



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

TAUILY CLAUSSEN D'ESCRAGNOLLE TAUNAY

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE
RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA: CORRELAÇÕES COM SAÚDE
MENTAL E QUALIDADE DE VIDA**

FORTALEZA

2011

TAUILY CLAUSSEN D`ESCRAGNOLLE TAUNAY

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE
RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA: CORRELAÇÕES COM SAÚDE
MENTAL E QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Medicina.

Orientador: Prof. Dr. André Férrer Carvalho.

FORTALEZA

2011

FICHA CATALOGRÁFICA
Preparada pela Biblioteca de Ciências da
Saúde da Universidade Federal do Ceará
©reprodução autorizada pelo autor

T223d Taunay, Taaily Claussen D`Escragnolle

Desenvolvimento e validação do índice de religiosidade intrínseca: correlações com saúde mental e qualidade de vida / Taaily Claussen D`Escragnolle Taunay. – Fortaleza, 2011.

73 f.

Orientador: Prof. Dr. André Férrer Carvalho.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Pós-Graduação em Ciências Médicas. Fortaleza, Ceará.

1. Religião 2. Saúde Mental 3. Qualidade de Vida I. Carvalho, André Férrer (orient.). II. Título.

CDD: 362.2

TAUILY CLAUSSEN D`ESCRAGNOLLE TAUNAY

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE
RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA: CORRELAÇÕES COM SAÚDE
MENTAL E QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Medicina.

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Férrer Carvalho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Eliane Souto de Abreu
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Silvânia Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará – UFC

“Ciência sem religião é manca. Religião sem ciência é cega”.

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Ao orientador deste trabalho, Professor Andre Férrer Carvalho, por ter me acolhido e confiado em minha capacidade para o trabalho, me abrindo novas portas no universo acadêmico, sob as quais passarei com ainda mais dedicação, visando contribuições importantes para o campo.

Ao co-orientador deste trabalho, Dr. Francisco de Assis Aquino Gondim (Professor Cid), por ter me dado grandes oportunidades para produção científica, especialmente na época em que fui estudante de graduação em Psicologia na UFC, e ensinado grande parte do que sei em pesquisa e Neurociências.

Ao professor Dr. Francisco Hélio Rôla, que, mesmo sem qualquer necessidade e com toda sua humildade e genialidade características, abrilhantou o presente trabalho com valorosas contribuições.

Às neuropsicólogas Luciane Ponte e Silva e Silviane Pinheiro Andrade, que me deram o suporte intelectual necessário para a práxis em Neuropsicologia na Universidade e na clínica.

Um agradecimento especial a toda equipe de pesquisadores que me auxiliou na consecução deste trabalho, que, sem ela, não poderia tê-lo desenvolvido: Luciana Araújo, Eva Cristino, Loraine Andrade e demais colaboradores.

À minha família (Sheila [mãe], Francisco Claussen [avô], Daisy [avó], Nancy [tia], Carolina [irmã] e Leonardo [irmão]), que sempre me forneceu os suprimentos necessários para encarar os desafios maravilhosos propostos pela vida.

À minha amada esposa, Karine, que também me deu muita força na consecução deste trabalho, me auxiliando e me “aturando” nestes anos de estudo e capacitação profissional, sempre com muito carinho e amor.

Ao meu lindo filho Ian, que é um amor de pessoa e que, com toda certeza, contribuirá significativamente de forma progressiva com nossa felicidade nessa vida.

Ao Dr. Olavo Rocha, que também confiou na minha capacidade para o trabalho e me deu oportunidade para colaborar consigo na luta contra a dependência química no Ceará e no Nordeste, no âmbito da Clínica Especializada Viva.

Ao Dr. Paulo Vieira e Ramon de Paula que, indiretamente, me apresentaram uma forma de aplicar neurociências na clínica psicológica por meio do aprendizado da metodologia coaching.

A todos os meus amigos (do DF e CE) que, dialeticamente, me ajudaram e me ajudam a constituir o sujeito que sou dia-a-dia.

E a todos aqueles que eu não citei, mas que, de alguma forma, colaboraram para que eu realizasse este trabalho tão importante em minha trajetória.

*A todos, **Muito obrigado!***

RESUMO

OBJETIVO. A religiosidade está presente na sociedade humana, independentemente de época ou local. No Brasil, 95% da população declara ter religião. A partir do advento da metodologia científica no campo, a religiosidade, em saúde mental, vem sendo objeto de intensa investigação. Hoje, sabe-se que a religiosidade, na maioria das vezes, atua como fator de proteção em saúde mental e física. O presente estudo utilizou a ciência psicométrica para desenvolver e validar um instrumento breve para mensurar religiosidade intrínseca (*Inventário de Religiosidade Intrínseca* - IRI) em duas amostras brasileiras e comparar com medidas de saúde mental e qualidade de vida. **MÉTODO.** A versão inicial (14 itens) foi baseada na revisão de literatura e em sugestões de especialistas. Estudantes universitários (amostra 1; n=323) e pacientes psiquiátricos (amostra 2; n=102) preencheram os seguintes instrumentos: IRI, Escala de Religiosidade Duke (DUREL), uma medida de espiritualidade (WHOQOL-SRPB), uma medida de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), bem como medidas de sintomas ansiosos e depressivos (Inventário de Depressão de Beck - BDI, Inventário de Ansiedade de Beck - BAI e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS). **RESULTADOS.** O IRI apresentou consistência interna adequada nas amostras 1 (α de Cronbach=0,96; IC95%; 0,87-0,98) e 2 (α = 0,96; IC95%; 0,85-0,99). Análises de componentes principais com rotação *varimax* indicaram um único fator que explicou 73,7% e 74,9% da variância nas amostras 1 e 2, respectivamente, após a retirada dos itens de menor carga fatorial. Foram observadas fortes correlações entre o IRI e a sub-escala de religiosidade intrínseca da DUREL (r de Spearman de 0,87 a 0,73 nas amostras 1 e 2, respectivamente, $p < 0,001$). O IRI apresentou boa validade teste-reteste em ambas as amostras (coeficientes de correlação intraclasses $> 0,70$). **DISCUSSÃO.** O IRI apresentou boas propriedades psicométricas. Observou-se associações significativas entre medidas de religiosidade intrínseca e depressão e qualidade de vida na amostra de estudantes, bem como associações significativas entre religiosidade intrínseca e depressão e ansiedade, na amostra de pacientes psiquiátricos. **CONCLUSÃO.** Os dados indicam que o IRI é um instrumento válido e pode contribuir para estudar religiosidade intrínseca em diferentes amostras brasileiras.

Descritores: religiosidade, estudo de validação, saúde mental, qualidade de vida.

ABSTRACT

OBJECTIVE. Religiousness is present in mankind regardless of period or place. In Brazil, 95% of the population said to have religion. Since the entrance of scientific methodology in the field, religiousness, in mental health, has been increasingly investigated. Nowadays, it is well known that religiousness, in many ways, acts as a buffer in mental and physical health. The present study employed psychometric science to develop and validate a brief instrument to assess intrinsic religiousness (*Intrinsic Religiousness Inventory* - IRI) in two Brazilian samples and to correlate with mental health and quality of life measures. **METHOD.** The initial version (14 items) was based on literature review and experts' suggestion. University students (sample 1; n=323) and psychiatric patients (sample 2; n=102) filled the following instruments: IRI, the Duke Religiosity Index (DUREL), a spirituality measure (WHOQOL-SRPB), a quality of life measure (WHOQOL-BREF) as well as measures of anxiety and depressive symptoms (Beck Depression Inventory - BDI, Beck Anxiety Inventory - BAI and Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS). **RESULTS.** The IRI showed adequate internal consistency reliability in sample 1 (Cronbach's $\alpha = 0.96$; 95% CI; 0.87-0.98) and sample 2 ($\alpha = 0.96$; 95% CI; 0.85-0.99). Principal component analyses with *varimax* rotation of the IRI indicated a single factor, which explained 73.7% and 74.9% of variance in samples 1 and 2, respectively, after the exclusion of items with small factor loadings. Strong correlations between the IRI and the intrinsic subscale of the DUREL were observed (Spearman's r ranging from 0.87 to 0.73 in samples 1 and 2, respectively, $p < 0.001$). The IRI had good test-retest reliability in both samples (intraclass correlation coefficients > 0.70). **DISCUSSION.** The IRI showed good psychometrical properties. Significant associations were observed between intrinsic religiousness and depression symptoms and quality of life measures in the student sample, as well as significant associations between intrinsic religiousness and depression and anxiety symptoms measures in the psychiatric sample. **CONCLUSION.** These data indicate that the IRI is a valid instrument and may contribute to study intrinsic religiosity in Brazilian samples.

Descriptors: religiousness, validation study, mental health, quality of life.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

QUADRO 1 –	Resumo das áreas neurais e comportamentos correlatos envolvendo religiosidade/espiritualidade	33
TABELA 1 –	Distribuição das variáveis demográficas em ambas as amostras	48
TABELA 2 –	Distribuição das patologias psiquiátricas referente à amostra 2	49
TABELA 3 –	Escore gerados pelos estudantes referentes aos instrumentos de avaliação da saúde mental, religiosidade e espiritualidade e qualidade de vida	49
TABELA 4 –	Escore gerados pelos pacientes referentes aos instrumentos de avaliação da saúde mental, religiosidade e espiritualidade e qualidade de vida	50
TABELA 5 –	Média e desvio-padrão da distribuição dos escores de cada item do IRI referente à amostra 1 (n=323)	51
TABELA 6 –	Média e desvio padrão da distribuição dos escores de cada item do Inventário de Religiosidade Intrínseca referente à amostra 2 (n=102)	52
TABELA 7 –	Carga Fatorial e comunalidade, autovalor e proporção da variância explicada do único componente do IRI (versão inicial, 14 itens) referente à amostra 1 (n=323)	53
TABELA 8 –	Carga Fatorial e comunalidade, autovalor e proporção da variância explicada do único componente do IRI (versão inicial, 14 itens) referente à amostra 2 (n=102)	54
TABELA 9 –	Carga Fatorial e comunalidade, autovalor e proporção da variância explicada do único componente do IRI (versão final, 10 itens) referente à amostra 1 (n=323)	55
TABELA 10 –	Carga Fatorial e comunalidade, autovalor e proporção da variância explicada do único componente do IRI (versão final, 10 itens) referente à amostra 2 (n=102)	56
TABELA 11 –	Correlação item-total corrigida e coeficiente Alfa de Cronbach do IRI referente à amostra 1 (n=323)	57
TABELA 12 –	Correlação item-total corrigida e coeficiente Alfa de Cronbach do IRI referente à amostra 2 (n=102)	57
TABELA 13 –	Escore médios e desvios-padrão (DP) dos 10 itens do IRI e índices de confiabilidade teste-reteste (coeficientes de correlação intraclasse – CCI) (n=313)	58

TABELA 14 –	Relações entre IRI com DUREL e WHOQOL-SRPB em ambas as amostras	60
TABELA 15 –	Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB com medidas de depressão, ansiedade e QV na amostra 1 (n=323)	60
TABELA 16 –	Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB e subdomínios da WHOQOL-BREF na amostra 1 (n=323)	61
TABELA 17 –	Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB com medidas de depressão, ansiedade e QV na amostra 2 (n=102)	62
TABELA 18 –	Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB e subdomínios da WHOQOL-BREF na amostra 2 (n=102)	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Inventário Beck para Ansiedade
BDI	Inventário Beck para Depressão
DUREL	Escala de Religiosidade Duke
HADS-A	Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Módulo Ansiedade
HADS-D	Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Módulo Depressão
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IRI	Inventário de Religiosidade Intrínseca
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL-BREF	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Versão Breve
WHOQOL-SRPB	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Módulo Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Aspectos históricos da relação entre religiosidade, saúde mental e qualidade de vida	15
1.2	Religiosidade e Espiritualidade	17
1.2.1	Dimensões da religiosidade	18
1.3	Ateísmo	20
1.4	Religiosidade e Qualidade de Vida	21
1.5	Religiosidade e Saúde Mental	22
1.5.1	Religiosidade e Depressão	22
1.5.2	Religiosidade e Ansiedade	26
1.6	Aspectos Negativos de Relação entre Religiosidade e Saúde	29
1.7	Bases Neurobiológicas da Religiosidade	30
1.8	Avaliação Psicométrica de Fenômenos Humanos	33
1.8.1	Mensuração da religiosidade	34
1.9	Validação de Testes Psicológicos	35
1.9.1	Elaboração dos itens e validação de conteúdo	37
1.9.2	Validação de construto	37
1.9.3	Validação de critério	39
1.10	Justificativa	40
2	OBJETIVOS	41
2.1	Objetivo Geral	41
2.2	Objetivos Específicos	41
3	METODOLOGIA	42
3.1	Local do Estudo	42
3.2	Descrição das Amostras	42
3.3	Critérios de Inclusão	43

3.4	Critérios de Exclusão	43
3.5	Instrumentos	43
3.6	Desenvolvimento do Inventário de Religiosidade Intrínseca da Universidade Federal do Ceará (IRI)	45
3.7	Procedimentos	45
3.8	Análise Estatística de Dados	46
4	RESULTADOS	48
4.1	Descrição das Amostras	48
4.2	Propriedades psicométricas do Inventário de Religiosidade Intrínseca da Universidade Federal do Ceará (IRI)	51
4.2.1	Distribuição dos escores do IRI em ambas as amostras	51
4.2.2	Análise fatorial do IRI em ambas as amostras	52
4.2.3	Consistência interna do IRI em ambas as amostras	56
4.2.4	Validade de critério	59
4.3	Correlações entre os Instrumentos de Aferição da Religiosidade e Espiritualidade e Instrumentos de Aferição da Saúde Mental e Qualidade de Vida em ambas as Amostras	60
5	DISCUSSÃO	63
6	CONCLUSÕES	68
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICES	79
	ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

Enquanto comportamento coletivo, a religiosidade é um importante fenômeno, presente em todas as culturas, sob diferentes formas, constituindo-se como uma das mais antigas manifestações do homem (MURAMOTO, 2004; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007). Estudos indicam que mais de 90% da população mundial está envolvida em alguma forma de prática religiosa (KOENIG, 2009). No Brasil, a religiosidade também está fortemente presente, sendo considerado um dos países com o maior contingente católico do mundo e aonde a população de evangélicos vem crescendo vertiginosamente (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010). De acordo com Moreira-Almeida *et al.* (2010), em uma amostra de 3007 pessoas entrevistadas entre os anos de 2005 e 2006, 61,7% se declararam católicos, enquanto que 26,7%, evangélicos (em 2000, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, este número era de 15%).

Diante da importância deste fenômeno em nossa sociedade, pesquisas científicas sobre o tema vêm considerando a associação entre religiosidade e benefícios à saúde, especificamente no que se refere à influência da religião no enfrentamento do adoecer (CORREA *et al.*, 2010; DALGALARRONDO, 2008; DEW *et al.*, 2010; KOENIG, 2009). Enquanto a maioria dos estudos apontam uma associação positiva entre envolvimento religioso e saúde, adicionalmente, algumas manifestações da espiritualidade, mesmo em grupos religiosos tradicionais, podem camuflar e/ou mimetizar uma fenomenologia psicopatológica (ALMEIDA, 2004; ALMEIDA, 2007). Avanços metodológicos recentes têm possibilitado a compreensão de aspectos neuropsicológicos da religiosidade e dos fenômenos espirituais (INZLICHT *et al.*, 2009; KAPOGIANNIS *et al.*, 2009).

Dentre as dificuldades de se estudar a religiosidade, encontra-se o desenvolvimento de métodos e técnicas cientificamente válidos que viabilizem a mensuração de diferentes aspectos da religiosidade, como a frequência de práticas religiosas organizacionais e não-organizacionais ou o modo pelo qual o sujeito vivencia a religiosidade em seus aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais (HALL; KOENIG; MEADOR, 2008). Internacionalmente, uma breve escala de religiosidade tem se mostrado muito útil em pesquisas em saúde, a Escala

de Religiosidade Duke (DUREL), formulada a partir de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e se mostrou relacionada a indicadores de saúde física, mental e suporte social (KOENIG; PARKERSON JUNIOR; MEADOR, 1997). No Brasil, este instrumento foi recentemente traduzido e adaptado para o português (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008) e recentemente validado em uma amostra de moradores de comunidade de baixa renda em São Paulo (LUCCHETTI *et al.*, 2010). No entanto, tal instrumento não foi validado em amostras clínicas e, especificamente, psiquiátricas, apesar dos recentes e importantes avanços dos estudos científicos da religiosidade e da sua relação com o processo saúde-doença (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010).

O presente trabalho objetiva validar um instrumento de mensuração da religiosidade intrínseca destinado a populações psiquiátrica e universitária, bem como estudar quantitativamente a associação entre medidas de religiosidade e medidas de sintomas depressivos e ansiosos e de qualidade de vida, independentemente da crença religiosa do sujeito.

1.1 Aspectos históricos da relação entre religiosidade, saúde mental e qualidade de vida

Na pré-história, o fenômeno da doença era tido como de causa sobrenatural, cuja cura estava associada a rituais de feitiçaria e técnicas cirúrgicas primitivas como a trepanação, na qual se fazia um furo no crânio para que “espíritos malignos” deixassem o corpo da pessoa (STRAUB, 2005).

Na Grécia e Roma antigas, o fenômeno da doença mental já era atribuída a causas naturais. Hipócrates, considerado o pai da medicina moderna, desenvolveu um conceito de saúde em que esta era um perfeito estado de equilíbrio entre quatro fluidos corporais básicos, chamados de humores (fleuma, bile amarela, bile negra e sangue). A prevalência ou excesso de um desses fluidos desencadearia perturbações no comportamento do sujeito (STRAUB, 2005).

A Idade Média foi caracterizada por um retorno às interpretações baseadas numa perspectiva sobrenatural dos transtornos mentais, os quais eram considerados como oriundos de feitiçaria ou possessão demoníaca, dentre outros mitos. De fato, historicamente, a religião e os cuidados aos doentes físicos e mentais

têm muitos pontos em comum, no entanto, causas naturais como pragas, fome ou desastres de guerra também eram aceitos como possível explicação para os fenômenos psicopatológicos (KROLL, 1973).

No Ocidente, neste período da história da sociedade humana, em termos científicos, o surgimento do cuidado institucional aos enfermos se dava em mosteiros e outras organizações religiosas que ofereciam o serviço de melhor qualidade na época relativo aos doentes mentais (FOUCAULT, 1978). O primeiro hospital destinado ao tratamento de doentes mentais foi construído em Valência em 1409, na Espanha, e era dirigido por religiosos, fato este representativo de que eram as ordens religiosas que criavam e mantinham uma parcela dos hospitais da Europa e América, incluindo o Brasil, da Idade Média ao século passado (FIGUEIREDO; TOLEDO FERRAZ, 1998).

Do século XIX em diante, grandes nomes da literatura médica, psicológica e sociológica, tais como Maudsley, Charcot e Albert Ellis argumentaram criticamente em desfavor da religião considerando-a como algo irracional e primitivo, tomando como patológicas várias manifestações e vivências religiosas (STROPPIA, 2008). Sigmund Freud, considerado pai da Psicanálise, uma das mais influentes escolas de Psicologia até hoje, por exemplo, afirmava que a religião resultava em desvalorização da vida e distorção da visão do mundo real, em quanto que à Karl Marx foi atribuída a frase “a religião é o ópio do povo”, no âmbito da obra *Crítica da Filosofia do Direito de Hegel*, de 1844. No entanto, outros influentes pensadores como o psicólogo Willian James e o psiquiatra Carl Gustav Jung manifestavam uma visão mais positiva da religiosidade (KOENIG; MCCULLOUGH, 2001). Porém, ambas as posições se baseavam em análises críticas filosóficas acerca da espiritualidade e religiosidade em saúde mental, assim como em experiências clínicas e opinião pessoal, mas não em estudos científicos controlados (FREUD, 1998; JAMES, 1996; JUNG, 1977).

Na segunda metade do século XX, este panorama começou a mudar com a iniciação de pesquisas científicas rigorosas e conseqüentes publicações em revistas médicas e psicológicas de grande impacto no universo acadêmico (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). A obra intitulada “*Handbook of Religion and Health*”, de Harold G. Koenig, Michael McCullough e David B. Larson (2001), é considerada um marco neste campo de estudos dado que os autores examinaram mais de 1200 pesquisas realizadas no último século a respeito da relação entre

religião e saúde. Grande parte das pesquisas na área é conduzida com adultos e dentro de instituições hospitalares, a partir da aplicação de medidas validadas de religiosidade e saúde, com a verificação da significância da sua associação. Na maioria dos estudos, os achados são de associação positiva e significativa entre religião e saúde física e mental (KOENIG; MCCULLOUGH, 2001). Modernamente, ao lado de Koenig, David B. Larson e Jeffrey S. Levin são alguns dos pioneiros na investigação científica a respeito de religiosidade e saúde (STROPPIA, 2008).

1.2 Religiosidade e Espiritualidade

A universalidade da religião é tal que o fenômeno religioso existe na cultura e comportamento humanos desde os tempos pré-históricos, permeando a civilização humana a despeito de raça ou geografia (MURAMOTO, 2004). Dentre as múltiplas facetas da cultura humana, a religião é uma das mais importantes, abrangendo comportamentos religiosos diversos (CARVALHO, 2006). Segundo Barros (2000 *apud* Carvalho, 2006):

Ela influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar (atitude frente ao divórcio, ao aborto, número de filhos, etc.), a maneira como se interpreta e vive a sexualidade, a tolerância e ou o racismo, a política, a profissão. (p. 5)

A definição de *Religião* é amplamente heterogênea (COMTE-SPONVILLE, 2007). Sendo assim, este termo tem sido utilizado como um construto tanto individual quanto institucional (HILL; PARGAMENT, 2003). Existem duas etimologias básicas que orientam a interpretação do termo “religião”: uma, latina, apregoando que o termo “religião” deriva de “*re-ligare*”, que significa atar, ligar para trás, simbolizando o movimento de ligação do homem com a divindade; e a outra, grega, defendendo que “religião” advém de “*re-ler*”, que significa ler novamente, fazer uma nova interpretação da vida (COMTE-SPONVILLE, 2007). Na obra de Glock (1962, *apud* CARVALHO, 2006), identificam-se cinco dimensões básicas da religião: a dimensão ritualística (frequência a serviços e práticas religiosas); a dimensão vivencial (conhecimento direto da realidade essencial que deriva da experiência ou da emoção religiosa); a dimensão ideológica (sistema de

crenças); a dimensão intelectual (conhecimento das doutrinas ou textos sagrados) e a dimensão consequencial (obras ou efeitos das dimensões anteriores).

Para Fleck, religião pode ser definida como a "crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo" (FLECK *et al.*, 2003). Na verdade, esta é composta de variáveis complexas envolvendo dimensões cognitivas, emocionais, comportamentais, interpessoais e fisiológicas (HILL; PARGAMENT, 2003). No que se refere à *religiosidade*, segundo Lukoff, esta se define como a adesão a crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada (1992, *apud* CARVALHO, 2006). Em Geertz (1989), religiosidade representa um estilo de vida, as disposições morais e estéticas, o caráter e a visão de mundo (*ethos* de um povo). Esta é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião.

Embora haja uma considerável sobreposição entre as noções de espiritualidade e religiosidade (BLAZER, 2009), esta difere da outra pela clara sugestão de um sistema crenças e adoração específico que é partilhado por um grupo (FLECK *et al.*, 2003). Difere do conceito de "espiritualidade", que é compreendido como a busca pelo *sagrado*, um processo pelo qual a pessoa procura descobrir, manter e transformar o que quer que ela considere sagrado em sua vida, tratando-se mais de um conceito individual do que social (HILL; PARGAMENT, 2003). O "sagrado" trata-se exatamente do fator em comum entre espiritualidade e religiosidade, sendo definido como aquilo que distingue religião e espiritualidade de outros fenômenos, referindo-se a objetos e eventos apartados do ordinário e merecedores de veneração. O sagrado inclui os conceitos de Deus, Realidade Última e o transcendente, bem como qualquer aspecto da vida que é tido como de caráter extraordinário por sua associação com ou representações de tais conceitos (HILL; PARGAMENT, 2003).

1.2.1 Dimensões da religiosidade

Para facilitar a compreensão do que se segue, apesar da imensa diversidade de conceitos utilizados para o assunto em questão (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006), serão apresentados inicialmente os

conceitos nos quais nos basearemos para tratar de religião, religiosidade e espiritualidade, baseados no trabalho de Koenig, McCullough e Larson (2001) na obra “*Handbook of Religion and Health*”:

Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema...);

Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Por um lado, esta pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão), referindo-se ao envolvimento religioso. Por outro lado, pode ser intrínseca (o sujeito *vive* sua religião) e extrínseca (o sujeito *usa* sua religião), que se referem à maturidade religiosa;

Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

Conforme exposto brevemente acima, o conceito de religiosidade é subdividido em algumas dimensões que facilitam seu estudo do ponto de vista metodológico e fornecem as bases para o entendimento acerca dos seus diferentes aspectos. A religiosidade é descrita por ALLPORT e ROSS (1967) sob dois aspectos fundamentais que permeiam a vivência religiosa, que são a religiosidade intrínseca e a extrínseca, ou religiosidade madura ou imatura, respectivamente (ALLPORT, 1950).

Religiosidade intrínseca se refere a pessoas que veem na sua orientação religiosa a maior motivação para a vida. Outras necessidades, por mais fortes que sejam, são consideradas de menor importância e são, tanto quanto possível, harmonizadas às crenças religiosas. Tendo o indivíduo adotado a crença, este se esforça para internalizá-la e segui-la completamente (ALLPORT; ROSS, 1967). A prática intrínseca ou mais espiritualizada procura transcender o conforto e a convenção social, buscando um sentido e um aumento do compromisso com a crença ou religião (CARVALHO, 2006).

Por outro lado, religiosidade extrínseca se refere à pessoa que usa a religião para fins próprios (DALGALARRONDO, 2008). A religião é mantida porque serve a outros interesses considerados mais importantes pelo indivíduo. Este vê a religião como útil de várias formas – para prover segurança e conforto, sociabilidade e distração, *status* e auto-afirmação (ALLPORT; ROSS, 1967). A crença adotada é mantida levemente ou então seletivamente adaptada a necessidades mais primárias. A prática extrínseca ou menos espiritualizada encontra-se entre aqueles

que “herdam” sua crença religiosa, não havendo uma tendência reflexiva no ato de escolha pela entidade ou filosofia religiosa. Neste caso a divindade tende a um instrumento de satisfação dos desejos impulsivos ou egocêntricos (CARVALHO, 2006).

Aranda (2008) define envolvimento religioso como “envolver-se formal, pública e coletivamente em atividades religiosas bem como em atividades mais privadas como orações”. Envolvimento religioso pode afetar positivamente afetar o bem-estar físico e psicológico (TOWNSEND *et al.*, 2002). Neste contexto, podemos segmentar o envolvimento religioso em dois aspectos complementares, que definem as facetas da prática religiosa: a religiosidade organizacional e não-organizacional (STORCH, 2004). O primeiro se refere aos comportamentos religiosos manifestos, relacionados a uma instituição religiosa, como ir à igreja ou realizar atividades religiosas em grupo, determinadas a partir de fatores externos. Religiosidade não-organizacional/privada se refere a comportamentos religiosos manifestos, mas que não estão relacionados a qualquer instituição religiosa e sim com comportamentos individuais de exercício da religiosidade, como o estudo da sua religião de forma independente ou a prática de orações ou meditação (CARVALHO, 2006; STORCH, 2004).

1.3 Ateísmo

O ateu e o agnóstico têm em comum o fato de não acreditarem em Deus. O que separa um do outro é a assertiva com a qual o primeiro nega a existência de Deus, enquanto o segundo nem crê, nem descrê, como um ateísmo negativo, por falta de provas (COMTE-SPONVILLE, 2007; FARINACCIO, 2002).

O agnosticismo distancia-se de sua etimologia na medida em que esta se refere ao desconhecido ou incognoscível (COMTE-SPONVILLE, 2007). Neste sentido, agnóstico seria aquele que, diante da questão da existência de Deus, reconhece sua ignorância, traduzindo mais uma questão humana do que propriamente uma posição particular. No entanto, ninguém *sabe* se Deus existe, de acordo com a distinção dos três níveis de crença descritos por Kant, em sua obra *Crítica da Razão Pura: opinião* – tem consciência de ser insuficiente tanto subjetiva quanto objetivamente; *fé* – pode ser suficiente subjetivamente, mas não

objetivamente e *saber* – que é suficiente tanto subjetiva quanto objetivamente, dentre pessoas inteligentes e lúcidas (COMTE-SPONVILLE, 2007).

Resumindo, a diferença entre o crente, o ateu e o agnóstico, está em que o primeiro afirma a existência de Deus, acredita nela (a chamada profissão de fé); o segundo a nega; e o terceiro não nega nem afirma, pois não tem uma posição definida sobre (COMTE-SPONVILLE, 2007; FARINACCIO, 2002).

1.4 Religiosidade e Qualidade de Vida

Qualidade de vida (QV) tem sido enfatizada como um importante desfecho dos problemas psicológicos (MICHALAK *et al.*, 2004; SWAN; WATSON; NATHAN, 2009). Um grupo da Organização Mundial de Saúde, definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995), ficando implícito nessa definição que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (FLECK *et al.*, 2000).

Nos Estados Unidos, foram realizadas pesquisas em populações clínicas e acadêmicas utilizando-se questionários de religiosidade e, a partir dos dados coletados, foi observado que indivíduos classificados como altamente religiosos seriam mais esperançosos, teriam mais vantagens no enfrentamento (*coping*) de situações adversas do que aqueles identificados como tendo pouca religiosidade, gerando maior QV nesta população (FLECK *et al.*, 2003; HILL; PARGAMENT, 2003). Dentre os achados, incluem-se: baixos níveis de morbidade ou mortalidade em doenças cardiovasculares (DWYER; CLARKE; MILLER, 1990), hipertensão (LEVIN; VANDERPOOL, 1989) ou câncer (VISSER; GARSSEN; VINGERHOETS, 2010); melhor qualidade de vida e ajustamento psicossocial em pacientes com câncer (BUSSING; OSTERMANN; MATTHIESSEN, 2005); facilitação no manejo do estresse em pacientes com câncer (HALSTEAD; FERNSLER, 1994) ou HIV (HALL, 1994); menor utilização de serviços médicos (STORCH *et al.*, 2004); redução da frequência de comportamentos de risco (OLECKNO; BLACCONIERE, 1991); menores índices de estresse ou conseqüências psicológicas negativas frente a eventos traumáticos (HILL; PARGAMENT, 2003); fator protetor para tentativas ou

ideação suicida, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais delinqüência na adolescência (FLECK *et al.*, 2003).

1.5 Religiosidade e Saúde Mental

Diversos estudos têm identificado importantes ligações entre religiosidade, espiritualidade e saúde física e mental, no entanto, as razões para tal ainda não são claras, envolvendo fatores psicológicos, sociais e fisiológicos (HILL; PARGAMENT, 2003). Dentre os componentes da religiosidade, aqueles que parecem ter um impacto positivo para a manutenção da saúde e bem-estar e reduzir o tempo de recuperação dos enfermos são o envolvimento religioso e a religiosidade intrínseca (HUANG, HSU; CHEN, 2011).

1.5.1 Religiosidade e depressão

A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população brasileira e mundial, com índices em torno de 16% ao longo da vida. Trata-se da patologia psiquiátrica mais comum, sendo considerada uma condição médica crônica e recorrente. A prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11% (FLECK *et al.*, 2003). Em populações com doenças clínicas, a incidência varia entre 5% e 10% nos pacientes ambulatoriais e entre 9% e 16% nos internados (KATON, 2003). Como doença, ela tem sido classificada de várias formas. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: episódio depressivo maior, melancolia, distímia e depressão bipolar (LACERDA, 2009).

Como síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, incapacidade de sentir prazer, apatia), mas também vários outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite etc) e está associada à diminuição da produtividade, incapacidade funcional e absenteísmo (HOTOPF *et al.*, 2002), bem como a elevação dos custos relacionados à saúde. Este transtorno também está frequentemente associado à comprometimento da saúde física e tanto a depressão maior quanto sintomas

depressivos subclínicos trazem substanciais riscos a saúde (KIECOLT-GLASER; GLASER, 2002). Neste sentido, um estudo de 13 anos de acompanhamento conduzido por Pratt e colegas (1996) identificou um risco aumentado em 4,5 vezes de sofrer ataque cardíaco em pacientes com diagnóstico de depressão maior em relação a sujeito sem o diagnóstico.

No entanto, apesar de ser um transtorno altamente prevalente na comunidade, de acordo com Hirschfeld e colegas (2003), é subdiagnosticado, de modo que uma parcela pouco significativa dos pacientes é adequadamente tratada (35%), o que compromete o manejo adequado dos pacientes e sua qualidade de vida.

Alguns estudos destinaram-se a investigar a relação entre religiosidade e depressão, buscando articular diferentes aspectos da religiosidade. Um estudo conduzido em Amsterdam (BRAAM *et al.*, 2010) investigou a associação entre diferentes estratégias cognitivas de enfrentamento das adversidades baseadas na religião (*coping* religioso, medido pela RCOPE – versão curta) e sintomas depressivos, em quatro amostras de provenientes de populações distintas [i.e., holandeses nativos (n = 309) e imigrantes marroquinos (n = 180), turcos (n = 202) e surinameses/holandeses antilhanos (n = 85)]. Dentre os seis tipos de *coping* religioso (*coping* positivo e cinco tipos de *coping* negativo: punição por Deus, sentir-se abandonado por Deus, *coping* sem Deus, questionamento da existência de Deus e sentir raiva ou mágoa de Deus), encontrou associações positivas significativas ($p < 0,05$) entre *coping* positivo e três formas de *coping* negativo (punição por Deus, sentir-se abandonado por Deus e sentir raiva ou mágoa de Deus) e presença de sintomas depressivos, medidos pelo *Symptoms Check List-90 items* (SCL-90). No entanto, considerando apenas pessoas identificadas com transtorno depressivo maior, de acordo com a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), apenas três tipos de *coping* negativo se apresentaram significativa e positivamente correlacionados com os referidos sintomas, dentre os quais, sentir-se abandonado por Deus (achado mais consistente), punição por Deus e questionamento da existência de Deus ($p < 0,04$). Os autores ressaltam a óbvia associação entre sentimento de abandono e sintomas depressivos para explicar parte dos achados.

Dew e colaboradores (2008) entrevistaram 117 adolescentes (12-18 anos), usuários de um serviço psiquiátrico ambulatorial da Carolina do Norte, visando explorar a relação entre depressão, medida pela Escala Beck de

Depressão, e algumas facetas da religiosidade, avaliadas pela Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade, controlando para o uso de substâncias psicoativas. Foi verificado que depressão se associou positiva e significativamente com se sentir abandonado ou punido por Deus ($p < 0,0001$), não sentir suporte de uma comunidade religiosa, por perceberem seus correligionários como demasiado críticos ou exigentes ($p = 0,0143$) e falta de perdão, como não freqüentemente exercitar o perdão ou não se sentir perdoado por Deus ($p < 0,001$). Os autores discutem que tais aspectos do *coping* religioso negativo podem estar relacionados com condições ou traços que predispõem à depressão, como sentimentos de culpa, pessimismo e isolamento. Outro estudo conduzido pelo mesmo grupo de pesquisadores (Dew, Daniel *et al.*, 2010) com população de perfil semelhante, utilizando o Levantamento Feltzer Multidimensional de Religiosidade/Espiritualidade e a Escala Beck de Depressão-II (BDI-II), encontrou associações significativas e negativas entre sintomas depressivos e experiências espirituais diárias ($p < 0,01$), prática do perdão ($p < 0,0001$), *coping* religioso positivo ($p < 0,02$), suporte religioso positivo ($p < 0,02$), religiosidade organizacional ($p < 0,007$) e auto-denominação como religioso/espiritualista ($p < 0,007$), controlando para suporte social e abuso de substâncias psicoativas. Por outro lado, *coping* religioso negativo ($p < 0,0001$), suporte religioso negativo ($p < 0,04$) e perda da fé ($p < 0,0007$) foram relacionados positivamente com sintomas depressivos medidos pela BDI-II. Analisando prospectivamente, apenas perda da fé foi capaz de prever mudanças na quantidade de sintomas depressivos ao longo de seis meses de acompanhamento ($\beta = 4,69$, $p = 0,007$), controlando para gênero, abuso de substâncias e suporte social. Os autores levantam a hipótese de que falta de perdão, *coping* religioso negativo e suporte religioso negativo são tipos de sintomas depressivos. Adicionalmente, os autores questionam a possibilidade de que depressão adolescente pode gerar marcas na personalidade e na visão de mundo que distorce a experiência religiosa. Por fim, há possibilidade de variáveis religiosas e depressão, de fato, não se correlacionarem, havendo uma terceira variável não estudada promovendo estes achados.

A associação entre religiosidade e depressão é frequentemente relatada em diversos estudos com adultos (KOENIG, MCCULLOUGH, MEADOR, 2001). Usualmente, tal associação tem orientação inversa em variados graus de magnitude, especialmente, se utilizados como referência os variados componentes da

religiosidade. As pesquisas mais recentes têm procurado investigar a relação existente entre depressão e diversos grupos religiosos, níveis de envolvimento religioso e o quanto esse envolvimento pode influenciar como as pessoas lidam com eventos de vida negativos. A religiosidade intrínseca, juntamente com o envolvimento religioso, são componentes que significativamente se associam negativamente com o construto depressão (MUELLER; RUMMANS; PLEVAK, 2001; PIRUTINSKY *et al.*, 2011). Embora o tamanho da associação seja modesto, este é similar ao encontrado na associação entre depressão e gênero, considerada uma das variáveis mais significativas associadas aos transtornos do humor. No que se refere à variação entre diferentes faixas etárias, gêneros ou etnias, a associação entre religiosidade e depressão sido observada mantida (HUANG, HSU; CHEN, 2011).

Smith e colegas (2003) conduziram uma meta-análise com um total de 147 investigações independentes buscando verificar a associação entre religiosidade e sintomas depressivos. O índice de correlação (r) entre religiosidade e sintomas depressivos foi -0.096 ($n = 98.975$). Indicando que maior religiosidade é levemente associada com menos sintomas. Os resultados não foram moderados por gênero, idade ou etnia, mas a negativa associação religiosidade-depressão foi forte em estudos envolvendo pessoas submetidas a estresse devido a recentes eventos traumáticos de vida.

Um estudo com população geriátrica (130 idosos, com media de idade de 72 anos) realizada por Cruz e colegas (2009) em uma clínica psiquiátrica vinculada à Universidade de Pittsburg, Estado da Pensilvânia, observou que a prática da oração associou-se significativamente com menor desesperança ($OR=0,58$ [0,36, 0,94], *Wald* qui-quadrado=4,97, $gl=1$, $p=0,026$) bem como escores reduzidos de severidade de depressão ($OR=0,56$ [0,36, 0,89], *Wald* qui-quadrado=5,93, $gl=1$, $p=0,015$). A frequência de idas à igreja não se associou significativamente com depressão ($OR=0,914$ [0,70, 1,189], *Wald* qui-quadrado=0,45, $gl=1$, $p=0,50$) ou desesperança ($OR=0,78$ [0,58, 1,04], *Wald* qui-quadrado=2,88, $gl=1$, $p=0,09$). Os autores defendem que, segundo estes achados, a prática de atividades religiosas privadas é curativa na medida em que facilita a sensação de bem-estar ou a crença em Deus e pode ser mais importante para indivíduos idosos sob tratamento para depressão em um serviço de saúde mental do que os benefícios oriundos da frequência à igreja para esta mesma população.

Um estudo de seguimento conduzido por Koenig e colegas (1998), no qual buscou-se, por um período de quase um ano de acompanhamento (≈ 47 semanas), investigar os efeitos da crença e atividade religiosas em 87 idosos deprimidos e hospitalizados no centro médico da Universidade de Duke, observou que a religiosidade intrínseca esteve significativa e independentemente relacionada ao tempo de remissão da doença, ao contrário da frequência à igreja e atividades religiosas privadas que não o foram. Em conclusão, os autores afirmaram que os pacientes deprimidos com altos escores de religiosidade intrínseca têm os maiores índices de remissão da doença em relação aos que não o têm.

1.5.2 Religiosidade e ansiedade

Segundo Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade trata-se de um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, comum à experiência humana e ajuda no desempenho dos indivíduos. Esta se torna patológica quando não existe um objeto específico ao qual se direcione e quando surge como desproporcional à situação que a desencadeia. Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais freqüentes na população geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida e 7,6% ao ano, cujos sintomas estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência (ANDRADE; GORESTEIN, 1998). Lewis (1979 *apud* ANDRADE; GORESTEIN, 1998) salienta que existem manifestações autonômicas, como secura da boca, sudorese, arrepios, tremor, vômitos, palpitação, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação. Psicologicamente, dentre outras definições encontradas, este autor ressalta que a ansiedade é um estado de medo em relação ao futuro, como uma sensação de perigo iminente sem risco real e, se este houver, a emoção é desproporcionalmente mais intensa. Ainda, a ansiedade pode afetar aspectos da cognição, como percepção e memória. Desse modo, a ansiedade não envolve um construto unitário, principalmente no contexto psicopatológico. A ansiedade pode ser generalizada ou focada em situações específicas, como nos transtornos fóbicos. A ansiedade não-situacional é ampla, podendo ser um estado

de início recente ou uma característica persistente da personalidade do indivíduo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Estudos em animais e clínicos explorando as bases neurobiológicas da ansiedade indicam que a atividade do neurohormônio noradrenalina tem impacto considerável nas manifestações comportamentais da ansiedade (FRAZER; MOLINOFF; WINOKUR, 1994). Estudos com macacos evidenciaram que, se o núcleo produtor de noradrenalina (*locus coeruleos*) no cérebro for extirpado nestes animais, os sintomas de medo (similares aos de ansiedade em humanos) induzidos por estímulos amedrontadores, deixam de se manifestar. Do contrário, se houver estimulação elétrica deste mesmo núcleo, há manifestação de sintomas de medo mais intensa aos mesmos estímulos, em comparação com estado cerebral natural destes animais (FRAZER; MOLINOFF; WINOKUR, 1994).

Segundo Inzlicht *et al.* (2009), a ansiedade surge quando a autorregulação do organismo é ameaçada. Autorregulação é invariavelmente caracterizada um modelo composto por três componentes cuja função central é minimizar erros possíveis. Estes componentes incluem *padrões ou ideais*, os quais, em vertebrados, são os mapas cognitivos que geram as expectativas; *comparadores*, os quais esquadrinham a situação atual para detectar incongruências com os padrões, chamada previsão de erros; e *efetores*, os quais são requisitados para operar na situação atual para minimizar possíveis erros futuros. De acordo com Gray e McNaughton's (2000, *apud* INZLICHT *et al.*, 2009), a teoria neuropsicológica da ansiedade, a qual é baseada em modelos animais, pesquisa com lesões cerebrais e efeitos farmacológicos clássicos e modernos de drogas ansiolíticas, a previsão de erros ativa um "sistema de alarme" que é vivido como ansiedade. Os tipos de erros que produzem ansiedade incluem estados de incerteza, ativação simultânea de objetivos conflituosos e respostas errôneas. Neuroanatomicamente, o sistema septo-hipocampal é de vital importância para este modelo, sendo considerado um sistema filogenético antigo, compartilhado pelos humanos com animais inferiores. Há também têm um sistema de "alarme cortical" localizado precisamente no córtex cingulado anterior (CCA) (GRAY; MCNAUGHTON, 2000, *apud* INZLICHT *et al.*, 2009, p. 137). Este alarme tem projeções elaboradas para e do sistema septo-hipocampal, possibilitando a regulação de objetivos conceituais abstratos da mesma forma que objetivos concretos. Estudos de neuroimagem, eletrofisiológicos e de lesão sugerem que o CCA é importante para tipos de reações

características da ansiedade (HAJCAK; FOTI, 2008; HAJCAK; MCDONALD; SIMONS, 2003; RIDDERINKHOF *et al.*, 2004, *apud* INZLICHT *et al.*, 2009). O CCA, então, é considerado parte do importante do sistema geral de regulação e modificação do comportamento quando é preciso, mediante experiências potencialmente ameaçadoras.

De acordo com o trabalho de Everdosa (2004), os resultados publicados na literatura acerca da associação entre religiosidade e ansiedade não são conclusivos. Brown (1962, *apud* EVERDOSA, 2004) não observou associação entre religiosidade e ansiedade manifesta. Já o estudo de Heitzelman e Fehr (1976, *apud* EVERDOSA, 2004) observou uma associação negativa entre os escores de um instrumento de religiosidade (Teste de Religiosidade Ortodoxa) e outro de ansiedade (Escala de Ansiedade Manifesta). Tais autores (1985, *apud* EVERDOSA, 2004), procurando replicar os dados observados anos antes, utilizaram, além dos referidos instrumentos, um instrumento adicional de religiosidade (Escala de Valores) em uma amostra de 120 estudantes do primeiro ano de Psicologia. No entanto, os resultados não apontaram associações significativas. Um achado incomum foi relatado no estudo de Wilson e Miller (1968, *apud* EVERDOSA, 2004), em que foram empregados diversos instrumentos de avaliação de diversas práticas religiosas (como assistência à Igreja, crença em um ser supremo, imortalidade da alma, moralidade religiosa, etc.), ansiedade (Escala de Ansiedade Manifesta de Taylor) e medo (Prova de apreensão, contendo expressões de medo a estímulos comumente temidos como enfermidade, animais, fogo, acidentes, etc.), nos quais pessoas não-religiosas tenderam a responder de forma mais equilibrada aos fatores emocionais, visto que foi encontrada uma positiva associação significativa entre religiosidade e medo e ansiedade.

Outros pesquisadores (ABDEL-KHALEK; LESTER, 2010) observaram em amostras de estudantes do Kuwait e dos Estados Unidos que o instrumento designado para medição de ansiedade (Escala de Ansiedade da Universidade do Kuwait – KUAS, sigla em inglês) correlacionou-se significativamente com a medida utilizada para medição da religiosidade (um item a ser pontuado em uma sequência de 0 a 10, descrito da seguinte forma: “qual seu nível de religiosidade em geral?”), porém com fraca associação ($r = -0,18$, $p < 0,05$).

Koenig e Larson (2001), em uma revisão de literatura, encontraram 76 estudos nos quais foi examinada a relação entre ansiedade e religião. Destes, 69

eram estudos transversais ou de coorte e sete ensaios clínicos. Novamente, a maioria dos estudos observacionais (35/69) encontrou baixos níveis de ansiedade ou medo entre os mais religiosos. Entretanto, foi encontrada grande ansiedade entre os mais religiosos em 10 destes estudos. A explicação potencial para a inconsistência nos achados é de que talvez as pessoas mais ansiosas busquem mais o envolvimento religioso e, após tal envolvimento, a ansiedade venha a diminuir, já que, em quatro de cinco estudos prospectivos, os mesmos autores identificaram maior religiosidade como fator preditor para menor ansiedade ou medo ao final do seguimento (KOENIG; LARSON, 2001).

Phillips *et al.* (2009), no tocante à população idosa, resumem a discussão afirmando que crenças religiosas e espirituais podem influenciar ansiedade e depressão de diferentes maneiras, como forma de enfrentamento da enfermidade, podendo favorecer ou dificultar o tratamento dependendo dos valores do indivíduo em questão. Tais crenças podem promover esperança e encoraja comportamentos positivos. Os autores listam pelo menos quatro evidências que sugerem os benefícios que atividades religiosas/espirituais podem exercer sobre a saúde de idosos: estado de saúde mental positiva associado com participação regular em atividades religiosas, seja semanalmente, seja mensalmente; muitos religiosos idosos tendem a ter suporte social, como amigos, contatos sociais, dentro da organização religiosa; muitos outros relatam ser suas crenças ou atividades religiosas aquilo de mais importante que os mantêm estimulados a viver; muitos idosos adoecidos relatam usar suas crenças ou atividades religiosas para lidar com o estresse da doença física (PHILLIPS *et al.*, 2009).

1.6 Aspectos Negativos de Relação entre Religiosidade e Saúde

Dentre os aspectos negativos da relação entre religiosidade e saúde estão traços de personalidade possivelmente contraproducentes para o desenvolvimento do sujeito, como conformismo, dependência, atitudes defensivas, baixa auto-estima, pior ajustamento, perfeccionismo, insegurança e ódio auto-dirigido, especialmente entre estudantes universitários (KOENIG; LARSON, 2001). A principal argumentação acerca deste tópico, segundo Pruyser (1977, *apud* DALGALARRONDO, 2008) está associada à racionalização do preconceito, discriminação e ódio direcionada a grupos específicos. Para este autor, grupos de

peças religiosas podem ter excessivas expectativas em relação a si mesmos e, desse modo, tendem a excluir ou depreciar aqueles cujas crenças ou modos de vida difiram em relação a si, como no caso dos homossexuais. Neste sentido, em virtude do tipo de crença e sistema religioso ao qual o sujeito é afiliado, os acontecimentos adversos podem gerar culpa, angústia, tristeza por assumir o merecimento do sofrimento ocasionado por estes perante a autoridade espiritual, associado ao aumento da autocrítica.

Segundo Koenig (2009), um dos maiores e mais detalhados estudos da Grã-Bretanha examinou a prevalência de delírios religiosos (*religious delusions*) entre pacientes com esquizofrenia ($n = 193$). Os resultados indicaram que aqueles com delírios religiosos (24%) tiveram sintomas mais graves, especialmente alucinações e delírios bizarros, mau funcionamento, maior duração da enfermidade e maior dosagem de medicações antipsicóticas, comparados com pacientes com outros tipos de delírios.

Um aspecto negativo de destaque relativo ao papel da religião no modo como alguns adeptos manejam seus cuidados com saúde se refere a orientá-los de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca de cuidados médicos, como o caso do indivíduo que não aceita vacina ou da testemunha de Jeová que não aceita transfusão de sangue (DALGALARRONDO, 2008) ou mesmo do rastafári que não aceita cortar, amparar ou amputar qualquer parte do corpo. A morte do astro da música reggae Bob Marley evidencia esta questão, na medida em que este recusou amputar um dedo do pé afetado por um melanoma maligno, para não contrariar os princípios de sua religião (FRANCE PRESSE, 2011). Por fim, um estudo de Krause e Wulff (2004) de escala populacional nos EUA, verificou que líderes religiosos são os que mais são afetados por afetos e sintomas depressivos quando são acometidos por dúvidas religiosas, possivelmente devido ao seu papel de destaque na instituição, tendo mais a perder do que aqueles menos envolvidos com a religião.

1.7 Bases Neurobiológicas da Religiosidade

Presumivelmente, a atividade religiosa é um fenômeno que deve particularmente implicar várias áreas do cérebro humano, à medida que envolve muitas funções cognitivas e emocionais, tais como alegria, medo, linguagem, memória, aprendizado, julgamento, razão (MURAMOTO, 2004). Apesar dos grandes

avanços, o conhecimento a respeito de seus fundamentos biológicos ainda não é satisfatório.

Persinger (1983) presume, de modo geral, que experiências transcendentais são evocadas por pequenas crises epiléticas transitórias nos lobos temporais. Diversos estudos relacionam as experiências desta natureza a crises epiléticas ictais, peri-ictais e pós-ictais de lobo temporal, com incremento de sentimentos místicos e espirituais, bem como conversão religiosa, em estados interictais (BEAUREGARD; PAQUETTE, 2006).

Um estudo com freiras franciscanas utilizando tomografia por emissão de fóton único durante a prece, comparado com o estado de descanso, demonstrou aumento do fluxo sanguíneo cerebral regional no córtex pré-frontal, lobos frontais inferiores e lóbulo parietal inferior. Curiosamente, a mudança na atividade do córtex pré-frontal demonstrou correlação inversa com a atividade no lóbulo parietal superior ipsilateral, região neural associada à percepção dos limites corporais (NEWBERG *et al.*, 2003).

Especificamente em relação à neurocognição da religiosidade, segundo Inzlicht *et al.* (2009) a religião, por meio de seu sistema de crenças, atua como um guia e estabelece os padrões do comportamento. Estes padrões provêm a estrutura sobre a qual o sujeito religioso entende e compreende a realidade na qual está inserido, atuando ativamente em seu meio, reduzindo a incerteza e minimizando a experiência do erro. Por exemplo, quando algo inesperado ocorre, a crença de que é “vontade de Deus” pode aliviar ansiedade e promovendo uma sensação de paz interior (INZLICHT *et al.*, 2009). Em resumo, a religião serve como uma explicação que pode acomodar muitas observações sobre a vida, provendo previsões adequadas do futuro e reduzindo ansiedade associada à incerteza, justamente por minimizar a ativação do córtex cingulado anterior (CCA), como componente neural intrinsecamente associada à experiência da ansiedade em situações potencialmente ameaçadoras. Estes autores sugerem que a convicção religiosa restringe a atividade do CCA porque a convicção age de forma semelhantemente ao ansiolítico e arrefece a conseqüência afetiva dos erros e da incerteza.

O estudo de Kappogiannis *et al.* (2009) investigou por meio de ressonância magnética funcional que áreas cerebrais estavam mais relacionadas a três dimensões associadas a crenças religiosas (nível de envolvimento de Deus percebido, emoção de Deus percebida e conhecimento religioso

doutrinal/experiencial). Afirmações refletindo a falta do envolvimento ativaram áreas neurais engajadas ao sistema de neurônios-espelho: o giro frontal inferior (GFI) bilateral, parte triangular (área de Brodmann 45). Declarações refletindo a emoção de Deus percebida engajou áreas envolvidas na Teoria da Mente emocional e regulação emocional de ordem superior. No que se refere à reflexão sobre a ira divina, o giro temporal médio esquerdo, área de Brodmann 21, envolvida na detecção da valência emocional na expressão facial e conteúdo lingüístico. A mesma área responde a percepção lingüística do medo e media o reaparecimento consciente de emoções negativas percebidas. Por outro lado, afirmações refletindo o amor de Deus ativaram o giro frontal médio (GFM) direito, área de Brodmann 11, área envolvida em estados emocionais positivos e supressão da tristeza. Por fim, o conhecimento religioso doutrinal fortemente ativou regiões temporais em comparação às imagens do conhecimento experiencial. Declarações referindo o conhecimento doutrinal ativaram o giro temporal inferior, área-chave na compreensão de metáforas e na abstração, dentre outras regiões temporais associadas à compreensão da linguagem. Por outro lado, o conhecimento experiencial da religião ativou uma rede que inclui os lobos occipitais (incluindo o pré-cúneos esquerdo), o giro pré-central esquerdo e o GFI esquerdo. Esta rede classicamente media a imagem motora e visual da própria ação, a qual pode ser disparada por conteúdo lingüístico, baseado na lembrança de memórias episódicas.

Segue abaixo, um quadro resumo de demais áreas relatadas na literatura relacionadas à experiência religiosa/espiritual:

Quadro 1 - Resumo das áreas neurais e comportamentos correlatos envolvendo religiosidade/espiritualidade.

Áreas neurais	Comportamentos correlatos	Autores
Circuitos límbicos e subcorticais + córtices frontal dorsolateral e orbital	Alegria, amor, medo e êxtase religiosos ou não	Saver e Rabin, 1997
Amígdala	Experiências sensoriais com intenso significado, experiências freqüentes de profunda e cósmica significância pessoal em resposta a eventos incomuns e singulares	Persinger, 2001
Circuito fronto-parietal (córtex pré-frontal dorsolateral direito, córtex pré-frontal dorsomedial e córtex parietal medial)	Leitura de textos religiosos (salmos) por religiosos – experiência religiosa, como um processo cognitivo	Azari, Nickel <i>et al.</i> , 2001
Córtex pré-frontal medial	Manutenção equilibrada de atividades religiosas – obediência a regras e costumes, auto-reflexão ou auto-monitoramento e teoria da mente	Muramoto, 2004
Córtices temporais do hemisfério direito, amígdala, hipocampo e fibras da ínsula (mudanças súbitas na química do cérebro e sua atividade eletromagnética)	Experiências paranormais (sensação de presença, envolvendo a aquisição de informação para além dos sentidos especiais)	Persinger, 2001

1.8 Avaliação Psicométrica de Fenômenos Humanos

Apesar de suas limitações, os benefícios da avaliação psicométrica (objetividade, baixo custo, rapidez e fácil aplicação) ensejaram o desenvolvimento de escalas padronizadas que têm sido preferencialmente usadas em diversos campos científicos. Além disto, esse recurso oferece a possibilidade de avaliar a intensidade e a freqüência da ocorrência de determinados comportamentos, pensamentos e sentimentos a partir de uma perspectiva dimensional (PASQUALI,

2010). Desse modo, a utilização de instrumentos psicométricos pode contribuir para pesquisas das áreas da Psiquiatria, Neurologia e Psicologia Clínica, destinada à população clínica, em escala epidemiológica, na medida em que facilita a comunicação entre diversos profissionais e estabelece critérios dimensionais e objetivos para avaliação padronizada dos construtos em questão (PASQUALI, 2010).

1.8.1 Mensuração da religiosidade

Internacionalmente, foram criados inúmeros instrumentos destinados a medir o grau de religiosidade das pessoas, com devida fundamentação científica, destinados à população dos países em que foram desenvolvidos (HOOD JUNIOR, 1975; PLANTE; BOCCACCINI, 1997a, 1997b; PLANTE *et al.*, 1999; PLANTE *et al.*, 2002; SHERMAN *et al.*, 1999; STORCH *et al.*, 2004). Por exemplo, *Duke Religion Index* (DUREL) (KOENIG; PARKERSON JUNIOR; MEADOR, 1997) e *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSRFQ) (PLANTE, 1997a), procuram quantificar a frequência da prática religiosa dos sujeitos, como ir à igreja ou orar, bem como estimar o grau de integração/envolvimento da religião com a vida pessoal dos mesmos (PLANTE; BOCCACCINI, 1997a; STORCH *et al.*, 2004). No entanto, uma série de estudos acerca da relação entre aspectos diversos de religiosidade e construtos psiquiátricos, como por exemplo, a ansiedade, utiliza instrumentos de avaliação não-publicados, com fracas propriedades psicométricas, dificultando a generalização dos achados e a reprodução dos métodos em outros ambientes socio-culturais (SHREVE-NEIGER, EDELSTEIN, 2004). A maior dificuldade na interpretação destes estudos é a definição precisa dos construtos, o que coloca em dúvida a validade dos mesmos: se eles realmente medem o que pretendem medir.

A Religiosidade, como um fenômeno pessoal e indefinível, torna-se praticamente impossível de ser circunscrito a uma quantificação ideal. Entretanto, fundamentando-se na teoria da Psicometria é possível contribuir cientificamente para o processo de mensuração de construtos pré-estabelecidos, qual seja, religiosidade intrínseca, o qual é o objetivo deste trabalho. Dentro desta perspectiva, com uma medida de auto-relato, pretendemos estimar o mais objetivamente possível o quanto o sujeito integra a religiosidade na sua vida e a tem como algo de maior

importância e de maior motivação, mediante a representação lingüística (listagem de itens) dos comportamentos e pensamentos que perfazem tal conceito.

1.9. Validação de testes psicológicos

Testes psicológicos, em geral, necessitam portar adequada validade para ter seu uso reconhecido pela comunidade científica (PASQUALI, 1999, 2001 e 2007). No entanto, existe, hoje em dia, uma miríade de vieses em validação, de diversas magnitudes, que contribuem mais para confundir do que para esclarecer: um teste pode ter um tipo de validade e um outro, outra (PASQUALI, 2007). Samuel Messick define de um modo moderno o conceito de validade, em acordo com a *American Psychological Association* (APA, 1985), quando afirma:

“Validade é um julgamento avaliativo integrado do grau em que evidência empírica e racionalizações teóricas apóiam a adequação e propriedade de inferências e ações baseadas em escores de teste ou outros modos de avaliação.” (apud PASQUALI, 2007)

Na literatura tradicional e atual sobre o tema, diversos tipos de validações para testes psicológicos são assumidas, a saber, validade de construto (*construct validity*), validade de conteúdo (*content validity*), validade de critério (*criterion-oriented validity*), validade preditiva (*predictive validity*), validade posdítica (*posditive validity*), validade concorrente (*concurrent validity*, variedade da validade de critério), validade aparente (*face validity*), validade convergente (*convergent validity*), validade fatorial (*factorial validity*), validade substantiva (*substantive validity*), validade estrutural (*structural validity*), validade interna (*internal validity*), etc. Portanto, como afirma Pasquali (2007), a validade de um instrumento de medida já não é mais um parâmetro objetivo, englobando uma gama muito grande de situações onde se pode estabelecer a validade de um teste, encerrando uma série de questões filosóficas. Para este autor, Borsboom, Mellenbergh e van Heerden problematizam muito bem a questão ao afirmarem:

“O conceito de validade com o qual os teóricos estão interessados parece estranhamente divorciado do conceito que pesquisadores têm em mente quando colocam a questão da validade. Isso se deve a que, no século passado, a questão da validade evoluiu da questão de se a gente mede o

que se pretende medir para a questão de se relações empíricas entre escores de um teste se emparelham com relações teóricas numa rede nomológica e, finalmente, para a questão de se interpretações e ações baseadas em escores de testes são justificadas – não somente à luz de evidência científica, mas com respeito a conseqüências sociais e éticas do seu uso.” (apud Pasquali, 2007)

A rede nomológica, inventada por Cronbach e Meehl (1955), significa um sistema estabelecido de leis estatísticas ou determinísticas em que determinado fenômeno ocorre para se “tornar claro o que algo seja”, podendo relacionar a propriedades ou quantidades observáveis entre elas mesmas; construtos teóricos a observáveis; ou diferentes construtos teóricos entre eles mesmos. De fato, construtos admissíveis cientificamente devem ocorrer numa rede nomológica, não necessariamente passíveis de observação, mas envolvendo, pelo menos, *algumas* leis observáveis (PASQUALI, 2007).

Um teste psicológico deve ser um conjunto constituído de comportamentos que o sujeito deve exibir. Ele é um teste válido se todos os comportamentos envolvidos no conjunto se referirem à “mesma coisa”, ou seja, ao mesmo construto (unidimensionalidade). Se o construto diferir em magnitude para diferentes sujeitos, com alguns destes apresentando mais dos comportamentos envolvidos do que outros, então, aquele deve ser uma realidade, na medida em que os comportamentos envolvidos no teste realmente existem e é causador das respostas dos sujeitos, uma vez que produz diferenças nos comportamentos destes. Os parâmetros de validade e precisão são características do teste, e não da medida feita de um objeto. Esta última é confiável e legítima se o instrumento que a produziu for válido (pertinente, relevante) e preciso (calibrado). Quem garante a qualidade da medida é a pertinência do instrumento com respeito ao objeto que se quer medir; é uma questão de referência (PASQUALI, 2007).

Um teste, então, é um conjunto de estímulos que pretendem produzir comportamentos (estímulos comportamentais). Sendo assim, é constituído de um conjunto de comportamentos observáveis. O psicólogo procura entender tais comportamentos com referência a processos psíquicos (os construtos), que se constituem como a causa do comportamento manifesto, entendidos como realidades ontológicas e não como racionalizações inseridas numa rede nomológica. O fato de que esses processos psíquicos sejam minimamente conhecidos (isto é, praticamente desconhecidos) não invalidam sua presença, muito menos sua

utilidade científica. O construto (traço latente, *teta*) se posiciona como o objeto que o teste quer medir, isto é, ele é o aquilo que o teste pretende medir, assim, é o referencial para os resultados de um teste. Assim, o que a Psicometria preconiza é que o teste não prediz um *teta*, ele apenas o representa ou o modela do ponto de vista comportamental (PASQUALI, 2007).

1.9.1. Elaboração dos itens e validação de conteúdo

Validade de conteúdo é estabelecida dedutivamente demonstrando que os itens contidos nos questionários são uma amostra do universo no qual o investigador está interessado, através da análise semântica, que compreende a inteligibilidade dos itens, e da análise por juízes, que trata da pertinência dos mesmos.

Neste contexto, foram realizadas as seguintes atividades: 1) revisão da literatura; 2) entrevistas realizadas com profissionais de nível superior, com algum percurso na temática em questão; 3) entrevistas realizadas com a população-alvo (religiosos ligados a alguma instituição religiosa); 4) pré-testagem dos instrumentos.

1.9.2. Validação de construto

Finalizada a etapa anterior, segue-se a validade de construto, ou de conceito, dos instrumentos, que se dão mediante procedimentos experimentais (planejamento da pesquisa e coleta de dados) e analíticos (tratamento estatístico e análise dos resultados) (PASQUALI, 1999).

A validade de construto pode ser considerada como a mais importante etapa de validação de um instrumento psicométrico, pois possibilita uma avaliação da representação comportamental dos traços latentes. A validação de construto, atualmente, tem como objetivo verificar se um teste refere-se de forma apropriada a um determinado construto, ou seja, se as pessoas com determinadas características agem conforme o que a teoria prediz e também quais itens ou fatores são mais pertinentes ao construto. A validade de construto pode ser trabalhada sob dois

ângulos: análise da representação comportamental do construto e a análise por hipótese.

A análise da representação comportamental do construto baseia-se em duas técnicas distintas: a análise de precisão (investiga a homogeneidade dos itens que compõem o instrumento) e a análise fatorial (qual a quantidade de construtos necessários para explicar as covariâncias desses itens), sendo que esta última não foi realizada neste estudo. O conceito de precisão ou fidedignidade de uma medida psicológica está ligado à variabilidade produzida por fatores alheios ao construto (conceito de variância de erro) e se refere a quanto um escore obtido em um determinado momento se refere a características estáveis do sujeito. O coeficiente de precisão pode ser calculado por diferentes técnicas, dentre estas, estão a precisão teste-reteste, a precisão de formas alternativas (paralelas) e a consistência interna (sendo o cálculo do *Alpha* de Cronbach a técnica mais utilizada para avaliação de medidas escalares, indicando quais itens têm maior correlação com o escore total da escala, ou seja, confiabilidade, e, portanto, maior qualidade psicométrica) (PASQUALI, 2001).

Uma das técnicas mais utilizadas para se estabelecer este tipo de precisão e verificar a homogeneidade da amostra de itens do teste, como já foi dito, é o cálculo do alfa de Cronbach. Os cálculos do alfa de Cronbach das presentes escalas geraram os seguintes índices: 1) 0,93, para Religiosidade Intrínseca (questionário 1); 2) 0,91, para Religiosidade Extrínseca (questionário 2); e 0,92, para Sensibilidade Espiritual (questionário 3).

A análise por hipótese fundamenta-se no poder que um teste psicológico tem de discriminar ou predizer um critério externo a ele mesmo, distinguindo grupos-critério que difiram especificamente no traço que o teste mede. Um critério bastante utilizado, neste sentido, é a técnica da validação convergente/divergente (PASQUALI, 1999). Neste estudo, procura-se estabelecer uma correlação entre o instrumento criado e os instrumentos correlatos a esse (com devida qualidade psicométrica). Neste ponto, valida-se o novo instrumento quando são encontradas correlações coerentes entre os escores deste e os escores de instrumentos convergentes ou divergentes, estabelecidos pela literatura (REPPOLD, 2005). Para a validade convergente, é necessário que se tenha um instrumento de medida correlato que exerça o papel de “padrão-ouro” em estatística, servindo como parâmetro para a comparação (PASQUALI, 2001). Se forem encontradas

correlações positivas entre os instrumentos em que se espera, teoricamente, que estejam correlacionados, há de se confirmar teoricamente o propósito da nova medida, indicando convergência entre os construtos avaliados. Para a validação divergente, há de se estimar a ocorrência de correlações negativas entre os instrumentos em que se espera, teoricamente, que estejam direcionados inversamente.

1.9.3. Validade de critério

A validade de critério é uma etapa do método psicométrico que visa prever um critério externo e se dá quando há correlação adequada entre o instrumento sob análise e preditores pré-estabelecidos, com a confirmação de prognóstico, desempenho ou qualquer indicador de comportamento. A validação de critério pretende verificar o quanto as escalas podem prever as características do indivíduo no presente (validade concorrente), passado (validade posditiua) ou futuro (validade preditiva) através de pesquisas de delineamento transversal e longitudinal. O essencial nesse procedimento é que os critérios escolhidos como referência sejam condizentes à finalidade do instrumento. Neste estudo, a qualidade do teste é determinada pela sua capacidade de discriminar diferenças no comportamento religioso dos sujeitos (PASQUALI, 1999, 2007; REPPOLD, 2005).

Neste tipo de validação, um determinado critério (p. ex., pessoas com ausência de qualquer crença religiosa, ou, religiosos considerados líderes em sua instituição) passa a ser parâmetro para que se certifique que o instrumento consegue, de fato, dimensionar adequadamente o construto desejado. Aqui, verifica-se a capacidade que o instrumento tem de diferenciar sujeitos que apresentam magnitudes próximas no traço investigado, permitindo que se identifique o poder de discriminação dos itens. Esta discriminação pode ser estabelecida por diferentes formas, tais como a seleção de grupos-critério, a análise dos índices de discriminação do item e a teoria de resposta ao item (TRI) (PASQUALI, 1999, 2001).

1.10 Justificativa

O presente estudo se justifica pela escassez de instrumentos destinados a avaliação da religiosidade no contexto brasileiro. Recentemente, um grupo de pesquisadores traduziu a versão original da DUREL para o português brasileiro, que foi validado em uma amostra de baixa renda de uma comunidade proveniente da cidade de São Paulo. Os achados deste esforço inicial de validação da P-DUREL demonstraram adequada validade discriminante e elevada consistência interna. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo ampliar o espectro populacional nacional no qual o instrumento poderá ser aplicado, avaliando suas propriedades psicométricas em duas amostras com características distintas do primeiro estudo de validação (amostras clínica e com mais altas escolaridade e renda). Além disso, além de avaliar sua consistência interna e validade convergente-discriminante, pretendemos avaliar a confiabilidade teste-reteste e suas possíveis relações com espiritualidade e sintomas de sofrimento psicológico, ampliando o escopo investigativo inicial.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Validar o Índice de Religiosidade Intrínseca (IRI) em amostras universitária e psiquiátrica.

2.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar as propriedades psicométricas (validade e precisão) do IRI em duas amostras distintas (universitária e psiquiátrica);

2. Correlacionar as escalas de religiosidade (IRI, DUREL) com escalas de saúde mental que avaliam sintomas depressivos e ansiosos (Inventário Beck para Depressão – BDI; Inventário Beck para Ansiedade – BAI; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS) em duas amostras distintas (universitária e psiquiátrica);

3. Verificar a correlação entre índices de religiosidade (IRI, DUREL) com um índice de qualidade de vida, a saber, a Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão breve (WHOQOL-BREF) em duas amostras distintas (universitária e psiquiátrica).

3 METODOLOGIA

3.1 Local do Estudo

Universidade Federal do Ceará (UFC), Campi de Benfica e Porangabussu, localizados na cidade de Fortaleza, Ceará e ambulatório especializado de Psiquiatria do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). O HUWC se caracteriza como um hospital público universitário de atendimento terciário da rede pública que presta assistência de alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), realizando desde transplantes até pesquisas clínicas relacionadas a diversos programas de pós-graduação regionais e nacionais. Vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, o hospital recebe pacientes de baixo padrão socioeconômico da cidade de Fortaleza e demais municípios do Ceará. Caracteriza-se como referência local e regional de ensino, pesquisa e assistência de alta complexidade, abrangendo nove programas de pós-graduação, além de cerca de 1500 funcionários, 147 residentes e 600 estudantes de graduação (LAGE; MONTEIRO, 2007).

3.2 Descrição das Amostras

O estudo foi realizado com estudantes de Psicologia e Medicina do 1º ao 5º semestre da graduação, sem restrição de idade, de ambos os sexos, sem qualquer outra formação universitária, selecionados na Universidade Federal do Ceará (UFC) e com pacientes ambulatoriais psiquiátricos selecionados por conveniência junto ao HUWC, de ambos os sexos, sem restrições para escolaridade ou idade.

3.3 Critérios de Inclusão

Estudantes universitários da UFC, de ambos os gêneros, com idade acima de 18 anos, com anuência e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – apêndice A), após a explicação dos objetivos e da metodologia do estudo.

Pacientes ambulatoriais psiquiátricos do HUWC estabilizados, de ambos os gêneros, com idade acima de 18 anos, com anuência e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – apêndice A), após a explicação, mediante leitura do referido documento, dos objetivos e da metodologia do estudo.

3.4 Critérios de Exclusão

Recusa verbal do sujeito; presença de outra patologia (cegueira, mudez, demência, retardo mental ou episódio psicótico agudo) que impossibilite responder o questionário.

3.5 Instrumentos

- Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI): consiste em um questionário estruturado, composto por 14 itens em sua versão inicial, os quais estão organizados em escala Likert, com escores variando de 1 a 5 que refletem gradações de intensidade/frequência: 1-nunca, 2-raramente, 3-ocasionalmente 4-frequentemente e 5-sempre (Apêndice B);

- Inventário de Religiosidade Duke, versão brasileira - DUREL (KOENIG *et al.*, 1997; LUCCHETTI *et al.*, 2010): possui cinco itens destinados a mensurar algumas dimensões de religiosidade: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Os primeiros dois itens abordam RO e RNO, enquanto que os demais itens se referem à RI. Na análise dos resultados da DUREL, segundo instruções dos autores e tradutores, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total. O

coeficiente alfa de Cronbach do componente intrínseco da escala na amostra 1 foi 0,89 e na amostra 2 foi 0,87 (Anexo A);

- Módulo de Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais do WHOQOL-100 – WHOQOL-SRPB (Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group, 1998): consiste em 4 itens designados a examinar as crenças pessoais e como estas afetam sua qualidade de vida e o enfrentamento das adversidades. Este instrumento pode ser aplicado a indivíduos com diversas crenças religiosas, bem como aqueles cuja crença religiosa ou espiritual não corresponde a uma religião particular. Os itens devem ser somados para gerar um escore total (FLECK *et al.*, 2003) (Anexo B);

- Inventário de Beck para Depressão – BDI (BECK *et al.*, 1961): Esta escala é um instrumento de auto-relato estruturado, composto por 21 categorias de sintomas e atitudes (pessimismo, insatisfação, sentimentos de culpa, sentimentos de fracasso, etc.), que descrevem manifestações comportamentais, cognitivas, afetivas e somáticas da depressão. Cada categoria contém quatro alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos, onde a pontuação varia de zero (ausência de sintomas depressivos) a três (presença dos sintomas mais intensos - Anexo C) (CUNHA, 2001);

- Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (BECK *et al.*, 1988): Esta escala é um instrumento de auto-relato estruturado, composto por 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. É perguntado ao sujeito o quanto este foi incomodado por cada sintoma na semana precedente, dentro de uma escala de quatro pontos, variando de zero (absolutamente não) a três (severamente) (CUNHA, 2001) (Anexo D);

- Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde- versão abreviada, WHOQOL-BREF (Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group, 1998): Este é um instrumento de auto-relato estruturado, constituído por 26 questões, abrangendo 4 domínios da QV (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). A versão brasileira apresentou excelentes propriedades psicométricas de confiabilidade, consistência interna, correlação teste-reteste e validade aparente e de critério quando aplicado a amostras de sujeitos saudáveis e com condições médicas gerais (Fleck *et al.*, 2000) (Anexo E);

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (ZIGMOND; SNAITH, 1983): Esta escala é um instrumento de auto-relato estruturado, que possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala (BOTEGA *et al.*, 1995) (Anexo F).

3.6 Desenvolvimento do Inventário de Religiosidade Intrínseca da Universidade Federal do Ceará (IRI)

O autor deste trabalho juntamente com dois de seus co-autores (GONDIM, Francisco de Assis Aquino; RÔLA, Francisco Hélio) desenvolveram uma versão inicial do IRI, a partir da compilação de afirmativas com temas relacionados ao construto religiosidade intrínseca baseados na revisão de literatura e na sugestão de especialistas (teólogos, antropólogos, psiquiatras e psicólogos), gerando 14 itens. Tais itens foram organizados em escala *Likert* nos quais cada afirmativa encontra-se atrelada a cinco possibilidades de respostas (ver Apêndice A). Os critérios utilizados para retirada de itens não pertinentes são apresentados na seção “Análise estatística de dados”, a seguir.

3.7 Procedimentos

Para execução do presente estudo, foram aplicados às amostras os questionários descritos acima. Na amostra de estudantes, as aplicações deram-se em sala de aula, com a permissão do professor responsável, em turmas do 1º ao 5º semestres dos cursos de Psicologia e Medicina. As aplicações duraram cerca de trinta minutos para cada sujeito. Na amostra clínica, as aplicações foram intermediadas pelo autor do trabalho e colaboradores treinados, durando cerca de 45 minutos, e realizadas nas dependências da referida instituição hospitalar.

De posse dos dados coletados, estes foram devidamente tabulados e, em seguida, procurou-se estabelecer uma correlação entre os instrumentos utilizados

com auxílio de um estatístico e do programa de computador SPSS.16, visando verificar as associações entre as variáveis estudadas.

3.8 Análise Estatística de Dados

A análise estatística dos dados foi conduzida por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0 para *Windows*®. Para verificar a aderência dos dados à distribuição normal, foram utilizados os testes Komolgorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.

Para analisar as características psicométricas das duas escalas de religiosidade, duas técnicas estatísticas foram utilizadas. Uma para investigar a estrutura fatorial dos instrumentos (análise fatorial, método de análise de componentes principais) e outra para avaliar sua consistência interna (precisão, por meio do cálculo do índice alfa de Cronbach e teste-reteste). Através das análises fatoriais exploratórias (Rotação Varimax) realizadas, foi possível identificar quais os itens tinham pertinência estatística com o construto em questão, com a possibilidade de eliminação dos demais itens. Para o cálculo fatorial de cada escala, considerou-se como critério de retenção do fator a necessidade de seu auto-valor ser maior do que 1 (*Eigenvalue* > 1.0). Os gráficos da dispersão de fatores (*scree plots*) orientaram quais seriam as melhores soluções fatoriais estatisticamente; no entanto, o número final de fatores das escalas foi estabelecido considerando qual solução fatorial apresentava a melhor compreensão teórica do agrupamento dos itens. Os itens que obtiveram carga fatorial maior que 0,8 permaneceram retidos na versão final das escalas; a permanência dos itens com uma carga fatorial abaixo deste valor foi condicionada à coerência teórica da sentença com o fator, à sua relevância clínica e ao fato de seu conteúdo não ter sido coberto por outros itens daquele fator. Outro critério de exclusão de itens foi: afirmativas em que os participantes consideraram ambíguas ou pouco claras.

A partir disso, foram calculadas as médias, desvios-padrão e os Alphas de Cronbach (intervalo de confiança: 95%) das escalas.

Para verificar a validade de construto do IRI (mediante correlação com instrumentos correlatos, como o DUREL e o WHOQOL-SRPB) e de como as medidas de religiosidade se associam às medidas de saúde e qualidade de vida, foi

calculado o coeficiente de correlação para refletir a força da associação entre as medidas. O teste utilizado para este fim foi o coeficiente de correlação de postos de *Spearman*, em virtude da verificação da não aderência dos dados à distribuição normal. Os coeficientes de correlação maiores do que 0,7 foram considerados fortes, os com valores entre 0,3 e 0,7 foram considerados moderados e aqueles com valores menores do que 0,3 foram considerados fracos. Para verificar a significância do coeficiente de correlação gerado pelo teste de correlação de *Spearman* foi calculado o valor p . Os coeficientes com valor p menor do que 5% foram considerados significativos.

3.9 Aspectos Éticos

O presente estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC (COMEPE) (protocolo nº 085/08), como também devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC (CEP) (protocolo nº 023.04.09).

4 RESULTADOS

4.1 Descrição das Amostras

Abaixo são apresentados os dados sociodemográficos referentes à ambas as amostras.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas em ambas as amostras.

Variáveis demográficas	Amostra universitária (n=323)	Amostra psiquiátrica (n=102)
Idade (média ± DP)	20,67 ± 2,93	40,37 ± 14,25
Renda familiar	R\$ 5.600,00	R\$ 620,00
Gênero n (%)		
Homens	111 (34%)	32 (31%)
Mulheres	212 (66%)	70 (69%)
Estado civil n (%)		
Casado	13 (4%)	33 (32%)
Viúvo	0 (0%)	9 (9%)
Divorciado	0 (0%)	14 (14%)
Solteiro	310 (96%)	46 (45%)
Escolaridade n (%)		
Analfabetos	0 (0%)	0 (0%)
Ens. Fundamental	0 (0%)	39 (38%)
Ens. Médio	323 (100%)	63 (62%)
Estado empregatício n (%)		
Trabalha tempo integral	11 (4%)	42 (41%)
Aposentado	0 (0%)	13 (13%)
Desempregado	312 (96%)	31 (30%)
Dona-de-casa	0 (0%)	16 (16%)
Afiliação religiosa n (%)		
Católico	194 (59%)	60 (59%)
Evangélico	39 (12%)	12 (12%)
Espírita	10 (3%)	8 (8%)
Sem religião	26 (8%)	22 (21%)
Ateísta e agnóstico	26 (8%)	0 (0%)
Gnóstico	6 (2%)	0 (0%)
Não informou	25 (7%)	0 (0%)

Como podemos observar, as principais diferenças entre as duas amostras se referem a idade, renda familiar, estado civil, escolaridade e estado empregatício, sendo a amostra de estudantes mais jovem, mais favorecida economicamente, predominantemente solteira, mais escolarizada e ainda não possui emprego.

Abaixo, são apresentados os dados referentes à distribuição das patologias psiquiátricas, referentes à amostra de pacientes, dos quais mais da metade foi composta por portadores de bipolaridade (29%) e esquizofrenia (27%), sendo a dependência química o terceiro mais prevalente diagnóstico encontrado na referida amostra.

Tabela 2 - Distribuição das patologias psiquiátricas referente à amostra de pacientes psiquiátricos (n=102).

Diagnósticos psiquiátricos	Amostra psiquiátrica (n=102)
Transtorno bipolar	30 (29%)
Depressão maior	9 (9%)
Dependência química	19 (19%)
Esquizofrenia	28 (27%)
Transtorno obsessivo-compulsivo	9 (9%)
Outros transtornos	7 (7%)

Os escores gerados a partir dos instrumentos na amostra de estudantes universitários e pacientes psiquiátricos são demonstrados nas tabelas 3 e 4 abaixo.

Tabela 3 - Escores gerados pelos estudantes referentes aos instrumentos de avaliação da saúde mental, religiosidade e espiritualidade e qualidade de vida.

(continua)

	BDI ^A	BAI ^B	IRI ^C	DUREL RO ^D	DUREL RNO ^E	DUREL RI ^F	WHOQOL- SRPB ^G	WHOQOL- BREF ^H
Média	7,2	9,8	36,8	3,57	3,50	9,90	15,3	95,22
Mediana	6	8	41	3,00	4,00	10,00	15	94,00
Desvio- Padrão	7,0	9,2	12,3	1,64	1,78	3,73	4,7	13,86
Mínimo	0	0	10	1	1	3	6	40

Tabela 3 - Escores gerados pelos estudantes referentes aos instrumentos de avaliação da saúde mental, religiosidade e espiritualidade e qualidade de vida.

(continuação)

Máximo	36	45	50	6	6	15	20	128
--------	----	----	----	---	---	----	----	-----

^A Inventário de Depressão de Beck; ^B Inventário de Ansiedade de Beck; ^C Inventário de Religiosidade Intrínseca; ^D Inventário de Religiosidade Duke – módulo religiosidade organizacional; ^E Inventário de Religiosidade Duke – módulo religiosidade não-organizacional; ^F Inventário de Religiosidade Duke – módulo religiosidade intrínseca; ^G Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – módulo; ^H Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais; ^I Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão abreviada.

Tabela 4 - Escores gerados pelos pacientes psiquiátricos referentes aos instrumentos de avaliação da saúde mental, religiosidade e espiritualidade e qualidade de vida

	HADS-D ^A	HADS-A ^B	IRI ^C	DUREL RO ^D	DUREL RNO ^E	DUREL RI ^F	WHOQOL-SRPB ^G	WHOQOL-BREF ^H
Média	7,4	7,7	39,8	3,76	4,22	10,9	15,5	87,16
Mediana	7	8	42	4,0	5,0	11,0	16	89,50
Desvio-Padrão	4,4	4,4	10,7	1,68	1,66	3,64	3,3	17,28
Mínimo	0	0	10	1	1	3	6	0
Máximo	18	19	50	6	6	15	20	120

^A Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – módulo de depressão

^B Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – módulo de ansiedade

^C Inventário de Religiosidade Intrínseca

^D Inventário de Religiosidade Duke – módulo religiosidade organizacional

^E Inventário de Religiosidade Duke – módulo religiosidade não-organizacional

^F Inventário de Religiosidade Duke – módulo religiosidade intrínseca

^G Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais

^H Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão abreviada

Com base nas tabelas acima, podemos observar um nível de religiosidade semelhante nos dois grupos, sendo o grupo de pacientes psiquiátricos ($\mu=4,22$) levemente mais religioso, do ponto de vista não-organizacional, do que o grupo de estudantes universitários ($\mu=3,5$) em média.

4.2 Propriedades Psicométricas do Inventário de Religiosidade Intrínseca da Universidade Federal do Ceará (IRI)

4.2.1 Distribuição dos escores do IRI em ambas as amostras

Os escores derivados do IRI (versão inicial com 14 itens) gerados em ambas as amostras estão apresentados nas tabelas 5 e 6 a seguir.

Tabela 5 - Média e desvio-padrão da distribuição dos escores de cada item do IRI referente à amostra 1 (n=323)

Itens da Escala	Média	Desvio-Padrão
Item 1	4,41	0,98
Item 2	3,61	1,33
Item 3	3,56	1,36
Item 4	3,40	1,37
Item 5	3,43	1,36
Item 6	3,20	1,36
Item 7	3,92	1,29
Item 8	2,15	1,11
Item 9	2,60	1,32
Item 10	2,79	1,37
Item 11	2,58	1,47
Item 12	3,82	1,30
Item 13	3,60	1,39
Item 14	3,87	1,33
Total	43,4	

Tabela 6 - Média e desvio padrão da distribuição dos escores de cada item do Inventário de Religiosidade Intrínseca referente à amostra 2 (n=102)

Itens da Escala	Média	Desvio-Padrão
Item 1	4,35	1,00
Item 2	3,94	1,30
Item 3	3,95	1,29
Item 4	3,88	1,32
Item 5	3,96	1,26
Item 6	3,76	1,38
Item 7	4,14	1,13
Item 8	2,23	1,11
Item 9	2,90	1,24
Item 10	3,13	1,39
Item 11	3,29	1,53
Item 12	3,96	1,23
Item 13	3,72	1,21
Item 14	4,07	1,20
Total	51,3	

4.2.2 Análise fatorial do IRI em ambas as amostras

A análise fatorial foi realizada por meio da análise por componentes principais com rotação varimax (com inspeção do *scree plot*) encontrou um único fator com autovalores $> 1,0$ na amostra 1. O fator gerado explicou 65,23% da variância na referida amostra. Na amostra 2, foram gerados dois fatores com autovalores $> 1,0$. O primeiro fator explicou 61,29% e o segundo fator explicou 7,61% da variância nesta amostra. Os itens com cargas fatoriais moderadas menores do que 0,8 em ambas as amostras foram retiradas da escala devido ao menor poder fatorial. O item 1 e 13, que apresentaram carga inferior a este valor

foram mantidos devido a pertinência teórica dos mesmos, segundo análise de especialistas.

Tabela 7 - Carga Fatorial e comunalidade, autovalor e proporção da variância explicada do único componente do IRI (versão inicial, 14 itens) referente à amostra de estudantes universitários (n=323)

Itens da IRI	Carga Fatorial	Comunalidade
1 Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior?	.733	.538
2 Sua crença religiosa é extremamente importante para você?	.892	.796
3 Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você?	.897	.805
4 Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida?	.903	.815
5 Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa?	.905	.819
6 Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida?	.876	.767
7 Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você?	.860	.740
8 Você se considera uma pessoa mais religiosa do que as outras pessoas?	.677	.458
9 Você se considera ativo(a) na sua crença religiosa?	.785	.616
10 Você já teve experiências as quais pareceram sagradas para você?	.602	.363
11 Você acredita na interpretação religiosa da origem do mundo?	.702	.493
12 Você acredita na força da sua oração?	.805	.647
13 Você acredita na ocorrência de milagres?	.756	.571
14 Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros?	.840	.706
Autovalor	9,133	-
Percentual da variância explicada	65,23	-

Tabela 8 - Carga Fatorial e comunalidade, autovalor e proporção da variância explicada do único componente do IRI (versão inicial, 14 itens) referente à amostra 2 (n=102)

Itens da IRI		Carga Fatorial (2 fatores)		Comuna- lidade
1	Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior?	.764	.220	.631
2	Sua crença religiosa é extremamente importante para você?	.928	-.177	.893
3	Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você?	.917	-.217	.888
4	Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida?	.920	-.136	.865
5	Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa?	.943	-.096	.898
6	Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida?	.929	-.080	.869
7	Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você?	.849	.024	.721
8	Você se considera uma pessoa mais religiosa do que as outras pessoas?	.485	-.431	.421
9	Você se considera ativo(a) na sua crença religiosa?	.674	-.294	.540
10	Você já teve experiências as quais pareceram sagradas para você?	.295	.305	.180
11	Você acredita na interpretação religiosa da origem do mundo?	.610	.466	.590
12	Você acredita na força da sua oração?	.793	.183	.663
13	Você acredita na ocorrência de milagres?	.603	.535	.650
14	Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros?	.914	.034	.837
Autovalor		8,581	1,065	-
Percentual da variância explicada		61,29	7,609	-

Após a retirada dos itens, em ambas as amostras foi gerado um único fator. O percentual de variância explicada pelo único fator aumentou para 73,6% na amostra 1 e 74,9% na amostra 2. As cargas fatoriais de cada item da escala variaram de 0,75 a 0,90 na amostra 1 (tabela 9) e de 0,58 a 0,94 na amostra 2 (tabela 10). Tal procedimento gerou uma versão final da escala com 10 itens (Apêndice A).

Tabela 9 - Carga Fatorial e Comunalidade, Autovalor e Proporção da Variância explicada do único componente do IRI (versão final, 10 itens) referente à amostra 1 (n=323)

Itens da IRI	Carga Fatorial	Comunalidade
1 Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior?	.764	.584
2 Sua crença religiosa é extremamente importante para você?	.901	.811
3 Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você?	.904	.817
4 Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida?	.904	.818
5 Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa?	.907	.823
6 Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida?	.870	.757
7 Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você?	.880	.774
12 Você acredita na força da sua oração?	.823	.678
13 Você acredita na ocorrência de milagres?	.755	.570
14 Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros?	.857	.735
Autovalor	7,366	-
Percentual da variância explicada	73,65	-

Tabela 10 - Carga Fatorial e comunalidade, autovalor e proporção da variância explicada do único componente do IRI (versão final, 10 itens) referente à amostra 2 (n=102)

Itens da IRI	Carga Fatorial	Comunalidade
1 Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior?	.778	.605
2 Sua crença religiosa é extremamente importante para você?	.933	.870
3 Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você?	.924	.854
4 Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida?	.925	.855
5 Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa?	.948	.899
6 Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida?	.929	.863
7 Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você?	.848	.720
12 Você acredita na força da sua oração?	.791	.626
13 Você acredita na ocorrência de milagres?	.588	.346
14 Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros?	.924	.854
Autovalor	7,493	-
Percentual da variância explicada	74,93	-

4.2.3. Consistência interna do IRI em ambas as amostras

De acordo com a tabela 11 e 12, respectivamente, as correlações corrigidas item-total variaram de 0,70 (item 13) a 0,88 (item 5) ($p < .0001$) na amostra 1 e de 0,53 (item 13) a 0,91 (item 1) ($p < .0001$) na amostra 2. O valor do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,96, para ambas as amostras (intervalo de confiança - CI: 95%).

Tabela 11 - Correlação item-total corrigida e coeficiente Alfa de Cronbach do IRI referente à amostra 1 (n=323)

Item da Escala	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1 Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior?	.717	.959
2 Sua crença religiosa é extremamente importante para você?	.871	.953
3 Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você?	.875	.953
4 Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida?	.878	.953
5 Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa?	.881	.953
6 Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida?	.837	.954
7 Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você?	.846	.954
12 Você acredita na força da sua oração?	.781	.957
13 Você acredita na ocorrência de milagres?	.705	.960
14 Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros?	.823	.955
Escala	-	.960

Tabela 12 - Correlação item-total corrigida e coeficiente Alfa de Cronbach do IRI referente à amostra de pacientes psiquiátricos (n=102)

(continua)

Item da Escala	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1 Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior?	.736	.960
2 Sua crença religiosa é extremamente importante para você?	.907	.954
3 Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você?	.897	.954
4 Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida?	.900	.954

Tabela 12 - Correlação item-total corrigida e coeficiente Alfa de Cronbach do IRI referente à amostra de pacientes psiquiátricos (n=102)

(continuação)

Item da Escala	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
5 Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa?	.931	.953
6 Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida?	.906	.954
7 Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você?	.810	.958
12 Você acredita na força da sua oração?	.746	.960
13 Você acredita na ocorrência de milagres?	.532	.968
14 Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros?	.902	.954
Escala	-	.961

A confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intraclassa) realizada em um intervalo de 2 semanas se mostrou adequada. Tais coeficientes foram de 0,92 ($p < 0,001$) para a amostra de estudantes universitários. Também foram observados resultados aceitáveis para itens individuais, variando de 0,74 a 0,95 ($p < 0,01$) (tabela 13).

Tabela 13 - Escores médios e desvios-padrão (DP) dos 10 itens do IRI e índices de confiabilidade teste-reteste (coeficientes de correlação intraclassa – CCI) (n=313) (continua)

	T0		T1		Spearman rho / CCI
	Média	DP	Média	DP	
1 Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior?	4,51	0,94	4,45	1,05	.946***
2 Sua crença religiosa é extremamente importante para você?	3,82	1,22	3,74	1,27	.925***

Tabela 13 - Escores médios e desvios-padrão (DP) dos 10 itens do IRI e índices de confiabilidade teste-reteste (coeficientes de correlação intraclassa – CCI) (n=313)

					(continua)	
3	Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você?	3,99	1,23	3,80	1,29	.826***
4	Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida?	3,82	1,33	3,72	1,34	.873***
5	Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa?	3,78	1,21	3,58	1,18	.770***
6	Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida?	3,50	1,24	3,46	1,32	.739***
7	Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você?	3,88	1,30	3,99	1,20	.823***
12	Você acredita na força da sua oração?	4,00	1,22	3,95	1,20	.867***
13	Você acredita na ocorrência de milagres?	4,00	1,22	3,95	1,20	.867***
14	Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros?	4,14	1,22	4,20	1,16	.797***

***. $P < 0.001$ (bicaudal).

4.2.4 Validade de critério

Como esperado, o IRI se correlacionou forte e significativamente com a medida de religiosidade intrínseca do instrumento DUREL, enquanto que, com medidas de religiosidade organizacional e não-organizacional do mesmo instrumento, houve moderadas a fortes e significativas correlações. No que se refere à medida de espiritualidade do instrumento WHOQOL-100, o IRI correlacionou-se fortemente na amostra 1 e moderadamente na amostra 2, ambas de maneira significativa (Tabela 14). Estes dados indicam que o IRI se relaciona, como esperado, mais fortemente com a dimensão intrínseca da escala DUREL, demonstrando possuir adequada validade de critério.

Tabela 14 - Relações entre IRI com DUREL e WHOQOL-SRPB em ambas as amostras

	IRI			
	Estudantes Universitários		Pacientes Psiquiátricos	
	Amostra 1 (n=323)		Amostra 2 (n=102)	
	rho	<i>p</i>	rho	<i>p</i>
DUREL-RO	.667	<0.01	.611	<0.01
DUREL-RNO	.661	<0.01	.703	<0.01
DUREL-RI	.865	<0.01	.796	<0.01
WHOQOL-SRPB	.737	<0.01	.569	<0.01

4.3 Correlações entre os Instrumentos de Aferição da Religiosidade e Espiritualidade e Instrumentos de Aferição da Saúde Mental e Qualidade de Vida em ambas as Amostras

Os produtos da correlação entre medidas de religiosidade e espiritualidade e medidas de saúde mental e qualidade de vida em ambas as amostras são apresentados abaixo (tabela 15). Dentre estudantes, o IRI associou-se significativamente com as medidas de depressão e de qualidade de vida, porém não se correlacionou com a medida de ansiedade. Na amostra de pacientes, ao contrário da DUREL que só se associou significativamente com a medida de ansiedade, o IRI se mostrou mais sensível aos construtos de saúde mental, se associando com ambas as medidas de saúde mental (tabela 16).

Tabela 15 - Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB com medidas de depressão, ansiedade e QV na amostra 1 (n=323)

(continua)

	BDI	BAI	WHOQOL- BREF
DUREL-RO	-.118*	-.026	.157**
DUREL-RNO	-.130*	-.033	.119*
DUREL-RI	-.202**	-.036	.203**

Tabela 15 - Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB com medidas de depressão, ansiedade e QV na amostra 1 (n=323)

			(continua)
DUREL	-.176**	-.033	.186**
IRI	-.166**	.004	.220**
WHOQOL-SRPB	-.225**	-.065	.311**

*p<0.05; **p<0.01

Tabela 16 - Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB com medidas de depressão, ansiedade e QV na amostra 2 (n=102)

	HADS-D	HADS-A	WHOQOL-BREF
DUREL-RO	-.191*	-.323**	.130
DUREL-RNO	-.131	-.204*	.033
DUREL-RI	-.127	-.187*	.119
DUREL	-.160	-.248**	.111
IRI	-.245**	-.213*	.147
WHOQOL-SRPB	-.363**	-.297**	.491**

*p<0.05; **p<0.01

As tabelas 17 e 18, abaixo, apresentam as correlações entre as medidas de religiosidade e espiritualidade e os domínios da WHOQOL-bref (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além de um domínio que avalia a qualidade de vida de forma ampla). Na amostra de estudantes, os domínios físico e psicológico se correlacionaram com todas as medidas de religiosidade e espiritualidade. Das medidas investigadas, apenas os componentes organizacional e não-organizacional da DUREL não se correlacionaram com todos os domínios da WHOQOL-bref, apresentando coeficientes estatisticamente não significativos com os domínios relações sociais e meio ambiente. O domínio geral da WHOQOL-bref não se correlacionou significativamente apenas com o componente organizacional da DUREL.

Tabela 17 - Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB e subdomínios da WHOQOL-BREF na amostra 1 (n=323)

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Rel. Soc.)	Domínio 4 (M. Amb.)	Domínio Geral
Duke OR	.138**	.179**	.076	.073	.064
Duke NOR	.106*	.157**	.040	.041	.133**
Duke RI	.140**	.259**	.151**	.113*	.190**
DUREL	.141**	.234**	.112*	.092*	.159**
IRI	.144**	.290**	.174**	.122*	.212**
WHOQOL-SRPB	.217**	.426**	.253**	.179**	.226**

*p<0.05; **p<0.01

Tabela 18 - Relações entre IRI, DUREL e WHOQOL-SRPB e subdomínios da WHOQOL-BREF na amostra 2 (n=102).

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Rel. Soc.)	Domínio 4 (M. Amb.)	Domínio Geral
Duke OR	.012	.049	-.114	-.017	-.023
Duke NOR	.027	.064	.061	.029	.065
Duke RI	.068	.112	.086	.039	.075
DUREL	.047	.093	.035	.025	.057
IRI	-.009	.053	.053	.018	.053
WHOQOL-SRPB	.428**	.511**	.181	.376**	.400**

**p<0.01

5 DISCUSSÃO

Religião tem sido um componente essencial da saúde e bem-estar (HUANG; HSU; CHEN, 2011). Atualmente, há um crescente interesse científico na temática religiosidade, apesar da previsão de alguns acadêmicos de que esta desapareceria ao longo do século XX (MOREIRA-ALMEIDA, 2010). Entretanto, nas últimas décadas, diversos trabalhos que têm explorado a relação entre religiosidade e saúde foram publicados na área (MOREIRA-ALMEIDA, 2010). Soma-se a isso o fato de dezenas de escolas médicas no Brasil e nos Estados Unidos integrarem progressivamente o tema espiritualidade em seus currículos (LUCCHETTI; GRANERO, 2010; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

A partir do século XXI, o estudo quantitativo da interface entre religiosidade e saúde mental tem sido um tópico frutífero da pesquisa psiquiátrica (KOENIG, 2009). O presente trabalho contribui para o campo na medida em que, além de explorar a relação entre medidas de religiosidade e espiritualidade e medidas de saúde mental e qualidade de vida, desenvolve e valida, em duas amostras distintas, um novo instrumento (Inventário de Religiosidade Intrínseca – IRI) para mensuração específica da religiosidade intrínseca, componente da religiosidade que mais se relaciona com a saúde segundo diversos estudos (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998; KOENIG, 2009; HUANG; HSU; CHEN, 2011; PIRUTINSKY, *et al.*, 2011).

De acordo com os dados analisados, o IRI apresenta propriedades psicométricas adequadas nas amostras as quais foi submetido, se mostrando apto a mensurar religiosidade intrínseca de forma relativamente precisa para fins de pesquisa e avaliação clínica. A análise fatorial, os índices de consistência interna e estabilidade temporal do instrumento parecem sugerir a confiabilidade e fidedignidade necessária para sua utilização em contextos clínicos e acadêmicos. Como esperado, o IRI apresentou uma forte correlação com a subescala intrínseca da DUREL e correlações moderadas com as demais dimensões (RO e RNO) averiguadas pela DUREL. Este trabalho apresenta vantagens psicométricas em relação à validação da DUREL (LUCCHETTI, *et al.*, 2010), na medida em que, no presente trabalho, foi realizada a análise de confiabilidade teste-reteste, bem como

correlação do instrumento com medidas correlatas, quais sejam, religiosidade e espiritualidade, além de testar a confiabilidade do instrumento em duas amostras com perfis sociodemográficos distintos.

Acerca da espiritualidade e seu relacionamento com religião, enquanto construtos de pesquisa, estes têm sido extensa matéria de debate (KOENIG, 2009). Moreira-Almeida e Koenig (2006) destacam o fato de que um dos instrumentos utilizados no presente trabalho (WHOQOL-SRPB) pode mensurar alguns aspectos não necessariamente relacionados a espiritualidade. Nossos dados sugerem que espiritualidade, medida pelo WHOQOL-SRPB, e religiosidade intrínseca, medida pelo IRI e pelo DUREL-RI são conceitos bastante relacionados, porém distintos. Como esperado, os dados analisados também apontam que o WHOQOL-SRPB tem considerável relação com a QV, ao menos se esta for medida pelo WHOQOL-BREF, associando-se significativamente com quase todos os domínios de QV propostos pela referida medida em ambas as amostras (à exceção do domínio “relações sociais” na amostra 2, de pacientes psiquiátricos). A hipótese explicativa pela qual o domínio “relações sociais” não se associou à amostra 2 pode dever-se ao fato de que neste público, de classe socioeconômica desfavorecida, independentemente do grau de religiosidade, por exemplo, tal domínio haverá de ser menos pontuado, conforme discutido a seguir.

A utilização de diferentes amostras neste estudo se mostrou de grande utilidade ao possibilitar a observação de como os instrumentos se comportam de maneira diversa em ambos os contextos. O construto religiosidade intrínseca foi mais evidentemente associado aos índices de depressão e qualidade de vida na amostra de estudantes universitários, cujos índices adversos de saúde são menores, ao contrário da amostra 2. No contexto dos pacientes psiquiátricos ambulatoriais, a situação de maior estresse, ativando conteúdos cognitivos e emocionais de enfrentamento, pode sensivelmente, incrementar a religiosidade nestes indivíduos como forma de *coping* em saúde, haja vista a média total da escala nesta amostra ser sensivelmente superior à de estudantes (ver tabelas 3 e 4) (SMITH *et al.*, 2003).

Os resultados que apontam a ausência de associação entre as medidas de religiosidade e a medida de qualidade de vida na amostra psiquiátrica podem dever-se à situação de maior fragilidade social na qual se encontram os sujeitos

desta amostra em relação à amostra de estudantes universitários. Fatores como menor nível socioeconômico, menor escolaridade, situação atual de adoecimento, etc., que interferem na autonomia e funcionalidade dos sujeitos, se manifestam no resultado do instrumento independentemente da religiosidade dos mesmos, na medida em que questões como condições ambientais e sociais são abordadas pela ferramenta. Na amostra de pacientes psiquiátricos, apenas a medida de espiritualidade se correlacionou de forma significativa com a WHOQOL-BREF, com ênfase no domínio psicológico, possivelmente por ter sido desenvolvida no âmbito de uma medida de qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2007).

Em ambas as amostras, foram observadas fracas correlações inversas, porém bastante significativas, entre depressão e religiosidade intrínseca, quando esta é medida pelo IRI, mas não pelo DUREL-RI. Estes achados relacionam-se com uma meta-análise de 147 estudos que demonstrou uma inversa correlação entre envolvimento religioso e depressão (-0.10), cujo índice aumentou para -0.15 em populações estressadas (SMITH; MCCULLOUGH; POLL, 2003). No que se refere à ansiedade, somente na amostra clínica foi observada fraca e inversa associação significativa, compreendendo todas as medidas e variáveis estudadas. Estes resultados corroboram os achados de Tapanya (1997, *apud* INZLICHT *et al.*, 2009) que indicam que algumas formas de religiosidade associam-se negativamente à ansiedade. Portanto, o IRI, segundo as correlações observadas entre os instrumentos de religiosidade e espiritualidade e os instrumentos de saúde mental e qualidade de vida apresentada no corpo deste trabalho, parece ser bastante útil no contexto clínico, especialmente, no que se refere à compreensão dos fatores que envolvem o adoecimento e reabilitação do sujeito. Este instrumento, conforme demonstrado aqui, associa-se inversamente às medidas de doença mental utilizadas, ao contrário do índice de religiosidade intrínseca da DUREL que associou-se apenas à medida de ansiedade na amostra de pacientes.

Dentre as hipóteses levantadas para explicar a relação entre religiosidade e saúde, diversos autores discutem os possíveis mecanismos mediante os quais a religiosidade pode atuar no arrefecimento do sofrimento vivenciado pelos indivíduos de um modo geral, da perspectiva psicossocial. Harold G. Koenig (2009) argumenta que a religião apresenta-se como um poderoso mecanismo de enfrentamento das

dificuldades na medida em que capacita as pessoas a elaborarem um sentido para o sofrimento, provendo um senso de controle sobre as esmagadoras forças (internas e externas), e a promoverem regras sociais que facilitam a vida em comunidade, cooperação e suporte mútuo. Visto que a religião oferece uma interpretação da origem do homem e do mundo, as crenças religiosas influenciam o modo como os religiosos enfrentam (interpretam) situações de estresse, sofrimento e demais problemas pessoais (HOOK *et al.*, 2010). Por meio da religiosidade, o sujeito procura ter maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, em busca de paz, autoconfiança (fundamentada na confiança em um poder superior, Deus) e mais apto ao perdão, conjugando importantes fatores associados à promoção do bem estar e à geração de uma imagem positiva de si mesmo (HARRIS *et al.*, 2008; KONSTAM *et al.*, 2000).

Em síntese, de acordo com Koenig (2001) e Levin e Chatters (1998, *apud* Cohen, 2002) são vários os possíveis mediadores da associação entre religiosidade e bem-estar, incluindo as regras de conduta estabelecidas pelo sistema de crenças que, voltado para a transcendência do sujeito, estão presentes no casamento, incentivando atividades e comportamentos saudáveis, fornecendo suporte social, otimismo, esperança, sentimento de pertença a um grupo (identidade), crença de que algo o protege das adversidades, favorecendo a menor frequência de comportamentos de risco, propósito e sentido na vida e maior senso de controle interno (BAETZ; TOEWS, 2009). No que se refere aos suportes médicos e *coping* positivo em saúde, a religião pode incentivar a adesão e continuidade ao tratamento e ajudar o sujeito a integrar-se a uma comunidade (VAN DER MEER SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Espiritualidade pode ser relacionada à satisfação com a vida, na medida em que pessoas espiritualistas, dentre poucas possibilidades disponíveis num contexto específico de adoecimento, podem ser capazes explicar eventos incompreensíveis sob o viés materialista (paradigma cartesiano-newtoniano), sentir proximidade a Deus, ter uma visão positiva do mundo e do futuro, encontrar conforto em suas crenças religiosas e sentir que suas vidas têm propósito (CAMPBELL; YOON; JOHNSTONE, 2011; CAPRA, 1982).

Dentre as hipóteses que podemos levantar que explicariam os possíveis mecanismos envolvidos na associação entre religiosidade e bem-estar social estão a integração social, a regulação social e as práticas religiosas. Na primeira hipótese, de integração social, os vínculos e suportes sociais promovidos pela comunidade religiosa criariam um contexto de amparo e sensação de maior proteção frente às adversidades, gerando melhor qualidade nas relações pessoais. Na hipótese de regulação social, as regras e normas subjacentes ao sistema de crenças regulamentariam o comportamento do sujeito religioso, sendo estimulada, reforçada e suportada pelos pares. Por fim, práticas religiosas (aos níveis comportamentais, cognitivos e emocionais) operacionalizadas pela fé, a oração/reza, a confissão, o perdão, seriam capazes de promover bem-estar espiritual, estabilidade emocional e imunológica, autoconhecimento, reduzir tensão e ansiedade, influenciar o humor e modificar adaptativamente o comportamento de forma funcional (KONSTAM *et al.*, 2000; TOSTA, 2004). Neste ponto, é importante destacar o estudo de Tosta (2004) que investigou o efeito da oração sobre a atividade imunitária de estudantes de Medicina sadios. O modo como este estudo foi delineado (presença de grupo controle, aleatorizado, longitudinal e duplo-cego) trouxe fortes evidências de que a oração pode atuar na redução da variação da fagocitose de neutrófilos e monócitos, sem relação com a variação do nível de estresse. Depois de realizada a intervenção, na qual um dos grupos recebeu orações por meio de intercessoras com duração de uma semana, os efeitos descritos acima foram observados dentro grupo ($p=0,019$) e entre grupos ($p=0,041$). Neste caso, a possível explicação dos resultados observados pode estar para além do que a perspectiva monista-materialista da relação mente cérebro é capaz de conceber (BEAUREGARD; O'LEARY, 2007).

Da perspectiva neurofisiológica, de acordo com o argumento de Inzlicht *et al.* (2009), a convicção religiosa, por reduzir as incertezas da vida, o conflito cognitivo e a previsão de erro, na medida em que provê um sistema semântico que acomoda com sucesso a experiência, atua como um ansiolítico, neutralizando (*buffering*) os estados detectados como ameaçadores pelo alarme cortical – o córtex cingulado anterior (CCA), mediador cerebral da ansiedade. Este mecanismo proposto pode contribuir para explicar a ansiedade reduzida em pessoas mais religiosas no presente estudo. Para explicar a associação negativa entre sintomas depressivos e religiosidade, outro estudo em neuroteologia (ramo da neurociência

dedicado a investigar a relação entre religiosidade e cérebro/sistema nervoso) verificou que a mesma área envolvida em estados emocionais positivos e na supressão da tristeza, o giro frontal médio direito (área de Brodmann 11), foi ativada quando os sujeitos da pesquisa responderam afirmações que se referiam a conceitos sobre Deus, especificamente ao amor de Deus (KAPOGIANNIS *et al.*, 2009). Desse modo, demonstrou-se ser, a nível cortical, excludente pensar e sentir o amor de Deus e ter sintomas de tristeza (relativos à depressão).

Como todo empreendimento humano e, conseqüentemente, a investigação científica, o presente trabalho apresenta algumas limitações que merecem destaque. Primeiro, nossa amostra sadia foi composta de jovens estudantes universitários. As propriedades psicométricas do IRI devem ser determinadas em amostras da população geral considerando diferentes grupos etários e níveis educacionais. Segundo, nossa amostra clínica heterogênea foi extraída de um centro terciário de assistência à saúde. Torna-se necessário investigar as propriedades psicométricas do IRI em centros comunitários de saúde mental com a inclusão de casos menos graves. Em terceiro, devem ser utilizadas medidas fisiológicas para se determinar os índices de saúde de cada população, juntamente com escalas psicométricas. Por fim, outra limitação se refere ao tipo de estudo, caracterizado como transversal. Neste sentido, são necessários outros estudos prospectivos para investigar mais detalhadamente a existência da relação causa-efeito, de modo a corroborar ou não as hipóteses levantadas pelo presente estudo.

6 CONCLUSÕES

Em conclusão, o IRI é um instrumento válido e adequado para mensuração da religiosidade, em particular, da religiosidade intrínseca, e pode significativamente contribuir para o estudo do impacto da religião na saúde mental e física e de qualidade de vida em diferentes amostras brasileiras.

A partir da utilização deste instrumento, pode-se corroborar a associação significativa entre saúde mental e qualidade de vida com religiosidade e,

particularmente, com a dimensão intrínseca da religiosidade, especialmente na amostra de estudantes universitários. No entanto, na amostra de pacientes, esta evidência mostrou padrão similar no que se refere ao construto ansiedade, parcialmente para a depressão e ausente para a qualidade de vida.

Assim, a despeito da tradicional desvalorização do construto religiosidade/espiritualidade no âmbito acadêmico e da clínica psicológica, este estudo corrobora com as evidências de que o sujeito que apresenta sofrimento psíquico, caso coincida como mais de 90% da população mundial no que se refere às práticas religiosas, pode-se beneficiar do manejo adequado de suas crenças religiosas/espirituais a favor da resiliência em saúde mental e no fortalecimento do *coping* religioso positivo. Sendo assim, os achados do presente estudo estão alinhados com e fortalecem uma emergente concepção integral do sujeito, na qual os aspectos biológico, psicológico, social e espiritual (existencial ou transpessoal) interagem de modo complexo e dinâmico na compreensão do ser humano, na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento de patologias.

REFERÊNCIAS

- ABDEL-KHALEK, A. M.; LESTER, D. Constructions of religiosity, subjective well-being, anxiety, and depression in two cultures: Kuwait and USA. **Int. J. Soc. Psychiatry**, Epub Nov, 2010.
- ALLPORT, G. W. **The individual and his religion**: a psychological interpretation. New York: Macmillan, 1950.
- ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **J. Pers. Soc. Psychol.**, v.5, n.4, p. 432-443, Abr. 1967.
- ALMEIDA, A. A. S.; ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, supl. 1, p. 34-41, 2007.
- ALMEIDA, A. M. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.
- ANDRADE, L. H.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação da ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 6, p. 285-290, nov./dez. 1998. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/ansi256a.htm>>. Acesso em: 10 de setembro de 2010.
- ARANDA, M. P. Relationship between religious involvement and psychological well-being: a social justice perspective. **Health Soc. Work**, v.33, n.1, p. 9-21, 2008.
- AZARI, N. P.; NICKEL, J.; WUNDERLICH, G.; NIEDEGGEN, M.; HEFTER, H.; TELLMANN, L.; HERZOG, H.; STOERIG, P.; BIRNBACHER, D.; SEITZ, R. J. Neural correlates of religious experience. **Eur. J. Neurosci.**, v. 13, n. 8, p.1649-1652, Abr. 2001.
- BAETZ, M.; TOEWS, J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. **Can. J. Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 292-301, Mai. 2009.
- BEAUREGARD, M.; O'LEARY, D. **The Spiritual Brain: A Neuroscientist's Case for the Existence of the Soul**. São Francisco: Harper One, 2007
- BEAUREGARD, M.; PAQUETTE, V. Neural correlates of a mystical experience in Carmelite Nuns. **Neuroscience Letters**, v. 405, p. 186–190, 2006.
- BECK, A. T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G. STEER, R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v. 56, n. 6, p. 893-897, Dez. 1988.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, Jun. 1961.

BENSON, H.; PUCHALSKI, C. M. **Spirituality and healing in Medicine**. Conference recording service. Disponível em: <<http://cme.med.harvard.edu/cmeups/custom/00271464/00271464.htm>>. Acesso em: 12 de maio de 2010.

BLAZER, D. G. Religion, spirituality, and mental health: what we know and why this is a tough topic to research. **Can. J. Psychiatry**, v. 54, n. 5, p.281-282, Mai. 2009.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA, C. JR.; PEREIRA, W.A. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. **Rev. Saude Publica**, v. 29, n. 5, p.355-363, Out. 1995.

BRAAM, A. W.; SCHRIER, A. C.; TUINEBREIJER, W. C.; BEEKMAN, A. T.; DEKKER, J. J.; DE WIT, M. A. Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: a comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. **J Affect Disord**, v.125, n.1-3, p. 269-78, Set. 2010.

BUSSING, A.; OSTERMANN, T.; MATTHIESSEN, P.F. Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 3, p. 10, 2005.

CAMPBELL, J. D.; YOON, D. P.; JOHNSTONE, B. Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. **J. Relig. Health**, v. 49, n. 1, p. 3-17, Mar. 2011.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982

CARVALHO, C. D. R. **Luto e religiosidade**. 2006. Disponível em:<<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0059.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2008.

COHEN, A. B. The importance of spirituality on well-being for Jews and Christians. **J. Happiness Studies**, v. 3, p. 287–310, 2002;

COMTE-SPONVILLE, A. **O Espírito do ateísmo**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007.

CORREA, A. A.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; MENEZE, P.R.; VALLADA, H.; SCAZUFCA, M. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the Sao Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Rev Bras Psiquiatr**, Epub Out. 2010.

CRUZ, M.; SCHULZ, R.; PINCUS, H.A.; HOUCK, P.R.; BENSASI, S.; REYNOLDS, C.F.; The association of public and private religious involvement with severity of depression and hopelessness in older adults treated for major depression. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 17, n. 6, p. 503-507, Jun. 2009.

CUNHA, A. A. **Manual das versões em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DALGALARRONDO, P. **Religião psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEVELOPMENT of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol Med**, v. 28, n.3, p. 551-558, Mai. 1998.

DEW, R. E.; DANIEL, S. S.; GOLDSTON, D. B.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and depression in adolescent psychiatric outpatients. **J Nerv Ment Dis**, v. 196, n.3, p. 247-251, Mar. 2008.

_____. A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. **J Affect Disord**, v.120, n.1/3, p.149-157, Jan. 2010.

DWYER, J. W.; CLARKE, L. L.; MILLER, M.K. The effect of religious concentration and affiliation on county cancer mortality rates. **J Health Soc Behav**, v. 31, n. 2, p. 185-202, Jun. 1990.

ENCICLOPÉDIA Barsa. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica Editores, 2006.

EVERDOSA, G. N. **Personalidade, bem-estar e espiritualidade: a influência das metas e motivações últimas na prevenção da saúde**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica e Psicobiologia, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 2004.

FARINACCIO, J. R. **Faith with reason**. New Jersey: Bookspeccs Publishing, 2002.

FIGUEIREDO, G. R.; TOLEDO FERRAZ, M. P. Hospício, caridade e psiquiatria. **Revista ABBP-APAL**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 1998.

FLECK, M. P.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G.; DA ROCHA, N. S. Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 4, p. 446-455, Ago. 2003.

FLECK, M. P.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. Associação Médica Brasileira. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev Bras Psiquiatr**. v. 25, n. 2, p. 114-22, 2003.

FLECK, M. P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Application of the Portuguese version of the abbreviated

instrument of quality life WHOQOL-BREF. **Rev Saude Publica**, v. 34, n.2, p.178-183, Abr. 2000.

FLECK, M. P. A.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Rev Psiq Clín**, v. 34, n. 1, p. 146-149, 2007.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Mental health, quality of life and religion in an elderly sample of the Family Health Program. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCE PRESSE. A morte de Bob Marley completa 30 anos e o reggae perde força na Jamaica. G1. 10 de maio de 2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2011/05/mundo-lembra-30-anos-da-morte-de-bob-marley.html>>. Acesso em: 11 de maio de 2011.

FRAZER, A.; MOLINOFF, P. B.; WINOKUR, A. **Biological bases of brain function and disease**. Nova Iorque: Raven Press, 1994.

FREIHEIT, S. R.; SONSTEGARD, K.; SCHMITT, A.; VYE, C. Religiosity and spirituality: A psychometric evaluation of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. **Pastoral Psychology**, v. 55, p. 27-33, 2006.

FREUD, S. **O futuro de uma ilusão**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1998.

GARCÉS, J. Perspectivas actuales en psicología de la religión. **Estudios de Psicología**, v. 23/24, p. 187-198, 1985.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1989.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res**, v. 29, n. 4, p. 453-457, Abr. 1996.

HACKNEY, C. H.; SANDERS, G. S. Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. **J Sci Stud Relig**, v. 42, n. 1, p. 43-55, 2003.

HALL, B. A. Ways of maintaining hope in HIV disease. **Res Nurs Health**, v. 17, n. 4, p. 283-293, Ago. 1994.

HALL, D. E.; KOENIG, H. G.; MEADOR, K.G. Hitting the target: why existing measures of "religiousness" are really reverse-scored measures of "secularism". **Explore (NY)**, v. 4, n. 6, p. 368-373, Nov./Dec. 2008.

HALSTEAD, M. T.; FERNSLER, J. I. Coping strategies of long-term cancer survivors. **Cancer Nurs.**, v. 17, n. 2, p. 94-100, Abr. 1994.

HARRIS, S. K.; SHERRITT, L. R.; HOLDER, D. W.; KULIG, J.; SHRIER, L. A.; KNIGHT, J. R. Reliability and validity of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality among adolescents. **J Relig Health**, v. 47, n. 4, p. 438-457, Dez. 2008.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. **Am Psychol**, v. 58, n.1, p. 64-74, Jan. 2003.

HIRSCHFELD, R. M.; CALABRESE, J. R.; WEISSMAN, M. M.; REED, M.; DAVIES, M. A.; FRYE, M. A.; KECK, P. E. JR.; LEWIS, L.; MCELROY, S. L.; MCNULTY, J. P.; WAGNER, K. D. Screening for bipolar disorder in the community. **J Clin Psychiatry**, v. 64, n. 1, p. 53-9, 2003.

HOOD JUNIOR, R. W. The construction and preliminary validation of a measure of reported mystical experience. **J Sci Stud Relig**, v. 14, p. 29-41, 1975.

HOOK, J. N.; WORTHINGTON JUNIOR, E. L.; DAVIS, D. E.; JENNINGS, D. J.; GARTNER, A. L.; HOOK, J. P. Empirically supported religious and spiritual therapies. **J Clin Psychol**, v. 66, n.1, p. 46-72, Jan. 2010.

HOTOPF, M.; CHIDGEY, J.; ADDINGTON-HALL, J.; LY, K. L. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. **Palliat Med**, v. 16, n. 2, p. 81-97, 2002.

HUANG, C. Y.; HSU, M. C.; CHEN, T. J. An exploratory study of religious involvement as a moderator between anxiety, depressive symptoms and quality of life outcomes of older adults. **J Clin Nurs**, v. 21, n. 5-6, p. 609-19, 2012.

INZLICHT, M.; MCGREGOR, I.; HIRSH, J. B.; NASH, K. Neural markers of religious conviction. **Psychol Sci**, v. 20, n. 3, p. 385-92, Mar. 2009.

JAMES, W. **The varieties of religious experience**: a study in human nature. Project Gutenberg EText, 1996. Disponível em: <<http://www.gutenberg.org/ebooks/621>>. Acesso em: 2 de setembro de 2010.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KAPOGIANNIS, D.; BARBEY, A. K.; SU, M.; ZAMBONI, G.; KRUEGER, F.; GRAFMAN, J. Cognitive and neural foundations of religious belief. **Proc Natl Acad Sci USA**, v. 106, n. 12, p. 4876-4881, 2009.

KATON, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. **Biol Psychiatry**. v. 54, n. 3, p. 216-26, 2003.

KIECOLT-GLASER, J. K.; GLASER, R. Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality. **J Psychosom Res**, v. 53, n. 4, p. 873-6, 2002.

KNAPP, R. G.; MILLER III, M. C. **Clinical epidemiology and biostatistics**. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1992.

KNIGHT, J. R.; SHERRITT, L.; HARRIS, S. K.; HOLDER, D. W.; KULIG, J.; SHRIER, L. A.; GABRIELLI, J.; CHANG, G. Alcohol use and religiousness/spirituality among adolescents. **South Med J**, v. 100, n. 4, p. 349-355, 2007.

KOENIG, H. G. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. **Int J Psychiatry Med.**, v.31, n.1, p. 97-109, 2001.

_____. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. **Can. J. Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 283-291, Mai. 2009.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **Am J Psychiatry**, v.155, n. 4, p. 536-542, Abr. 1998.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B. Religion and mental health: evidence for association. **Int Rev Psychiatr**, v. 13, p. 67-78, 2001.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H.; PARKERSON JUNIOR, G. R.; MEADOR, K.G. Religion index for psychiatric research. **Am J Psychiatry**, v. 154, n. 6, p. 885-886, Jun. 1997.

KONSTAM, V.; MARX, F.; SCHURER, J.; HARRINGTON, A.; LOMBARDO, N. E.; DEVENEY, S. Forgiving: what mental health counselors are telling us. **Journal of Mental Health Counseling**, v. 22, p. 253-267, 2000.

KRAUSE, N.; WULFF, K. W. Religious doubt and health: exploring the potential dark side of religion. **Sociology of Religion**, v. 65, n. 1, p. 35-56, 2004.

KROLL, J. A reappraisal of psychiatry in the Middle Ages. **Arch Gen Psychiatry**, v. 29, n. 2, p. 276-283, Ago. 1973.

LACERDA, A. L. T.; QUARANTINI, L. C.; MIRANDA-SCIPA, A. M. A.; DEL PORTO, J. A. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto alegre: Artmed, 2009.

LAGE, A. M. V.; MONTEIRO, K. C. C. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática em hospital universitário**. Fortaleza: Edições UFC, 2007

LEVIN, J. S.; VANDERPOOL, H. Y. Is religion therapeutically significant for hypertension? **Soc Sci Med**, v. 29, n.1, p. 69-78, 1989.

LEWIS, A. Problems Presented by the Ambiguous Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. In: **The Later Papers of Sir Aubrey Lewis**. Oxford University Press, 1979.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Med Educ**, v. 44, n. 5, p. 527, Mai. 2010.

LUCCHETTI, G.; GRANERO LUCCHETTI, A. L.; PERES, M.F.; LEÃO, F.C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **J Relig Health**, Epub nov. 2010.

MICHALAK, E. E.; TAM, E. M.; MANJUNATH, C.V.; SOLOMONS, K.; LEVITT, A.J.; LEVITAN, R.; ENNS, M.; MOREHOUSE, R.; YATHAM, L.N.; LAM, R.W. Generic and health-related quality of life in patients with seasonal and nonseasonal depression. **Psychiatry Res**, v. 128, n. 3, p. 245-251, Out. 2004.

MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 37, n. 2, p. 41-42, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). **Soc Sci Med**, v. 63, n.4, p. 843-845, Ago. 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n.3, p. 242-250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; ALOE, F.; LOTUFO NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev Psiq Clín**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiq Clín**, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

MUELLER, P. S.; PLEVAK, D. J.; RUMMANS, T. A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. **Mayo Clin Proc**, v. 76, n. 12, p. 1225-35, Dez. 2001.

MURAMOTO, O. The role of the medial prefrontal cortex in human religious activity. **Med. Hypotheses**, v. 62, n. 4, p. 479-485, 2004.

NEWBERG, A.; POURDEHNAD, M.; ALAVI, A.; D'AQUILI, E. G. Cerebral blood flow during meditative prayer: preliminary findings and methodological issues, **Percept Mot Skills**, v. 97, p. 625–630, 2003.

OLECKNO, W. A.; BLACCONIERE, M. J. Relationship of religiosity to wellness and other health-related behaviors and outcomes. **Psychol Rep**, v. 68, n.3, pt. 1, p. 819-826, Jun. 1991.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

_____. **Instrumentos psicológicos:** manual prático de elaboração. Brasília: Labpam & Ibapp, 1999.

_____. **Técnicas de exame psicológico:** fundamento das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia, 2001.

_____. (Org.). **Instrumentação psicológica:** fundamentos e prática. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev Psiq Clín**, v. 34, p. 136-145, 2007.

PERSINGER, M. A. Religious and mystical experiences as artefacts of temporal lobe function: a general hypothesis, **Percept Mot Skills**, v. 57, p. 1255–1262, 1983.

PERSINGER, M. A. The neuropsychiatry of paranormal experiences. **J. Neuropsychiatry Clin Neurosci**, v.13, n. 4, p.515-524, 2001.

PHILLIPS, L. L.; PAUKERT, A. L.; STANLEY, M. A.; KUNIK, M. E. Incorporating religion and spirituality to improve care for anxiety and depression in older adults. **Geriatrics**, v. 64, n. 8, p. 15-18, Ago. 2009.

PIRUTINSKY, S.; ROSMARIN, D. H.; HOLT, C. L.; FELDMAN, R. H.; CAPLAN, L. S.; MIDLARSKY, E.; PARGAMENT, K. I. Does social support mediate the moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between physical health and depressive symptoms among Jews? **J Behav Med**, v. 34, n. 6, p. 489-96, Fev. 2011.

PLANTE, T. G.; BOCCACCINI, M. T. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. **Pastoral Psychology**, v. 45, n. 5, p. 375-387, 1997a.

PLANTE, T. G.; BOCCACCINI, M. T. Reliability and Validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. **Pastoral Psychology**, v. 45, n. 6, p. 429-437, 1997b.

PLANTE, T. G.; VALLAEYS, C. L.; SHERMAN, A. C.; WALLSTON K. A. The Development of a Brief Version of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. **Pastoral Psychology**, v. 50, n. 5, p. 359-368, 2002.

PLANTE, T. G.; YANCEY, S.; SHERMAN, A.; GUERTIN, M.; PARDINI, D. Further Validation for the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. **Pastoral Psychology**, v. 48, n. 1, p. 11-21, 1999.

PRATT, L. A.; FORD, D. E.; CRUM, R. M.; ARMENIAN, H. K.; GALLO, J. J.; EATON, W. W. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow-up. **Circulation**, v. 94, n. 12, p. 3123-9, 1999.

SAVER, J. L.; RABIN, J. The neural substrates of religious experience. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci**, v. 9, n.3, p. 498-510, 1997.

SHERMAN, A. C.; PLANTE, T. G.; SIMONTON, S.; ADAMS, D. C.; BURRIS, S. K.; HARBISON, C. Assessing Religious Faith in Medical Patients: Cross-Validation of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. **Pastoral Psychology**, v. 48, n. 2, p. 129-141, 1999.

SHREVE-NEIGER, A. K.; EDELSTEIN, B. A. Religion and anxiety: a critical review of the literature. **Clin Psychol Rev**, v. 24, n. 4, p. 379-397, Ago. 2004.

SMITH, T. B.; MCCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychol Bull**, v. 129, n. 4, p. 614-636, Jul. 2003.

STORCH, E. A.; ROBERTI, J. W.; HEIDGERKEN, A. D.; STORCH, J. B.; LEWIN, A. B.; KILLIANY, E. M.; BAUMEISTER, A. L.; BRAVATA, E. A.; GEFFKEN, G. R. The Duke Religion Index: a psychometric investigation. **Pastoral Psychology**, v. 53, n. 2, p. 175-181, 2004.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M.I.; FREIRE, G. **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008.

TOSTA, C. E. **A prece cura?** Brasília med, v. 41, p. 38-45, 2004.

TOWNSEND, M.; KLADDER, V.; AYELE, H.; MULLIGAN, T. Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. **South Med J**, v.95, n.12, p.1429-34, Dez. 2002.

VAN DER MEER SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A. Religious intervention and recovery from drug addiction. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 2, p. 265-72, Abr. 2008.

VISSER, A.; GARSSSEN, B.; VINGERHOETS, A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. **Psychooncology**, v. 19, n. 6, p. 565-72, Jun. 2010.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-70, Jun. 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Nós estamos o(a) convidando a participar de uma pesquisa intitulada “Desenvolvimento e validação de um novo instrumento de mensuração da religiosidade na população brasileira”, projeto de mestrado em Ciências Médicas do psicólogo Tauily Claussen D’Escragnolle Taunay, sob orientação do profº Dr. Andre Ferrer, do Departamento de Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa visa a construção e validação de um novo instrumento de mensuração da religiosidade na população brasileira. Para isto, os voluntários serão entrevistados e responderão a questionários destinados a apreciação de aspectos como: qualidade de vida, depressão, ansiedade, religiosidade e espiritualidade. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) do Departamento de Fisiologia e Farmacologia (nº de protocolo 085/08) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) (nº de protocolo 023.04.09).

É necessário esclarecer que: 1. A participação na pesquisa deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. Ao participar da pesquisa, a pessoa será exposta a um risco mínimo; 3. A sua identificação ficará mantida em segredo; 4. A desistência poderá ocorrer a qualquer momento; 5. Será permitido acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 6. Somente após ter sido devidamente esclarecido e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar esse documento, significando a sua autorização para participar da pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de 2010

Assinatura do voluntário(a)

Assinatura do responsável pelo estudo

Iniciais do sujeito: _____
Prontuário: _____

Contatos do(a) participante-voluntário(a)
Telefone(s): _____
Email: _____

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Faculdade de Medicina, Departamento de Fisiologia e Farmacologia

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo Nº: 1127 Bairro: Rodolfo Teófilo

Telefone para contato com o autor do trabalho: 85-8837.8621

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo Telefone: 3366.8338

APÊNDICE B -PROTOCOLO DE PESQUISA – PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Data: ___/___/_____

Masculino () Feminino ()

Destro () Canhoto ()

Iniciais do sujeito: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade (anos): _____ () Naturalidade: _____

Profissão: _____ Religião: _____

Endereço: _____ Possui
alguma doença? _____

Há quanto tempo? _____

Medicações: _____

Resumo dos dados dos instrumentos:

ERIUFC: _____ DUKE O: _____ DUKE NO: _____ DUKE I: _____

WHOQOL E: _____ WHOQOL: _____ HAD A: _____ HAD D: _____

ESCALA DE RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (ERIUFC)

Com o questionário a seguir, queremos conhecer um pouco sobre sua religiosidade. Favor responder o questionário abaixo utilizando a seguinte numeração:

Nunca / nada	Raramente / pouco	Ocasionalmente / médio	Frequentemente / muito	Sempre / extremamente
1	2	3	4	5

- Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior?
1 2 3 4 5
- Sua crença religiosa é extremamente importante para você?
1 2 3 4 5
- Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você?
1 2 3 4 5
- Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida?
1 2 3 4 5
- Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa?
1 2 3 4 5
- Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida?
1 2 3 4 5
- Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você?
1 2 3 4 5

8. Você se considera uma pessoa mais religiosa do que as outras pessoas?
1 2 3 4 5
9. Você se considera ativo(a) na sua crença religiosa?
1 2 3 4 5
10. Você já teve experiências as quais pareceram sagradas para você?
1 2 3 4 5
11. Você acredita na interpretação religiosa da origem do mundo?
1 2 3 4 5
12. Você acredita na força da sua oração?
1 2 3 4 5
13. Você acredita na ocorrência de milagres?
1 2 3 4 5
14. Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros?
1 2 3 4 5

APÊNDICE C - INVENTÁRIO DE RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA - UFC

Data: ___/___/_____

Nome: _____

Gênero: Masculino () Feminino Lateralidade: () Destro () Canhoto ()

Idade: _____ Escolaridade: _____ Religião: _____

Estado civil: _____ Profissão: _____

Com o questionário a seguir, queremos conhecer um pouco sobre sua religiosidade. Favor responder o questionário abaixo utilizando a seguinte numeração:

Nunca / nada	Raramente / pouco	Ocasionalmente / médio	Frequentemente / muito	Sempre / extremamente
1	2	3	4	5

15. Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior? 1 2 3 4 5
16. Sua crença religiosa é extremamente importante para você? 1 2 3 4 5
17. Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você? 1 2 3 4 5
18. Sua crença religiosa provê sentido e propósito para sua vida? 1 2 3 4 5
19. Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa? 1 2 3 4 5
20. Sua crença religiosa é fonte de inspiração para sua vida? 1 2 3 4 5
21. Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você? 1 2 3 4 5
22. Você acredita na força da sua oração? 1 2 3 4 5
23. Você acredita na ocorrência de milagres? 1 2 3 4 5
24. Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros? 1 2 3 4 5

Total: _____

ANEXOS

ANEXO A - ÍNDICE DUKE DE RELIGIOSIDADE (DUREL)

Com o questionário a seguir, queremos conhecer um pouco mais sobre sua religiosidade. Assinale a opção que melhor descreve o grau no qual cada item abaixo se aplica a você. Assinale apenas um número para cada item.

1. Com que freqüência você vai à igreja, templo ou outro encontro religioso?
 1. Mais de uma vez/semana
 2. Uma vez/semana
 3. Duas a três vezes/mês
 4. Algumas vezes/ano
 5. Uma vez ou menos/ano
 6. Nunca

2. Com que freqüência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
 1. Mais do que uma vez ao dia
 2. Diariamente
 3. Duas ou mais vezes por semana
 4. Uma vez por semana
 5. Poucas vezes por mês
 6. Raramente ou nunca

3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
 1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
 1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
 1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

ANEXO B - Questionário WHOQOL - módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais

As questões seguintes referem-se às suas crenças pessoais, e o quanto elas afetam sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Elas referem-se às duas últimas semanas.

1. Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

2. Em que extensão você sente um significado em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

3. Em que extensão suas crenças pessoais dão-lhe forças para enfrentar dificuldades?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4. Em que extensão suas crenças pessoais ajudam-no a entender as dificuldades na vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

ANEXO C – Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar 	7	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar 	8	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso 	9	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	<ul style="list-style-type: none"> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo 	10	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado 	11	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
6	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido 	12	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13	<ul style="list-style-type: none"> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões 	18	<ul style="list-style-type: none"> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite

<p>14</p>	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio</p>	<p>19</p>	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
<p>15</p>	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	<p>20</p>	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
<p>16</p>	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	<p>21</p>	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
<p>17</p>	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

ANEXO D - Inventário Beck de Ansiedade - BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO E - WHOQOL – BREF

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas **últimas duas semanas**, uma questão poderia ser:

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETA MENTE	
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5	

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETA MENTE	
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5	

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.						
	MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOA	BOA	MUITO BOA	
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	WO1____
	MUITO INSATISFEI TO	INSATISFEIT O	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEIT O	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	WO2____
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
	NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAM ENTE	
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	WO3____
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	WO4____
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	WO5____
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	WO6____
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	WO7____
8. Quão seguro(a) você	1	2	3	4	5	WO8____

se sente em sua vida diária?						
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	WO9__
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE	
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W10__
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	W11__
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	W12__
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W13__
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	W14__
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
	MUITO RUI M	RUI M	NEM RUI M NEM BOM	BOM	MUITO BOM	
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	W15__
	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	W16__
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W17__
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	W18__
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	W19__
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	W20__
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	W21__
22. Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5	W22__

<p>23. Você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p>						
<p>23. Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?</p>	1	2	3	4	5	W23__
<p>24. Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</p>	1	2	3	4	5	W24__
<p>25. Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?</p>	1	2	3	4	5	W25__
<p>As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.</p>						
	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTE MENTE	MUITO FREQUENTEMENTE	SEMPRE	
<p>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p>	1	2	3	4	5	W 26__

ANEXO F - QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão, responda espontaneamente. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

<p>1) Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> <p>2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 3 () Já não sinto mais prazer em nada 2 () Só um pouco 1 () Não tanto quanto antes 0 () Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p> <p>4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () De um tempo pra cá, um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p> <p>5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p> <p>6) Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p> <p>7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p>	<p>8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> <p>9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p> <p>10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p> <p>12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p> <p>13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p> <p>14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>
---	--

