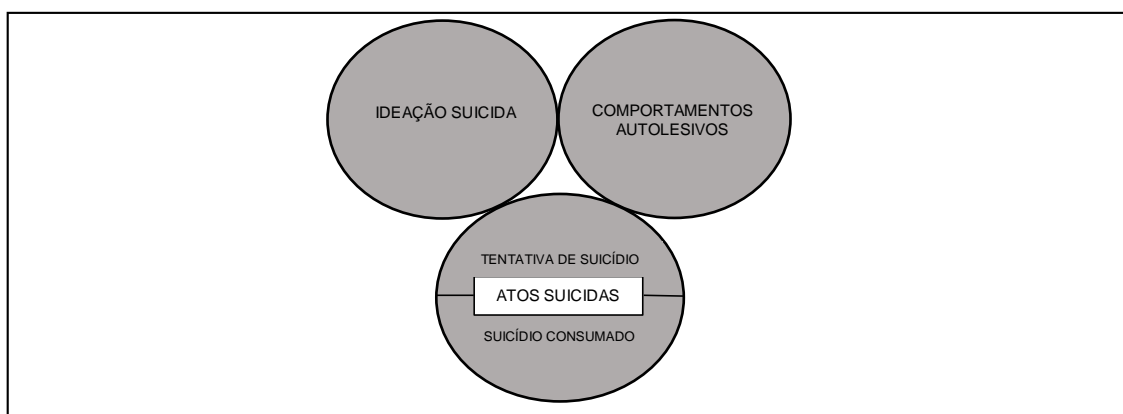


Figura 4 – Representação gráfica da nomenclatura proposta pelo PNPS 2013-2017 (adaptada de Saraiva et al., 2014, p. 48)

Para o PNPS (DGS, 2013), os comportamentos autolesivos não têm intencionalidade suicida, mas envolvem atos autolesivos intencionais como cortes, ingestão de fármacos em doses superiores às recomendadas, saltar de locais elevados e a ingestão de substâncias ilícitas ou não-ingeríveis (lixívia, pregos, detergentes, lâminas). Em consonância, atualmente, após a publicação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 (DSM-5), que definiu nova entidade nosológica (Nonsuicidal self-injury [NSSI]), há uma tendência internacional em utilizar o termo *comportamento autolesivo sem intenção suicida* para os pacientes ditos, anteriormente, com comportamentos parassuicidários. Seriam exatamente esses indivíduos com padrões repetitivos de lesões auto-infligidas, sem intenção suicida e em que a morte se torna improvável.

Tendo-se em conta de que a maioria dos autores concordam que há intenção de morte nas tentativas de suicídio, a principal diferença entre estas e o parassuicídio/comportamento autolesivo seria a intencionalidade do ato (nas primeiras). Há a necessidade crescente de padronização da nomenclatura, a fim de facilitar a codificação dos casos, com vantagens no que tange aos dados produzidos pela saúde pública e pela medicina legal (Saraiva et al., 2014), além de viabilizar a uniformização da ciência produzida sobre o tema.

O comportamento parassuicida é mais comum em mulheres, sendo estas quase sempre jovens e em situações de angústia intensa - contextos de morte permeados pela ambiguidade (Saraiva et al., 2014). Em verdade, o comportamento autolesivo é um comportamento patológico que, por não visar a morte como aniquilação consciente e determinada, pode ser desvalorizado pelos profissionais assistentes; deve-se estar atento, visto que pode gerar negligência e resultar inadvertidamente na morte, ou seja, num suicídio consumado.

### **2.3.5 – SUICÍDIO EM PORTUGAL**

Considerando-se o cenário europeu como um todo, Portugal apresenta baixas taxas de suicídio (entre 9 e 10 casos / 100.000 habitantes), assim como acontece em outros países mediterrâneos (Saraiva et al., 2014). Acredita-se, no entanto, que ainda haja subdeclaração de óbitos por suicídio, pois, à semelhança de outros países, cerca de 10% das mortes em Portugal é declarada como “de causa indeterminada”.

No geral, os dados demonstram uma relação de mortes por suicídio de 3,5 homens para cada mulher. Entretanto, nas ilhas são verificadas taxas de 5 homens para cada mulher. As causas de suicídio em Portugal são semelhantes às encontradas globalmente. Percebe-se que a solidão, quer em zonas rurais quer em zonas urbanas, é importante fator de risco para a população portuguesa, além do desemprego e do analfabetismo, que também prejudicam a integração social das pessoas (Saraiva et al., 2014).

Há uma maior frequência de mortes por enforcamento (52,2% dos homens e 31,2% das mulheres), seguida pela intoxicação por pesticidas (23,5% das mulheres e 14% dos homens). O afogamento representou a terceira causa de suicídio (11,6%) nas mulheres e o disparo de arma de fogo a terceira causa (11,1%) nos homens (Saraiva et al., 2014). Em relação a outros países europeus, há menos casos de precipitações no vazio em ambos os sexos.

Portugal apresenta o “padrão etário de suicídio mais idoso de toda a Europa, com uma idade mediana por esta causa de morte rondando os 64 anos” (Saraiva et al., 2014, p. 79). No sul de Portugal, a idade mediana de morte pode atingir cifras superiores a 70 anos de idade em algumas zonas do Alentejo.

É interessante salientar que os levantamentos sobre o suicídio em Portugal evidenciam um contraste norte/sul. Traçando-se um paralelo à região de Tomar, acima deste encontram-se taxas baixas (cerca de 4 casos de suicídio por 100 mil habitantes) e, abaixo deste, as taxas chegam a 25 casos por 100 mil habitantes. Isso determina que cerca de 75% dos casos de suicídio em Portugal ocorram ao sul deste paralelo imaginário referido anteriormente (Saraiva et al., 2014).

A religiosidade, mais frequente ao Norte do país, pode exercer importante papel frenador nos comportamentos suicidários da população portuguesa. É evidente que nessa zona do país a religião proporciona melhor coesão social, com mais envolvimento da população em grupos e atividades religiosas.

Por fim, indicadores de privação social e pobreza de longa duração não têm sido associados a maiores taxas de suicídio, dados que são semelhantes aos encontrados em outros estudos noutras regiões do mundo. Em contrapartida, indicadores de privação e pobreza de início recente podem elevar as taxas de suicídio, fato que sinaliza para a importância de se observar o cenário atual de crise econômica na Europa, notadamente em Portugal (Saraiva et al., 2014).



### 2.3.6 – SUICÍDIO, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

Estudar a influência da espiritualidade nos agravos de saúde, principalmente no que tange à espiritualidade incidindo sobre a saúde mental das pessoas, tem sido temática central de alguns autores nos últimos anos (Dein et al., 2012; George et al., 2000; Koenig et al., 2001; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008). Há ainda dificuldades metodológicas, no entanto, percebem-se boas evidências do impacto positivo da espiritualidade nos diversos desfechos de saúde, inclusive no suicídio (Botega et al., 2006; Saraiva et al., 2014).

Falar sobre a espiritualidade invariavelmente traz à tona questões de ordem religiosa. Durkheim sugeriu, do ponto de vista sociológico, a possibilidade do papel de algumas religiões na modificação de taxas de suicídio, descrevendo que o suicídio seria mais frequente em situações de desagregação social, anomia e egoísmo (Durkheim, 1897/2000; Nunes, 1998). Comparando alguns países, este autor identificou que, embora a religião protestante também proibisse o suicídio, em países mais católicos a prática do suicídio era menos comum. Ademais, concluiu que as diferentes taxas poderiam ser explicadas pelo fato de o Catolicismo apresentar um sistema hierárquico de autoridades mais rígido, além de maior integração/coesão social entre os fiéis, com condutas e crenças semelhantes entre os adeptos. Entretanto, no Protestantismo, por possibilitar maior liberdade de avaliação do livro sagrado, haveria mais diversidade, menos hierarquia e, por conseguinte, menor integração e menos crenças e práticas comuns.

Ainda para Durkheim (1897/2000), a religião exerce papel profilático sobre o suicídio, por representar um conjunto de crenças e práticas tradicionais, integrando pessoas e fomentando situações coletivas que aproximam os sujeitos. Para este autor, quanto mais integradas são as práticas religiosas, maiores as chances de preservação. Na relação entre o Judaísmo e o suicídio, por ser o Judaísmo marcado por um conjunto de práticas regulamentadoras da existência, deixa pouco espaço para o julgamento individual – como o fazem os protestantes. Ou seja, mais religiosidade, mais coesão social, menos suicídio (Durkheim, 1897/2000; Nunes, 1998). No caso específico do papel da religião, o indivíduo cometeria o suicídio porque a sociedade religiosa em que se insere perdeu a coesão (Nunes, 1998).

Pessoas com maior envolvimento religioso de um modo geral possuem menores taxas de suicídios. A religiosidade também auxilia no enfrentamento de doenças graves. Entre

os muçulmanos as taxas de suicídio são mais baixas quando comparadas às outras religiões, provavelmente por causa do pesado julgamento moral sobre o suicídio e consequente senso de punição, além de outras características culturais, como por exemplo, a proibição do consumo de álcool (Botega et al., 2006, pp. 215-216).

Em se tratando da relevância dos transtornos psiquiátricos no contexto do suicídio, é mandatório compreender a relação entre religião, espiritualidade e suicídio nestes pacientes. Estima-se que 90% dos suicídios ocorram no contexto de doença mental (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007).

Segundo Rasic et al. (2009), a redução das taxas de suicídio tem sido demonstrada em países culturalmente mais religiosos e, além disso, a espiritualidade tem sido associada com diminuição da ideação suicida em vários grupos. Revisão recente revelou que 84% dos estudos encontrados apresentavam taxas mais baixas de suicídio entre pessoas mais religiosas (Koenig et al., 2001).

Neeleman e colaboradores (1997), citados por Stroppa e Moreira-Almeida (2008), relataram que a religiosidade apresentou uma relação inversa com a tolerabilidade ao suicídio e também com as taxas de suicídio. Os mesmos autores teriam identificado uma menor taxa de suicídio entre negros norte-americanos em relação a brancos, fato que seria explicado pelo alto nível de crenças e a importância da religião entre os negros.

Dervic e colaboradores (2014) apontaram, em um estudo que analisou a prevalência de tentativas de suicídio em pacientes deprimidos internados, que os indivíduos sem afiliação religiosa apresentavam maior probabilidade de tentativas de suicídio se comparados àqueles com afiliação religiosa.

Em um estudo norte-americano dos EUA, feito com pessoas de 50 anos ou mais (584 suicídios e 4.279 mortes naturais), a taxa de suicídio entre pessoas que não frequentavam atividades religiosas foi 4 vezes maior do que entre aqueles que tinham participação ativa, mesmo depois do ajuste para o sexo, raça, estado civil, idade e relações sociais (Nisbet, Duberstein, Conwell, & Seidlitz, 2000).

Outros autores analisaram espiritualidade, religião e comportamento suicida, em amostra populacional de 36.984 pessoas no Canadá (sujeitos com idade superior a 15

anos), tendo obtido respostas de 77% das pessoas selecionadas. Os dados mostraram que 63,1% dos entrevistados consideraram valores espirituais importantes e que, portanto, a prática religiosa estava associada a menos tentativa de suicídio nos últimos 12 meses, tanto na população em geral, como naqueles portadores de doença mental (Rasic et al., 2009).

Huguelet et al. (2007) avaliaram 115 pacientes (entre 18 e 65 anos) internados em hospital psiquiátrico, com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo. Mesmo que os autores não tenham encontrado uma relação inversa entre tentativas de suicídio e religiosidade/espiritualidade na amostra estudada, a análise qualitativa evidenciou que 25% dos sujeitos referiu um papel protetor da religião contra o suicídio.

Entre ateus, foram encontradas taxas de suicídio de 12/100.000 habitantes para mulheres e 40/100.000 para homens (Bertolote et al., 2005).

Conforme afirmam Stroppa e Moreira-Almeida (2008),

Koenig e cols. (2001) resumiram os principais achados ao longo de um século de pesquisas sobre o assunto. Não conseguiram encontrar associações seguras entre afiliações religiosas específicas e risco de suicídio. Por outro lado, um achado consistentemente replicado foi a associação entre maior religiosidade e menor frequência de comportamento suicida. Muitos estudos indicam que o nível de envolvimento religioso em uma dada área é inversamente proporcional ao número de mortes por suicídio. Além de propiciar uma rede social de apoio, outros mecanismos são propostos para explicar o efeito protetor do envolvimento religioso contra o suicídio. São eles: crenças na vida após a morte, auto-estima e objetivos para a vida, modelos de enfrentamento de crises, significado para as dificuldades da vida, uma hierarquia social que difere da hierarquia sócio-econômica da sociedade, além de desaprovação enfática ao suicídio (p. 432).

Alguns estudos têm sugerido que o apoio social pode ser um dos mecanismos através dos quais a religião e espiritualidade estão associadas com menores taxas de doença mental e, conseqüentemente, de suicídio (Moreira-Almeida et al., 2006). De acordo com tais autores, deve-se compreender que este impacto positivo na saúde advém de múltiplos fatores, como as crenças pessoais, os comportamentos mais saudáveis e práticas religiosas, além do meio-ambiente. O envolvimento com religiosidade/espiritualidade também reduz as taxas de depressão e de abuso de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, o que conseqüentemente diminui as taxas de suicídio e

de tentativas de suicídio em amostras estudadas (Botega et al., 2006; Koenig et al., 2001; Saraiva et al., 2014; WHO, 2004).

É evidente a relação entre a crise psíquica, da qual o suicídio é um possível desfecho, e a busca pelo transcendente, pelo espiritual. Nos últimos anos vem sendo publicados muitos trabalhos sobre a relação entre saúde mental e religião/espiritualidade (Koenig et al., 2001; McIntosh et al., 2011; Moreira-Almeida et al., 2006; Stroppa & Moreira-Almeida, 2009); entretanto, uma área negligenciada dentro da pesquisa em psiquiatria é a relação específica entre espiritualidade/religiosidade e os comportamentos suicidas (Moreira-Almeida et al., 2006). Ainda são necessários estudos mais abrangentes, possivelmente transculturais, nessa área.

### **2.3.7 – SUICÍDIO E QUALIDADE DE VIDA**

Como já foram citados, os fatores protetores para o comportamento suicida são os que proporcionam uma vida mais saudável (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007), garantindo o bem-estar subjetivo, e muitos desses fatores se mesclam aos indicadores de melhor QdV. Em contrapartida, a ausência destes fatores protetores coincide com a presença de alguns dos fatores de risco para o suicídio, como por exemplo o isolamento social, as doenças mentais, o desemprego, os relacionamentos familiares conflituosos ou frágeis, as adversidades na infância, as agressões (físicas, sexuais e verbais), a orientação sexual não heterossexual, a perda recente de um membro da família e as doenças orgânicas causando dor ou incapacidade (Botega, 2015; Botega et al., 2006; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014), que são também fatores redutores da QdV dos sujeitos.

A doença psiquiátrica é, sem dúvida, um grande fator de risco para o comportamento suicida (Botega, 2015; Saraiva et al., 2014), mas também o é para o decréscimo da QdV (Minayo, 2000; Pereira et al., 2012). Considerando-se que o comportamento suicida traz consequências também para a vida das pessoas que se relacionam com o doente (Botega, 2015; Saraiva et al., 2014), o suicídio é sobretudo um importante indicador da QdV de uma população (Heck et al., 2012).

Koivumaa-Honkanen e colaboradores (2001) afirmaram que a insatisfação com a vida está fortemente associada a sintomas depressivos e tem efeito a longo prazo sobre o risco de suicídio, podendo ser um sinal precoce de futuros problemas mentais. Tais

autores sugerem que a avaliação da satisfação com a vida pode contribuir para a detecção precoce de grupos de risco aumentado para o suicídio.

Estudo realizado com mulheres expostas à violência doméstica demonstrou que 38% dessas pensaram na possibilidade de suicídio (Adeodato et al., 2005). Os autores concluíram que as mulheres vítimas de seus parceiros apresentaram escores compatíveis com uma má QdV e com depressão. Por sua vez, a ideação suicida está associada a pior QdVrS (Fairweather-Schmidt, Batterham, Butterworth, & Nada-Raja, 2016; Goldney, Fisher, Wilson & Cheok, 2001).

Alves e colaboradores (2016) compararam grupos de pessoas com depressão e ideação suicida, com somente depressão ou sem depressão. Eles concluíram que o risco de suicídio foi maior em sujeitos solteiros, com menos anos de estudo, com renda familiar mais baixa e nos desempregados. Essas pessoas apresentaram maior ideação suicida na última semana, menor QdV e apresentavam invariavelmente alguma doença psiquiátrica.

Outra pesquisa, feita com jovens, avaliou a associação entre depressão (com ou sem risco de suicídio) e QdV. O resultado desse estudo demonstrou que indivíduos com depressão e risco suicida apresentaram QdV mais baixa que os indivíduos somente deprimidos (Lopez et al., 2011).

A depressão não diagnosticada é um dos principais obstáculos para a prevenção do suicídio (Botega et al., 2006; Koivumaa-Honkanen et al., 2001; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014); além disso, é importante fator para o decréscimo da QdV (Moreira-Almeida et al., 2006). O adequado tratamento de pacientes com risco suicida facilita a redução das tentativas de suicídio, com mudanças que determinam mais alta QdV para as pessoas (Alves et al., 2016; Heck et al., 2012).

### **3 – METODOLOGIA**

*“Se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária” (KARL MARX)*

#### **3.1 – OBJETIVOS**

##### **3.1.1 – OBJETIVO GERAL**

Compreender a espiritualidade e qualidade de vida de pacientes com comportamentos suicidários e parassuicidários.

##### **3.1.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Tendo em conta o objetivo geral, no presente estudo definiram-se os seguintes objetivos específicos:

#### **ESTUDO QUANTITATIVO**

- Comparar características dos subgrupos de participantes (comportamentos suicidários e parassuicidários; praticantes ou não praticantes de alguma religião; ativos e não ativos profissionalmente), no que tange às crenças espirituais, crenças pessoais, importância da religião na vida e na tomada de decisões;
- Comparar características dos subgrupos de participantes (comportamentos suicidários e parassuicidários; praticantes ou não praticantes de alguma religião; ativos e não ativos profissionalmente), relativamente à QdV espiritual, avaliada pelas facetas do WHOQOL-SRPB e à QdV, avaliada pelo WHOQOL-Bref;
- Comparar características dos subgrupos de participantes (comportamentos suicidários e parassuicidários; praticantes ou não praticantes de alguma religião; ativos e não ativos profissionalmente), no que respeita aos sintomas depressivos e ideação suicida;
- Avaliar a associação entre as variáveis em estudo (variáveis religiosas, facetas do WHOQOL-SRPB, domínios de QdV do WHOQOL-Bref, sintomas depressivos e ideação suicida), a fim de verificar o padrão de associação entre os constructos de Espiritualidade e Qualidade de Vida e as especificidades destes no contexto do comportamento suicida.

## **ESTUDO QUALITATIVO**

- Identificar contextos/situações de vida percebidos como momentos felizes ou tristes, além da presença de sentimentos de culpa e arrependimento, a fim de caracterizar noções de bem-estar geral;
- Identificar a existência de desejos e sonhos para a vida futura;
- Identificar o sentido/o propósito de vida dos entrevistados;
- Identificar a presença de crenças em Deus/Força superior e o significado desta força na vida dos sujeitos.

### **3.2 – CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS**

Segundo Marconi e Lakatos (2011), é por meio da pesquisa que se pode alcançar e dominar novos conhecimentos, redescobrimo verdades antes obscuras.

A Medicina está invariavelmente associada às Ciências Biológicas e, dessa forma, os pesquisadores na área médica priorizaram, por muito tempo, estudos que visavam à evidência e descrição objetiva dos fatos. Historicamente, era o modelo hegemônico na produção de ciência em saúde (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008), tendo sido sempre dada maior ênfase à mensuração, à constatação de indicadores/sinais. Entretanto, entendeu-se que as patologias não são meramente biológicas e, conseqüentemente, também as Ciências da Saúde perceberam que a abordagem dessa multiplicidade de fatores envolvidos no adoecimento humano poderia enriquecer o conhecimento científico e gerar dados mais próximos da realidade.

Os fatores socioculturais influenciam diretamente a saúde das pessoas, individual ou coletivamente e a análise do caráter multifatorial das doenças é melhor feita se forem incluídas técnicas da pesquisa qualitativa em saúde, porque esta se alicerça nos processos sociais. Estudar o modo como as pessoas enfrentam os problemas, porque ou não aderem a determinada terapêutica, compreender crenças e valores presentes em um grupo social, entender motivações, escolha de práticas saudáveis ou não... tudo isso não pode ser feito unicamente com aplicação de questionários quantitativos. É preciso escutar o que essas pessoas têm a dizer.

Os antecedentes do que hoje chamamos pesquisa qualitativa em saúde estão associados à Antropologia, à Sociologia e a estudos aplicados em educação, trabalho social e Medicina (Merriam, 2009). As Ciências Sociais sempre objetivaram a

compreensão da realidade humana vivida socialmente. Segundo Fraser e Gondim (2004, p. 141), “conhecer as razões e os motivos que dão sentido às aspirações, às crenças, aos valores e às atitudes dos homens em suas interações sociais é o mais importante para as ciências sociais”. Sendo assim, o essencial não seria mensurar e sim captar a realidade na sua complexidade.

A abordagem qualitativa parte sempre do pressuposto de que toda ação humana tem um significado subjetivo, que não pode e não deve ser estudado somente de forma quantitativa e objetiva (Fraser & Gondim, 2004). O foco da pesquisa qualitativa está nos significados das ações e relações humanas e isso não é captável em equações ou estatísticas (Minayo & Sanches, 1993) privilegiadas na pesquisa quantitativa. Segundo Merriam (2009), “basicamente, os pesquisadores qualitativos estão interessados em compreender o significado construído pelas pessoas, ou seja, como as pessoas dão sentido ao seu mundo e às experiências que tem no mundo (Merriam, 2009, p. 13).

A pesquisa qualitativa está inserida no âmbito das Ciências Sociais e visa ao entendimento de como os fenômenos ocorrem, sempre direcionada à profundidade dos fatos e às causas e efeitos da situação pesquisada nos sujeitos que a vivenciam. Traz indubitavelmente um importante contributo às Ciências da Saúde, tendo em vista que evidencia o paciente como sujeito da experiência.

Em contrapartida, a pesquisa quantitativa se ancora em números e estatísticas, muitas vezes limitando a tabelas e gráficos a apresentação de resultados. Há uma valorização do rigor matemático em detrimento da compreensão do significado (Marconi & Lakatos, 2011). É um modo mais objetivo e sistemático de pesquisar e a análise é demonstrada com a quantificação do fenômeno.

### **3.2.1 - DIÁLOGO “QUANTI-QUALI”**

Metodologias diferentes se tornaram populares a depender do contexto social, cultural, histórico, político e científico (Dawson, 2007). Há um complexo e duradouro confronto entre teóricos quantitativistas e qualitativistas (Dawson, 2007; Machado, 2010; Merriam, 2009), porque ambos almejam definir qual seria a melhor abordagem, ou seja, a mais “científica”. Todavia, é preciso que sejam entendidas as vantagens, contribuições e desvantagens de cada metodologia, porque são duas perspectivas diferentes que se referem a uma mesma realidade.



O debate e a contraposição frequentemente registrada entre as duas abordagens não são novos, nem particulares do campo das ciências sociais aplicadas à saúde. As correntes positivistas e neopositivistas definem como científicas somente as pesquisas baseadas na observação de dados da experiência e que utilizam instrumentos de mensuração sofisticados; afirmam que os métodos qualitativos não originam resultados confiáveis. Por outra parte, os teóricos qualitativistas sustentam que os quantitativistas, na medida em que não se colocam no lugar do sujeito, não realizam investigações válidas (Machado, 2010, p. 1).

Ainda segundo Machado (2010), a pesquisa quantitativa prevê a coleta de dados, gerando indicadores, medições da realidade. Não se interessa pela dimensão subjetiva e são objetivos, orientados à verificação, sob a perspectiva de uma realidade estática. Nessa pesquisa os estudos são realizados com foco na possibilidade de replicação e generalização. Em contrapartida, a investigação qualitativa enfatiza o entendimento de crenças, representações sociais, valores, atitudes e opiniões. Avalia o comportamento humano de forma subjetiva, trazendo à tona resultados descritivos e indutivos. Aqui a realidade é dinâmica e os estudos não são prioritariamente generalizáveis; são, em realidade, holísticos.

Na verdade, a discussão sobre pontos positivos e negativos da pesquisa social em saúde precisa, ademais, atentar para a possibilidade de integração entre as metodologias quantitativa e qualitativa (Flick, Kardoff, & Steinke, 2004; Serapioni, 2000). Essa dicotomia é artificial e não deve ser vista com tanta rigidez, uma vez que ambas as metodologias podem originar resultados satisfatórios (Machado, 2010; Merriam, 2009).

Em suma, a questão não é colocar a pesquisa qualitativa versus a pesquisa quantitativa, não é decidir-se pela pesquisa qualitativa ou pela pesquisa quantitativa. A questão tem implicações de natureza prática, empírica e técnica. Considerando os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para lidar com uma determinada pergunta científica, coloca-se para o pesquisador e para a sua equipe a tarefa de encontrar e usar a abordagem teórico-metodológica que permita, num mínimo de 10 tempo, chegar a um resultado que melhor contribua para a compreensão do fenômeno e para o avanço do bem-estar social (Gunther, 2006, p. 207).

Na Tabela 6 podem-se identificar as características principais de cada um destes tipos de pesquisa.

Tabela 6 - Características das pesquisas qualitativa e quantitativa

PONTO DE COMPARAÇÃO	PESQUISA QUALITATIVA	PESQUISA QUANTITATIVA
<b>Foco da pesquisa</b>	Qualidade (natureza, essência)	Quantidade (quanto, quantos)
<b>Raízes filosóficas</b>	Fenomenologia, interacionismo simbólico, construtivismo	Positivismo, empiricismo lógico, realismo
<b>Frases associadas</b>	Trabalho de campo, etnográfico, naturalista, terreno, construtivista	Experimental, empírico, estatística
<b>Objetivo da investigação</b>	Entendimento, descrição, descoberta, significado, gerar hipóteses	Predição, controle, descrição, confirmação, testar hipóteses
<b>Características do desenho</b>	Flexível, envolvente, emergente	Predeterminado, estruturado
<b>Amostra</b>	Pequena, não randomizada, proposital	Grande, randomizada, representativa
<b>Coleta de dados</b>	Pesquisador como instrumento primordial, entrevistas, observação, documentos.	Instrumentos inanimados (escalas, testes, inquéritos, questionários, computadores)
<b>Análise dos dados</b>	Indutiva, método comparativo	Dedutiva, estatística
<b>Achados</b>	Compreensivo, holístico, expansivo, ricamente descritivo	Preciso, numérico

Adaptado de: Merriam (2009), p.18 (tradução nossa).

Diante dessas informações, o que definirá o melhor método não será o fato de ser “quanti” ou “quali”. Deve-se sempre considerar o objeto de estudo e avaliar a melhor forma de investigá-lo, a fim de se obter uma adequada interpretação da situação-problema. Ambas as metodologias têm sua importância, a depender do desenho da pesquisa.

Sendo assim, o delineamento de uma pesquisa deve ser convincente, com técnica e consistência necessárias para que seja valorizado e aprovado como um modo de “fazer ciência”. E isso independe da metodologia aplicada (Dawson, 2007; Merriam, 2009), porque ambas têm suas forças e suas fraquezas (Dawson, 2007).

É necessário fazer um bom planejamento, com preparo e organização do projeto e boa definição do plano de trabalho. E não se deve esquecer de que as metodologias qualitativas e quantitativas têm igual valor em pesquisas na área de saúde, desde que

realizadas em função das necessidades e objetivos da pesquisa e com o indispensável rigor científico.

### **3.2.2 - AMOSTRAGEM POR SATURAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA**

Paradigmas científicos diferentes originam modos diversos de construção de amostra. A seleção da unidade de análise é um problema com o qual investigadores se debatem, uma vez que erros na escolha da amostra podem prejudicar os resultados do estudo (Merriam, 2009). Na pesquisa qualitativa, é muito importante compreender os processos de amostragem. Constituir um subconjunto representativo do objeto investigado é um recurso indispensável para a validação do estudo científico (Dawson, 2007; Fontanella et al., 2008; Merriam, 2009).

Existem dois tipos básicos de amostragem: probabilística e não-probabilística (Merriam, 2009). A primeira, frequentemente utilizada na pesquisa quantitativa, teoricamente permite ao investigador a generalização dos resultados obtidos; a segunda, ideal para a pesquisa qualitativa, é proposital, uma vez que seleciona os casos com base em critérios de riqueza de informações pertinentes ao objeto investigado (Guerra, 2006; Merriam, 2009).

A amostra na pesquisa qualitativa não é selecionada por mensuração da distribuição de categorias como sexo, idade, escolaridade, estado civil, personalidades, etc - nesta modalidade, procura-se uma representatividade social, que nem sempre estabelece relações com a representatividade estatística (Guerra, 2006). A seleção dos entrevistados para a pesquisa qualitativa deve sempre priorizar o eficiente fornecimento dos dados, característica indispensável à análise do conteúdo final (Fontanella et al., 2008).

Neste contexto, são priorizados os chamados “informantes-chave”, uma vez que apresentam opiniões/vivências/experiências sobre o objeto de estudo, associadas a habilidades de comunicação (Fontanella et al., 2008). Isso significa que a amostra, em geral, não deve ser casualmente escolhida e sim deve recair no subgrupo que melhor atender aos objetivos específicos da pesquisa. Os componentes amostrais principais do estudo devem ser compostos pelos indivíduos que possuam maiores possibilidades de discursar sobre o assunto (Fontanella et al., 2008; Merriam, 2009).

Para os pesquisadores qualitativos, a generalização do resultado não é o foco e, portanto, não é necessária, e nem se justifica, uma amostra probabilística (Dawson, 2007; Merriam, 2009). Não se estudam muitos casos, porque o objetivo não é a quantidade e sim a qualidade dos relatos (Guerra, 2006).

Portanto, tendo em vista que não se faz uma definição numérica dos entrevistados, a amostragem por saturação é frequentemente utilizada em pesquisa qualitativa. Essa metodologia é uma forma de estabelecer o tamanho final da amostra em estudo, interrompendo a captação de novos entrevistados por não ser considerado relevante obter dados continuamente repetitivos, dizendo-se que a pesquisa atingiu um ponto de saturação ou de redundância (Dawson, 2007; Fontanella et al., 2008; Merriam, 2009). Evita-se assim o desperdício de tempo e recursos do investigador e, também, a construção de provas inúteis (Guerra, 2006). Ademais, permite a generalização empírica dos resultados.

Em suma, conforme afirma Fontanella e colaboradores (2008, p.17), “as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados”.

Entretanto, deve-se atentar para que a definição da saturação amostral seja realizada de modo crítico e objetivo. Não se pode interromper a pesquisa por cansaço do investigador em escutar falas semelhantes ou por uma tendência em se valorizar somente as respostas já esperadas enquanto o estudo era ainda um projeto de investigação (Fontanella et al., 2008).

### **3.2.3 - APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS NA PESQUISA QUANTITATIVA**

Em estudos quantitativos, a coleta de dados geralmente é realizada através da aplicação de questionários e entrevistas, que, na análise e apresentação final, são traduzidos em tabelas e gráficos. Este método possui a premissa de garantir a precisão dos dados coletados, conduzindo a um resultado com menores chances de distorções e maior margem de segurança (Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008).

Questionários contém um conjunto de itens bem ordenados e, via de regra, exigem resposta por escrito. Podem ser elaborados com perguntas abertas ou fechadas. O

questionário aberto permite ao entrevistado uma maior liberdade na resposta dada e pode ser vantajoso, por possibilitar a obtenção de respostas mais detalhadas; entretanto, a sua análise torna-se mais complexa por poder implicar uma análise de conteúdo típica da pesquisa qualitativa. Já o questionário fechado apresenta respostas prontas e o entrevistado poderá escolher uma ou mais das opções apresentadas. Nesse caso, o respondente não tem tanta liberdade de resposta, mas a tabulação dos dados coletados é mais simples (Santos, 2003).

A aplicação dos questionários pode ser feita com contato direto ou indireto, utilizando-se meios como fax, e-mail, correios. Quando a escolha recai sobre o modo indireto, o questionário deve conter uma lista de instruções e há maior risco de não devolução do material, apesar de poder permitir um maior número de participantes. Quando feito presencialmente, o pesquisador tem a oportunidade de instruir ou esclarecer dúvidas do entrevistado; contudo, não é possível administrar o instrumento em populações numerosas (Santos, 2003).

Como referido, na pesquisa quantitativa, os dados analisados são explicitados com o suporte de técnicas matemáticas, muito comumente a Estatística (Dalfovo et al., 2008)

### **3.2.4 – A ENTREVISTA: INSTRUMENTO ESSENCIAL**

Segundo Merriam (2009), “entrevistar é necessário quando não podemos observar o comportamento, sentimentos, ou como as pessoas interpretam o mundo ao seu redor. Também é necessário entrevistar quando estamos interessados em eventos passados que são impossíveis de replicar” (p. 72).

A entrevista permite ao investigador adentrar a perspectiva do entrevistado e tentar entender o mundo sob a ótica de outro sujeito. É uma técnica qualitativa que visa à apreensão da percepção e da vivência pessoal das situações e eventos do mundo (Fraser & Gondim, 2004).

Pode ser um encontro pessoa-a-pessoa ou pode ter um formato coletivo. Ambas as modalidades são consideradas uma conversação dirigida a um propósito definido, que originará informação referente ao objeto de pesquisa (Dawson, 2007; Fraser & Gondim, 2004; Merriam, 2009).

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante. Deste modo, a entrevista dá voz ao interlocutor para que ele fale do que está acessível a sua mente no momento da interação com o entrevistador e em um processo de influência mútua produz um discurso compartilhado pelos dois atores: pesquisador e participante (Fraser & Gondim, 2004, p. 140).

A entrevista pode ser utilizada tanto em pesquisas quantitativas quanto qualitativas. O que a diferencia é que, na primeira categoria metodológica, ela deve garantir a coleta de informações objetivas, através de perguntas padronizadas e postura neutra do entrevistador, além de, quando possível, escolha aleatória ou estratificada da amostra. Na abordagem qualitativa, a entrevista deve prezar pela representatividade dos significados, sendo realizada naqueles indivíduos que melhor discursam sobre o tema estudado, com vista a uma maior liberdade de expressão para o entrevistado.

Ela pode ser realizada de forma presencial ou mediada por questionários, telefone, computador ou dispositivos audiovisuais. Deve-se atentar ainda para o fato de que as entrevistas face a face (presenciais) sofrem mais influências verbais e não verbais entre o entrevistado e entrevistador (Fraser & Gondim, 2004).

Do ponto de vista estrutural, a entrevista pode ser estruturada, semiestruturada ou não estruturada.

As entrevistas estruturadas são mais rígidas, porque objetivam um procedimento uniforme; são, portanto, mais utilizadas em pesquisa quantitativa. Não permitem falas espontâneas seja do entrevistado ou do pesquisador, com vistas à maior neutralidade da coleta de dados. Em geral são no formato de questionários, que permitem a aplicação homogênea a todos os integrantes da amostra.

Já as entrevistas não estruturadas, que são totalmente abertas e dirigidas pelo entrevistado, são muito flexíveis e se assemelham a uma conversação – diferem-se somente pelo fato de que objetivam colher dados sobre as experiências humanas do ponto de vista psicossocial e antropológico, visando à compreensão de uma realidade única. Há pouca ou nenhuma influência do pesquisador durante o relato e isso

ocasionalmente representa limitação ao final da pesquisa, uma vez que pode se tornar difícil a análise dos dados.

Por fim, as entrevistas semi-estruturadas são orientadas para um processo interativo entre os envolvidos, na presença de um guião com tópicos principais de discussão. Existe flexibilidade, mas se deve respeitar a temática central. Também objetiva conhecer crenças, valores e opiniões das pessoas sobre o mundo e suas experiências no mundo (Dawson, 2007; Fraser & Gondim, 2004; Merriam, 2009). Este é o subtipo de entrevista mais utilizado nas pesquisas qualitativas em saúde (Dawson, 2007; Flick et al., 2004; Merriam, 2009). A Tabela 7 apresenta os tipos de estrutura da entrevista de forma sistematizada.

Tabela 7 – Estrutura da entrevista

<b>Altamente estruturada/padronizada</b>	<b>Semi-estruturada</b>	<b>Não estruturada/informal</b>
Formulação de questões é pré-determinada	Guião inclui uma mistura de questões de entrevista mais ou menos estruturadas	Questões em aberto
Ordem das questões é pré-determinada	Todas as questões são usadas com flexibilidade	Flexível, exploratória
Entrevista é a forma oral da pesquisa escrita	Usualmente dados específicos são requeridos a todos os respondentes	Mais que uma conversação
Em estudos quantitativos, usualmente utilizada para obter dados demográficos (idade, gênero, etnicidade, educação, etc.)	Grande parte da entrevista é guiada por uma lista de questões a serem exploradas	Usada quando o pesquisador não sabe sobre o fenômeno o suficiente para fazer perguntas relevantes
Exemplos: Censo U.S.A, pesquisas de mercado	Formulação ou ordem não pré-determinada	Objetivo é aprender com esta entrevista a formular questões para futuras entrevistas Utilizada primariamente na etnografia, observação participante e estudo de caso

Adaptado de: Merriam (2009), p. 89 (tradução nossa).

As entrevistas podem ser individuais ou em grupo, a depender do objeto de estudo. O foco das duas últimas está na relação intersubjetiva entre pesquisador e entrevistados, com vistas à apreensão de dados consistentes sobre as realidades vivenciadas pela

amostra da pesquisa. A escolha do tipo de entrevista deve recair na forma mais adequada ao objeto de pesquisa em questão.

Entrevistas individuais são mais eficientes para estudos de caso, relatos de histórias de vida e biografias. Isto porque trazem maior detalhamento dos dados coletados e possibilitam programação mais flexível dos encontros com os respondentes. É a modalidade de escolha para abordagem de assuntos delicados ou socialmente difíceis de exposição (Flick et al., 2004; Fraser & Gondim, 2004).

As entrevistas também podem ser realizadas em grupos, principalmente se a temática do estudo for de interesse público. Neste tipo de abordagem, existe um facilitador responsável por garantir o bom andamento da entrevista, ao introduzir os tópicos principais da discussão. Tem a função de bloquear desvios de tema e estimular a participação de todos (Dawson, 2007). É uma possibilidade de observação, em tempo real, de confrontos de opiniões (Fraser & Gondim, 2004).

A verbalização franca e livre do entrevistado é muito importante, porque a lógica do pensamento do informante enriquece o material recolhido (Guerra, 2006). Entretanto, torna-se necessário que todo o universo da amostra foque os mesmos aspectos, sendo indispensável a orientação do investigador, para que os objetivos da pesquisa não se dispersem.

A elaboração do guião da entrevista ou do questionário a ser utilizado é de suma importância para o bom andamento da coleta de dados (Santos, 2003). Existem, em geral, as perguntas principais e algumas “perguntas de lembrança”, que serão utilizadas somente se o entrevistado não as citar em suas respostas (Guerra, 2006). A questão mais importante em relação ao guião é a clarificação dos objetivos por parte do pesquisador, que o pode memorizar e, conhecendo bem a estrutura, pode manejar o andamento da entrevista e flexibilizar a recolha.

Toda entrevista deve ser iniciada com uma introdução, em que serão explicados os objetivos da pesquisa e os instrumentos utilizados. Deve-se contextualizar o estudo, seja para o indivíduo ou para o grupo, e garantir o sigilo e os princípios éticos referentes aos dados coletados (Guerra, 2006).

É preciso criar um ambiente neutro e confortável, fato que é fundamental para a boa entrevista, e não esquecer de que uma entrevista não é uma simples conversação. Isso



é ainda mais importante se a previsão de tempo de entrevista for longa (Guerra, 2006). O pesquisador deve manter uma postura empática, ser flexível e ter em mente os objetivos específicos do seu trabalho. Deve, além disso, ser um bom ouvinte, não influenciar as respostas e estar preparado para a possibilidade de interrupções ou pausas provocadas por sentimentos advindos das memórias dos respondentes (Atkinson, 1997). Há que se assegurar uma postura de confiabilidade e neutralidade. Se for possível e autorizado pelo entrevistado, a entrevista deve ser registrada com recursos audiovisuais, a fim de que não sejam perdidos elementos e informações úteis para a análise dos dados (Dawson, 2007; Guerra, 2006; Merriam, 2009).

Uma vez realizadas as entrevistas, é indispensável transcrevê-las em papel, a fim de viabilizar a análise de conteúdo posterior. Durante a transcrição das entrevistas, deve-se levar em consideração não só as falas, mas também as pausas no discurso (Guerra, 2006). Como disseram Minayo e Sanches (1993, p.244), “é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa”. E, neste contexto de pesquisa, a fala é a matéria-prima.

Não existe metodologia superior; existe a adequada. O importante, no que tange à escolha do tipo de entrevista, é que esta seja respaldada cientificamente e esteja de acordo com o objeto pesquisado.

Dado que as entrevistas costumam ser semiestruturadas na pesquisa qualitativa, a abordagem deve ser feita diretamente pelo responsável do estudo e isso consome tempo do pesquisador. No entanto, a riqueza de dados obtidos é, sem dúvida, fator compensador e estimulante.

### **3.3 – PARTICIPANTES**

No presente estudo, foram recrutados pessoalmente 63 pacientes inscritos na consulta de Prevenção de Suicídio, dentre os quais 58 aceitaram voluntariamente responder aos questionários (taxa de resposta = 92,1%). Não foi permitido aos pacientes que levassem o material para casa e todos foram instruídos acerca da importância do preenchimento correto da bateria de avaliação.

Ademais, 13 destes pacientes foram convidados para a realização da entrevista semiestruturada, dos quais 10 aceitaram (taxa de resposta = 76,9%). A seleção foi feita com base no perfil do paciente, sendo imprescindível possuir boas habilidades de

comunicação e disponibilidade voluntária para falar sobre o tema. As entrevistas foram realizadas em lugar reservado, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), em horário previamente agendado e acordado com o informante - de acordo com sua disponibilidade.

Todos os pacientes, antes da participação, assinaram o Consentimento Informado e foram informados sobre o conteúdo e objetivos da pesquisa, com ênfase aos aspectos éticos e garantia de sigilo. Foi entregue e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) e foram colhidas as assinaturas dos participantes, prova que ratifica o consentimento dos entrevistados na participação na pesquisa.

Os indivíduos deveriam possuir mais de 18 anos e terem apresentado pelo menos uma tentativa prévia de suicídio ou um episódio de comportamento autolesivo para poderem ser incluídos no estudo. A classificação do sujeito como pertencente ao grupo dos comportamentos suicidários ou parassuicidários foi coletada na ficha de avaliação presente em seus registros médicos no CHUC.

### **3.4 – PROCEDIMENTOS**

A execução desta pesquisa teve início após a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), ofício número 040/2014 (APÊNDICE 2), com vistas a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos entrevistados.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e dezembro de 2014, na sala de espera da Consulta de Prevenção do Suicídio ou na enfermaria psiquiátrica do CHUC. Todos os pacientes estavam inscritos na Consulta de Prevenção de Suicídio, a fim de evitar a recorrência dos comportamentos autolesivos/suicidários.

No presente estudo, utilizou-se uma metodologia mista (quantitativa e qualitativa), a fim de abranger a máxima amplitude na elucidação e explicação do objeto de estudo (Marconi & Lakatos, 2011).

Para a abordagem quantitativa do tema estudado, foi realizada a aplicação direta de uma ficha de dados sociodemográficos e quatro questionários de autorresposta, a saber: (1) WHOQOL-Bref, instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, versão breve (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Vaz Serra et al., 2006b); (2)

o WHOQOL-SRPB (Spirituality, Religiousness e Personal Beliefs) - Módulo da OMS que visa à avaliação da Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais (WHOQOL SRPB Group, 2006; versão portuguesa: Catré et al., 2014); (3) Beck Scale for Suicide Ideation - BSI: inventário que avalia a ideação suicida (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979); (4) Beck Depression Inventory - BDI: inventário que evidencia a ocorrência de sintomas depressivos (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; versão portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973). Uma descrição mais pormenorizada dos instrumentos utilizados encontra-se relatada a seguir.

Todos os questionários foram preenchidos sob a supervisão da pesquisadora e em horário não agendado, porém, por se tratar da sala de espera das consultas previstas com os psiquiatras de referência de cada paciente ou das enfermarias psiquiátricas do CHUC, garantiu-se que fossem administrados em ambiente calmo, sem pressa ou impaciência. Todos os questionários foram revisados cuidadosamente na ocasião da entrega, a fim de verificar itens omitidos ou não respondidos e foi solicitado ao respondente que, se possível, entregasse o protocolo de pesquisa totalmente preenchido.

Para a abordagem qualitativa, utilizou-se uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE 3), que se baseou em 14 perguntas abertas sobre aspectos da vida pregressa dos pacientes, com o objetivo de melhor caracterizar a população estudada e suas crenças pessoais, propósitos de vida, com ênfase na presença de crenças espirituais e no significado desse Ser/Força superior na vida dos sujeitos. Foi feito o registro digital das falas dos pacientes entrevistados e todo o material foi posteriormente transcrito pela pesquisadora, para viabilizar a análise de conteúdo. As gravações foram realizadas dentro dos limites éticos, mediante a autorização prévia e voluntária dos participantes do estudo. A média de tempo das entrevistas foi de 28 minutos (amplitude 10-69 minutos).

### **3.5 – INSTRUMENTOS**

A seguir apresentar-se-á a descrição sumária de cada um dos instrumentos utilizados na coleta de dados quantitativos do estudo em questão. Vale ressaltar que três desses instrumentos se encontram validados em Portugal (WHOQOL-Bref, WHOQOL-SRPB e BDI), tendo sido utilizadas as versões de aferição portuguesas.

### **3.5.1 – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Constituiu-se na ficha inicial de respostas (APÊNDICE 4). Seu objetivo principal foi a caracterização da amostra no que diz respeito às características sociodemográficas, tais como: idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação, local de residência, afiliação religiosa e frequência a serviços religiosos, participação em movimentos/ grupos religiosos, presença de crenças espirituais/fé na vida, importância da religião, etc. Nesta ficha, foi também disponibilizado um espaço para a escrita livre, caso os participantes quisessem registrar quaisquer comentários sobre a pesquisa.

### **3.5.2 – INSTRUMENTOS WHOQOL**

Os instrumentos WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) têm por objetivo primordial a avaliação da QdV, tendo-se em conta aspectos transculturais. O objetivo final é poder avaliar a QdV dentro de uma perspectiva integral, subjetiva e reconhecida internacionalmente.

Na década de 90, a princípio, foi desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da OMS (conhecido como grupo WHOQOL) um instrumento mais longo de avaliação de QdV com 100 questões (o WHOQOL-100). O desenvolvimento do WHOQOL-100 envolveu a participação de vários países, representantes de diferentes culturas, tendo sido desenvolvida também uma versão em Português Europeu (Vaz Serra et al., 2006a). As 100 questões estão agrupadas em 24 facetas específicas, que, por sua vez, se organizam em seis domínios - físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (Canavarro et al., 2009; Vaz Serra et al., 2006a). Apesar de apresentar bons resultados na avaliação da QdV, a versão original é extensa, podendo, em alguns contextos, comprometer a sua aplicabilidade.

A necessidade de instrumentos que demandem pouco tempo para sua aplicação, a fim de que se evite o cansaço do entrevistado, a desmotivação e as altas taxas de abandono e recusa fez com que o grupo de qualidade de vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref (Fleck et al., 2000; Pereira et al., 2011; Vaz Serra et al., 2006b).

Tendo em vista que o domínio SRPB representou um dos aspectos centrais da QdV das pessoas, o grupo WHOQOL decidiu desenvolver um módulo específico para avaliar a

Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais, também dentro de uma perspectiva transcultural (Catré et al., 2014; Fleck & Skevington, 2007; WHOQOL-SRPB Group, 2006).

### **3.5.2.1 – WHOQOL-Bref**

O WHOQOL-Bref foi criado a partir do WHOQOL-100, sendo, portanto, uma versão abreviada composta por 26 itens provenientes do documento original (WHOQOL Group, 1998b; Vaz Serra et al., 2006b). Ele contém duas questões gerais relativas à qualidade de vida geral e percepção do estado de saúde e as outras 24 perguntas são representantes das 24 facetas específicas que compõem o instrumento original. Assim, por ser uma versão abreviada do WHOQOL-100 (em que cada uma das 24 facetas é avaliada por quatro questões), no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada apenas por uma questão (Fleck et al., 2000; WHOQOL Group, 1998a, 1998b).

É um instrumento mais curto, o que facilita a aplicação e aceitação por parte do entrevistado; entretanto, por conter as 24 facetas do protocolo original, preserva a abrangência do construto QdV (Fleck et al., 2000). A versão breve, contrariamente ao instrumento que lhe está subjacente, está organizada em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e uma faceta geral – avaliada por dois itens (WHOQOL Group, 1998b). Cada item é respondido numa escala de resposta de entre 1 a 5. Pontuações mais elevadas refletem melhor QdV. No presente estudo, os valores de consistência interna variaram entre .71 (domínio Relações Sociais) e .87 (domínio Psicológico).

### **3.5.2.2 – WHOQOL-SRPB**

Como referido, o WHOQOL Group considerou importante desenvolver um instrumento, a partir da medida já existente de QdV, na intenção de propiciar uma avaliação mais completa do domínio Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais (Catré et al., 2014; Panzini et al, 2011). Neste sentido, o WHOQOL-SRPB foi desenvolvido como um módulo adicional ao instrumento genérico, para ser usado nas situações em que fosse necessário um aprofundamento na análise deste domínio específico. Para a sua construção, houve a participação de 18 núcleos distribuídos por todo o mundo (incluindo a Europa, a Ásia, as Américas e o Médio Oriente) e congregando uma grande diversidade de religiões (Fleck & Skevington, 2007; WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Conforme enfatiza Fleck (2000),

É importante salientar que este módulo não é dirigido a qualquer religião específica, mas a todas as formas de espiritualidade, praticada ou não através de religiões formais. Para os que não são afiliados a religião alguma ou dimensão espiritual, o domínio deve referir-se a crenças ou códigos de comportamento (Fleck, 2000, p. 37).

O WHOQOL-SRPB é composto por 32 itens, que por sua vez se organizam em oito facetas: *Ser ou força espiritual*, *Sentido da vida*, *Admiração*, *Totalidade e integração*, *Força espiritual*, *Paz interior/serenidade/harmonia*, *Esperança e otimismo* e *Fé*. O escore por item está numa escala de resposta entre 1 e 5, sendo que quanto maior o escore global melhor a QdV Espiritual do indivíduo avaliado (Rusa et al., 2014). No presente estudo, os valores do alfa de Cronbach variaram entre .75 (faceta Totalidade e Integração) e .96 (faceta Fé).

### **3.5.2.3 – BSI**

A Escala de Ideação Suicida de Beck – BSI (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979) visa a mensuração da ideação suicida, com ênfase no desejo de morrer e de tentar suicídio. A BSI é constituída por 21 itens que avaliam três dimensões da ideação suicida: ativa, passiva e tentativas prévias. Os primeiros 19 itens apresentam três opções de resposta (pontuação de 0 a 2) e consideram-se as ideias e os sentimentos apresentados na última semana. Os dois últimos grupos de respostas (itens 20 e 21) possuem caráter meramente informativo e se referem ao número de tentativas prévias de suicídio e à intensidade da ideação suicida, notadamente durante o último episódio. Eles não são incluídos no resultado final. O resultado total, que varia entre 0 e 38, no sentido de maior gravidade da ideação suicida; não há um ponto de corte definido para este instrumento (Beck et al., 1979). Via de regra, este protocolo não pode prever um suicídio, mas se demonstrar um resultado maior que 0 indica a existência de ideação suicida. No presente estudo, o valor do alfa de Cronbach foi de .92.

### **3.5.2.4 - BDI**

A sintomatologia depressiva foi avaliada com a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck – BDI. Em Portugal, a versão original deste questionário (Beck et al., 1961) foi traduzida e adaptada por Vaz Serra e Pio Abreu (1973), tendo demonstrado boas características psicométricas. O BDI é um questionário de autorresposta com 21

itens, que avalia a presença de sintomatologia depressiva em adolescentes e adultos (Beck & Steer, 1991). Segundo Pereira et al. (2011), “cada grupo de afirmações (grupos de sintomas) inclui quatro, cinco ou seis afirmações, ordenadas de acordo com a gravidade crescente do sintoma com que se relacionam”. Os respondentes assinalam a afirmação que melhor condiz com o seu estado atual. Quanto maior for a pontuação obtida, mais grave é o quadro depressivo, sendo que a categorização é realizada da seguinte forma: 1) 0-9: não deprimido; 2) 10-20: estados depressivos leves; 3) 21-30: depressão moderada; e 4)  $\geq 31$ : depressão severa (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973). No presente estudo, o valor do alfa de Cronbach foi de .92.

### **3.6 – ANÁLISE DOS DADOS**

No que tange ao estudo quantitativo, as análises foram realizadas com a utilização do software *Social Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, versão 21). Neste estudo, foram realizadas análises com a amostra completa e também com o subgrupo que participou no estudo qualitativo. Em primeiro lugar, recorreu-se à estatística descritiva (médias, desvios-padrão, frequências) para caracterização da amostra. Para avaliar a existência de diferenças nos instrumentos de autorresposta, em função de algumas características dos participantes (comportamentos suicidários vs. parassuicidários; praticantes vs. não praticantes de religião; ativos vs. não ativos profissionalmente), recorreu-se ao teste de Mann-Whitney. Para análise da associação entre as variáveis em estudo, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson. A significância estatística foi estabelecida para valores de  $p < .05$ .

No que respeita à análise qualitativa, após a transcrição do material coletado, iniciou-se a leitura sucessiva e exaustiva de cada entrevista gravada e transcrita, que culminou na categorização das temáticas evidenciadas nas falas de cada participante. A análise dos dados foi realizada a partir do conteúdo do relato verbal dos participantes, presente nas entrevistas. Foram verificadas e consideradas as repetições e recorrências, a fim de se delinear eixos comuns de classificação dos dados colhidos.

Para se garantir a fidedignidade dos dados, um segundo pesquisador participou da análise de conteúdo dos relatos. Cada pesquisador ouviu as entrevistas repetidas vezes, categorizando-as. Após o trabalho individual dos pesquisadores, as categorias encontradas foram comparadas e discutidas de acordo com os objetivos da pesquisa. Na análise dos dados foram descritas as categorias que os pesquisadores concordaram estarem presentes no conteúdo das entrevistas realizadas.

## 4 – ESTUDO QUANTITATIVO

*“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são” (ARISTÓTELES)*

### 4.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

#### 4.1.1 – Características sociodemográficas e clínicas

Foram avaliados, no estudo quantitativo, 58 sujeitos previamente cadastrados na consulta de Prevenção de Suicídio do CHUC; destes, 10 foram selecionados para a entrevista (estudo qualitativo). Em termos globais, não houve discrepância significativa na caracterização das amostras quantitativa e qualitativa, fato que pode ser verificado na visualização das Tabelas 8 e 9. No entanto, observaram-se diferenças entre os dois grupos nas variáveis religião ( $p = .030$ ) e crenças espirituais ( $p = .009$ ).

Do total dos participantes, 21 (36,2%) eram homens e 37 (63,8%) eram mulheres. Todos os entrevistados já tinham tentado suicidar-se uma ou mais vezes. A idade deles variou de 19 a 74 anos, sendo a média de idade de 42 anos com um DP (desvio-padrão) de 13. Em relação ao estado civil, houve maior predominância de pacientes casados/união de facto (46,6%).

Quanto à escolaridade, quase metade dos participantes (44,8%) completou o ensino básico, havendo uma proporção semelhante (27,6%) de participantes que finalizaram o ensino secundário e estudos superiores. Em se tratando de situação profissional, a maioria dos participantes (62,1%) estava ativa. O local de residência dos entrevistados estava distribuído entre o meio rural (48,3%) e o meio urbano (50%).

Da amostra estudada, 35 pessoas (60,3%) relataram não estar doentes, enquanto que 22 pessoas (37,9%) disseram estar doentes na ocasião da pesquisa.

Quanto ao comportamento suicida, os sujeitos entrevistados estavam classificados em suicidas (31%) ou parassuicidas (69%), informação esta que foi coletada nos processos médicos individuais ou diretamente com os médicos assistentes.

Na Tabela 8 apresentam-se com maior detalhe as características sociodemográficas e clínicas das amostras que integraram os estudos quantitativo e qualitativo.



Tabela 8 – Características gerais das amostras quantitativa e qualitativa

DADOS GERAIS	AMOSTRA QUANTITATIVA	AMOSTRA QUALITATIVA	<i>p</i> *
IDADE Média (DP)	41,91 (13,43)	46,7 (11,7)	.146
SEXO Feminino Masculino	37 (63,8%) 21 (36,2%)	6 (60%) 4 (40%)	.784
ESTADO CIVIL Casado/União de facto Solteiro Separado/Divorciado	27 (46,6%) 18 (31%) 13 (22,4%)	3 (30%) 2 (20%) 5 (50%)	.071
ESCOLARIDADE Ensino básico Ensino secundário Estudos superiores	26 (44,8%) 16 (27,6%) 16 (27,6%)	5 (50%) 2 (20%) 3 (30%)	.840
RESIDÊNCIA Rural Urbano Sem resposta	28 (48,3%) 29 (50%) 1 (1,7%)	3 (30%) 7 (70%) -	.183
SITUAÇÃO PROFISSIONAL Ativos Não ativos	36 (62,1%) 22 (37,9%)	7 (70%) 3 (30%)	.882
DOENTE Sim Não Sem resposta	22 (37,9%) 35 (60,3%) 1 (1,7%)	2 (20%) 8 (80%) -	.183
CLASSIFICAÇÃO Suicidário Parasuicidário	18 (31%) 40 (69%)	5 (50%) 5 (50%)	.154
*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney ou $\chi^2$ .			

#### 4.1.2 – Religiosidade

Em se tratando de religião, 10 dos entrevistados (17,2%) disseram não ter nenhuma religião, 47 (81%) referiram ser católicos e apenas um participante (1,7%) afirmou ter outra religião. Apesar de a maioria referir afiliação religiosa, 44 indivíduos (75,9%) disseram ser não praticantes.

Sobre se considerar uma pessoa religiosa, a maioria dos sujeitos (60,3%) mencionou ser moderadamente religiosa e 10 sujeitos (17,2%) referiram ser muito religiosos. Em relação à frequência de serviços religiosos, para além de batizados, casamentos e funerais, verificou-se uma grande variabilidade de respostas pelas diferentes categorias, sendo que, em termos gerais, apenas uma minoria (1,7%) referiu ir todos os dias, ir mais do que uma vez por semana (3,4%) ou ir uma vez por semana (5,2%). A Tabela 9 evidencia, além dos já citados, outros aspectos referentes às características religiosas das amostras estudadas.

Tabela 9 – Características religiosas das amostras quantitativa e qualitativa

DADOS REFERENTES À RELIGIÃO	AMOSTRA QUANTITATIVA	AMOSTRA QUALITATIVA	$p^*$
RELIGIÃO			<b>.030</b>
Nenhuma	10 (17,2%)	-	
Católicos	47 (81%)	9 (90%)	
Outras	1 (1,7%)	1 (10%)	
PRATICANTE			.634
Sim	14 (24,1%)	3 (30%)	
Não	44 (75,9%)	7 (70%)	
PESSOA RELIGIOSA			.316
Nada	4 (6,9%)	-	
Pouco	9 (15,5%)	-	
Moderadamente	35 (60,3%)	8 (80%)	
Muito	10 (17,2%)	2 (20%)	
FREQUÊNCIA A SERVIÇOS RELIGIOSOS			.586
Todos os dias	1 (1,7%)	-	
Mais do que uma vez por semana	2 (3,4%)	-	
Uma vez por semana	3 (5,2%)	-	
Uma ou duas vezes por mês	4 (6,9%)	2 (20%)	
Algumas vezes por ano	21 (36,2%)	4 (40%)	
Raramente	17 (29,3%)	3 (30%)	
Nunca	10 (17,2%)	1 (10%)	
PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS RELIGIOSOS			.556
Nada	21 (36,2%)	3 (30%)	
Pouco	16 (27,6%)	2 (20%)	
Moderadamente	19 (32,8%)	4 (40%)	
Muito	2 (3,4%)	1 (10%)	
CRENÇAS ESPIRITUAIS			<b>.009</b>
Nada	7 (12,1%)	-	
Poucas	14 (24,1%)	2 (20%)	
Nem muitas nem poucas	18 (31%)	1 (10%)	
Muitas	15 (25,9%)	4 (40%)	
Muitíssimas	4 (6,9%)	3 (30%)	
CRENÇAS PESSOAS FORTES			.319
Nada	9 (15,5%)	-	
Poucas	11 (19%)	1 (10%)	
Nem muitas nem poucas	17 (29,3%)	5 (50%)	
Muitas	18 (31%)	3 (30%)	
Muitíssimas	3 (5,2%)	1 (10%)	
IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO NA VIDA			.060
Média (DP)	5.63 (3.04)	7.2 (1.54)	
*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney ou $\chi^2$ .			

#### 4.1.3 – Ideação suicida e sintomatologia depressiva

Neste estudo, um dos entrevistados (1,7%) não respondeu aos questionários de ideação suicida (BSI) e de sintomatologia depressiva (BDI). Para o BSI não há ponto de corte específico; o fato de apresentar uma pontuação acima de 0 é já indicativo de ideação suicida. Em contrapartida, para o BDI pode-se considerar a pontuação total para definir a gravidade da sintomatologia depressiva em ausente, depressão leve, moderada ou severa. Na amostra do estudo quantitativo, 98,3% apresentou ideação suicida e 68,5%

apresentou sintomatologia depressiva moderada/grave. Em relação à amostra do estudo qualitativo, 100% apresentou ideação suicida e 70% apresentou sintomatologia depressiva moderada a grave (Tabela 10). A análise comparativa entre as amostras dos estudos quantitativo e qualitativo não revelou diferenças significativas no escore total do BSI ( $p = .244$ ) e BDI ( $p = .208$ ).

Tabela 10 – Características de BDI e BSI nas amostras quantitativa e qualitativa

	AMOSTRA QUANTITATIVA <i>n</i> (%)	AMOSTRA QUALITATIVA <i>n</i> (%)	MÉDIA / DP* / AMPLITUDE
BSI	57 (98,3 %)	10 (100%)	15.87 / 9.28 / 0-32
BDI			27.09 / 15.04 / 0-54
00 a 09	9 (15,8 %)	3 (30 %)	
10 a 20	8 (14,0 %)	-	
21 a 30	16 (28,1 %)	6 (60 %)	
≥ 31	24 (40,4 %)	1 (10 %)	
*DP: Desvio-padrão			

## 4.2 – COMPARAÇÕES ENTRE GRUPOS

### 4.2.1 – Sujeitos suicidários e parassuicidários

Em função de apresentar comportamento suicidário ou parassuicidário, os dados mostraram que os indivíduos com comportamentos suicidários reportaram significativamente mais crenças pessoais fortes (Tabela 11). Não se observaram diferenças nas crenças espirituais, na importância da religião na vida ou na importância da religião na tomada de decisões entre os grupos em estudo.

Tabela 11 - Comparação das Crenças espirituais, de Crenças pessoais fortes e da Importância da religião na vida e na tomada de decisões entre sujeitos com comportamentos suicidários e parassuicidários

	Suicidário ( <i>n</i> = 18)	Parassuicidário ( <i>n</i> = 40)	<i>p</i> *
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Crenças espirituais</b>	3.16 (1.24)	2.80 (1.06)	.290
<b>Crenças pessoais fortes</b>	3.38 (1.24)	2.70 (1.06)	<b>.021</b>
<b>Importância da religião na vida</b>	5.88 (3.17)	5.52 (3.02)	.683
<b>Importância da religião nas decisões</b>	5.55 (3.27)	5.10 (3.06)	.671
*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; <i>n</i> = número de pacientes; DP: Desvio-padrão.			

No que respeita às facetas avaliadas pelo WHOQOL-SRPB, os resultados indicaram apenas a existência de diferenças significativas na faceta esperança/otimismo, que foi mais elevada entre os participantes parassuicidários (Tabela 12).

Tabela 12 – Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB entre os participantes com comportamentos suicidários e parassuicidários

	Suicidário (n = 18)	Parassuicidário (n = 40)	p*
	Média (DP)	Média (DP)	
Ligação a ser/ Força espiritual	44.79 (29.87)	40.00 (24.34)	.617
Sentido de vida	50.34 (22.12)	55.78 (20.23)	.417
Admiração	42.01 (21.52)	46.87 (20.31)	.344
Totalidade/ Integração	37.50 (21.11)	43.59 (16.22)	.168
Força espiritual	38.19 (22.05)	41.66 (24.30)	.443
Paz interior/ Serenidade/ Harmonia	30.20 (22.61)	38.90 (16.35)	.082
Esperança/ Otimismo	29.16 (24.62)	44.53 (20.37)	<b>.016</b>
Fé	36.45 (25.65)	42.96 (25.67)	.412

\*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.

Quanto à QdV, os resultados não revelaram diferenças significativas entre os sujeitos com comportamentos suicidários e parassuicidários (Tabela 13).

Tabela 13 - Comparação dos domínios do WHOQOL-Bref e faceta geral de QdV entre os participantes com comportamentos suicidários e parassuicidários

	Suicidário (n = 18)	Parassuicidário (n = 40)	p*
	Média (DP)	Média (DP)	
Físico	49.00 (18.07)	55.80 (17.80)	.252
Psicológico	34.25 (18.98)	42.18 (19.81)	.138
Relações sociais	44.90 (21.22)	44.37 (21.95)	.865
Ambiente	46.35 (17.09)	53.35 (12.86)	.202
Faceta geral	39.58 (21.96)	48.75 (22.43)	.137

\*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.

Os participantes com comportamentos suicidários reportaram significativamente mais sintomatologia depressiva e também mais ideação suicida que os participantes com comportamentos parassuicidários (Tabela 14).

Tabela 14 – Comparação dos escores globais no BDI e BSI entre os participantes com comportamentos suicidários e parassuicidários

	Suicidário (n = 18)	Parassuicidário (n = 40)	p*
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>BDI total</b>	33.77 (14.46)	24.00 (14.44)	<b>.028</b>
<b>BSI total</b>	22.22 (8.64)	12.94 (8.09)	<b>.000</b>
*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.			

#### 4.2.2 – Sujeitos praticantes e não praticantes de uma religião

Em função de ser ou não ser praticante de alguma religião, os resultados mostraram que os indivíduos que a praticam têm significativamente mais crenças espirituais e reportam maior importância à religião na vida e na tomada de decisões (Tabela 15). Em contrapartida, quanto às crenças pessoais não foi encontrada diferença estatística entre os sujeitos que referem ou não alguma prática religiosa.

Tabela 15 – Comparação da presença de Crenças espirituais, de Crenças pessoais fortes e da Importância da religião na vida e na tomada de decisões em função da prática religiosa

	Não Praticante (n = 44)	Praticante (n = 14)	p*
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Crenças espirituais</b>	2.72 (1.13)	3.50 (0.94)	<b>.015</b>
<b>Crenças pessoais fortes</b>	2.90 (1.19)	2.92 (1.07)	.933
<b>Importância da religião na vida</b>	4.93 (3.00)	7.85 (1.95)	<b>.002</b>
<b>Importância da religião nas decisões</b>	4.47 (3.03)	7.64 (1.94)	<b>.000</b>
*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.			

No que se refere às dimensões avaliadas pelo WHOQOL-SRPB (questionário que avalia com maior profundidade o constructo *espiritualidade* vinculada à QdV), os resultados mostraram que os sujeitos que relataram ser praticantes de uma religião apresentaram significativamente melhores resultados nas facetas *Ligação a Ser/Força espiritual*, *Força espiritual* e *Fé* do instrumento (Tabela 16).

Tabela 16 – Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da prática religiosa

	<b>Não Praticante</b>	<b>Praticante</b>	<b>p*</b>
	<b>(n = 44)</b>	<b>(n = 14)</b>	
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	
<b>Ligação a Ser/ Força espiritual</b>	36.5057 (25.85539)	57.1429 (20.19394)	<b>.009</b>
<b>Sentido de vida</b>	53.4091 (21.75338)	56.2500 (18.01442)	.654
<b>Admiração</b>	44.8864 (20.54281)	46.8750 (21.61591)	.763
<b>Totalidade/ integração</b>	40.6250 (18.10921)	45.0893 (17.53749)	.432
<b>Força espiritual</b>	36.9318 (22.94688)	52.8846 (21.74296)	<b>.029</b>
<b>Paz interior/serenidade/harmonia</b>	36.3636 (19.17032)	35.7143 (18.08576)	.978
<b>Esperança/ otimismo</b>	37.9261 (23.28405)	45.5357 (20.57301)	.211
<b>Fé</b>	34.8011 (24.79559)	60.2679 (17.78057)	<b>.001</b>
*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.			

Em se tratando da QdV, avaliada através dos domínios do WHOQOL-Bref e de sua faceta geral, os resultados indicaram que os indivíduos referindo prática religiosa apresentaram significativamente piores resultados do domínio *Ambiente* (Tabela 17), não se observando diferenças em nenhuma dos restantes indicadores.

Tabela 17 – Comparação dos domínios do WHOQOL-Bref e faceta geral de QdV em função da prática religiosa

	<b>Não Praticante (n = 44)</b>	<b>Praticante (n = 14)</b>	<b>p*</b>
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	
<b>Físico</b>	55.03 (18.01)	49.48 (17.98)	.357
<b>Psicológico</b>	41.38 (19.42)	34.52 (20.57)	.189
<b>Relações sociais</b>	47.53 (19.81)	35.11 (24.71)	.123
<b>Ambiente</b>	53.69 (14.58)	43.30 (11.55)	<b>.020</b>
<b>Faceta geral</b>	47.72 (22.11)	40.17 (23.60)	.260
*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.			

Em relação aos escores totais no BDI e BSI, os resultados mostraram a inexistência de diferenças estatísticas significativas entre os participantes com e sem prática religiosa (Tabela 18).

Tabela 18 – Correlação entre a prática religiosa e os escores globais de BDI e BSI

	<b>Não Praticante</b>	<b>Praticante</b>	<b>p*</b>
	<b>(n = 44)</b>	<b>(n = 13)</b>	
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	
<b>BDI total</b>	26.89 (15.81)	27.77 (12.63)	.812
<b>BSI total</b>	16.14 (9.36)	15.00 (9.33)	.710

\*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.

#### 4.2.3 – Sujeitos ativos e não ativos profissionalmente

Apesar de não ser um foco específico deste estudo, o trabalho foi tema recorrente no estudo qualitativo e, para tanto, fez-se também relevante a análise estatística dessa variável.

Em relação às variáveis religiosas, não se registaram diferenças significativas entre os sujeitos ativos ou não ativos - desempregados, reformados – profissionalmente, como se pode explicitar na Tabela 19.

Tabela 19 – Comparação da presença de Crenças espirituais, de Crenças pessoais fortes e da Importância da religião na vida e na tomada de decisões em função da situação profissional

	<b>Ativos</b>	<b>Não ativos</b>	<b>p*</b>
	<b>profissionalmente</b>	<b>profissionalmente</b>	
	<b>(n = 36)</b>	<b>(n = 22)</b>	
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	
<b>Crenças espirituais</b>	3.02 (1.08)	2.72 (1.20)	.301
<b>Crenças pessoais fortes</b>	3.02 (1.15)	2.72 (1.16)	.308
<b>Importância da religião na vida</b>	5.72 (3.02)	5.50 (3.15)	.662
<b>Importância da religião nas decisões</b>	5.16 (2.99)	5.36 (3.36)	.974

\*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.

Entretanto, na avaliação das dimensões da qualidade de vida espiritual, os resultados indicaram que os sujeitos não ativos apresentam consistentemente piores resultados na maioria das facetas do WHOQOL-SRPB, com exceção das facetas *Admiração* e *Paz interior/ Serenidade/ Harmonia* (Tabela 20).

Tabela 20 – Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da situação profissional

	<b>Ativos profissionalmente (n = 36)</b>	<b>Não ativos profissionalmente (n = 22)</b>	<b>p*</b>
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	
<b>Ligação a Ser/ Força espiritual</b>	48.09 (27.33)	30.68 (19.84)	<b>.015</b>
<b>Sentido de vida</b>	59.02 (20.06)	46.02 (19.81)	<b>.025</b>
<b>Admiração</b>	48.43 (20.55)	40.34 (20.20)	.128
<b>Totalidade/ Integração</b>	46.18 (17.50)	34.37 (16.45)	<b>.024</b>
<b>Força Espiritual</b>	47.04 (23.73)	29.46 (18.76)	<b>.006</b>
<b>Paz interior/ Serenidade/ Harmonia</b>	39.58 (18.23)	30.68 (18.69)	.070
<b>Esperança/ Otimismo</b>	45.48 (22.19)	30.39 (20.80)	<b>.012</b>
<b>Fé</b>	46.18 (25.88)	32.38 (23.27)	<b>.038</b>

\*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.

No que tange aos indicadores de QdV, apesar dos valores mais baixos reportados pelos sujeitos não ativos profissionalmente, não se registraram diferenças estatísticas entre os participantes ativos e não ativos profissionalmente (Tabela 21).

Tabela 21 – Comparação dos domínios do WHOQOL-Bref em função da situação profissional

	<b>Ativos profissionalmente (n = 36)</b>	<b>Não ativos profissionalmente (n = 22)</b>	<b>p*</b>
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	
<b>Físico</b>	54.76 (18.21)	51.94 (17.96)	.682
<b>Psicológico</b>	42.47 (21.45)	35.22 (16.04)	.264
<b>Relações sociais</b>	44.90 (24.33)	43.93 (16.50)	.789
<b>Ambiente</b>	51.47 (14.12)	50.71 (15.48)	.904
<b>Faceta geral</b>	47.22 (23.16)	43.75 (21.73)	.558

\*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.

Em relação aos escores totais no BDI e BSI, os resultados mostraram a inexistência de diferenças estatísticas significativas entre indivíduos ativos e não ativos (Tabela 22).



Tabela 22 – Correlação entre a situação profissional e os escores globais de BDI e BSI

	Ativos profissionalmente (n = 36)	Não ativos profissionalmente (n = 22)	p*
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>BDI total</b>	25.88 (14.40)	29.00 (16.15)	.385
<b>BSI total</b>	15.31 (9.40)	16.77 (9.21)	.588

\*Nível de significância pelo teste Mann-Whitney; n= número de pacientes; DP: Desvio-padrão.

### 4.3 – ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

#### 4.3.1 – Variáveis religiosas

No estudo em questão, as variáveis religiosas se associaram positiva e significativamente a várias facetas do WHOQOL-SRPB, em especial às facetas *Ligação a Ser/ Força superior, Força Espiritual* e *Fé*. As crenças espirituais, as crenças pessoais fortes e a importância da religião na vida e na tomada de decisões não se mostraram significativamente associadas às facetas *Admiração, Paz Interior/Serenidade/ Harmonia* e *Esperança/ Otimismo* (Tabela 23).

Tabela 23 – Correlação de variáveis religiosas e facetas do WHOQOL-SRPB

	Crenças espirituais	Crenças pessoais fortes	Importância da religião na vida	Importância da religião nas decisões
<b>Ligação a Ser/ Força espiritual</b>	<b>.546***</b>	<b>.317*</b>	<b>.388**</b>	<b>.359**</b>
<b>Sentido de vida</b>	.202	<b>.301*</b>	.069	-.009
<b>Admiração</b>	.204	.217	.009	-.063
<b>Totalidade/ Integração</b>	.148	<b>.308*</b>	-.046	-.109
<b>Força Espiritual</b>	<b>.528***</b>	<b>.408**</b>	<b>.266*</b>	.209
<b>Paz Interior / Serenidade / Harmonia</b>	.041	.086	-.139	-.201
<b>Esperança/ Otimismo</b>	.115	.124	-.119	-.203
<b>Fé</b>	<b>.545***</b>	<b>.346**</b>	<b>.529***</b>	<b>.484***</b>

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

No que tange à associação com os indicadores de QdV, de modo geral, os resultados mostraram que as variáveis religiosas se associaram negativamente à QdV dos participantes (Tabela 24). Porém, observou-se uma associação negativa e estatística-

mente significativa somente entre a importância da religião na vida e na tomada de decisões e os escores no domínio *Ambiente* e faceta geral de QdV.

Tabela 24 – Correlação de variáveis religiosas e QdV

	<b>Crenças espirituais</b>	<b>Crenças pessoais fortes</b>	<b>Importância da religião na vida</b>	<b>Importância da religião nas decisões</b>
<b>Físico</b>	.028	-.114	-.137	-.223
<b>Psicológico</b>	.015	.060	-.190	-.253
<b>Relações sociais</b>	-.020	-.089	-.071	-.161
<b>Ambiente</b>	-.201	-.023	<b>-.265**</b>	<b>-.351**</b>
<b>Faceta geral</b>	-.049	.003	<b>-.371**</b>	<b>-.403**</b>
* $p < .05$ ; ** $p < .01$ ; *** $p < .001$				

As variáveis religiosas também não se associaram significativamente à ideação suicida. Sobre os sintomas depressivos, escores mais altos no BDI mostraram-se positiva e significativamente correlacionados à importância da religião na vida e na tomada de decisões (Tabela 25).

Tabela 25 – Correlação de variáveis religiosas e escores de BDI e BSI

	<b>Crenças espirituais</b>	<b>Crenças pessoais fortes</b>	<b>Importância da religião na vida</b>	<b>Importância da religião nas decisões</b>
<b>BDI total</b>	.057	.023	<b>.301*</b>	<b>.336*</b>
<b>BSI total</b>	-.032	.072	.049	.059
* $p < .05$ ; ** $p < .01$ ; *** $p < .001$				

#### 4.3.2 – Qualidade de vida espiritual e qualidade de vida

A maioria das facetas do WHOQOL-SRPB mostrou associação positiva e estatisticamente significativa com a QdV dos sujeitos; entre as facetas, destacam-se *Admiração*, *Totalidade/Integração*, *Paz Interior/Serenidade/Harmonia* e *Esperança/Otimismo*, que se relacionaram com todos os domínios do WHOQOL-Bref e faceta geral de QdV (Tabela 26). Exceção se evidencia nas facetas *Ligação a Ser/ Força superior* e *Fé*, que não demonstraram associações significativas com a QdV. A faceta *Sentido de vida* correlacionou-se significativamente com os quatro domínios do WHOQOL-Bref, exceto com a faceta geral. De assinalar que, em termos globais, as correlações mais fortes se verificaram com o domínio *Psicológico* de QdV.

Tabela 26 – Correlação das facetas do WHOQOL-SRPB e QdV

	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente	Faceta geral
Ligação a Ser/ Força espiritual	-.022	.074	.000	-.133	.052
Sentido de vida	<b>.301*</b>	<b>.561***</b>	<b>.355**</b>	<b>.315*</b>	.239
Admiração	<b>.468***</b>	<b>.653***</b>	<b>.433**</b>	<b>.370**</b>	<b>.448***</b>
Totalidade/ Integração	<b>.343**</b>	<b>.606***</b>	<b>.406**</b>	<b>.437**</b>	<b>.387**</b>
Força Espiritual	.217	<b>.382**</b>	<b>.273*</b>	.103	.181
Paz Interior/Serenidade/Harmonia	<b>.391**</b>	<b>.660***</b>	<b>.482***</b>	<b>.481***</b>	<b>.370**</b>
Esperança/ Otimismo	<b>.385**</b>	<b>.708***</b>	<b>.464***</b>	<b>.469***</b>	<b>.359**</b>
Fé	.049	.185	.073	-.051	-.061

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 4.3.3 – Sintomas depressivos, ideação suicida e qualidade de vida espiritual

Quase todas as facetas avaliadas pelo WHOQOL-SRPB estiveram significativamente associadas à presença de sintomas depressivos. A exceção foram as facetas *Ligação a Ser/ Força superior*, *Força Espiritual* e *Fé*. Em relação à ideação suicida, observou-se um padrão de associação semelhante (Tabela 27). Em termos globais, os dados são indicadores de que maior ideação suicida e mais sintomatologia depressiva se associam a menor QdV espiritual.

Tabela 27 – Correlação das facetas do WHOQOL-SRPB, escores do BDI e BSI

	BDI total	BSI total
Ligação a ser/ Força espiritual	.044	-.159
Sentido de vida	<b>-.474***</b>	<b>-.397**</b>
Admiração	<b>-.593***</b>	<b>-.463***</b>
Totalidade/ Integração	<b>-.586***</b>	<b>-.438**</b>
Força Espiritual	-.236	<b>-.272*</b>
Paz Interior / Serenidade / Harmonia	<b>-.697***</b>	<b>-.578***</b>
Esperança/ Otimismo	<b>-.736***</b>	<b>-.594***</b>
Fé	-.174	-.232

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 4.3.4 – Sintomas depressivos, ideação suicida e qualidade de vida

Tanto os sintomas depressivos quanto a ideação suicida se correlacionaram negativa e significativamente com todos os indicadores do instrumento de avaliação da QdV (Tabela 28).

Tabela 28 - Associação entre sintomatologia depressiva, Ideação suicida e QdV

	<b>BDI total</b>	<b>BSI total</b>
<b>Físico</b>	<b>-.531***</b>	<b>-.479***</b>
<b>Psicológico</b>	<b>-.700***</b>	<b>-.590***</b>
<b>Relações sociais</b>	<b>-.420**</b>	<b>-.289*</b>
<b>Ambiente</b>	<b>-.564***</b>	<b>-.497***</b>
<b>Faceta geral</b>	<b>-.461***</b>	<b>-.423**</b>

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 4.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na literatura, é ampla a gama de estudos sobre a espiritualidade (George et al., 2000; Koenig et al., 2001; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008; Volcan et al., 2003), sobre a QdV (Canavarro, 2010; Farquhar, 1995; Minayo, 2000; Pereira et al., 2012; Seidl & Zannon, 2004; Quartilho, 2010) e sobre o suicídio (Botega, 2015; Botega et al., 2006; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014). No entanto, do nosso conhecimento, não existem estudos que combinem exatamente as três temáticas centrais deste trabalho. Dessa forma, os resultados deste estudo acrescentam um contributo relevante e inovador a essa temática, ao evidenciar a importância da espiritualidade para a QdV das pessoas, notadamente nos sujeitos em sofrimento psíquico vinculado ao comportamento suicida.

Da amostra do presente estudo, 36,2% eram homens e 63,8% eram mulheres, sendo que, do total, 31% estavam classificados como suicidas e 69% como parassuicidas. Esses dados estão de acordo com a maioria dos estudos, que demonstram maior prevalência de tentativas de suicídios entre as mulheres, além de elas também apresentarem mais frequentemente comportamentos parassuicidários (Botega, 2015; Ferreira & Trichê, 2014; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014).

Relata-se, ainda, que o maior risco de tentativas de suicídio está entre 30 e 50 anos (Ferreira & Trichê, 2014). Em geral, as taxas de tentativas de suicídio no idoso são reduzidas, apesar de estes apresentarem maior chance de ato consumado (Saraiva et al., 2014; WHO, 2014). A idade dos sujeitos entrevistados variou de 19 a 74 anos, sendo a média de idade de 42 anos. Do total, 51 pacientes (87,9%) tinham entre 19 e 59 anos, ou seja, não eram nem adolescentes nem idosos, e 36 pacientes (62,1%) tinham entre 30 e 50 anos, o que corrobora dados publicados sobre tal faixa etária como fator de risco para o suicídio.

Dentre os sujeitos, 81% disseram ser católicos. Contudo, não é suficiente relacionar as taxas de suicídio à religião de uma pessoa ou à religião predominante em uma região ou país. O significado e a importância que a religião representa para a vida do indivíduo é o que mais interessa e isso pode variar muito entre pessoas da mesma religião (Moreira-Almeida & Lotufo Neto, 2004). Segundo vários autores, seria mais adequado avaliar a frequência a atividades religiosas, porque estudos que tentam relacionar a afiliação a grupos religiosos específicos e um maior ou menor risco de suicídio têm demonstrado resultados inconsistentes (Dervic et al., 2004; Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida & Lotufo Neto, 2004).

A afiliação religiosa pode ser avaliada através da frequência a atividades religiosas, frequência de oração e importância da religião na vida da pessoa (Dervic et al., 2004; Koenig et al., 2001). No presente estudo, apesar de, em grande parte, se definirem como católicos, 75,9% de entrevistados disse ser não praticante de nenhuma religião, além de que 82,7% relataram frequentar serviços religiosos nunca, raramente ou algumas vezes por ano. A literatura tem sugerido uma associação negativa entre o comportamento suicida e a maior afiliação religiosa (Dervic et al., 2004; Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida & Lotufo Neto, 2004; Nisbet et al., 2000) e há evidências de que essa redução (4 vezes menor) do risco suicida não seja explicada apenas pela maior integração social que a religião oferece (Nisbet et al., 2000). Duas importantes condições associadas ao comportamento suicida, a depressão e o abuso de substâncias, estão menos presentes em grupos com maior afiliação religiosa (Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida & Lotufo Neto, 2004), o que também pode contribuir para tal associação negativa.

No nosso estudo, os resultados mostraram que os indivíduos que praticam alguma religião têm significativamente mais crenças espirituais e reportam maior importância à religião na vida e na tomada de decisões. Segundo Stroppa e Moreira-Almeida (2008),

“crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais” (p. 5). Em contrapartida, as crenças pessoais apresentaram resultados similares entre os praticantes e não praticantes de uma religião, o que está coerente com a definição de que “crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam seu estilo de vida e comportamento” (Panzini et al., 2007, p. 106). Como apontado por Fleck e Skevington (2007), crenças pessoais fortes não estão necessariamente vinculadas à religiosidade.

O contexto do comportamento suicida representa importante fator de estresse na vida dos sujeitos (Saraiva et al., 2014) e as pessoas podem orar mais enquanto se encontram doentes ou sob situações estressantes (Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida et al., 2006; Panzini et al., 2007; Rocha & Fleck, 2011), o que pode se referir ao chamado *coping* religioso/espiritual - CRE (Antoniuzzi et al., 1998; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament et al., 2000). Apesar de não termos encontrado diferenças estatísticas na religiosidade dos subgrupos avaliados, médias mais elevadas nas variáveis religiosas foram encontradas em pacientes suicidários, tendo sido ainda mais significativas em relação às crenças pessoais fortes. Vale ressaltar, além disso, que as variáveis religiosas estiveram, de modo geral, negativamente associadas à QdV, o que pode ter a ver com a população suicida (porque o maior estresse vinculado à intenção suicida pode determinar menos QdV e gerar mais religiosidade ou CRE).

Os constructos religião, religiosidade e espiritualidade não existem desconectados uns dos outros (Gomes, Farina, & Dal Forno, 2014; Koenig et al., 2001; Silva & Siqueira, 2009; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008). Consistente com estes dados, no que se refere à QdV espiritual, os resultados mostraram que os sujeitos praticantes de uma religião também apresentaram significativamente melhores resultados na maioria das facetas do WHOQOL-SRPB. Quanto aos domínios do WHOQOL-Bref, sujeitos com prática religiosa apresentaram médias mais altas em todos eles, sendo a diferença significativa apenas no domínio *Ambiente*. Entre as facetas do WHOQOL-SRPB, três (*Ligação a Ser/Força espiritual*, *Força Espiritual* e *Fé*) se revelaram associadas positiva e significativamente às variáveis religiosas.

Ainda em se tratando da QdV espiritual, os indivíduos desempregados ou reformados apresentaram consistentemente piores resultados no WHOQOL-SRPB. Muitos autores referem que depressão e suicídio são mais frequentes em indivíduos desempregados (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014); entretanto, neste estudo

não foram encontradas diferenças na associação entre escores do BSI, BDI e situação profissional. Este fato pode ser explicado porque, por não ser o emprego o foco desta pesquisa, não foi avaliado o tempo de duração da inatividade profissional. O maior risco de depressão e suicídio é encontrado em pacientes com desemprego de início recente, sendo que essa relação se torna menos evidente com o passar do tempo (WHO, 2002). De igual modo, tendo em conta esta variável, também não foram encontradas diferenças significativas nos indicadores de QdV. No entanto, como será visto no estudo qualitativo, a falta do trabalho foi tema recorrente durante as entrevistas, representando fonte importante de insatisfação pessoal, o que converge com a literatura, que aponta a associação positiva entre a situação profissional ativa e a maior QdV (Canavarro, 2010; Minayo, 2000; Pereira et al., 2012; Quartilho, 2010). Ainda que tendencialmente, neste estudo, os indivíduos ativos apresentem médias de QdV mais elevadas, esta ausência de diferenças estatísticas, somada ao fato dos valores serem muito baixos, pode ter a ver com a população em causa.

Adicionalmente, neste estudo, os pacientes com comportamentos suicidários, ou seja, com intencionalidade suicida, apresentaram índices significativamente piores na faceta *Esperança/Otimismo* do WHOQOL-SRPB. Como já demonstrado, a desesperança é importante fator de risco para o comportamento suicida, por determinar a sensação de que “nada vai melhorar no futuro” (APA, 2003; Dervic et al., 2004; WHO, 2014). Não encontramos diferenças nos outros indicadores de QdV espiritual entre pacientes com comportamento suicida ou parassuicida e a avaliação da QdV não mostrou diferenças significativas, embora os indivíduos com comportamentos parassuicidários tenham apresentado globalmente médias maiores tanto de QdV como de QdV espiritual, o que pode se relacionar a maior presença de sentido e propósito de vida nestes pacientes.

Somente cinco facetas do WHOQOL-SRPB (*Sentido de vida, Admiração, Totalidade/Integração, Paz Interior/Serenidade/Harmonia e Esperança/Otimismo*) apresentaram correlação positiva e significativa com os indicadores de QdV. Como visto em outros estudos (Fleck & Skevington, 2007; Panzini et al., 2007), a QdV espiritual esteve mais associada ao domínio Psicológico da QdV. Tal fato pode ratificar a afirmação de vários autores de que, para o bem-estar, o mais relevante seria o desenvolvimento espiritual integral, voltado para a valorização da tríade corpo, mente e espírito, para a natureza, para a harmonização e para a existência de sentido/propósito de vida (Culliford, 2015; Frankl, 1977/2011; Saad et al., 2001; WHOQOL-SRPB, 2006).

No que diz respeito à ideação suicida e aos sintomas depressivos, ambos foram mais evidentes nos pacientes com comportamentos suicidários (em detrimento dos parassuicidários), o que está de acordo com muitas publicações da área (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014; WHO, 2014). Com efeito, o transtorno depressivo é destacado em todos os estudos epidemiológicos, que demonstram cifras entre 45 e 80% de associação da depressão ao comportamento suicida (Botega et al., 2006; Ferreira & Trichê, 2014; Saraiva et al., 2014). Vale ressaltar que, neste estudo, 96,6% dos pacientes apresentaram ideação suicida ativa e 82,5% apresentaram escores de BDI característicos de transtorno depressivo, o que pode ratificar a tão discutida associação entre a depressão e o comportamento suicida (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014; WHO, 2002; 2014).

Vários autores afirmam que os melhores índices de envolvimento religioso reduzem a incidência de transtornos depressivos e podem predizer uma mais rápida remissão de sintomas (Bonelli & Koenig, 2013; George et al., 2000). Neste estudo, os sintomas depressivos se associaram positiva e significativamente a duas variáveis religiosas (*Importância da religião na vida e na tomada de decisões*), o que sugere a presença de CRE, uma vez que o uso da religiosidade é referido como importante estratégia de enfrentamento para o adoecimento mental (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament & Rayia, 2007; Pargament et al., 2000). Apesar disso, em consonância com outros estudos (Panzini et al., 2011; Saisunantararom et al., 2015), os sintomas depressivos se associaram negativamente à maior parte das facetas da QdV espiritual (*Sentido de vida, Admiração, Totalidade/ Integração, Paz Interior/ Serenidade/Harmonia e Esperança/ Otimismo*) e, de forma consistente, a menor percepção de QdV, tal como também reportado na literatura (Canavarro et al., 2009).

Escore obtidos no BSI não estiveram significativamente associados às variáveis religiosas. A ideação suicida reduz globalmente a QdV relacionada com a saúde (Fairweather-Schmidt et al., 2016; Goldney et al., 2001) e, à semelhança dos sintomas depressivos, escores do BSI mostraram associação negativa e significativa com todos os domínios avaliados no WHOQOL-Bref e também com as facetas do WHOQOL-SRPB (exceção se fez nas facetas *Ligação a Ser/ Força superior e Fé*). Novamente aqui, postula-se que a presença do CRE, no contexto suicida, pode ser responsável pelos melhores resultados nas facetas do WHOQOL-Bref mais ligadas à religiosidade.



## 5 – ESTUDO QUALITATIVO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“Quem tem porque viver suporta qualquer como” (NIETZSCHE)*

Como já dito em seção anterior, as ciências da saúde têm se voltado ao estudo da espiritualidade e sua interação com a saúde mental, como parte de uma visão integral das pessoas, baseada no bem-estar, na QdV e na concepção multidimensional do ser humano (Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida et al., 2006; Pargament & Raiya, 2007).

Pesquisar sobre temáticas multidimensionais como a QdV e a Espiritualidade, em contextos não menos complexos que o vivenciado por pacientes com comportamentos suicidários e parassuicidários, justifica a multiplicidade de temas emergentes durante as entrevistas.

A espiritualidade é uma busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida e seu significado, reforçando a relação com o sagrado ou transcendente na presença (ou não) de rituais religiosos (Koenig et al., 2001). A partir dessa conceituação, as 14 perguntas que compuseram o guião da entrevista (cf. APÊNDICE III) visaram ao estudo da espiritualidade dos sujeitos, com base em questionamentos sobre momentos de felicidade e de tristeza, culpas, arrependimentos, desejos e sonhos, existência e significado de Deus/força superior e sobre o “falar com Deus”.

O sofrimento psíquico que assola os indivíduos que pensam em morrer é enorme (Botega, 2015). Tendo por base que os principais fatores de risco para o comportamento suicida – perturbações mentais, tentativas prévias de suicídio, dificuldades econômicas, antecedentes traumáticos e conflitos relacionais – são resultados de uma interação entre fatores individuais e fatores sociais e culturais (Botega, 2015; Saraiva et al., 2014) e considerando-se que tanto a QdV (Farquhar, 1995; Minayo, 2000; Quartilho, 2010) quanto a Espiritualidade (Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida et al., 2006) são constructos primordialmente de ordem subjetiva e sociocultural, era de se esperar que as falas dos entrevistados fossem permeadas por questões relacionadas com seus anseios pessoais, suas angústias, seus desejos/sonhos e suas dificuldades, a fim de identificar a importância do transcendente e avaliar o real significado e propósito da vida dessas pessoas.

A partir da leitura e análise compreensiva do material coletado, foi possível identificar, considerando a repetição de temas, sem embora quantificá-la, quatro categorias empíricas principais e seis subcategorias:

#### 1. Família

- Objeto de desejos e sonhos
- Fonte de felicidade/satisfação
- Fonte de tristeza/insatisfação
- Fonte de sentido para a vida

#### 2. Estudo/trabalho/lazer

#### 3. Culpas e arrependimentos

#### 4. Deus

- Significado
- Falar com Deus

A seguir, serão apresentadas todas as categorias e subcategorias empíricas advindas da análise do estudo qualitativo, com suas respectivas discussões dos resultados. Os nomes de todos os indivíduos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios, a fim de garantir o sigilo e a privacidade dos participantes.

### **5.1 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS**

#### **5.1.1 – FAMÍLIA**

A família é considerada o primeiro grupo humano organizado e a base para a construção da sociedade (Dias, 2000). Ela exerce proteção social sobre os indivíduos, na medida em que tem a possibilidade de proporcionar laços sociais e afetivos estáveis ao longo do tempo. Segundo Schenker e Minayo (2003), “por família se entende uma instituição privada, passível, neste mundo pós-moderno, de vários tipos de arranjo, mas basicamente tendo a função de socialização primária das crianças e dos adolescentes” (p. 300). É a partir do processo socializador que o sujeito elabora sua identidade e sua subjetividade (Romanelli, 1997), sendo que a família contribui para a propagação dos valores, das normas, das crenças e dos modelos e comportamentos necessários para a sua inserção na sociedade (Kleinman, 1988).

A família é um item relevante para as necessidades humanas, por ser responsável por sensações de segurança, apoio, suporte social e geração dos primeiros vínculos (Carvalho & Almeida, 2003; Dias, 2000); é, portanto, componente importante do segundo e terceiro níveis da pirâmide proposta por Maslow (1954). Em geral, estar numa família traz o sentimento de pertencimento, de inclusão, de estima, o que geralmente se traduz em melhor adaptação social (Carvalho & Almeida, 2003; Inouye, Barham, Pedrazzani, & Pavarini, 2010). Ter uma família ou pertencer a um grupo eleva os níveis de bem-estar (Dias, 2000; Inouye et al., 2010), traz sentido e propósito para a vida, o que indubitavelmente tem relevância para a melhor QdV.

A família é apontada como elemento-chave não apenas para a “sobrevivência” dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações. Representando a forma tradicional de viver e uma instância mediadora entre indivíduo e sociedade, a família operaria como espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais e como organização responsável pela existência cotidiana de seus integrantes, produzindo, reunindo e distribuindo recursos para a satisfação de suas necessidades básicas (Carvalho & Almeida, 2003, p. 109).

Durante as entrevistas, a temática *família* foi evidenciada nos discursos de 100% da amostra, representada nos sonhos e desejos dos sujeitos, em situações de felicidade e tristeza e também na definição do sentido/propósito de vida. A seguir apresentam-se os recortes de falas dos entrevistados referentes a este tema, divididos em subcategorias, e sua respectiva discussão dos resultados.

#### **5.1.1.1 – Família como objeto de desejos e sonhos**

Nas falas em que se explicitam sonhos e desejos dos participantes, é marcante a presença do sonho de ter ou de constituir família, de ter companhia, de poder cuidar e ser cuidado e de poder estar junto desses familiares. Autores referem maior risco de suicídio em sujeitos solteiros ou com rede social precária (Botega, 2015; Saraiva et al., 2014) e, conseqüentemente, há relato de menor QdV nessas pessoas (Alves et al., 2016).

*Ah! Isso como qualquer adolescente. Ah, era de ter uma família, de ter.... não ter problemas na vida, era um, era um sonho cor-de-rosa, onde acabava tudo bem sempre, não é? Só que a vida depois é diferente. Oh, eu casei-me muito*

*cedo, eu casei-me com 16 anos... casei-me muito cedo, acabaram os sonhos todos. Nessa altura, comecei uma vida diferente. Fui mãe aos 17 anos, aos 19 já fui mãe pela segunda vez. (Virgínia)*

*O meu sonho sempre foi, desde adolescente, construir família, casar, ter filhos, ter uma namorada, sempre foi um sonho que eu tive. Mas até agora ainda não consegui concretizar esse sonho. Já namorei sim, mas era uma relação muito conturbada, então parei e já estou há muito tempo sozinho. Talvez a minha depressão e a angústia, minha tristeza surgiu por causa disso. Sempre quis ter um automóvel, sempre quis ser feliz, sempre quis ter alguém especial. E ainda não consegui. E isso mexe muito comigo. [...] ainda essa coisa, casar e ter filhos, é esse o meu sonho. Viver por eles, estar com eles. (Kurt)*

*Eu gostava de encontrar alguém, de ter uma companhia, uma... como é que eu hei de explicar? Não me sentir tão sozinha, porque neste momento sinto-me sozinha. Acho que se tivesse um relacionamento com alguém que me compreendesse e que a gente se desse bem, que as coisas, que a minha vida fazia outro sentido. Que eu agora não vejo que faça sentido nenhum a minha vida. (Virgínia)*

*De juntar os meus filhos e os meus netos todos. O meu filho está na Suíça, mais a mulher, duas meninas, uma com 15 anos e outra com 10. A minha filha está cá, a trabalhar aqui em Coimbra, tem um marido e tem dois meninos, um com 9 e outro com 5. (Amy)*

*É assim, temos sempre sonhos, mas eu nunca fui assim de imaginar a sério, de ter, sei lá, nunca fui assim, fui sim, tinha sonhos, casar, ter filhos, acho que é de quase toda a gente, quase todos os miúdos. Mas nunca fui assim de... vivo o dia a dia, não são assim sonhos, porque eu sei que a vida não nos proporciona, pronto, a nível financeiro e tudo, portanto nunca fui assim de sonhar muito. (Florabela)*

*((Silêncio)) ... O que eu gostava mesmo, e que não foi mesmo, e não tive hipótese nenhuma mesmo, mas ali ninguém podia fazer nada... era ter conhecido a minha mãe, que não conheci ((choro)). Fez muita falta. (Adolf)*

*Ah, eu gostaria de ver os meus dois filhos bem, isto é, neste contexto atualmente da sociedade, a trabalhar e felizes, não pudessem, não passassem, sei lá, a minha filha, que não passasse aquilo que eu passei, e o meu filho, que fosse um homem bom... Gostava de encontrar o meu príncipe encantado, que estivesse ao meu lado, como Deus tem estado, não é? Só que fisicamente, que tivesse sempre uma palavra, porque com Deus falo e “Ele” não responde, responde-me de uma outra maneira, não é? Porque não é visível, assim, não é audível, mas é visível nas coisas que vão acontecendo durante o dia, ou durante a vida. Mas gostava de ter alguém com quem eu falar e que pudesse me dizer “olha”, logo isso, palpável, alguém palpável. E gostava de receber, de igual forma, o amor que dou aos outros. Não queria mais, queria igual. A gratidão, o amor, o bem que eu faço. As palavras que eu dou. Gostava de ser tratada como trato os outros. (Janis)*

É interessante verificar que a ausência ou a má qualidade dos vínculos de uma família também é importante para os pacientes, por trazer consequências negativas para o bem-estar geral. Vínculos familiares frágeis ou famílias que enfrentam muitas dificuldades, sejam de ordem interpessoal, econômica, social, habitacional ou de saúde, geralmente impactam negativamente no bem-estar das pessoas (Carvalho & Almeida, 2003).

*Gostava mais que os meus pais estivessem mais ao meu lado e me ajudassem, porque eu tenho uma irmã e eles estão sempre mais presentes para o lado da minha irmã. Porque... uma filha que não se separou, uma filha que já não lhe deu, não teve esses problemas, que nunca tentou, tentativas de suicídio... por acaso eu gostava que meus pais estivessem mais ao meu lado, que me ajudassem mais, que me apoiassem, que fossem felizes comigo, só não com minha irmã. Mas pronto... não é possível isso. (Janis)*

*Eu acho, isto é muito complicado... para falar, porque eu acho que eu ia querer outros pais que me dessem mais amor e carinho, e se não maltratassem como o meu pai, eu que poderia ter um bom futuro na vida. (Whitney)*

#### **5.1.1.2 – Família como fonte de felicidade/satisfação**

A felicidade é importante para o bem-estar e este, por conseguinte, é importante para a QdV das pessoas (Diener, 1984; Quartilho, 2010). A felicidade em se sentir pertencente

a uma família perpassa as diversas faixas etárias (Schlösser et al., 2014) e representa grande fonte de bem-estar para os indivíduos, porque, independente do formato de família, esta representa um suporte, um grupo que apoia e transmite segurança (Schenker & Minayo, 2003). Na infância, adquire uma característica especial, tendo em vista a fragilidade e vulnerabilidade que as pessoas têm em tenras idades (Pratta & Santos, 2007). Os recortes de falas a seguir são representações de memórias de felicidade para os entrevistados:

*Natais eram sempre muito felizes, porque havia sempre uma prendinha em cima do fogão, para mim e para a minha irmã. Idade escolar, mais na idade escolar. Naquela fase da primária, até os 7-8 anos. São, são as memórias mais felizes. [...] Por isso é que eu digo: os natais eram sempre muito felizes, porque vinha sempre aquela prenda, comparativamente com os de agora, que eu passo-os muito triste, não sei porque, não gosto do natal, agora eu tenho pavor ao natal. Naquela época sim, era só acordar e saber que tinha ali uma prenda. Em cima do fogão. (Janis)*

*Nós éramos uma família, somos uma família numerosa, somos... somos 7 irmãos. Lembro-me de nós todos juntos, sempre. Sempre a casa cheia, é. São 2 anos de diferença uns dos outros. Tínhamos uma convivência boa. É, éramos muito unidos. Ainda somos muito unidos. (Virgínia)*

*Memória, memória eu começo a ter depois dos 10 anos, e uma memória feliz [...] é mais fácil a gente lembrar das tristes, né? É sempre mais fácil a gente lembrar das tristes, tristes eu tive bastante. Mas feliz, feliz eu lembro que fiz uma viagem, com a minha mãe, eu tinha por volta de uns 18 anos, e eu me lembro que, é feliz e é triste, ter ido visitar o túmulo do Tancredo Neves em Minas Gerais, e aquilo me deu felicidade porque eu me lembro de ter ido ver o enterro dele. Sabe assim, é meio feliz e meio trágico, mas, eu tenho essa sensação de ter lembrado disso, mas eu não tenho uma lembrança fixa de felicidade na minha infância mesmo, não. (Elis)*

*Era feliz na altura da escola, essa fase de brincar com os irmãos, que tenho 2 irmãos, uma mais velha e um mais novo. E... a fase de infância e adolescência, ali, na fase da escola, primária e secundária, mais ou menos. As brincadeiras com os meus irmãos, que foram muitas, e eram muitas aventuras. (Florabela)*

*De ir para a praia. Gostava de ir para a casa dos meus avós paternos, moravam perto da praia e o caminho, o percurso era muito curto. Eu ia sempre para lá, passar o dia sempre lá na praia. Gostava muito dessa altura. Ia toda a gente. Sim, os miúdos da vizinhança, às vezes, muitos dos meus irmãos. Somos 6 irmãos. Depois tive uma pequena paragem porque numa das vezes que fui eu fui atropelada por um carro e passei 3 meses no hospital. Depois, a partir daí, durante muito tempo, não tive tanta liberdade de ir à praia por causa do medo que os meus pais tinham. Já não voltou assim a acontecer tanto, mas eu sempre fui, sempre adorei muito a praia, sempre fui... o mar, não sei porque, traz-me muita paz, muita tranquilidade, gosto muito de estar perto do mar. (Marilyn)*

*Feliz? Quando eu andava nos bailes a dançar ou a brincar. Não lembro já, mas era pequena, era pequena. Ia com familiares para lá. (Whitney)*

*[...] quando eu andava de bicicleta, com os meus amigos e primos, é uma das memórias felizes, tenho poucas memórias felizes da infância. E memórias felizes tenho poucas. [...] juntávamos em grupo, andávamos de bicicleta e caminhávamos, corríamos. (Kurt)*

*Um orfanato, tipo um orfanato. Pronto, foi lá então que eu estive dos 9 aos 11. Estive lá 2 anos. E eu gostava daquilo. Portanto, a memória que eu tenho mais positiva é ali daqueles dois anos. Porque não faltava nada, brincava com os miúdos como eu, estudava, portanto, tinha o estudo, tinha o estudo também. E o que precisássemos tínhamos ali. (Adolf)*

Mesmo na vida adulta, a família e os laços afetivos não deixam de ter a sua importância nos momentos de felicidade e bem-estar. Quando questionados sobre exemplos de momentos felizes, os participantes relataram:

*O nascimento dos meus filhos. Sim, na altura do parto. E na altura em que andava grávida, também gostei de andar grávida, acho que é uma das experiências mais bonitas. Na altura da amamentação também... na altura que eu vi o meu filho entrar na faculdade... (Janis)*

*As minhas filhas, quando tive as minhas filhas. No parto e depois quando elas estão a crescer, quando são crianças ainda, que é o que a gente leva de melhor*

*dos momentos, quando tem os filhos, é quando eles são pequenos, porque depois crescem e acaba o encanto. (Virgínia)*

*O nascimento da minha filha. (Florbela)*

*As vezes que ia com minha mãe em Lisboa. Eu era jovem, já trabalhava, porque eu já trabalhava e minha mãe tinha que ir lá a algumas consultas e íamos as duas, eu ia sempre com ela nesses dias. E ficávamos sempre lá, geralmente, um ou dois dias e íamos juntas, estávamos juntas, ficávamos num quarto residencial e íamos ao cinema e passávamos esses dias sempre juntas. E, desde os primeiros momentos que tive os meus filhos nos meus braços. (Marilyn)*

*Por incrível que pareça eu tive duas experiências muito felizes, uma delas foi o nascimento do meu primeiro filho, mas eu não estava esperando, não é o momento, não é uma coisa física, não é, assim, um momento específico. Mas o meu primeiro filho, ele é como se fosse uma luz na minha vida, sabe? Ele me traz uma paz, ele está meio revoltado, deve ser por causa da idade, e também por eu ter ido embora, não sei, mas sempre me deu muita paz, muita felicidade mesmo, sabe, assim, eu perto daquele menino, ele me deixa feliz muitas vezes sem fazer nada, para você ver, sempre que eu estava com ele eu estava feliz, mesmo quando a gente discutia eu estava feliz. Ele é como se fosse uma luz na minha vida. [...] E, realmente, ele sempre foi uma figura muito importante na minha vida em termos de me deixar feliz, me deixar para cima, e quando eu estava um pouquinho mais “para baixo” ele vinha e me deixava “para cima”, sem fazer muito esforço. (Elis)*

*Mas, coisas boas, o que me aconteceu foi logo o nascimento do meu filho, estava casada há três meses quando ele nasceu e senti-me a pessoa mais feliz da vida. E... só imaginava que qualquer coisa vinha roubar o meu filho, não largava o meu filho dos braços por nada. (Amy)*

*Quer que eu seja mesmo sincero? Foi conhecer essa miúda que está aqui ao meu lado. Pronto, falei, foi. O momento mais feliz por qual passei foi conhecer essa miúda que está aqui ao meu lado. Satisfeita? ((Questionou Adolf, olhando para a acompanhante))*



### 5.1.1.3 – Família como fonte de tristeza/insatisfação

Por ser a família o primeiro agrupamento social a que pertencem os sujeitos, evidencia-se que a falta dela ou as adversidades provocadas por ela também podem ser importantes causas de insatisfação para os indivíduos. O comportamento suicida na infância ou adolescência, assim como na vida adulta, se apresenta comumente associado a fatores de risco, tais como a depressão, as dificuldades no enfrentamento de frustrações pessoais, o abuso sexual, os maus tratos, a não satisfação das necessidades básicas, o uso de substâncias psicoativas, a perda de alguém próximo, o acesso a armas de fogo, as dificuldades socioeconômicas, os eventos estressantes e conflitos intrafamiliares (Botega, 2015; Saraiva et al., 2014; Schlösser et al., 2014).

*Eu uma vez tive um acontecimento infeliz, que foi a morte do meu irmão, isso marcou-me um bocado. Eu não tenho assim recordações felizes da minha infância. Muito pobre, tinha assim, digamos, não tenho grandes momentos, assim, de alegria, não vejo, olhando assim para trás... mas acho que, se tiver, eu não vejo. A maior parte foi ter uma vida difícil, minha mãe trabalhava, o meu pai trabalhava, nós estávamos em casa. E normalmente era assim, brincadeiras com eles, com os irmãos. Tenho mais um irmão, que é deficiente mental. (Vincent)*

*[...] eu escrevia muito em papéis e, tentei, durante a adolescência, o suicídio. Não tinha vontade de nada. [...] eu tive uma infância muito infeliz. Meu pai agredia muito a minha mãe e sempre nos agredia com.... agredia-me a mim pessoalmente, não é, ao ver ele maltratar a minha mãe. É uma das situações que ocorreu e doeu muito, um dia o balde de lixo estava cheio e ele despejou o lixo em cima dela e em mim, nós estávamos na cama. Uma das outras memórias, ele fugiu, foi para França e deixou-me a mim, a minha mãe e a minha irmã, e eu era deixada, muitas vezes, com uma senhora que vendia fruta, dentro de uma caixa de fruta, na minha infância, porque a minha mãe tinha que ir trabalhar. (Janis)*

*Da infância tive poucas boas memórias. Fui criada numa casa de crianças, eram crianças com dificuldades e.... enquanto frequentei a escola primária, depois assim que acabei a escola primária, fui trabalhar para a casa de senhoras, logo a seguir, depois da 4ª classe, fui trabalhar para a casa de senhoras [...] porque éramos 8 irmãos. Fomos 12, mas ficaram 8 e foi uma infância muito triste, muito*

*ingrata. Depois saía de casa dessa senhora e ia para a casa de outra, e assim foi a minha infância. Depois de fazer a 4ª classe, não fui mais ter uma infância feliz. Não tenho praticamente momentos agradáveis, sempre esta solidão, por isso, talvez tenha sido essa a razão porque eu continuei sempre nesta solidão, depois, tive que começar a trabalhar muito para ajudar os meus pais, e... foi uma vida bastante difícil. (Amy)*

*Eu gostaria de poder completar o nono ano com menos dificuldade e não ter o ambiente que tinha em casa; o meu pai fechava-nos a porta, muito bêbado, fechava-nos a porta e a gente dormia ao frio, ao vento, à chuva e sem comer... e já eu pequenina [interrupção], e já eu pequenina e fiquei um bocado baqueada. É, e eram maus tratos à minha mãe, batia-lhe e tudo. E depois quando comecei a crescer mais eu comecei a pôr-me à frente da minha mãe e eu que levava. (Whitney)*

*Essa memória mais feliz da infância... qual será Doutora? Acho que não tenho nenhuma. Foi tudo triste... tudo. Olha... eu tinha três anos quando a minha mãe morreu. ((Choro)). Portanto, foi tudo prum lado e para outro. O meu pai pensou casar outra vez porque a minha irmã tinha um anito quando a minha mãe morreu. Éramos os mais novos. [...] a minha madrastra era “muita” má, porque ela só sentia bem a bater ((choro)), todo lado era... olha, eu não sei o que será uma memória mais triste no mundo também. O meu pai começou a trabalhar fora... se ela já me batia com o meu pai em casa, a Sra. não imagina o que ela fez com ele fora. Tá a ver? Porque eu não era um menino, eu, eu era um saco de pancadas ((choro)). Tinha eu 9 anos. O meu pai tinha saído para trabalhar, não é, e eu pensei, pronto, eu só vejo uma saída. Foi o que eu pensei. Só vejo uma saída, é fugir. Pronto. Ali foi outro erro. Fugi com a roupa que tinha no corpo. Só. Os calções, uma camisa, descalço. Pronto. Mais nada. Fugi num dia de manhã. Andei todo o dia sem comer. Não tinha ninguém e a necessidade era grande. E eu andava para aqui e para ali o dia todo. (Adolf)*

*Mais triste? Ainda mais que aquela que matei com a corda o homem? ((risos)). Para mim é que nem a falta da minha mãe, senhora doutora, a minha mãe me fez muita falta, fez, mas eu acho que mais triste mesmo, até hoje, foi ter passado, porque eu era uma criança. A minha mãe me fez muita falta, mas eu era uma criança quando a conheci. Eu não tenho memória nenhuma dela, portanto, eu tinha três anos quando ela morreu. Sei que ela me fez muita falta, fez, como toda*

*mãe faz sempre, é o que penso, mas fez muita falta, mas ao fim, ao cabo não fez porque não a conheci. Eu era mais triste, mais porque, a senhora já viu, contribuir para a morte do homem e no outro dia chegar lá e vê-lo lá... mais triste que aquilo não há. (Adolf)*

Assim como a felicidade, os momentos de tristeza e insatisfação perpassam todas as faixas etárias do ser humano. A família, nesse contexto, pode também ser fonte de tristeza, uma vez que podem haver conflitos relacionais e financeiros, além de lutos importantes.

*A minha família não se dá toda bem. Acho que, agora já estou mais conformada. Mas na altura custou-me muito, nas épocas festivas e assim, a família não está toda junta. (Florbela)*

*Que não deveria ter acontecido era a morte da minha mãe, por exemplo, não deveria ter acontecido. Já faz 5 anos, fez 5 anos agora. Foi uma coisa que me custou muito e ainda me custa. [...] não devia ter acontecido porque ela ainda, ela era nova ainda, poderia ter cá mais uns anos. (Virgínia)*

*O mais triste foi a morte da minha mãe. Tenho, a minha filha foi violada pelo pai, quando tinha 14 anos. Foi um momento muito difícil na minha vida para mim e para ela. [...]. Ah, durou muito tempo, durou muito tempo. Primeiro que o que se passou depois, o que se teve que correr com.... médicos e.... polícia e essas coisas todas. Por onde a gente teve que passar... foi uma coisa que deixou marca. Deixava marca, deixou marca e deixou marca depois com as coisas que se teve que fazer depois. (Virgínia)*

*Tristeza... quando fui violada, a parte em que o meu pai faleceu, a parte em que o meu filho mais velho esteve 5 dias entre a vida e a morte e a parte quando o meu filho mais novo nasceu, que também esteve entre a vida e a morte durante quase 15 dias. (Marilyn)*

A temática casamento, também vinculada às questões de ordem familiar, aparece em muitas falas femininas, em se tratando de maus-tratos no ambiente da família, com conseqüente mal-estar para a vítima. Mulheres vítimas de seus parceiros apresentam escores compatíveis com uma má QdV e com depressão, além de que boa parte delas pensa no suicídio como solução para o problema (Adeodato et al., 2005).

*A vida mais triste... creio que foi sempre, sempre, nunca tive uma palavra de carinho, uma palavra de apoio, nunca ouvi chamar pelo meu nome, era só puta, vaca, isto e aquilo, e ameaçava-me com tudo, tudo que apanhava, fosse uma forquilha, fosse uma foice, fosse uma enxada, era tudo que apanhava ele me atirava. [...]. Acho que estas fases são todas péssimas, e que nunca me conseguem sair da ideia, por isso mesmo o meu cérebro não consegue estar sempre, sempre, sempre, sempre constantemente a trabalhar. [...]. Tudo o que aconteceu, porque não me aconteceu nada de bom. E eu digo muitas vezes “meu Deus, porque é que eu mereço essa sorte?”. “Por que razão é que eu luto tanto, trabalho tanto e por que é que havia de estar guardada para mim uma sorte destas?” (Amy)*

*Mandou, tipo, me deu um pé na bunda e me mandou para fora de casa, sabe? Sem nada, eu me senti tão humilhada, eu nunca me senti tão humilhada, você não tem ideia do sentimento que eu senti lá naquela hora, sabe o que é você ser jogada para fora de casa, sem dinheiro, sem roupa, sem documento, sem conhecer ninguém num país desses, sem ter para onde ir, sem ter o que fazer. [...]. Foi desesperador, foi desesperador, foi desesperador. A situação mesmo, mais triste, foi ter sido colocada para fora de casa. E também, teve a situação... eu tive várias situações ruins nesse período, essa de ter sido mandada para fora de casa foi a pior, foi a pior mesmo, assim, que foi degradante, sabe? Assim, eu acho que foi a que me diminuiu mais como pessoa, sabe? Mas também já levei cuspada na cara que eu também me senti a pior pessoa do mundo. ((Choro)) Voltando até há pouco à questão do suicídio, a primeira vez que eu tentei foi porque eu levei uma cuspada na cara, ((choro)) e assim, já vinha com várias e várias e várias coisas, já vinha com várias e várias ameaças, já vinha com vários... Já tinha levado tapa na cara, já tinha levado um monte dessas ameaças que a gente ia voltar pro Brasil, que eu ia ficar sem a filha ((choro)), que... Várias coisas, que eu não servia pra nada, que eu não servia nem pra cozinhar, que eu não servia pra nada, nada, nada. Um dia ele chegou embriagado em casa, e resolveu simplesmente descontar em mim, descontou com cabo de vassoura, e cuspiu na minha cara, sendo que eu não havia feito nada ((choro)), eu não aguentei, eu não aguentei, eu não aguentei, eu não aguentei. (Elis)*

*A experiência mais triste foi no dia [...] em que eu fui brutalmente agredida fisicamente e que essa pessoa, passados 4 anos, foi condenada por ofensas físicas à integridade física, este ano. Esse foi o dia mais triste para mim, eu não*

*morri porque não tinha que morrer naquele dia. Fiquei cheia de hematomas, fiz nódoas negras, fiz fratura de um dente. Isso foi o dia mais triste para mim. E depois, tenho um outro dia que também foi triste, foi, quando da alta do nascimento da minha filha, ela saiu com uma mancha na cabeça, teve, tem um hemangioma exuberante, ou seja, aquele sinal cresceu exuberantemente até o oitavo mês. Tipo couve-flor roxa, agora regrediu, mas esses 8 meses para mim foram muito dolorosos, foram muito tristes, a ponto de eu ficar sem tirar, de me apetecer pegar na miúda e deitá-la pela janela afora, porque eu não aguentava aquele sofrimento. Foram 8 meses sem dormir, 8 meses a ver aquilo crescer e não conseguir controlar aquilo. Foi um período muito triste. (Janis)*

*O meu casamento. Tinha 19 anos, tive a minha filha com 20. Porque eu fui maltratada na frente da minha filha e ameaçou-me de morte o meu ex-marido. Acho que hoje eu tenho poucos períodos de felicidade, infelizmente. Talvez no tempo em que eu ainda brincava, sei lá. Mais triste acho que foi no meu casamento, e agora, até aqui, muito triste. Desde o meu casamento até, até agora. (Whitney)*

#### **5.1.1.4 – Família como fonte de sentido para a vida**

Ao serem questionados sobre o sentido de vida, os respondentes enfatizaram a importância da família, dos laços afetivos e do estar bem, do sentir-se feliz. A seguir apresentam-se alguns recortes de falas que demonstram o propósito de vida dessas pessoas.

*O importante são os filhos. Uma neta. (Vincent)*

*Para mim, o sentido da vida é casar e ter filhos, para mim. Eu posso ter dois mestrados, posso ter um doutoramento, mas se eu não tiver o essencial para mim não faz sentido. Eu sinto necessidade de ter alguém com quem partilhar as vitórias, as derrotas, angústias ou brigas. Não tem ninguém sem conhecer um completo. (Kurt)*

*A minha filha, é, é... tudo. Apesar de às vezes, naquelas alturas de, das tentativas de suicídio, nós não nos lembramos de ninguém e de nada, nem dela, ((Suspiro)) porque não estamos bem. Ainda agora, ontem, ouvi uma colega de trabalho, que a sobrinha..., portanto, a cunhada dela matou-se há uns anos*

*largos e ela dizia assim, falou para a sobrinha “tu não vais ao cemitério ver a sua mãe?”. “Não, porque que eu me hei de lembrar dela se ela não se lembrou de mim?”. Mas, não se lembrou dela porque, se calhar, não estava bem. Deus queira que ela nunca passe pelo que a mãe e outras pessoas passaram, e para chegarem ao que elas chegaram é porque as pessoas deixam-se repetir a elas próprias. Portanto, acho que nós não podemos criticar, eu penso assim, fui uma das pessoas que nunca critiquei que ninguém fizesse e bateu-me, calhou-me duas vezes. (Florabela)*

*Ser feliz. Ter a nossa família feliz, principalmente. Eu, a minha filha, e meu marido, pelo menos nós estarmos unidos e felizes. (Florabela)*

*Importante é o amor, é o dar e receber. (Janis)*

*Sermos felizes. Que os meus filhos tivessem sempre saúde e fossem bastante felizes. (Marilyn)*

*Então, assim, dizer qual é o sentido da vida [...] para mim, hoje, seria muito mais o caso, a questão das provações, das superações e da evolução da minha alma, do meu espírito. Porque, assim, concretamente falando, humanamente falando eu não tenho um sentido para minha vida, tipo “ah, eu vou viver para cuidar dos meus filhos” como eu escuto “qual o sentido da sua vida?”. Eu vou cuidar dos meus filhos, eu queria muito, é o que eu mais peço com as minhas orações, é o que eu mais desejo, é viver para cuidar dos meus filhos sem nenhum problema, o que eu mais quero na minha vida, hoje, é isso. Então, talvez, hoje esse seria o sentido da minha vida, né? Mas, assim, falando de uma forma mais abrangente, eu penso que seja realmente você evoluir, não é? Ter que passar por tudo o que você tem que passar, que já permite mais ou menos um programa pra você, você tem direito ao livre arbítrio, e que tem que passar pelas provações pra você evoluir como pessoa, como pessoa, como espírito, pra numa próxima vida, numa próxima... Quando você chegar lá no outro mundo poder chegar uma pessoa melhor, e humanamente falando ser uma boa mãe, que meus filhos possam reconhecer que independente de tudo o que eu falhei com os dois, que eu estou falhando com os dois, não foi porque eu quis, foi devido a todas as situações, que eu perdi o controle e que eu não soube administrar. É isso. (Elis)*

*O que é mais importante? Para mim? O importante para mim é ver bem as minhas filhas, é ver que elas estão bem e que não precisam de, não precisam, porque eu não as posso ajudar, eu nesse momento não as posso ajudar, quem ajudam, quem me ajudam são elas e [...] é, isso é, isso é o mais importante na minha vida. É vê-las bem sempre. (Virgínia)*

*[...] esta miúda está, está-me a tentar, está a tentar que eu, portanto, levante essas ideias tristes. Acho que ela disse que éramos primos, mas não, não somos. Portanto, e ela está mesmo, está sendo muito importante para mim, é mesmo assim. (Adolf)*

Tendo por base que a amostra entrevistada se compõe por pessoas com histórico de tentativas de suicídio, era de se esperar que a ambiguidade ou a perda de sentido/propósito de vida fossem evidenciadas nos relatos.

*Olha doutora, já aqui muitos, há muito tempo que não tinha sentido nenhum. Mas isto há altos e baixos. Mas, acho que há sempre os bons, porque há sempre coisas que dão coragem para a gente viver, porque é mesmo assim, porque se não fosse isso também, o que eu já tentei fazer, já tinha estragado tudo, já tinha feito o resto. Eu já tentei muitas vezes, mas isso não interessa. Eu já andei muito tempo, mas muito tempo mesmo, que não pensava em viver. Eu já andei muito tempo mesmo, portanto, que eu gostava, viver ou não viver para mim era indiferente. Só que eu agora tenho um problema em casa, a Sra. não conhece, mas essa minha amiga conhece, tenho um problema em casa, que a minha mulher está com o Alzheimer, ela está mesmo, portanto, e agora... A única coisa que ela ainda vai fazendo é passar a roupa a ferro, porque mais nada não faz, não cozinha, não lava um prato, nem coisa nenhuma, e eu, portanto, eu vejo que ela ali precisa de mim. Porque eu já estive mesmo para tentar fazer uma asneira, mas depois o problema é esse: o que é que vai ser feito dela? O que é que vai ser dela? Ela está sozinha, está sozinha, tem meu filho por baixo, mas isso não tem nada, ele tem a vida dele. (Adolf)*

*Nesse momento, nenhum (pausa), nenhum. Se morresse hoje, morria (Vincent)*

*Não tenho sentido nenhum na vida, fui sempre tão infeliz, tão triste, que a vida para mim não tem sentido nenhum ((choro)) .... (Amy)*

*Isto é muito difícil, porque eu queria era morrer mesmo. Eu sei que há qualquer coisa no estrangeiro para a pessoa que quer morrer. E eu queria que isso fosse, fosse justo, para eu conseguir ir, para eu conseguir ir lá para eu morrer (Whitney)*

*Para mim uma vida não faz muito sentido. Neste momento, para mim a vida já não faz sentido nenhum. As minhas filhas casadas, pronto, não tenho objetivo, parece que eu não tenho um objetivo de vida para viver. Estou muito desiludida com a vida, nesse sentido. Já vem assim há uns, há uns 5 anos pra aí, pra cá. Era diferente. Trabalhava, não estava desempregada, tava ocupada, não tinha tempo para pensar em maluquices como tenho agora. Era diferente, era uma vida totalmente diferente. O trabalho ocupa a gente.... Tinha, tanto enquanto as minhas filhas eram pequenas e quando depois de estar divorciada tive de viver, vivi em função delas. Foi em função delas que eu vivi. Tinha objetivo de vida que era dar para elas para elas serem umas mulheres e terem uma vida razoavelmente confortável. E que nada lhes faltasse, até que se casaram e fizeram a vida delas. (Virgínia)*

A satisfação das necessidades básicas do ser humano é essencial para a sensação de bem-estar, com ganhos importantes para a QdV das pessoas (Minayo, 2010; Quartilho, 2010). Maslow (1954) escreveu que as necessidades humanas estão distribuídas numa pirâmide que ele denominou de Hierarquia de Necessidades Humanas (Hesketh & Costa, 1980). Esta pirâmide evidencia os níveis de necessidades que os indivíduos experimentam durante a vida e adota o princípio de que as necessidades humanas apresentam diferentes níveis de força, exercendo, portanto, diferentes níveis de influência no comportamento humano.

Na base da pirâmide encontramos as necessidades *fisiológicas*, que representam as condições básicas de sobrevivência (ar, água, alimentação, repouso, exercício físico, ausência de doenças). A seguir temos as necessidades de *segurança*, demonstradas pela existência de estabilidade física, financeira, de saúde e proteção contra imprevistos. No terceiro nível, temos as necessidades de ordem *social* ou de *associação*, que podem ser exemplificadas pelo sentimento de pertencimento, de intimidade, de ser querido e de convivência, de estar incluso em grupos. Mais acima teremos as necessidades de *estima* e de *auto-realização*, que são satisfeitas com autoconfiança, autonomia, competência e conhecimento, status, reconhecimento, atenção e prestígio. Os dois primeiros níveis da pirâmide teriam sido considerados



necessidades humanas elementares, ao passo que os outros três representariam necessidades humanas mais elaboradas.

Para o autor, à medida em que as necessidades inferiores são satisfeitas, as pessoas passam a aspirar a satisfação dos próximos níveis hierárquicos (Hesketh & Costa, 1980; Maslow, 1954). Embora esta referência seja amplamente utilizada, é necessário ressaltar que as necessidades humanas descritas por Maslow (1954) podem ser consideradas motivações humanas, ou seja, são as necessidades que determinam que o homem tenha motivação, vontade para agir. No entanto, é bastante questionável o fato de que exista realmente uma ordenação hierárquica rígida de necessidades como descreveu tal autor (Hesketh & Costa, 1980).

Por exemplo, satisfazer a necessidade de alimentação, vestuário, abrigo é uma grande motivação para o trabalho. Entretanto, não se pode afirmar que somente no momento em que estas necessidades estão satisfeitas é que o homem passará a outros níveis da pirâmide. É comum a existência de pessoas que priorizam outras necessidades em função de um sonho, pervertendo o sentido hierárquico da pirâmide.

Frankl (1977/2011) descreveu a *vontade de sentido*, que seria outro fator gerador de motivação. Segundo o autor, o ser humano está sempre motivado, fundamentalmente, pela vontade de realizar sentido na vida; para o autor, a busca individual por um sentido é a motivação primária na vida e “somente esse sentido assume uma importância que satisfará sua própria *vontade de sentido*” (p. 124). Portanto, o homem deve se empenhar na realização de valores em forma de criações, vivências e atitudes.

Frankl (1977/2011), por ter estado preso em campos nazistas de concentração, observou que o fator decisivo para a sobrevivência não era ser forte, inteligente ou jovem: muitas vezes um ancião sobrevivia, ao passo que um jovem logo morria; em inúmeras ocasiões, os homens mais robustos eram os primeiros a se desesperarem, enquanto os considerados frágeis ou até mais franzinos (tendo sido, inclusive, o seu caso) suportavam todas as intempéries. A questão do sentido de vida seria a responsável pela maior força interior, com maior chance de sobrevivência, tendo em vista que, para o autor, “o ser humano é capaz de viver e até de morrer por seus ideais e valores” (Frankl, 1977/2011, p. 125). Os indivíduos que focalizavam em algum sentido pelo qual eles deveriam continuar existindo invariavelmente tinham uma capacidade de resistência muito maior. Isso foi o que Frankl chamou de *vontade de sentido*.

Conforme a hierarquia das necessidades propostas pela pirâmide, o nível social somente se tornaria uma motivação após as necessidades básicas e de segurança terem sido satisfeitas (Maslow, 1954). Em contrapartida, os seres humanos vivem em sociedade e buscam laços sociais e afetivos simultaneamente à busca de satisfação das necessidades fisiológicas e de segurança.

Ter laços familiares pode ser uma fonte de motivação muito mais forte para determinados indivíduos que a satisfação de uma necessidade física. Portanto, embora a teoria de Maslow (1954) nos ajude a compreender que as necessidades são fatores de motivação, Frankl (1977/2011), apesar de reconhecer a importância da satisfação das necessidades fisiológicas, nos faz atentar para a constatação de que nem sempre as necessidades mais básicas são as que o ser humano escolhe satisfazer primeiro. O que movimenta o indivíduo é a sua *vontade de sentido*, que é exatamente o que faz com que a vida tenha sentido.

Segundo Schlösser e colaboradores (2014),

(...) questões como sentimentos de bem-estar, autoestima elevada, capacidade para buscar ajuda em situações necessárias, abertura a novas experiências, flexibilidade emocional e confiança em si mesmo são importantes aspectos que atuam como proteção no que tange ao risco de comportamento suicida. Neste caso, é importante salientar que tais implicações derivam de questões mais amplas como: rede social sólida, relação familiar e integração social (p. 139).

Pode-se concluir, portanto, que as necessidades e desejos humanos são motivações que impelem o ser humano a agir rumo à obtenção da satisfação, com consequente redução da tensão provocada pela falta do que é essencial. Não se pode afirmar que exista uma hierarquia destas necessidades, porque as prioridades de cada um são subjetivas (Frankl, 1977/2011; Quartilho 2010). O bem-estar dos indivíduos transcende a satisfação das necessidades (Canavarro, 2010) e depende do sentido que cada elemento traz à sua existência. Se faltam os laços familiares e se a família é uma motivação, um promotor de sentido para a existência, o ser humano provavelmente mover-se-á em direção à aquisição de tais laços.

O sentido da vida difere de pessoa para pessoa, de um dia para outro, de uma hora para outra. O que importa, por conseguinte, não é o sentido da vida de um modo geral, mas antes o sentido específico da vida de uma pessoa em dado momento. Formular essa questão em termos gerais seria comparável a pergunta a um campeão de xadrez: "Diga-

me, mestre, qual o melhor lance do mundo? ” Simplesmente não existe algo como o melhor lance ou um bom lance à parte de uma situação específica num jogo e da personalidade peculiar do adversário. O mesmo é válido para a existência humana. Não se deveria procurar um sentido abstrato da vida. Cada qual tem sua própria vocação ou missão específica na vida (Frankl, 1977/2011, p. 133).

Indivíduos com intencionalidade suicida apresentam mais desesperança e veem menos sentido/propósito nas suas vidas (APA, 2003; Dervic et al., 2004; WHO, 2014). Além disso, sujeitos com ideação suicida ativa apresentam médias inferiores na avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde (Fairweather-Schmidt et al., 2016; Goldney et al., 2001), fato que também está evidenciado no estudo quantitativo já apresentado. Muitos dos fatores que podem contribuir para a redução do comportamento suicida correspondem aos indicadores de melhor QdV. Dentre estes fatores, a literatura ressalta a proteção da integração social (Durkheim, 1897/2000; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014), onde estaria prioritariamente inserida a família.

Já foi dito que os especialistas no assunto diferem ao definir QdV, no entanto os quatro aspectos principais - físico, emocional, social e ambiental (contextual) – estão presentes nos contextos familiares e seus desdobramentos (Canavarro, 2010; Farquhar, 1995; Minayo, 2000; Pereira et al., 2012; Seidl & Zannon, 2004; Quartilho, 2010). O bem-estar físico e emocional, além de elementos como o trabalho, amigos, família são grandes responsáveis por elevar a QdV das pessoas.

Todos queremos ser felizes. Mas a felicidade não é algo que possamos encontrar, adquirir, ou conseguir directamente. Felicidade não é destino. Temos de conseguir as devidas condições e esperar. Algumas destas condições estão dentro de nós, tais como a coerência entre partes e níveis da nossa personalidade. Outras condições requerem relações com coisas além de nós, com algo maior. Tais como as plantas precisam de sol, água e solo fértil para crescerem, as pessoas precisam de amor, de trabalho e, talvez, de uma relação com o transcendente. Vale a pena tentarmos as relações correctas com os outros, com o nosso trabalho e com o que for maior que nós (Quartilho, 2010, p. 54).

A QdV, para ser contemplada, deve ser avaliada também do ponto de vista pessoal e subjetivo (Minayo, 2010; Quartilho, 2010). Felicidade, bem-estar e satisfação, temáticas frequentes em todas as entrevistas, são constructos multidimensionais, estão presentes em todo o ciclo vital (Schlösser et al., 2014) e representam importante faceta na vida

das pessoas em geral (Minayo, 2000; Quartilho, 2010; Seidl & Zannon, 2004), estando em consonância com a definição de QdV da OMS (WHOQOL Group, 1994).

### 5.1.2 – ESTUDO/TRABALHO/LAZER

Praticamente todas as entrevistas (90%) evidenciaram o valor do estudo e do trabalho/profissão na vida das pessoas, como fonte de satisfação pessoal e de maiores oportunidades de trabalho. Tal fato corrobora as citações da literatura científica, que refere associação positiva entre a situação profissional ativa e a maior QdV (Canavarro, 2010; Minayo, 2000; Pereira et al., 2012; Quartilho, 2010).

*Eu ambicionava, sempre ambicionei tirar o curso de Direito e na verdade não cheguei lá, cheguei ao 12º ano. Também desfiz-me do serviço militar. Casei-me e deixei de estudar. [...] gostaria de ter tirado o curso, (pausa) gostaria de ter outra, outra situação familiar, enfim, não estou a ver mais nada. (Vincent)*

*Quero voltar a ter um trabalho, muito tempo desempregado. Porque também estou sempre com essas crises, estou sempre a ser internado, não é compatível em lado nenhum com o trabalho. (Vincent)*

*Olhe, o meu pai queria que eu fosse padre. E eu ainda andei com aquela mania, tá a ver? Porque o meu pai, eu estava na escola, era pequenito, ele dizia-me “tu vais ser padre, eu quero”. E eu a dada altura até gostava daquilo, portanto, porque... eu não sei o porquê, mas ele falava-me naquilo e eu queria seguir, pronto, era assim mesmo. Tanto que nesses dois anos que lá estive, lá nesse orfanato, o meu sonho era ainda ser padre, né? (Adolf)*

*E, gostaria de, de poder ter completado o 12º ano, gostava de ir para a aula de hipismo, gostava porque o meu pai tinha cavalos quando eu era mais nova, e gostaria de ter ido para polícia, de ter ido 2 anos para a tropa, ir para a polícia, a minha mãe é que não deixou (Whitney)*

*Hoje, neste momento, minha preocupação, neste momento, é terminar a tese e com honras. Vou fazer o possível para defender em época normal, que seria em junho/julho. Se eu não conseguir, tenho que deixar para dezembro. (Kurt)*

*Ter ido para o paraquedismo, não fui por um centímetro. Porque faltava-me um centímetro de altura. Gostava de ter ido. (Florabela)*

*Gostava de ter estudado e não estudei. Eu gostava de contabilidade, sempre gostei de contabilidade. Trabalhei em contabilidade ainda, mesmo sem ter a escolaridade obrigatória. Eu trabalhei 14 anos num escritório. Era um trabalho que eu gostava, eu gostava muito de fazer. (Virgínia)*

*Gostaria de ter seguido a escola, apesar de ter sido muito difícil e ter de desistir dos estudos. E... queria me tornar psicóloga, quer era o que eu sempre criei, uma paixão que queria seguir. Desde que me lembro. Sempre foi uma coisa que eu achei que eu iria muito gostar de ser, sim, não sei, sempre senti uma grande afinidade com as pessoas, as pessoas têm muita facilidade de conversar comigo, não sei o porquê também. E... não sei, as pessoas aproximam-se de mim mesmo sem conhecerem, e falam comigo, sempre foi assim, e eu achei que ia ser uma boa coisa, mas depois, entretanto, vi que, pronto... (Marilyn)*

*Por exemplo, isto, tirar o curso de educadora da infância. Gostava de ter tirado o curso de computadores, mas não consegui. Foi sempre trabalho, trabalho. Depois casei com 24 anos, logo em seguida veio um filho, depois o pai do meu filho, aliás, depois veio o segundo, o pai dos meus filhos nunca quis, nunca assumiu responsabilidade em trabalhar e eu sempre fiz de mãe e pai [...]. Gostava imenso de ser educadora da infância e a minha professora dizia sempre “era uma pena essa menina não ter pais com possibilidades, porque ela dava o curso que ela melhor pensasse. Se os pais a deixassem vir para a minha casa, eu iria deitá-la a estudar, para ela tirar o curso que ela pensasse”. E eu sempre sonhei em trabalhar com crianças. (Amy)*

*O que era mais importante era eu conseguir arranjar um trabalho, apesar de ter os meus 64 anos, arranjar um trabalho e ter um trabalho fixo e saber que àquela hora tenho que me levantar. Mas sentir-me completamente bem da cabeça. Dar agora mais uns dias que estou mentalizada que Deus me há-de ajudar e eu vou ao sítio. E arranjar um empregozinho, então o que eu mais sonhei foi com crianças, foi assim a minha, toda a vida. E já escrevi várias coisas num caderno, que eu gostava de fazer um livro, a contar toda a minha vida desde o início. Mas então, depois do casamento, foi o caos, foi sempre o caos, foi sempre o caos. (Amy)*

*[...] quando atingi o topo da carreira, a nível profissional. Sentia-me bem, era o responsável por duas zonas grandes, era no centro e zona norte do país, tinha sempre vendedores. Quatro funcionários. Era chefe de vendas de uma empresa de tintas e vernizes. [...]. Foi quando a empresa, entretanto, foi vendida, e os quadros superiores vieram todos embora, fomos substituídos por pessoal que a empresa que comprou tinha. Não teve volta, e, depois voltei, agora iniciei outra vez, voltei outra vez a vendedor, mas já não tinha aquela motivação. Isso foi muito difícil. E também começaram, comecei a me tornar triste, não dormia, sofri aí por essa altura. (Vincent)*

O trabalho, por ser uma possível fonte de renda, tem implicações nas possibilidades de lazer das pessoas. E ter mais possibilidades de lazer também se associa a maior chance de bem-estar e felicidade (Quartilho, 2010). A seguir, evidenciam-se desejos dos entrevistados que se relacionam à satisfação com viagens, arte ou natureza:

*Engraçado... eu nunca fui de fazer planos nem de sonhar muito, não. Eu sonhava em ter dinheiro, para cuidar da minha vida sabe? Poder viajar, para poder ter minhas coisas só minhas, para ter minha casa, porque as vezes eu me sentia muito invadida pelas minhas tias porque, como eu morava com elas, não é? Eu me sentia sem casa, tipo assim, eu era uma “sem teto”, vamos dizer [...] então o sonho que eu tinha era de tipo assim, de ter dinheiro para ter as minhas coisas. Eu queria ter minha casa, eu queria ser independente. Sabe? Assim, era o que eu queria, viajar, sempre tive muita vontade de conhecer o mundo, sempre, eu achava que meus pais sempre foram muito localistas, sabe aquela coisa de bairro? Muito, sabe? E eu disse “não, eu não quero ser assim, eu quero realmente conhecer...” [...] por isso eu fui aprender outras línguas, estudei espanhol, estudei inglês, e queria muito mais para mim, mas, assim, eu não tinha nenhum foco. Nunca tive foco, era só ter mais sabe, assim, muito mais do que eu via na minha família, eu achava que a minha família era muito limitada, [...] eu queria que tivesse um horizonte na minha frente e que o mundo era aberto, que eu não ia viver minha vida toda trabalhando naquela coisinha, para morrer naquilo dali. E era isso que eu sabia que eu não queria, só isso que eu tinha certeza, que era aquilo que eu não queria, mas o que eu queria realmente, eu nunca soube. (Elis)*

*Coisas que eu gostaria de ter feito, ter continuado a dançar, né? Ter continuado realmente a dançar. Acho que só, eu acho que o resto (...) isso ainda dá para*

*fazer, tirando a dançar, né? Que não dar para voltar atrás porque o corpo também já não deixa, né? Voltar a dançar, como seria uma dançarina profissional. Mas, conhecer ainda Paris e conhecer ainda a Grécia eu acho que ainda chego lá, não está tão longe. (Elis)*

*Gostava de viajar, ((risos)), gostava de viajar. (...) mundo afora, aqui, acolá, não interessa, gostava. Fui uma vez ao norte, Trás-os-Montes, era a minha filha pequenina, também foi bom. Mas não se proporcionou ainda, porque às vezes não temos dinheiro, outras vezes porque não se proporciona, mas pronto. Gostava de ir a Veneza. Gostava. É um sonho comum entre mim e o meu marido. Gostávamos de ir. (Florabela)*

*O meu sonho era viver ao pé da praia. Imagino eu a viver ao pé da praia, uma casa afastada da praia, mas perto da praia. Gosto do mar. (Whitney)*

Dentre as necessidades descritas por Maslow, o trabalho se encontra inserido tanto em necessidades fisiológicas como nas de segurança, por ser importante provedor de recursos, e também nas necessidades sociais, porque insere as pessoas e torna-as produtivas (Hesketh & Costa, 1980). O desemprego exerce, indubitavelmente, impacto negativo no bem-estar dos indivíduos, tanto homens quanto mulheres (Diener, 1984; Frankl, 1977/2011). O melhor aporte financeiro aumenta as chances de garantir as necessidades básicas de sobrevivência, sendo, portanto, a satisfação com o trabalho um elemento importante para a avaliação de bem-estar geral e de realização pessoal (Diener, 1984; Quartilho, 2010). O acesso à educação e ao estudo também melhoram a avaliação do bem-estar de uma população (Diener, 1984). As dificuldades econômicas decorrentes do desemprego ou da falta de investimento no âmbito profissional são também fator de risco para o adoecimento mental e, conseqüentemente, para as crises suicidas (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007).

Trabalhar pode contribuir para o incremento dos recursos financeiros disponíveis. Entretanto, é importante salientar que a correlação entre riqueza e bem-estar é maior entre os menos favorecidos economicamente, ou seja,

*(...) as sociedades ficam mais ricas, mas não ficam necessariamente mais felizes. Mas a riqueza material observa uma correlação positiva, significativa, com o bem-estar subjectivo, como vimos. Igualmente, esta correlação parece ser mais robusta para os estratos sociais mais desfavorecidos, com óbvias implicações políticas. Por outro lado,*

a mera satisfação das necessidades básicas, nas pessoas mais ricas, não pode explicar completamente as diferenças nos índices de bem-estar (Biswas-Diener, 2008). Uma hipótese explicativa sugere que os objectivos pessoais podem mediar a relação entre riqueza e bem-estar. As pessoas são agentes activos, potencialmente capazes de influenciar e controlar a situação em que vivem. O conforto não traz felicidade quando se associa a uma ausência de estímulos. Trabalhar por objectivos pessoalmente significativos permite uma experiência de bem-estar subjectivo que não traduz, necessariamente, a sua procura exclusiva. Mas esta experiência de bem-estar subjectivo carece não apenas dos objectivos, mas também do percurso que estes objectivos implicam. (Quartilho, 2010, p. 19)

Volta-se à questão do sentido. O trabalho precisa satisfazer, ter dinheiro e recursos precisa proporcionar um sentido para que exerça influência positiva no bem-estar (Quartilho, 2010).

Sobre emprego e depressão, Frankl (1977/2011) refere que “as pessoas têm o suficiente com o que viver, mas não têm nada por que viver; têm os meios, mas não têm o sentido” (p. 164). Segundo este autor, não pode haver sentido na vida se não houver algo que motive, algo que valha a pena fazer. O ser humano não vive apenas pela satisfação das necessidades básicas ou pelo seu bem-estar, há outros elementos também essenciais (Quartilho, 2010). Numa passagem do livro de Frankl, o sobrevivente do campo de concentração conta:

Outra vez, à noitinha, estávamos estendidos no chão de terra do barracão, mortos de cansaço, o prato de sopa na mão, quando entrou um companheiro correndo e mandou-nos depressa para a área de chamada da turma, apesar de toda a nossa fadiga e do frio lá fora, só para não perdermos uma visão magnífica do pôr do sol. Vimos, então, o ocaso incandescente e tenebroso, com todo o horizonte tomado de nuvens multiformes e em constante transfiguração, de fantásticos perfis e cores sobrenaturais, desde o azul cobalto até o escarlata sangue, contrastando pouco mais abaixo com os desolados barracos cinzentos do campo de concentração e a lamacenta área onde é feita a chamada dos prisioneiros, em cujas poças ainda se refletia o céu incandescente. E alguém exclamou, após alguns minutos de silêncio, arrebatado: “O mundo poderia ser tão belo!” (Frankl, 1977/2011, p. 58)

Os fatores de proteção para o comportamento suicidário são aqueles responsáveis por mais bem-estar subjectivo, por uma vida mais saudável (Botega, 2015; Lousã Neto et al., 2007). Em contrapartida, como pode ser ratificado neste estudo, a presença dos fatores de risco para o suicídio, como a doença mental, o isolamento social, o desemprego, os



relacionamentos familiares conflituosos ou frágeis, as adversidades na infância, as agressões (físicas, sexuais e verbais), a perda recente de um membro da família e as doenças orgânicas causando dor ou incapacidade (Botega, 2015; Botega et al., 2006; Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014), ocasiona o decréscimo da QdV dos sujeitos.

O trabalho ocupa importante fração do tempo das pessoas e representa boa parte da vida delas. Ter um trabalho é fator de proteção para o adoecimento mental; estar desempregado eleva os níveis de ansiedade, depressão, com acréscimos às taxas de suicídio de um grupo (Alves et al., 2016; Botega, 2015; Saraiva et al., 2014). O adoecimento mental favorece a perda de sentido existencial e tudo – a insatisfação das necessidades, o desemprego, o mal-estar – se soma a um continuum rumo ao sofrimento humano, despertando sentimento de culpa, desesperança, medo do futuro, arrependimentos, tristeza, baixa tolerância à angústia (Saraiva et al., 2014).

Nas entrevistas, as dificuldades profissionais surgem como fator limitante para a realização de sonhos e projetos de vida e corroboram os dados quantitativos, que mostram, nos sujeitos não-ativos, menores valores nas facetas da QdV espiritual *Sentido de vida, Totalidade e integração, Esperança/otimismo*.

O insucesso escolar, as dificuldades em ingressar numa universidade ou em se conseguir um trabalho digno são motivos de grande frustração existencial, com acréscimo ao risco de suicídio (Lousã Neto et al., 2007; Saraiva et al., 2014), porque o trabalho preenche os dias das pessoas e o recurso advindo dele proporciona a manutenção da subsistência, os momentos de lazer e o estabelecimento de novos laços sociais que não os familiares ou de amizade.

### **5.1.3 – CULPAS/ARREPENDIMENTOS**

A culpa traz em si aspectos como vergonha, remorso e arrependimento e aparece em situações em que o indivíduo avalia seus atos ou pensamentos como falhos (Aquino & Medeiros, 2009). Wright (1971) define a culpa como "uma condição emocional desagradável diretamente seguida à transgressão, que persiste até que algum tipo de equilíbrio seja restaurado por reparação ou confissão e perdão e que é independente que outros saibam da transgressão" (p. 103).

Todas as entrevistas trouxeram à tona essa temática, com evidências do sofrimento referente aos sentimentos de culpa e arrependimento. Isso ratifica dados já publicados por outros autores, em que tais sentimentos estiveram presentes em cartas suicidas e configuram aspectos do adoecimento psíquico, notadamente causando sintomas depressivos (Foster, 2003; Namratha et al., 2015).

As falas denotam, mais uma vez, a importância dos laços familiares e retomam a temática da relevância do trabalho na vida dessas pessoas, corroborando com as categorias anteriormente descritas e ratificando o impacto negativo que as frustrações nos vínculos familiares e profissionais podem exercer no bem-estar.

*((suspiro longo)) se calhar, volto atrás novamente ao casamento naquela idade... eu esperava, se voltasse atrás, não casava tão cedo. (Vincent)*

*Sinto-me culpado, sinto-me que deveria ter entrado na universidade mais cedo. Entrei apenas com 24 anos e devia ter entrado mais cedo. Porque eu concluí o ensino regular e fui trabalhar para uma fábrica, e tive lá 4 anos, e só quando eu voltei é que fui estudar. (Kurt)*

*Se eu me sinto culpada? Olha, todo dia eu me culpo, todo dia eu me culpo por outra situação que aconteceu [...] porque eu tive oportunidade de me separar, eu podia ter ficado com a minha filha e não fiz, escolhi ficar com ele. [...] depois que eu voltei foi quando ele me botou para fora de casa com a roupa do corpo, sem ter para onde ir, sem dinheiro, sem nada e me deixou na rua, então eu me culpo porque eu tive toda a oportunidade de recomeçar, e larguei essa oportunidade que minha família estava me dando para tentar uma outra vez com a pessoa que eu achava que me amava, que ia ficar comigo e tudo, e essa pessoa o que que fez? Na verdade, ele me enganou, né? Ele disse que ia fazer isso e só foi chegar em Portugal que fechou a porta na minha cara. (Elis)*

*Talvez, de me ter separado. Eu era vítima de maus tratos, mas... a minha mãe também aguentou e eu acho que eu devia ter aguentado. Eu agora sinto uma enorme solidão. Sinto-me culpada por muita coisa. Acho que o meu percurso de vida é feito de culpabilizações. Culpada por essa separação, culpada por nunca saber dizer não, culpada por ser boa demais, culpada por me fazer de tapete para que as pessoas me pisem. Mas isso ainda hoje acontece. Culpada por não ter uma atitude firme, por não ser firme... é esse o grande peso da culpa. (Janis)*

*Quer dizer, sinto-me culpada que, talvez, se eu, de início, não fosse tão lutadora, tão trabalhadora, ele talvez se visse obrigado a fazer alguma coisa para conseguir orientar a vida. Mas, ele trabalhava lá para um senhor, um dia era porque chovia, outro dia era porque estava a nevar, outro dia era porque estava vento, e acabava por ficar sempre em casa. (Amy)*

*Olha, arrependi-me de ter casado, porque eu tive casada com um homem por 12 anos, que não sabia que era, como é que ele era, porque ao fim de 12 anos de estar casada com um homem daqueles e, no fim, divorciar e ele fazer o que fez à filha. (Virgínia)*

*Foi quando namorei. O primeiro ano, primeiro ano e meio foi muito bom. Depois, decidimos ir morar juntos e então aí que me arrependo, que não foi bom. No início, quando a coisa é nova, mas só que veio a rotina, cozinhar, fazer compras, fazer tudo que um casal faz, né? E também estudávamos juntos, mesmo curso, mesma turma, passávamos 24 horas juntos. Então isso foi muito desgastante. (Kurt)*

*Arrependo, eu arrependo, principalmente, de duas coisas, se eu tivesse voltado atrás eu não teria agido tão impulsivamente em relação ao meu casamento, né? Que foi o que me trouxe toda a angústia e tristeza pra estar na situação que eu tô hoje, eu acho que eu agi muito impulsivamente, e é o que todo mundo me diz também, na hora a gente não pensa e eu agi muito impulsivamente, eu estava num momento da minha vida maravilhoso, eu tinha terminado duas faculdades, estava fazendo filosofia, estava curtindo demais fazer filosofia, assim, estava entrando no mundo que eu gostava, [...] então eu estava num momento da vida super feliz, o que me faltava, vamos dizer assim, seria o amor, porque, até então, não tinha um grande amor na minha vida, não tinha aparecido “aquela pessoa”, “ah, aquele homem”. E apareceu, e aí foi quando eu conheci a criatura ((risos)), que hoje eu chamo de criatura pra eu não chamar de nomes nem mais feios nem mais bonitos, apareceu na minha vida um português, eu em Fortaleza, e acendeu, queimou aqui dentro, não sei explicar exatamente como tudo aconteceu, que eu fiquei parva, fiquei idiota, fiquei burra, e eu larguei tudo isso que eu tinha e que teoricamente a minha família dizia que era pra eu ter, e que de certa forma eu estava conseguindo [...] então eu larguei tudo e vim pra cá, então disso eu me arrependo. Disso, dessa burrice que eu me arrependo porque, desde essa escolha maldita, a única coisa que me restou foi a minha filha, todo*

*o resto que veio dessa escolha para cá foi ruim, todo o resto. Tirando a minha filha todo o resto foi ruim. De lá para cá nunca mais tive uma vida estável, nunca mais. (Elis)*

*E acho que arrependo de ter ouvido uma conversa que não deveria ter ouvido, nem devia ter acontecido, entre o meu marido e outra pessoa. (Florabela)*

*Não ter ido visitar o meu avô paterno, quando ele estava no hospital. Gostava de trabalhar e poderia muito bem ter faltado um dia ao trabalho para visitá-lo, visitar e para me despedir dele. Não ter estado no dia anterior com o meu pai, quase todos estavam com ele e nós já estávamos no dia anterior com ele, decidi também que eu posso nessa não ir. Mas o sofrimento que tem causado com a minha doença, e com a minha revolta, e duas vezes tentei matar-me, a última foi em 2002, mas feri a minha mãe e a minha família, pessoas que gostam de mim. Todas essas coisas. (Marilyn)*

*Sei lá, talvez isso vai ser assim um pouco... olha, eu separei-me e... se calhar, era mais difícil, é mais fácil dizer as que fiz e que não gostaria de ter feito. Meu filho ficou com o pai, o pai disse que se não ficasse com ele faria uma tentativa de suicídio. E eu abri mão disso, deixei-o ficar com o pai. E se fosse agora eu tinha pegado nele e o tinha trazido à força, como eu trouxe a minha filha. (Janis)*

*Ter sido violada, ter vendido a minha casa para ter ajudado a minha mãe, apesar de que é um sentimento contraditório, porque eu arrependo-me, mas, ao mesmo tempo, acho que fiz o que tinha de ser feito e, ao mesmo tempo, acho que não devia ter feito. Estou, nesse sentido, estou, não sei, as vezes a pensar se fiz bem ou se fiz mal. E de me ter casado com meu marido. (Marilyn)*

*Casar. Foi a coisa pior que eu podia ter feito. Mas noutros tempos, antigamente, quando chegava o dia do casamento, os nossos pais imaginavam para nós o dia mais feliz que nós iríamos ter, mas para mim foi o dia mais infeliz. Logo a partir desse dia, o meu ex-marido, que agora estou divorciada, o meu ex-marido começou-me logo a atirar com “este é teu cavalheiro”, “aquele é teu amante”, “aquele assim”, “aquele assado”, e berrava, e batia-me, e atirava-me com tudo quanto existia, e ele brigava comigo fosse pelo que fosse, bastava que ele estivesse sentado à mesa para comer e olhava para o teto, se visse uma aranha, como está por exemplo ali, era o suficiente para ele começar uma guerra. [...] E*

*sempre tive uma vida horrível, trabalhar, trabalhar, trabalhar, e sem ter apoio, sem ter carinho, sem ele me ajudar em nada, nada, nada. Depois acabou por imigrar para a Suíça, mais tarde, imigrou então para a Suíça e nunca se importou se eu precisava de dinheiro para matar a fome aos filhos. Nada, nada, nada. Fui sempre muito, muito, muito infeliz. (Amy)*

*Sim, há sempre arrependimentos. O que a gente quer é que não há [...] foi cenas que eu fiz que não, não tenho orgulho do que fiz, de ter feito, né, mas fiz e agora não há volta a dar. Vou lhe contar uma, que eu trabalhava na África Sul com o caminhão, andava a transportar carvão das minas para as fábricas [...] Eu não fumava, porque nunca fumei, mas andava lá um sacanita, que é mesmo assim, puseram lá um ajudante, o gajo fumava e ele quando me apanhava, portanto, tinha parado, era a hora em que eu cansava, tantas horas a conduzir, não tem outra, porque a gente cansa, a gente tem sono [...] Até, até o preto mesmo tava contra mim, porque eu queria descansar e ele a queimar-me com a ponta do cigarro? E eu disse pronto, o que é que eu vou fazer a este gajo. Passaram mil e uma coisas pela cabeça, tá, porque eu não era Sr. de dormir um minuto dentro do carro que eu era amolado, eu cheguei a ponto de, eu tinha medo. Tás a ver? [...] e eu tinha medo, eu cheguei a ponto que tinha medo de andar com ele naquela estrada. Até que eu, ouçam bem. “Não és tu que vai cabo de mim, mas sou eu que vou dar cabo de ti”. Que é mesmo assim que eu pensei, pronto, porque ou era ele ou eu, que é mesmo assim, né? [...]. Eu a conduzir e ele a dormir. E eu não podia parar um segundo, porque ele queimava-me com o cigarro. E eu disse “Não, isso vai ter que ter um fim”. Pronto. Um dia ele, um dia não, uma noite, ele vai lá descansadinho da vida a dormir, eu vi que ele ia mesmo a dormir, parei o caminhão, a gente trazia lá umas marretas pequeninas, a Sra. sabe o que é uma marreta? [...]. É mesmo assim. Eu parei o caminhão e nem pensei duas vezes, dei com aquela marreta na cabeça e o matei logo dentro do carro. Depois, arrependi, mas o mal estava feito, que é assim mesmo. Não ganhei nada, não sei se ganhei ou não, mas eu andava assustado, andava, né, porque, é como eu digo, eu não podia dormir que ele queimava-me, ele não me ajudava nada, pelo contrário ainda desajudava. (Adolf)*

A culpa e o arrependimento referentes às tentativas de suicídio também estiveram presentes no discurso de 30% dos participantes, o que confirma, mais uma vez, a presença da ambiguidade presente nos atos suicidas:

*Me sinto culpada pelo, porque eu não pude fazer o que a minha mãe não deixou, pela minha profissão. E das tentativas de suicídio. (Whitney)*

*É assim, eu já fiz 2 tentativas de suicídio. Ahn... quando fiz a segunda eu disse que não voltava a fazer mais nenhuma sem ter a certeza de que seria fatal. Acho que essas 2 tentativas não deviam ter sido tentativas, eu devia ter passado mesmo, devia ter conseguido, porque assim pensam que eu fiz só as tentativas para chamar atenção, quando eu, de facto, queria mesmo morrer. (Janis)*

*Tenho arrependimento de ter feito as asneiras que fiz por causa de me matar, porque a minha família sofreu com isso. A minha, a minha, a minha cunhada e a minha mãe. Foi, e o meu irmão. Minhas sobrinhas, se calhar, também. E o meu namorado. (Whitney)*

#### **5.1.4 – DEUS/FORÇA SUPERIOR**

A religião representa o aspecto mais doutrinário, enquanto que a espiritualidade amplia o olhar, abarcando a capacidade de autotranscendência das pessoas (Catré et al., 2016; Panzini et al., 2007). A fé em Deus/Força superior tem sido utilizada como possibilidade de tratamento coadjuvante de pacientes e as pesquisas evidenciam bons desfechos em saúde, quando se fomenta a espiritualidade nos sujeitos (Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida et al., 2006; Panzini et al., 2007). O *coping* religioso/espiritual, nesse contexto, representa a utilização de estratégias associadas a fé, crenças pessoais, crenças espirituais, sentido na vida e religiosidade no enfrentamento dos problemas, das doenças e das situações estressantes (Antoniazzi et al., 1998; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, Koenig, & Perez, 2000).

Inquiridos sobre o crer em Deus/Força superior e seu significado na vida, todos os respondentes evidenciaram acreditar na existência do sagrado e relataram influências dessas crenças espirituais e religiosas em suas vidas, remontando ao sentido de superioridade divina, de proteção, de auxílio nas dificuldades e de redução do sofrimento.

##### **5.1.4.1 – Significado**

*[...] acho que há alguma coisa que nos, nos orienta, porque não nascemos do nada. Nós nascemos, nós nascemos de uma relação, um fruto, somos frutos,*

*somos frutos de uma relação, mas a primeira pessoa teve que surgir de algum lado e acho que, acho que há qualquer coisa que nos ultrapassa e muito. E que muito que as pessoas queiram entenderem, há qualquer coisa que nós sentimos. Por alguma coisa dizemos, às vezes, “ai meu Deus”! (Florbela)*

*[...] nós vivemos o dia a dia e esquecemo-nos de pedir a esse Deus, porque nos esquecemos. E... quando nos surge uma fase menos boa, na nossa vida, nós agarramo-nos ao Deus, a essa força que nos guia. Portanto, apesar de não nos lembrarmos todos os dias dessa, dessa força, dessa energia que nos dá para levantarmos todos os dias, acho que há qualquer coisa que nos ajuda e que nos dá força para andarmos. E eu não sei se é homem, se é, dizem aí, nós tentamos seguir as coisas que nos ensinam, pronto, mas é uma força, uma coisa, algo maior que nós. (Florbela)*

*Acredito em Deus, sou católico. É importante, é uma coisa em que a gente se agarra, mas que, muitas vezes também, como é que eu hei de dizer, quando as coisas não nos correm bem, não tem como ligar a “Ele”. A gente anda escolhendo vidas, já cheguei a falar ao diabo, já. De tão desesperado que andava. (Vincent)*

*Acredito que haja algo superior a nós, chamemos de Deus ou não. Acredito que sim, que há algo superior a nós. (Kurt)*

*Se eu creio em Deus, acredito em Deus, acho que Ele ia procurar me ajudar, acho eu, acho eu. Mas, neste momento não sinto ajuda. Eu acho que, pelo que as pessoas dizem, que se eu nasci foi por algum motivo. E que não tenho razões para deixar de ter nascido e não querer viver. (Whitney)*

*É “Ele” que me tem transportado, se não fosse “Ele” eu não estaria aqui. Acho que esse Deus, essa coisa superior que existe, é a única coisa que eu tenho, um companheiro. Não tenho mais ninguém. E se não fosse “Ele”, perante as atrocidades todas da minha vida, as duas tentativas de suicídio, por ter sido brutalmente agredida, o ter passado já tanta coisa, se não fosse “Ele” que me pegasse ao colo, e se não for “Ele” não tem nada que me tem estado a dar a firmeza e segurança e persistência de lutar... eu não estaria aqui. (Janis)*

*Então, eu acredito sim que exista um Deus, um ser, uma energia, eu acredito realmente que seja um Deus, né? Que administra tudo isso, não critico religião nenhuma, sou católica, vou a missa, sou batizada, sou crismada. (Elis)*

*Acredito que sim, às vezes, na altura da... em que me sinto mais revoltada, mais injustiçada, digamos assim, mas pronto, de certa maneira tem que haver alguma coisa superior, para explicar tudo que existe. Não podia ser de outra maneira. (Marilyn)*

*Estive lá internado uns dias, pronto, e depois, então, quando me deram alta, claro voltei para Joanesburgo. Mas eu não estava bom ainda, deram-me alta, mas eu não ia bom, não é por dois dias ou três que a gente fica... eu estava em casa do patrão, numa noite qualquer, estamos já a falar isso em relação a Deus, que a Sra me disse. Eu estava em casa do patrão, eu estava a dormir, mas eu não estava bem, nem para lá caminhava, porque eu não caminhava tampouco porque não estava bem o corpo, ainda estava longe. E eu nunca disse isto a ninguém, mas ali vi que há alguém que nos protege. Então, porque, ou fosse porque estar dormindo, se eu estivesse, mas eu estava acordado, porque eu não estava a dormir, eu sei que eu estava acordado. E vai alguém para o meu lugar, para o meu lugar, quer dizer, para outro mundo, que é mesmo assim, mas vejo uma mão por baixo que diz “não é este, estava enganado”. Portanto, isso só prova que há alguém, há Deus que nos rejura, pronto, que está por nós, porque eu vejo alguém que, eu estava deitado na minha cama, e vejo alguém que era para o meu lugar, mas eu não podia admitir, porque eu estava mal. E depois veja, botou-me a mão por baixo e “veja, não é este”. Quando eu vejo aquela mão e ouço aquela voz a dizer “não é este”, eu ali a Sra. não imagina como é que eu fiquei. Porque, ali, eu assim, “estou salvo”, “estou salvo, alguém que salvou o velho aqui”. (Adolf)*

*Tem horas que é muito forte, mas eu não sei se é por causa dessa questão da minha ansiedade, ou que hoje eu vivo dessas incertezas, que eu mudo muito. Tem dia que eu estou acreditando muito, que eu jogo tudo na mão dele, que eu sei que vai dar certo, que acredito demais, que eu rezo, que eu rezo o terço, dia 13 de maio eu fui na Nossa Senhora de Fátima, tá entendendo? Que Deus é um ser superior que ele emana na vida da gente, tudo. Mas tem dias que dá aquela baixadinha de bola, está entendendo? Não é que eu duvido que Ele exista, mas eu acho que é muito para minha ansiedade hoje, sabe, assim, que eu queria*



*poder acreditar plenamente e jogar tudo na mão dele, mas eu sei que a gente também tem que fazer a nossa parte, e que muito da nossa parte depende dos homens e do livre arbítrio dos homens. E aí eu fico um pouco sem esperança, mas eu sei que ele está lá no lugar dele. Então eu vou dizer que Ele tem dias que está 100% e tem dias que está 50%. (Elis)*

*Acredito que há Deus, que existe Deus [...]. Peço-Lhe ajuda, que ajude a levar o sofrimento, menos sofrimento, que ajude na vida, na nossa, na vida. Tem alturas que sinto que recebo ajuda, tem outras alturas que penso que não tenho ajuda. Ou não tenho ou quando peço alguma coisa que não é realizada, aí vejo que não tenho ajuda, não é? (Virgínia)*

Falar sobre a espiritualidade, por ser um tema ainda muito vinculado à religião, traz à tona a religiosidade das pessoas. Entre os entrevistados, apenas 30% referiram ser praticantes de alguma religião, ao passo que 100% disseram ser moderadamente ou muito religiosos. No estudo quantitativo, as variáveis religiosas estiveram positiva e significativamente associadas à QdV espiritual; também aqui, em 60% dos relatos pôde-se verificar aspectos referentes à prática religiosa.

*Olhe... eu até acredito em Deus, as vezes levo-me assim, fico na dúvida. Às vezes, fico na dúvida, tanto que eu, ir numa missa, não vou. Não critico quem vá, não, mas agora eu vejo assim, entro numa igreja por eu ser católico, posso entrar, se estiver acompanhado, vou, né? Mas agora, um pouco mais, mas acredito em Deus, sei que há. Nós não andamos aqui por nossa livre vontade, não é? Nós andamos aqui porque alguém nos mandou para cá. (Adolf)*

*Sou católica não praticante, apesar de trabalhar numa instituição de solidariedade. (Florabela)*

*Hoje frequento tanto a missa aos domingos, quanto o centro espírita na quarta-feira. Então, assim, não sei dizer exatamente que sigo alguma religião, sou católica, mas também acredito muito no que o espiritismo diz, acredito que a gente volte, que reencarne, que teremos provações, que estamos aqui para evoluir, que estamos aqui para aprender alguma coisa, que existem planos superiores, acredito em Jesus Cristo também como uma alma superior que veio para cá para dar ensinamentos para a gente, e é isso. (Elis)*

*[...] uma coisa que o meu pai tinha foi que, já nem digo nós raparigas, mas éramos 5 rapazes e 3 raparigas, e os rapazes podiam ir à noite para o baile ao sábado, ou à sexta-feira, quando quisessem, podiam andar ao baile e podiam chegar a casa às 5/6 horas da manhã, mas à hora da missa eles tinham que ir à missa. E essa educação cumpriu-se, ele disse sempre desde o início, foi sempre aquilo e aquilo mesmo, frequentar a catequese, fazer a comunhão, e isto e aquilo. Pronto. Seguir todo aquele ritmo certinho. Se a missa era às dez, ele às 9 e meia já estava a chamar toda a gente, porque, pronto, como éramos uma família numerosa. [...] E pronto, era aquele ritmo sempre. Quando vinha o domingo ele tentava tudo por tudo para ver se conseguia arranjar dinheiro para comprar um franguinho, para fazer um arroz de frango, ou uma massa, ou isto ou aquilo, enquanto que durante a semana era sopa e sardinha, sopa e sardinha. Uma sardinha era dividida por dois. E era assim, uma vida dificultosa. (Amy)*

*Acredito em Deus, sou católico. (Vincent)*

*Eu tenho muito jeito de pedir a Deus e a Nossa Senhora de Fátima, quando estou aflita tenho, tenho esse jeito de pedir e penso que sim, que existe uma coisa além de nós. (Virgínia)*

#### **5.1.4.2 – Falar com Deus**

Ao serem estimulados a descrever o que falariam a Deus/Força superior, caso existisse essa possibilidade, 40% dos entrevistados enfatizaram novamente as relações familiares/afetivas e sua importância no cerne de suas vidas.

*Pediria isso. Por alguém que eu espero tanto, alguém que me aceite como eu sou, porque tenho particularidades, né, mas tenho muitos potenciais, porque acho que nunca houve ninguém interessado em explorar esses potenciais que eu tenho, focam-se na parte negativa, na imagem, e por aí. (Kurt)*

*O que é que eu lhe diria: Olha, que eu não queria morrer antes de ver a minha mãe vir de volta. Creio que era isso. Porque toda a gente diz a minha mãe, a minha mãe, a minha mãe e eu não posso falar dela. Toda a gente diz a minha mãe faz isto, a minha mãe faz aquilo, a minha mãe me ajuda, portanto, e eu? Antes de morrer gostava que, quando o Senhor me puder fazer isso... (Adolf)*

*Meu Deus, por favor, me dá minhas duas crias para perto de mim e deixa eu criá-los. Deixa eu ver eles crescerem, deixa eu ver eles amadurecerem, deixa eu ver eles ((choro)) terem a vida deles, deixa eu ver eles me darem netos, deixa eu ver eles cuidarem da vida deles, deixa eu acompanhar tudo isso. É isso que eu peço para ele todo dia, está entendendo? Por favor Deus, deixa eu ver meus filhos crescerem, deixa eu ver e estar lá pertinho deles, deixa eu educar eles um bocadinho, deixa eu passar um pouco da minha experiência para eles... (Elis)*

Em contrapartida, 60% dos entrevistados, se pudessem falar com Deus, fariam agradecimentos e pedidos de força e resistência, para tolerar as provações da vida e para poderem ajudar os entes queridos, que também foram presenças constantes durante as falas. Também aqui, 40% dos depoimentos evidenciaram a ambiguidade dos atos suicidas.

*Obrigada, pela persistência que “Ele” me tem dado, para continuar a viver. E, apesar das dificuldades da vida ((choro)), de ainda estar aqui. (Janis)*

*Eu falo tanto com ele e peço que me ajude, que me... Nos momentos difíceis que me ajude a ver a vida de outra maneira. Agora só vejo a vida negativamente, não é não? (Virgínia)*

*Eu falo todos os dias, não é todos os dias, às vezes falo com Ele. Agradeço-lhe por tudo o que, de bom e de mau, porque... ahn... falo, falo com Ele, apesar de não estar mais à noite quando, às vezes, quando ando assim mais embaixo ou qualquer coisa, muitas vezes, pronto, não tem, agradeço de me dar o dia que deu e, pronto, a mim e aos meus. (Florabela)*

*É mais ou menos importante, porque às vezes, quando estou às vezes um pouco só, gosto de sentir que estou a pensar, a falar com “Ele”, ou a pensar que “Ele” está, que algumas vezes olha para mim, poucas que sejam [...]. Se eu me conseguisse explicar, com tantas vozes que “Ele” deve estar a ouvir neste momento, não é? Dizia-Lhe que me desse saúde, que me ajudasse a reconstruir a minha vida, a pô-la, no momento, no lugar, que me desse trabalho, e eu já era bastante feliz. (Marilyn)*

*Que “Ele” me desse muita força, muita coragem e muita saúde, para eu ainda poder ajudar os meus filhos. O meu filho felizmente não precisa das minhas*

*mãos, mas a minha filha veio embora da Suíça para cá por minha causa, por saber como o pai era, e despediu-se, pronto, estava a trabalhar e o patrão disse-lhe “a qualquer momento que queiras voltar, a porta está sempre aberta para ti”. E ela veio por minha causa. E, então, eu gostava mesmo de poder ajudá-la.*  
(Amy)

*Que me desse muita força, para eu não pensar em suicídio.* (Vincent)

*Para me ajudar, se ele não quer que a gente morra. Para gostar da vida.*  
(Whitney)

No ápice da pirâmide de Maslow, encontram-se as necessidades de autorrealização, que podem assumir muitas formas, a depender do indivíduo. Podem incluir a busca pelo conhecimento, pela capacidade de transcendência, compreensão, paz, autorrealização, sentido de vida (Maslow, 1954). Para o autor, essa necessidade seria satisfeita após a satisfação de todas as outras; entretanto, na prática, percebe-se que a ordem de satisfação das necessidades é variável entre os indivíduos e entre as culturas, baseada nas diferentes prioridades estabelecidas por cada pessoa de modo subjetivo (Hesketh & Costa, 1980; Quartilho, 2010).

Estudos posteriores do autor propuseram outras necessidades de crescimento que motivam o comportamento do ser humano, sendo uma delas a necessidade de autotranscendência, ou seja, de se conectar a algo além de si mesmo (Maslow, 1962). Ao considerar a autotranscendência como um passo motivacional além da autorrealização, Maslow postulava sobre a compreensão da natureza espiritual do ser humano, estando o indivíduo voltado para a formulação de ideais, propósitos e causas que vão além de si (Maslow, 1962).

É inevitável, portanto, a comparação com a teoria de Frankl (1977/2010; 1989), para quem a motivação primária do homem é a *vontade de sentido*. Para o psiquiatra vienense, portanto, a experiência humana está, essencialmente, orientada para além de si mesma, para algo ou alguém (Frankl, 1989). E para que seja mantida a saúde mental e espiritual, é importante que as pessoas encontrem continuamente sentido na vida (Culliford, 2015).

Em consonância, majoritariamente, as várias definições de espiritualidade contemplam a busca por significado e propósito de vida (Koenig et al., 2001; Panzini et al., 2007;

Volcan, 2003). Sobre este propósito de vida, Frankl (1977/2011) traz a noção de que a busca por sentido pode também causar tensão interior, tensão esta que estaria entre o que já se tem e o que se deveria alcançar ou ser. Segundo o autor, essa tensão contribui positivamente para a saúde mental, porque representa a luta por algo que valha a pena, a defesa de um propósito de vida. Para ele, o sentido de vida pode até mudar, mas não deve deixar de existir.

Também segundo Culliford (2015), “para que o desenvolvimento pessoal e espiritual ocorra, a adversidade – e, portanto, ao menos certa medida de dor emocional – é essencial” (p. 21). Parte-se do pressuposto de que os seres humanos são compostos por dimensões físicas, psíquicas e espirituais, sendo as três indivisíveis. A fé em Deus/Força superior se baseia na consciência e sabedoria espirituais, com crença na natureza divina e integral; buscar a espiritualidade seria buscar a completude, o sentido da vida, considerando o indivíduo como parte de um todo universal (Culliford, 2015).

Eventos estressantes têm o potencial de influenciar a vida das pessoas em vários níveis: o psicológico, o social, o físico. Tradicionalmente, os psicólogos tendem a ignorar outro domínio importante da vida que pode ser fortemente afetado por esses eventos, ou seja, o domínio espiritual (Pargament & Rayia, 2007, p. 751).

Os atos suicidas são um fenômeno altamente estressor na vida das pessoas (Botega, 2015; Saraiva et al., 2014) e estar em contato com o sagrado através da utilização da fé, de crenças pessoais, de um sentido na vida e, até mesmo, da religiosidade pode facilitar o manejo de problemas (Antoniuzzi et al., 1998; Barros-Oliveira, 2007; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament et al., 2000), inclusive os referentes aos comportamentos suicidários (Botega, 2015; Saraiva et al., 2014). O *coping* religioso/espiritual surge, então, após a avaliação cognitiva de eventos estressantes (Panzini & Bandeira, 2007), com vistas a lidar melhor com a adversidade. Nesse contexto, a busca pelo sacro, representado pelo *coping* religioso/espiritual, pode se constituir em estratégia importante de enfrentamento para o adoecimento mental (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament et al., 2000).

No presente estudo, as falas dos pacientes com comportamentos suicidários e parassuicidários confirmaram precisamente os principais fatores de risco descritos na literatura: falência de redes sociais de apoio, antecedentes traumáticos na infância e na vida adulta, desemprego e/ou dificuldades econômicas, desesperança, perdas e conflitos relacionais, além de perturbações mentais (Botega, 2015; Lousã Neto et al.,

2007; Saraiva et al., 2014). Entretanto, em se tratando da religiosidade/espiritualidade como um fator protetor anteriormente descrito (Huguelet et al., 2007; Koenig et al., 2001; Rasic et al., 2009), a busca de sentido para a vida se evidenciou na importância dada à construção de laços afetivos de qualidade, à obtenção de condições justas de trabalho e à presença de uma Força superior, transcendente, que auxilia, ampara e consola, reduzindo ou ajudando a suportar o sofrimento. A religiosidade/espiritualidade, no contexto dessa pesquisa, pode ser resultado do surgimento de estratégias de *coping* religioso/espiritual diante do adoecimento psíquico, uma vez que, como afirma Culliford (2015), “a relevância da dimensão espiritual é exibida particularmente quando há dor e sofrimento humanos” (p. 3).

Durkheim (1897/2000) apontou para a importância da integração social que as religiões podem promover e, apesar de não ser este o foco desta pesquisa, deve-se salientar que a prática religiosa esteve presente nos discursos de boa parte dos entrevistados, quer pela frequência a serviços religiosos, quer pelo costume de oração, tanto em modo público como em modo particular. A presença dessa Força superior na vida das pessoas representa importante fonte de sentido na vida dos entrevistados, concorda com a definição de espiritualidade de diversos autores (Koenig et al., 2001; Panzini & Bandeira, 2007; Saad, Masiero, & Batistella, 2001) e reflete a procura por segurança, proteção, amor e conexão efetiva com o transcendente. O sujeito, desse modo, adquire conforto e reforça o próprio sentido de vida e de valorização da experiência pessoal, com possibilidade de atingir a dimensão mais profunda da pessoa humana.

A religiosidade/espiritualidade, quando bem integrada na vida do indivíduo, contribui positivamente para a sua saúde mental (Oliveira & Junges, 2012). Em poucas palavras,

A espiritualidade é inclusiva e unificadora. Cada pessoa é parte e está imbuída do sagrado, da dimensão espiritual. Ela se aplica a todos, inclusive aos que não acreditam em Deus, em um ser superior, com ou sem nome, ou em um domínio ou dimensão espiritual da existência. Ninguém está imune. (Culliford, 2015, p. 59)

## 6 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E FORÇAS DO ESTUDO

O bem-estar dos indivíduos é indubitavelmente influenciado pelo estado de saúde e a ausência, diminuição ou atenuação da doença física ou mental podem interferir na qualidade de vida - QdV dos sujeitos. A religião e a espiritualidade permeiam todos esses campos, visto que estão tão inseridas na cultura como o constructo QdV, e exercem função primordial para a harmonização e equilíbrio das várias dimensões do ser humano (Oliveira & Junges, 2012).

No estudo quantitativo, pacientes com comportamentos suicidários apresentaram médias menores de QdV e de esperança/otimismo e escores maiores no BDI e BSI, comparativamente aos pacientes parassuicidários. Para todos os doentes estudados, quanto mais sintomas depressivos e mais ideação suicida, menor a percepção de QdV e menor a QdV espiritual. Quanto mais deprimidos, mais importância se deu à religião na vida e na tomada de decisões e menores escores foram vistos no questionário WHOQOL-SRPB (exceto nas facetas *Ligação a Ser/Força superior, Força espiritual e Fé*). Os resultados obtidos nas facetas do WHOQOL-SRPB não foram homogêneos. A religiosidade esteve consistentemente associada à afiliação religiosa e a três facetas deste questionário (*Ligação a Ser/Força Superior, Força Espiritual e Fé*). Em contrapartida, a QdV (avaliada pelo WHOQOL-Bref) e a QdV espiritual (avaliada pelo WHOQOL-SRPB) apresentaram uma associação positiva e significativa precisamente através das cinco facetas restantes do WHOQOL-SRPB, exatamente as que não se revelaram significativamente associadas às variáveis religiosas (*Sentido de vida, Admiração, Totalidade/Integração, Paz/Serenidade/ Harmonia e Esperança/Otimismo*). Vale ressaltar que, apesar dos níveis mais baixos de QdV na amostra estudada, os níveis de QdV espiritual foram mais altos, o que poderia sugerir o uso de estratégias de *coping* religioso/espiritual nessa população.

No estudo qualitativo, as temáticas em evidência convergem com os fatores de risco (perdas relacionais, desemprego ou dificuldades econômicas, sentimento de culpa, transtornos mentais, desesperança, adversidades na infância e vida adulta) e de proteção (laços afetivos efetivos, sentido de vida, religiosidade) para o comportamento suicida, muito debatidos na literatura científica.

Este estudo não se encontra isento de limitações. O pequeno tamanho da amostra, a par da amostragem por conveniência, constitui a principal limitação do estudo, porque impossibilita a generalização dos resultados. Estudos futuros com amostras de maior

dimensão serão particularmente relevantes. Ademais, por ser um estudo com desenho transversal, limita o estabelecimento de relações causais entre as variáveis. O estudo encontra-se também limitado pelo espectro de variáveis analisadas, principalmente no que diz respeito à religiosidade e espiritualidade. Assim, dentre as outras variáveis potencialmente relevantes, avaliar o *coping* religioso/espiritual (positivo e negativo) de forma mais pormenorizada poderia ter elucidado melhor a utilização da religiosidade como forma de enfrentamento ao adoecimento psíquico em contexto suicida.

Não obstante estas limitações, este estudo, por ser inovador na temática e no conjunto de variáveis analisadas, traz resultados que acrescentam um contributo relevante à temática dos comportamentos suicidários, sobretudo por evidenciar a importância da espiritualidade para a QdV dos sujeitos com esses comportamentos. Além disso, a metodologia mista utilizada, congregando dados quantitativos e qualitativos, permitiu uma abordagem mais compreensiva dos fenômenos. Seria interessante, no entanto, em estudos posteriores, efetuar a triangulação dos dados quantitativos e qualitativos, para ampliar a discussão dos resultados encontrados.

Por fim, este estudo traz implicações potenciais para a prática profissional e instiga a investigação futura nesta área temática. Enquanto profissionais da saúde, deve-se sempre reconhecer a espiritualidade como inerente ao indivíduo, considerando-o um ser biopsicossociocultural. Enfatiza-se, ao final deste trabalho, a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos ao surgimento da temática religião/espiritualidade em contextos de saúde e doença, pois crenças pessoais, fé e religião contêm aspectos que interferem nas questões terapêuticas, influenciando na adesão, apoio social, escolhas, tendências pessoais e manejo de conflitos.



## 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adeodato, V. G., Carvalho, R. D. R., Siqueira, V. D., & Souza, F. D. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 108-113.

Alves, V., Francisco, L., Belo, F., de-Melo-Neto, V., Barros, V., & Nardi, A. (2016). Evaluation of the quality of life and risk of suicide. *Clinics*, 71(3), 135-139.

American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1–60.

American Psychiatric Association (2004). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders compendium* (2ª Ed.). Arlington, VA: Author.

Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294.

Aquino, T. A. A., & Medeiros, B. (2009). Escala de culpabilidade: Construção e validação de construto. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 77-86.

Atkinson, R. (1997). *The life story interview*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Barros-Oliveira, J. (2007). Espiritualidade e religião: Tópicos de psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, XI, 265-287.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinic Psychology*, 47, 343-352.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Beck scale for suicide ideation. Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., ... Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35(10), 1457-1465.

Bteshe, M., Oliveira, V. M., Clébicar, T., Estellita-Lins, C., & Salles, I. (2010). Suicídio na literatura religiosa: O kardecismo como fonte bibliográfica privilegiada. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 4(3), 37-50.

Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 657-673.

Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.

Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.

Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3, 243-268.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124.

Carvalho, I. M. M., & Almeida, P. H. (2003). Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 109-122.

Catré, M. N. C., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do

WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 32(4), 401-417.

Chaves, E. C., Cade, N. V., Montovani, M. F., OLeite, R. C. B., & Spire, W. C. (2000). Coping: Significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(4), 370-375.

Chiavenato, I. (2004). *Administração nos novos tempos* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Campus.

Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida "Medical outcomes study 36 - item short-form health survey (SF-36)"*. Tese de Doutorado em Medicina. Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina), Brasil.

Culliford, L. (2015). *A psicologia da Espiritualidade: O estudo do equilíbrio entre mente e espírito* (1ª Ed.). São Paulo: Editora Fundamento Educacional Ltda.

Cummins, R. A. (1997). *The Comprehensive Quality of Life Scale-Intellectual/Cognitive Disability - ComQol-I5* (5 Ed.). Melbourne: Deakin University, School of Psychology.

Cummins, R. A. (1998). *Quality of life definition and terminology*. Blackburg, VA: The International Society for Quality-of-Life Studies.

Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.

Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: Um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(4), 1-13.

Dawson, C. (2007). *A practical guide of research methods: A user friendly for mastering research techniques and projects*. Begbroke, OX: How to content.

Dein, S., Cook, C. C. H., Powell, A., & Egger, S. (2010). Religion, spirituality and mental health. *The Psychiatrist*, 34(2), 63-64.

Dein, S., Cook, C. C., & Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 852-855.

Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.

Dias, M. O. (2000). A família numa sociedade em mudança - problemas e influências recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*, 9, 81-102.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa: Programa Nacional de Saúde Mental.

Durkheim, E. (2000). *O Suicídio*. (M. Stahel, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1897).

Esperandio, M. R., Zaperlon, M., Zorzi, P., Silva, T. O., & Marques, L. F. (2015). A religiosidade/espiritualidade em profissionais da saúde. *Interações – Cultura e Comunidade*, 10(18), 195-209.

Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.

Fairweather-Schmidt, A. K., Batterham, P. J., Butterworth, P., & Nada-Raja, S. (2016). The impact of suicidality on health related quality of life: A latent growth curve analysis of community-based data. *Journal of Affective Disorders*, 203, 14-21.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876 -880.

Ferreira, V. R. T., & Trichê, V. J. S. (2014). Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in a Southern Brazilian city. *Psico*, 45(2), 219-27.

Ferriss, A. L. (2002). Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 3(3), 199-215.

Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G, Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.

Fleck, M. P. A., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 146-149.

Flick, U., Kardoff, E. V., & Steinke, I. (2004). *A companion to qualitative research*. London: SAGE.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 265-272.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

Foster, T. (2003). Suicide note themes and suicide prevention. *International journal of psychiatry in medicine*, 33(4), 323-331.

Frankl, V. E. (2011). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração* (31ª Ed.). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1977)

Frankl, V. E. (1989). *Psicoterapia e sentido da vida*. São Paulo: Quadrante.

Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 139-152.

Garrat, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324, 1417-1419.

George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.

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(1), 102-116.

Gil, N. P., & Saraiva, C. B. (2006). Comportamentos suicidários – Reflexão crítica sobre aspectos conceptuais. *Psiquiatria Clínica*, 27(3), 211-225.

Gioiella, M. E., Berkman, B., & Robinson, M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. *Cancer Practice*, 6, 333-338.

Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson, D. H., & Cheok, F. (2001). Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *The Medical Journal of Australia*, 175(10), 546-549.

Gomes, N. S., Farina, M., & Dal Forno, C. (2014). Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. *Revista de Psicologia da IMED*, 6, 55-60.

Guedes M., Gameiro S., & Canavarro, M. C. (2010). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 199-217.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – Sentidos e formas de uso* (1ª ed.). São João do Estoril: Princípia.

Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 88-94.

Heck, R. M., Kantorski, L. P., Borges, A. M., Lopes, C. V., Santos, M. C., Pinho, L. B. (2012). Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(1), 26-33.

Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 3-17.

Huguelet, P., Mohr, S., Jung, V., Gillieron, C., Brandt, P. Y., & Borrás, L. (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry*, 22, 188-94.

Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 582-592.

Kleinman A. (1988). *Rethinking psychiatry from cultural category to personal experience*. New York, NY: The Free Press.

Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Suppl. 1), 95-104.

Koenig, H. G., McCullough, M., Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York, NY: Oxford University Press.

Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medical ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 513-521.

Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaeki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 433-439.

Lopez, M. R. A., Ribeiro, J. P., Ores, L. D. C., Jansen, K., Souza, L. D., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. D. (2011). Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 103-108.

Louzã Neto, M. R., Elkis, H., et al. (2007). *Psiquiatria básica* (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Loureiro, A. C. T., Lucchetti, G., Provedel, A., Xavier, K. P., Silva, V. R., & Coelho, M. C. R. (2015). Espiritualidade como fator de proteção do suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(2), 33-40.

Machado, M. F. (2010). *Diálogo entre metodologias quantitativas e qualitativas no campo da saúde*. Disponível em: [www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt)

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2011). *Metodologia científica* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.

Marques, L. F. (2016). Ciência, religião e saúde (Editorial). *Horizonte*, 14(41), 8-12.

Marques, L. F., & Aguiar, A. P. A. (2014). Instrumentos de mensuração da religiosidade/espiritualidade (R/E) e seus construtos. *Revista Pistis & Praxis: Teologia Pastoral*, 6, 727-745.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.

Maslow, A. H. (1964). *Religions, values and peak-experiences*. USA: Penguin Compass.

Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Mansfield Center, CT: Martino Publishing.

McIntosh, D. N., Poulin, M. J., Silver, R. C. & Holman, E. A. (2011). The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: A national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 497-507.

Melo, C. F., Sampaio, I. S., Souza, D. L. A., & Pinto, N. S. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: Uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 447-464.



Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237-248.

Minayo, M. C. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.

Moreira-Almeida, A., & Lotufo Neto, F. (2004). Religião e comportamento suicida. In A. M. A. S. Meleiro, C. T. Teng, & Y. P. Wang (Eds.) *Suicídio: Estudos fundamentais* (pp. 53-60). São Paulo, Segmento Farma.

Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.

Namratha, P., Kishor, M., Sathyanarayana Rao, T. S., & Raman, R. (2015). Mysore study: A study of suicide notes. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(4), 379-382.

Nisbet, P. A., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Seidlitz, L. (2000). The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8), 543-546.

Nunes, E. D. (1998). O suicídio: Reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 7-34.

Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: A visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(3), 469-476.

Paloutzian R. F., & Park C. L. (Eds.). (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York, NY: The Guilford Press.

Panzini, R. G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com a saúde e qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Suppl. 1), 126-135.
- Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2011). Validação Brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 153-165.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Suppl. 1), 105-115.
- Pargament, K. I., & Abu Raiya, H. (2007). A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. *Psyche and Logos*, 28, 742-766.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: Abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Pinheiro, M. C. P., Duarte, F. M., Sanches, M., Uchida, R. R., Cordeiro, Q., & Lucchetti, G. (2012). Influência da religiosidade na qualidade de vida de pacientes com transtorno afetivo bipolar. *Arquivos Médico-hospitalares da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, 57(1), 19-24.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256.

Quartilho, M. J. (2010) Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que Importa?. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rasic, D. T., Belik, S. L., Elias, B., Katz, L. Y., Enns, M., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 114(1), 32-40.

Reis Marques, A., Santos, G., Firmini, H., Santos, Z., Vale, L., Abrantes, P. ... Morais, I. (1991). *Reações emocionais à doença grave: Como lidar*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Rocha, N. S., & Fleck, M. P. A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 19-23.

Romanelli, G. (1997). Famílias de classes populares: Socialização e identidade masculina. *Cadernos de Pesquisa NEP*, 1(2), 25-34.

Rusa, S. G., Peripato, G. I., Pavarini, S. C. I., Inouye, K., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. S. (2014). Qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 911-917.

Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica* 8(3), 107-112.

Saisunantararom, W., Cheawchanwattana, A., Kanjanabuch, T., Buranapatana, M., & Chanthapasa, K. (2015). Associations among spirituality, health-related quality of life, and depression in pre-dialysis chronic kidney disease patients: An exploratory analysis in Thai Buddhist patients. *Religions*, 6, 1249-1262.

Santos, I. E. (2003). *Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica* (4ª Ed.). Rio de Janeiro: Impetus.

Saraiva, C. B. (1997). *Para-suicídio. Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

Saraiva, C. B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel.

Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, 22(1), 133-145.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 299-306.

Silva, R. R., & Siqueira, D. (2009). Espiritualidade, religião e trabalho no contexto organizacional. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 557-564.

Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & The WHOQOL Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings: The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 1-8.

Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. In M. I. Salgado, & G. Freire (Org.), *Saúde e espiritualidade: Uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.

Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2009). Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(5), 190-196.

Valcanti, C. C., Chaves, E. C. L., Mesquita, A. C., Nogueira, D. A., & Carvalho, E. C. (2012). Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 838-845.

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006a). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006b). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Velarde-Jurado E., & Ávila-Figueiroa C. (2002). Evaluacion de la calidad de vida. *Salud Publica de Mexico*, 44(4), 349-361.

Vitorino, L. M., & Vianna, L. A. C. (2012). Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 136-142.

Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. D. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: Estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

WHOQOL Group (1998a). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 12, 1569-1585.

WHOQOL Group (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.

World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness*. Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 1-19.

World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: WHO.

Wright, D. (1971). *The psychology of moral behavior*. New York: Penguin Books.

# **APÊNDICE 1: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

## **ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARA-SUICIDÁRIOS**

PROCOLO Nº 040/2014

PROMOTOR: UNIVERSIDADE DE COIMBRA

INVESTIGADOR COORDENADOR: MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO

CENTRO DE ESTUDO: FACULDADE DE MEDICINA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: JULIANA LEAL FREITAS MAIA

MORADA: CHUC

CONTACTO: JULIANALFM@HOTMAIL.COM

---

É convidado (a) a participar voluntariamente neste estudo porque frequenta as consultas de Prevenção de Suicídio do Serviço de Psiquiatria do Hospital da Universidade de Coimbra. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre Espiritualidade e Qualidade de Vida em pacientes com comportamentos suicidários e para-suicidários.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

### **1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Este estudo irá decorrer no âmbito da Consulta psiquiátrica de Prevenção de Suicídio, em colaboração com os profissionais envolvidos neste ambulatório, com o objectivo de entrevistar os pacientes assistidos neste setor.

Trata-se de um estudo observacional, pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou tratamentos habituais.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a protecção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa protecção.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

Este estudo tem por objectivo avaliar a Espiritualidade e Qualidade de vida em Pacientes com comportamentos suicidários e para-suicidários

Serão incluídos todos os pacientes atendidos neste ambulatório nos meses de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

### **2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO**

#### **2.1. Procedimentos**

Uma estudante do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Universidade de Coimbra realizará a coleta de dados.

Deverão ser preenchidos, pelo paciente, dois questionários da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL SRPB (Espiritualidade) e WHOQOL-BREF (Qualidade de Vida), uma escala de avaliação de Ideação Suicida e outra sobre Depressão.

Ademais, será feita entrevista breve sobre Espiritualidade. Será registrado o áudio da entrevista ou, em caso de recusa do paciente, poderão ser feitas anotações por parte da entrevistadora. Poderão ser consultados, também, os dados existentes no seu processo médico.

## **2.2. Calendário das visitas/ Duração**

Este estudo consiste em encontro único com duração de cerca de 1 hora. Será utilizado o dia de consulta pré-definido no Ambulatório de Prevenção de Suicídio ou outra data sugerida pelo paciente, respeitando-se a disponibilidade de tempo para participar da pesquisa.

## **2.3. Tratamento de dados/ Randomização**

Os questionários preenchidos serão utilizados para descrição quantitativa dos resultados da pesquisa.

As entrevistas serão transcritas e será realizada leitura compreensiva do material recolhido, com identificação de sentidos subjacentes às falas e, por fim, elaboração de uma síntese dos resultados.

## **3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE**

Não há riscos ou inconvenientes previstos para os participantes desta pesquisa.

## **4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS**

Este estudo tem a vantagem de estudar a importância da Espiritualidade na Qualidade de Vida das pessoas. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação dos profissionais de saúde, de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar aos doentes com situações idênticas à sua.

## **5. NOVAS INFORMAÇÕES**

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

## **6. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO**

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O responsável do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

## **7. CONFIDENCIALIDADE**

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional. Os registos médicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países.



A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos registos da pesquisadora, para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

### **Confidencialidade e tratamento de dados pessoais**

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, tais como registos de entrevistas e resultados dos questionários, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica. Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica directamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) directamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido correctamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos profissionais envolvidos no estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a rectificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o (a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

### **8. COMPENSAÇÃO**

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo.

O Centro de Estudo suportará todos os custos inerentes aos procedimentos das visitas. Não haverá, portanto, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

### **CONTACTOS**

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar: Presidente da Comissão de Ética da FMUC. Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra. Telefone: 239 857 707. E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt)

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Juliana Leal Freitas Maia.

Email: [julianalfm@hotmail.com](mailto:julianalfm@hotmail.com)

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

### CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado (a) da natureza, objectivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.  
A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao investigador responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o investigador e informá-lo (a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.  
Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

**Nome do Participante** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome de Testemunha/Representante legal:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

**Nome do Investigador:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE 2: PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref<sup>o</sup> **043-CE-2014**

Data 22/6/2014

C/conhecimento ao aluno

Exmo Senhor

Prof. Doutor Armando Carvalho

Coordenador do Gabinete de Estudos  
Avançados da FMUC

**Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Cultural. (ref<sup>o</sup> CE-040/2014)**

**Candidato(a): Juliana Leal Freitas Maia**

**Título do Projecto: "Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com comportamentos suicidários e para-suicidários".**

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

### **APÊNDICE 3: GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

- 1- Qual é a memória mais feliz que tem da sua infância?
- 2- Quando era adolescente, teve sonhos para a sua vida futura?
- 3- Que coisas não fez na sua vida, que gostaria de ter feito?
- 4- Arrepende-se por ter feito alguma coisa na sua vida?
- 5- Sente-se culpado por ter feito, ou não ter feito, alguma coisa importante?
- 6- Que coisas aconteceram na sua vida que não deveriam ter acontecido?
- 7- Qual foi o período/experiência mais feliz da sua vida?
- 8- Qual foi o período/experiência mais triste da sua vida?
- 9- Acredita num Deus ou num Ser superior/transcendente?
- 10- Qual o significado de Deus ou desse Ser superior/transcendente na sua vida?
- 11- Para si, qual é o sentido da vida?
- 12- O que é realmente mais importante para si hoje?
- 13- O que gostaria que lhe acontecesse antes de morrer?
- 14- Se pudesse falar com Deus, hoje, o que lhe diria?

## APÊNDICE 4: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DA PESQUISA

### ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E PARA-SUICIDÁRIOS

#### DADOS PESSOAIS

**A1** Idade  anos **A2** Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>A3</b>	<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/>	Masculino	<b>A4</b>	<b>Escolaridade</b>	Não sabe ler nem escrever	
		<input type="checkbox"/>	Feminino			Sabe ler e/ou escrever	
<b>A5</b>	<b>Profissão</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
		1º-4º anos					
		5º-6º anos					
		7º-9º anos					
		10º-12º anos					
<b>A6.1</b>	<b>Freguesia</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>A6.2</b>	<b>Concelho</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>A6.3</b>	<b>Distrito</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>A7</b>	<b>Estado Civil</b>	Solteiro (a)					
		Casado (a)					
		União de facto					
		Separado (a)					
		Divorciado (a)					
		Viúvo (a)					

<b>A7</b>	<b>Estado Civil</b>	Solteiro (a)			
		Casado (a)			
		União de facto			
		Separado (a)			
		Divorciado (a)			
		Viúvo (a)			

**A8** Residência  Meio rural  
 Meio urbano

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não

**B1b** Que doença é que tem? \_\_\_\_\_

**B2** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

**C1. Religião**  Nenhuma  Católica  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**C2. É praticante?**  Não  Sim

**C3. Em que medida se considera uma pessoa religiosa/crente/de fé?** Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

**C4. Para além de batizados, casamentos e funerais, quantas vezes recorre e/ou assiste a serviços religiosos?**

Todos os dias	
Mais do que uma vez por semana	
Uma vez por semana	
Uma ou duas vezes por mês	
Algumas vezes por ano	
Raramente	
Nunca	

**C5. Em que medida se considera como fazendo parte de uma comunidade/ congregação /associação/movimento religiosa/o?** Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

**C6. Em que medida tem crenças espirituais?** Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada	Poucas	Nem muitas nem poucas	Muitas	Muitíssimas
1	2	3	4	5

**C7. Em que medida tem crenças pessoais fortes (tais como as crenças numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético)?** Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada	Poucas	Nem muitas nem poucas	Muitas	Muitíssimas
1	2	3	4	5

**C8. Até que ponto a sua religião é importante na sua vida?**

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

**C9. Até que ponto a sua religião é importante nas decisões que toma na sua vida?**

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

**D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?**

---



---



---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**