ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL (ESCALA CRE): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA RCOPE, ABORDANDO RELAÇÕES COM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Raquel Gehrke Panzini

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção
do Grau de Mestre em Psicologia
sob orientação da Profª. Drª. Denise Ruschel Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Outubro de 2004.

“Dedico este trabalho a Deus e à Espiritualidade Maior,
aos meus pais Suzana e Reonardo,
e ao meu marido Mauro –
aqueles que fazem com que tudo seja possível em minha vida”

AGRADECIMENTOS

Sempre que determinado trabalho é realizado por um, ele contém a contribuição de muitos. A todos aqueles que possibilitaram a realização deste, presto meu tributo, através de sinceros e profundos votos de agradecimento:

Em primeiro lugar, agradeço à Denise Ruschel Bandeira, minha orientadora, mestre, colega e amiga, que há dez anos acredita em meu trabalho e, com competência e amizade têm conduzido nossa relação profissional e pessoal. Não tenho palavras para descrever tudo quanto cresci em sua companhia. Agradeço, especialmente, por ter aceitado sem reservas o tema de minha dissertação;

Agradeço muitíssimo (1) à Carolyn M. Aldwin por ter abordado o tema "Religião e Saúde" no prefácio à edição em brochura de seu livro sobre estresse, *coping* e desenvolvimento, e (2) à Adriane Arteche que, sem o saber, importando tal livro e posteriormente me emprestando para lê-lo, proporcionou que eu tomasse contato com o *coping* religioso (e espiritual) e, assim, decidisse modificar todo o rumo de minha linha de pesquisa para abordar um tema que há muito me interessava e nunca havia tido a oportunidade de a ele me dedicar academicamente;

Gostaria de agradecer imensamente a todos aqueles que, com sua valorosa participação, com sua boa-vontade em retornar os protocolos impressos ou virtuais, e com sua paciência e cuidado em respondê-los, tornaram esta pesquisa possível;

Agradeço às instituições, religiosas e não religiosas, que me acolheram para a coleta dos dados, permitindo a consecução desta pesquisa através do acesso aos seus membros participantes e/ou freqüentadores;

Agradeço aos líderes religiosos contatados e entrevistados, que em muito contribuíram para este estudo, analisando a Tradução por Especialistas Sintetizada da Escala CRE, esclarecendo sob a concepção religiosa ou espiritual de suas respectivas crenças e mediando nosso contato com algumas das instituições pesquisadas;

Agradeço aos expoentes espiritualizados que, sem participar de nenhuma instituição em particular, nos receberam e contribuíram para o entendimento daqueles aqui intitulados "sem religião", permitindo a construção de itens específicos;

Agradeço aos autores da Escala RCOPE (Pargament, Koenig & Perez, 2000) que autorizaram, na pessoa do primeiro autor, o Prof. Dr. Kenneth I. Pargament, tanto a tradução e adaptação de sua escala para o português, quanto sua publicação (Anexo A);

Agradeço à Profª Drª Nalini Tarakeshwar que deu-nos, através de sua amigável correspondência por *e-mail*, tendo sido ela orientanda do Prof. Dr. Pargament durante

seu doutoramento, importantes devoluções sobre certas questões em relação à escala RCOPE original e suas posteriores versões;

Agradeço à Thaís Leão Melo e à Elise Corrêa Rocha, graduandas em Psicologia e minhas orientandas na disciplina de Metodologia da Pesquisa, pelo interesse no tema deste trabalho e por sua participação prestativa na fase piloto do mesmo;

Agradeço à Isabela Steigleder Gozalvo, bolsista de iniciação científica e graduanda em Psicologia, que participou de diversas maneiras da segunda fase desta pesquisa, sempre prestando seu auxílio com dedicação e alegria. Tua ajuda e companheirismo foram incomparáveis;

Agradeço às colegas e Prof[as] Adriane Arteche e Janaína Pacheco por terem aplicado os protocolos em suas respectivas turmas de Psicologia;

Agradeço ao colega e Mestre Afonso Piliackas e à Lucila Knackfuss Vaz, farmacêutica, por terem participado gentilmente da tradução inicial da Escala RCOPE;

Agradeço à Débora Dalbosco Dell'Aglio e à Marúcia Patta Bardaggi por terem atuado como especialistas e consultoras neste trabalho, e à primeira, na qualidade de relatora desta pesquisa, por sua criteriosa revisão, tanto do projeto, quanto da versão final, realizadas sempre com a devida presteza, cordial coleguismo e prestimoso profissionalismo;

Agradeço à Lia Ferraz Panzini, minha sogra, por sua valorosa contribuição ao permitir o acesso à Clínica Geriátrica de sua propriedade, por ter recolhido todos os protocolos lá respondidos, e por ter torcido tanto pelo sucesso deste trabalho, mesmo quando ela mesma estava passando por certo trabalho com sua própria saúde;

Agradeço ao Mauro Ferraz Panzini, fisioterapeuta, meu marido, pelos vários meios com os quais colaborou para este trabalho: por permitir o acesso à Clínica de Fisioterapia e Odontologia onde parte da coleta desta pesquisa foi realizada; por ter recolhido com zelo todos os protocolos lá preenchidos; pela valiosa, extremamente necessária e sempre prestimosa consultoria em História, Latim e Grego; e, sobretudo, por ter me suportado, amparado e encorajado durante todo este longo processo, nunca reclamando de minha falta de tempo, nem por termos de adiar certos projetos pessoais conjuntos para que este fosse concluído, sempre me auxiliando com generosidade quando minha saúde mais de uma vez faltou e atrapalhou o andamento de nossa vida e deste estudo;

Agradeço à Suzana Maria Bender Gehrke, psicóloga, minha mãe, por ter participado de diversas fases deste trabalho, mais especificamente nas etapas de tradução e adaptação e nas análises de conteúdo realizadas através da categorização, por ter atuado como especialista, consultora e avaliadora e, acima de tudo, agradeço por sua força, seu companheirismo e por sua energia positiva, sem os quais, para começar, este trabalho não teria sido nem escrito.

Agradeço ao meu pai, Reonardo Helcias Gehrke, por estar sempre lá quando preciso; por me "emprestar" sua mulher, privando-se de sua agradável companhia, sempre que dela necessitei; por ter me mostrado a importância da curiosidade e do aprendizado; e, por ter me encorajado a realizar este Mestrado;

Agradeço aos amigos Gustavo Fuhr Santiago e Luciano Francisco Silveira da Silva pela grande ajuda, pois, com amizade, dedicação e sem cobranças, mantiveram meu velho computador sempre em dia para a realização desta pesquisa, até que pudessem contribuir em preparar o novo para semelhantes e futuros trabalhos;

Agradeço ao PPG em Psicologia do Desenvolvimento/UFGRS e à CAPES por terem me concedido uma bolsa durante meu segundo ano de Mestrado; ainda, à primeira por proporcionar um mestrado gratuito e à última, por ter e manter o Portal que, através da internet, permite aos estudantes e profissionais brasileiros entrar em contato com diversas publicações, possibilitando, assim, o trabalho de pesquisa no Brasil;

Agradeço do fundo de meu coração a todos os autores que, pelo correio ou pela internet, me enviaram *reprints* de seus artigos publicados ou *in press*, sem os quais não poderia ter realizado um trabalho tão completo já que, àquela época, aqui no Brasil, não havia uma variedade muito grande de publicações importadas nesta área de pesquisa. São eles: Daniel McIntosh, Eric Schrimshaw e Karolynn Siegel, Fereshteh A. Lewin, Harold G. Koenig, Kenneth I. Pargament, Nalini Tarakeshwar, Sheryl Catz e E. Boudreaux; e também a autora brasileira Marília Ferreira Dela Coleta, que enviou por *e-mail* a escala de sua autoria;

Agradeço às psicólogas Dr[as] Lisiane Bizarro e Clarisse Longo dos Santos, que, estando à época na Inglaterra e no Canadá, respectivamente, também contribuíram imensamente com o envio de artigos e dicas para o contato com os autores;

Agradeço ao Prof. Dr. Geraldo José de Paiva que se dispôs, por ocasião do I Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão, com amabilidade e profissionalismo, a receber-me na USP para trocar idéias sobre o campo no qual labuta há muito mais tempo, por ter compartilhado bibliografias e, embora não tenha podido aceitar participar da banca do projeto, por ter enviado parecer escrito (*e-mail*) sobre o trabalho que estava sendo realizado;

Agradeço aos membros da banca, os Professores Doutores Débora Dalbosco Dell'Aglio, Maria Lúcia Tiellet Nunes, Marisa Campio Müller e Marcelo Pio de Almeida Fleck, por terem aceitado a tarefa de se dedicar à avaliação desta pesquisa, tanto pelas sugestões à época da apresentação do seu projeto, quanto pela apreciação final desta obra, pois muito contribuíram para que este estudo se mantivesse à altura do que se espera de um trabalho científico.

Coletânea de citações sobre ciência e religião de Albert Einstein (1875-1955), alemão naturalizado americano, físico e filósofo, formulou a Teoria da Relatividade (tradução, arranjo e grifos nossos):

"Grandes espíritos têm sempre encontrado violenta oposição das mentes medíocres. A mente medíocre é incapaz de entender o homem que recusa curvar-se cegamente aos preconceitos convencionais e, ao invés, usa sua própria inteligência corajosa e honestamente, e escolhe expressar seus pensamentos e suas opiniões claramente."

"Aquele que nunca cometeu um erro, nunca tentou nada novo."

"O importante é nunca parar de questionar. A curiosidade tem sua própria razão para existir."

"A mera formulação de um problema é muito mais essencial do que sua solução, a qual pode ser meramente uma questão de habilidade matemática ou experimental. Levantar novas questões, novas possibilidades, olhar velhos problemas de um novo ângulo requer imaginação criativa e marca real avanço na ciência."

"A ciência só pode ser criada por aqueles que são completamente imbuídos com a aspiração acerca da verdade e do entendimento. A origem deste sentimento, entretanto, vem da esfera da religião... A situação pode ser expressa por uma imagem: A Ciência sem a Religião é manca; a Religião sem a Ciência é cega."

"Quanto mais avança a evolução espiritual da humanidade, mais certo me parece que o caminho para a genuína religiosidade não repousa no medo da vida e no medo da morte, ou na fé cega, mas no esforço em busca do conhecimento racional."

"Uma coisa eu aprendi em minha longa vida: que toda nossa ciência, avaliada contra a realidade, é primitiva e infantil – e ainda é a coisa mais preciosa que temos."

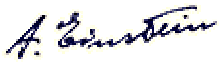
"O que eu vejo na Natureza é uma magnífica estrutura que nós podemos compreender somente imperfeitamente, e isto deve encher um pensador com um sentimento de humanidade. Este é um sentimento genuinamente religioso que não tem nada a ver com misticismo."

"A experiência mais linda que podemos ter é do misterioso. É a emoção fundamental que repousa no berço da verdadeira arte e da verdadeira ciência. Aquele que não a conhece e não pode mais se admirar, ou maravilhar-se, está como morto, e seus olhos estão obscurecidos. Foi a experiência do mistério – ainda que misturada com o medo – que engendrou a religião. O conhecimento da existência de algo que não podemos penetrar, nossas percepções da razão mais profunda e da mais radiante beleza, as quais apenas em suas formas mais primitivas são acessíveis às nossas mentes: este é o conhecimento e a emoção que constitui a verdadeira religiosidade. Neste sentido, e somente neste sentido, sou um homem profundamente religioso... Estou satisfeito com o mistério da vida eterna e com o conhecimento, um senso, da estrutura maravilhosa da existência – assim como com os humildes esforços para entender mesmo uma minúscula porção da Razão que manifesta a si mesma na natureza."

"Minha religião consiste na admiração humilde do espírito ilimitadamente superior que revela a si mesmo nos mais delicados detalhes que somos capazes de perceber com nossas frágeis e débeis mentes."

"Esta convicção profundamente emocional da presença de um poder de raciocínio superior, revelado na incompreensibilidade do universo, forma minha idéia de Deus."

"Eu quero saber como Deus criou o mundo. Não estou interessado neste ou naquele fenômeno, no espectro deste ou daquele elemento. Eu quero conhecer Seus pensamentos; o resto são detalhes."



SUMÁRIO

ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL (ESCALA CRE): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA RCOPE, ABORDANDO RELAÇÕES COM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 1

Dedicatória 2

AGRADECIMENTOS 3

Coletânea de citações de Albert Einstein 6

LISTA DE TABELAS E FIGURAS 12

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 15

RESUMO 18

ABSTRACT 19

CAPÍTULO I 20

INTRODUÇÃO 20

1. Estresse 20

2. *Coping* 22

3. Psicologia da Religião 24

4. *Coping* Religioso Espiritual (CRE) 25

4.1 Estratégias ou Métodos de CRE 26

4.2 Estilos de CRE 28

4.3 CRE e Orientação Religiosa 28

4.4 CRE e *Locus* de Controle (LOC) 30

4.5 CRE e a Religião como Esquema Cognitivo 31

4.6 Modelos Envolvendo CRE 32

4.7 CRE e Saúde 33

4.8 CRE e Qualidade de Vida (QV) 35

5. Avaliação Psicológica 42

5.1 Escalas 42

5.1.1 Escalas Psicométricas 42

5.1.2 Escalas do Tipo "Likert" 43

5.2 Parâmetros Psicométricos 44

5.2.1 Fidedignidade 44

5.2.1.1 Fidedignidade da Consistência Interna pelo *Alpha de Cronbach* (α) 45

5.2.1.2 Fidedignidade entre Juízes Avaliadores/Apuradores (*kappa*) 45

5.2.2 Validade 45
5.2.2.1 Validade de Construto 45
5.2.2.1.1 Validade de Construto através da Análise da Representação Comportamental do Construto 46
5.2.2.1.1.1 Análise Fatorial 46
5.2.2.1.1.2 Análise da Consistência Interna 48
5.2.2.1.2 Validade de Construto através de Análise por Hipótese 48
5.2.2.1.2.1 Validação Convergente/Discriminante 48
5.2.2.1.2.2 Correlações com Outros Testes/Escalas 49
5.2.2.2 Validade de Critério 49
5.2.2.2.1 Validade de Critério Preditiva 49
5.2.2.2.2 Validade de Critério Concorrente 50
5.2.2.3 Validade de Conteúdo 50
5.2.2.3.1 Validade de Conteúdo Propriamente Dita 51
5.2.2.3.2 Validade de Face ou Aparente 52
5.3 Traduções e Adaptações 52
6. Mensuração do *Coping* Religioso-Espiritual 55
6.1 Fator Religião em Instrumentos para Avaliação de *Coping* (Geral) 56
6.2 Medidas Globais *vs.* Medidas Específicas de Religiosidade, Unidimensionalidade *vs.* Multidimensionalidade, Abordagem Quantitativa *vs.* Qualitativa 56
6.3 Instrumentos Disponíveis para Avaliação de CRE 57
7. Justificativa da Escolha pela Tradução/Adaptação da RCOPE *Scale* 59
8. A Escala RCOPE: Os Muitos Métodos de *Coping* Religioso (e Espiritual) 61
9. Justificativa do Estudo 65
10. Objetivos 65
10.1 Objetivo Geral 65
10.2 Objetivos Específicos 65

CAPÍTULO II 66
MÉTODO 66
FASE I: Tradução e Adaptação da Escala 66
I.1 Tradução e Adequação Lingüística da Escala RCOPE 66
I.2 Adequação da Escala Traduzida à Realidade Cultural Brasileira, a partir de Amostra Sul-rio-grandense 67

I.3 Aplicação Piloto da Escala CRE 70
FASE II: Aplicação e Validação da Escala CRE 77
II.1 Participantes 77
II.2 Instrumentos 79
II.3 Procedimentos 80

CAPÍTULO III 82
RESULTADOS 82
1. Análise dos Dados do Questionário Geral 82
1.1 Aspectos Religioso-Espirituais da Amostra Total 82
1.2 Aspectos de Saúde da Amostra Total: Saúde Subjetiva, Saúde Objetiva e Problemas de Saúde 87
2. Análise das Situações de Estresse Citadas na Escala CRE 91
3. Avaliação dos Parâmetros Psicométricos da Escala CRE 91
3.1 Validade de Construto da Escala CRE por Análise da Representação Comportamental do Construto 91
3.1.1 Análises Fatoriais 91
3.1.1.1 Análise Fatorial do Conjunto da Escala CRE 92
3.1.1.2 Análise Fatorial da Dimensão de CRE Positivo da Escala CRE 97
3.1.1.3 Análise Fatorial da Dimensão de CRE Negativo da Escala CRE 103
3.1.1.4 Índices de Avaliação da Escala CRE 105
3.1.1.5 Matriz de Correlação dos Índices Gerais, Dimensionais e Fatoriais da Escala CRE 106
3.1.2 Análises de Consistência Interna (Validade de Construto e Fidedignidade) 108
3.2 Validade de Construto da Escala CRE através de Análise por Hipótese 109
3.2.1 Validação Convergente/Discriminante 109
3.2.1.1 Correlações entre a Escala CRE e Outras Medidas Religiosas Espirituais 109
3.2.1.2 Correlações entre a Escala CRE e a Escala AR, e entre a Escala AR e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade 110
3.2.1.3 Correlações entre a Escala CRE e o Instrumento WHOQOL-bref, e entre o WHOQOL-bref e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade 112
3.3 Validade de Critério da Escala CRE 115
3.3.1 Validade de Critério Concorrente 115
3.3.1.1 Grupos segundo o Critério "Local de Origem da Coleta" (GR/E x GG) 115
3.3.1.2 Grupos segundo o Critério "Freqüência Religiosa" (Índice FREQREL) 120

3.4 Validade de Conteúdo da Escala CRE 124
3.4.1 Validade de Face ou Aparente 124
3.4.2 Validade de Conteúdo Propriamente Dita, por Confirmação Empírica das Hipóteses Teóricas 125
4. Análises Descritivas: Médias e Desvios-Padrão dos Instrumentos e Índices Empregados 133
5. Análise das Relações entre *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), Qualidade de Vida (QV) e Saúde, através dos Instrumentos e Variáveis Investigados Neste Estudo 135
5.1 Relações entre CRE e QV 135
5.2 Relações entre Classificação Objetiva de Saúde (COS), CRE e QV 139
5.3 Relações entre Problemas de Saúde (PS), CRE e QV 140
5.4 Relações entre Classificação Subjetiva de Saúde (CSS), CRE e QV 142

CAPÍTULO IV 145
DISCUSSÃO 145
FASE I 145
I-1 Tradução 145
I-2 Adaptação 146
I-3 Estudo Piloto 148
FASE II 149
II-1 Análise dos Dados do Questionário Geral 149
II-1.1 Aspectos Religiosos/Espirituais 149
II-1.2 Aspectos de Saúde 159
II-2 Análise das Situações de Estresse Mencionadas na Escala CRE 160
II-3 Avaliação dos Parâmetros Psicométricos da Escala CRE: Validade e Fidedignidade 161
II-3.1 Validade de Construto 161
II-3.1.1 Validade de Construto por Análise da Representação Comportamental do Construto (ARCC) 161
II-3.1.2 Fidedignidade e Validade de Construto por ARCC 166
II-3.1.3 Validade de Construto através de Análise por Hipótese 168
II-3.2 Validade de Critério 172
II-3.2.1 Critério "Local de Origem da Coleta": GR/E x GG 172
II-3.2.2 Critério "Freqüência Religiosa (FR)": FR-Alta x FR-Baixa 174

II-3.3 Validade de Conteúdo 174
II-3.3.1 Validade de Conteúdo Aparente 174
II-3.3.2 Validade de Conteúdo Propriamente Dita, por Confirmação Empírica das Hipóteses Teóricas 175
II-3.3.2.1 Arranjo com Base em Hipóteses Teóricas *versus* Arranjo Empírico-Fatorial 176
II-3.3.2.1.1 Primeira Situação: RCOPE x Escala CRE 176
II-3.3.2.1.2 Segunda Situação: Escala CRE x Escala CRE (Antes e Após Teste de Campo) 179
II-3.3.2.2 Validade de Conteúdo Propriamente Dita: Conclusões 180
II-4 Análises Descritivas 180
II-5. Análise das Relações entre *Coping* Religioso Espiritual (CRE), Qualidade de Vida (QV) e Saúde, através dos Instrumentos e Variáveis Investigados Neste Estudo 183
II-5.1 Relações entre CRE e QV 184
II-5.2 Relações entre Classificação Objetiva de Saúde (COS), CRE e QV 188
II-5.3 Relações entre Problemas de Saúde (PS), CRE e QV 189
II-5.4 Relações entre Classificação Subjetiva de Saúde (CSS), CRE e QV 190

CAPÍTULO V 192
CONSIDERAÇÕES FINAIS 192

REFERÊNCIAS 201
ANEXOS 213
ANEXO A – Autorização de K. I. Pargament quanto a RCOPE (por *e-mail*) 214
ANEXO B – Escala de Atitude Religiosa 215
ANEXO C – Questionário Geral 216
ANEXO D – Parecer do Prof. Dr. Geraldo J. de Paiva 218
ANEXO E – Tradução por Especialistas Sintetizada da Escala RCOPE 219
ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS 222
ANEXO G – Escala CRE (versão com 92 itens) 223
ANEXO H – Consentimento Esclarecido para Participantes 229
ANEXO I – WHOQOL-bref (Versão aplicada em Internautas) 230
ANEXO J – Autorização - Instituições 233
ANEXO K – Escala CRE (versão final com 87 itens) 234

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Métodos ou Estratégias de *Coping* Religioso Espiritual _____ 27
Tabela 2. Itens Novos (Nacionais) Acrescentados à Escala CRE, em Relação à Escala RCOPE Original_____ 69
Tabela 3: Distribuição dos 92 Itens da Escala CRE em 33 Subescalas de Estratégias de CRE (Métodos), segundo as VII Finalidades do CRE (Objetivos) _____ 73
Tabela 4. Características da Amostra Total (*N*=616)_____ 78
Tabela 5. Locais de Coleta segundo os Grupos de Origem _____ 81
Tabela 6. Aspectos Religiosos/Espirituais da Amostra Total (*N*=616) _____ 83
Tabela 7. Freqüência a Templos ou Encontros de Natureza Religiosa (QG13)_____ 84
Tabela 8. Freqüência de Tempo Dedicado a Atividades Religiosas Privativas (QG14) __ 84
Tabela 9. Questões sobre Crescimento Espiritual _____ 85
Tabela 10. Religião Declarada pelos Participantes da Amostra (*N*=616)_____ 85
Tabela 11. Religião de Evasão _____ 86
Tabela 12. Religião de Destino (escolhida)_____ 86
Tabela 13. Categorias para o Conceito de Deus (*N*=616) _____ 86
Tabela 14. Classificação Subjetiva de Saúde (CSS) (*N*=616) _____ 88
Tabela 15. Questões Objetivas de Saúde (*N*=616)_____ 88
Tabela 16. Categorias para os Problemas de Saúde Mencionados pelos Participantes ___ 89
Tabela 17. Freqüências da Questão nº1 (WQ1) do WHOQOL-bref _____ 89
Tabela 18. Freqüências da Questão nº2 (WQ2) do WHOQOL-bref _____ 90
Tabela 19. Freqüências da Questão nº4 (WQ4) do WHOQOL-bref _____ 90
Tabela 20. Freqüências da Questão nº16 (WQ16) do WHOQOL-bref _____ 90
Tabela 21. Freqüências da Questão nº26 (WQ26) do WHOQOL-bref _____ 90
Tabela 22. Categorias para a Situação de Estresse Vivenciada pelos Participantes nos Últimos Três Anos _____ 91
Tabela 23. Matriz Fatorial da Escala CRE [89 itens] Induzida em Dois Fatores: CRE Positivo e CRE Negativo _____ 95
Tabela 24. Matriz Fatorial da Dimensão de CRE Positivo [66 itens] da Escala CRE [87 itens] _____ 98
Tabela 25. Matriz Fatorial da Dimensão de CRE Negativo [21 itens] da Escala CRE [87 itens] _____ 104
Tabela 26. Consistência Interna e Fidedignidade da Escala CRE e de suas Dimensões e Fatores _____ 108

Tabela 27. *Correlações Pearson* (*r*) entre a Escala CRE e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade _____ 110
Tabela 28. *Correlações Pearson* (*r*) entre a Escala CRE e a Escala AR _____ 111
Tabela 29. *Correlações Pearson* (*r*) entre a Escala AR e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade _____ 111
Tabela 30. Correlações do Índice WQTOTAL com os Outros Índices do WHOQOL-bref _____ 113
Tabela 31. *Correlações Pearson* (*r*) entre os Índices da Escala CRE e do WHOQOL-bref _____ 113
Tabela 32. *Correlações Pearson* (*r*) entre os Fatores da Escala CRE e os Índices do WHOQOL-bref _____ 114
Tabela 33. *Correlações Pearson* (*r*) entre as Variáveis do WHOQOL-bref e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade _____ 114
Tabela 34. Dados do QG e Características da Amostra Dividida segundo o Critério "Local de Origem da Coleta": Grupo Religioso/Espiritual (*n*=459) x Grupo Geral (*n*=157) _____ 116
Tabela 35. Ordem das Categorias para o Conceito de Deus no GR/E e no GG _____ 117
Tabela 36. Problemas de Saúde Especificados pelos Participantes do Estudo, segundo o Critério "Local de Origem da Coleta" (GR/E e GG) _____ 118
Tabela 37. *Teste t* para Amostras Independentes segundo Critério "Local de Origem da Coleta": para as Variáveis R/E e Idade _____ 119
Tabela 38. *Teste t* para Amostras Independentes segundo Critério "Local de origem da coleta": para as Variáveis da Escala CRE _____ 120
Tabela 39. Dados do QG e Caracterização da Amostra Parcial de 526 Participantes segundo índice FREQREL em: Freqüência Religiosa Alta (*n*=269), Média (*n*=108) e Baixa (*n*=149) _____ 121
Tabela 40. *Teste t* para Amostras Independentes segundo Critério FREQREL para as Variáveis da Escala CRE _____ 123
Tabela 41. *Teste t* para Amostras Independentes segundo Critério FREQREL para Variáveis Demográficas, de Saúde e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade _____ 124
Tabela 42. Numeração e Siglas dos Objetivos/Finalidades do *Coping* Religioso-Espiritual _____ 125
Tabela 43. Possibilidades de Classificação das Estratégias conforme as Finalidades do CRE _____ 126

Tabela 44. Tabela Comparativa da Distribuição Teórica e Empírica dos Itens da Escala RCOPE 128
Tabela 45. Tabela Comparativa da Distribuição Teórica e Empírica dos Itens da Dimensão Positiva da Escala CRE (DiCREP) 129
Tabela 46. Distribuição Teórica dos Itens da Dimensão Negativa da Escala CRE (DiCREN) 132
Tabela 47. Distribuição Empírica dos Itens da Dimensão Negativa da Escala CRE (DiCREN) 132
Tabela 48. Dados Descritivos para as Variáveis da Escala CRE (*N*=616) 134
Tabela 49. Dados Descritivos para as Variáveis do Instrumento WHOQOL-bref (*N*=616) 134
Tabela 50. Dados Descritivos para as Variáveis de Outras Medidas Religiosas/Espirituais (*N*=616) 134
Tabela 51. *Teste t* para Amostras Independentes segundo Critério "Qualidade de Vida" (através do Índice WQTOTAL) para as Variáveis da Escala CRE 136
Tabela 52. *Teste t* para Amostras Independentes segundo Critério "Qualidade de Vida" para Variáveis de Saúde e Outras Medidas de R/E 137
Tabela 53. *Teste t* para Amostras Independentes segundo Critério "Faixa de CRE TOTAL" para os Índices do Instrumento WHOQOL-bref 138
Tabela 54. *Teste t* para Amostras Independentes segundo a Faixa de CRE TOTAL para as Variáveis de Saúde e Outras Medidas Religiosas/Espirituais 138
Tabela 55. *Homogeneous Subsets* para CRE TOTAL (segundo Faixa de Idade) 139
Tabela 56. *Correlações Pearson* (*r*) entre a Classificação Objetiva de Saúde e os Índices dos Instrumentos que Avaliam CRE e QV 139
Tabela 57. *Homogeneous Subset* para Idade (segundo COS) 140
Tabela 58. *Teste t* para Amostras Independentes Com e Sem Problemas de Saúde para as Variáveis da Escala CRE e do Instrumento WHOQOL-bref 141
Tabela 59. *Qui-Quadrado* para a Variável Classificação Subjetiva de Saúde segundo os Grupos de CRE TOTAL Alto, Médio e Baixo 142
Tabela 60. *Qui-Quadrado* para a Variável Classificação Subjetiva de Saúde segundo os Grupos de Razão CREN/CREP Alta, Média e Baixa 142
Tabela 61. *Homogeneous Subsets* para Idade (segundo CSS) 144
Figura 1. *Eigenvalues* da "Dimensão CREP". 97
Figura 2. *Eigenvalues* da "Dimensão CREN". 103
Figura 3. Matriz de correlação entre os índices gerais, dimensionais e fatoriais da "Escala CRE". 107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS = Significado (ordem alfanumérica)

A.ENERGIA = Procura de passe energético através das mãos (imposição de mãos)

A.ENTIDADE = Procura de orientação através de entidades espirituais

AJU/STRESS = Ajuda da Religião/Espiritualidade para lidar com o estresse

α = *Alpha de Cronbach* (Índice de consistência interna)

AOS = Avaliação Objetiva de Saúde (Dicotômica: saudável ou doente)

A.PRÁTICA = Prática de preceitos religiosos/espirituais

ARTOTAL = Índice Total de Atitudes Religiosas

A.TRATAM = Procura de tratamentos espirituais

COS = Classificação Objetiva de Saúde (respostas em escala Likert de cinco pontos)

CRE = *Coping* Religioso-Espiritual

CRE NEGATIVO = Índice da média dos itens da DiCREN (quantidade do uso de CRE negativo)

CRE NEGATIVO INVERTIDO = Dimensão de *Coping* Religioso-Espiritual Negativo Invertido

CRE POSITIVO = Índice da média dos itens da DiCREP (quantidade do uso de CRE positivo)

CRESCESP = Grau de Crescimento Espiritual

CRE TOTAL = *Coping* Religioso-Espiritual Total (CRE POSITIVO+CRE NEGATIVO Invertido)

CSS = Classificação Subjetiva de Saúde (sete categorias a partir de questão descritiva)

D.APOIOESP = Procura de apoio espiritual em Deus

D.CONEXESP = Procura por conexão espiritual

D.FOCO = Procura de apoio através de foco religioso

DiCREN = Dimensão de *Coping* Religioso-Espiritual Negativo

DiCREP = Dimensão de *Coping* Religioso-Espiritual Positivo

D.LIMITE = Estratégia de construção de limites religiosos

D.MÁGOA = Mágoa espiritual com Deus

DOM1 = Domínio Físico do WHOQOL-bref

DOM2 = Domínio Psicológico do WHOQOL-bref

DOM3 = Domínio de Relações Sociais do WHOQOL-bref

DOM4 = Domínio Meio Ambiente do WHOQOL-bref

dp = Desvio padrão

D.PERDÃO = Busca do perdão/absolvição religiosos

D.REVOLTA = Revolta espiritual com Deus

E.AUTODIR = Estratégia de CRE baseada no estilo auto-diretivo

E.COLAB = Estratégia de CRE baseada no estilo colaborativo

E.DELEG = Estratégia de CRE baseada no estilo delegação religiosa passiva

E.RENÚN = Estratégia de CRE baseada no estilo renúncia religiosa ativa

Escala AR = Escala de Atitude Religiosa

Escala CRE = Escala de *Coping* Religioso-Espiritual

E.SÚPLIC = Estratégia de CRE baseada no estilo súplica por intercessão divina

F = Índice do teste estatístico ANOVA

FREQREL = Índice de Freqüência Religiosa

IMPOREL = Índice de Importância da Religião

IMP/STRESS = Importância da Religião/Espiritualidade para lidar com o estresse

kappa = Índice de concordância entre juízes avaliadores/apuradores

μ = Média

N = Número de sujeitos da amostra total

n = Número de sujeitos para determinada resposta

N1 = Reavaliação Negativa de Deus (Fator Negativo N° 1 da DiCREN)

N2 = Posicionamento Negativo frente a Deus (Fator Negativo N° 2 da DiCREN)

N3 = Reavaliação Negativa do Significado (Fator Negativo N° 3 da DiCREN)

N4 = Insatisfação com o Outro Institucional (Fator Negativo N° 4 da DiCREN)

O.AÇÃOSOC = Ação social, doação pessoal ao próximo

O.AJUDANDO = Prover ajuda religiosa a outros

O.APOIOINST = Busca de apoio espiritual interpessoal e/ou institucional

O.LOCAL = Procura de local religioso

O.MÁGOAINST = Mágoa interpessoal e/ou institucional

OVERALL = Índice Geral do WHOQOL-bref

$p \leq$ = Nível de significância estatística *p* menor ou igual à ...

% = Percentagem de freqüência

% Geral = Percentual de freqüência geral

% Vál. = Percentual de freqüência válido (em geral, excetuando os que não responderam)

P.LITERAT = Busca de conhecimento religioso e espiritual através da literatura

P.MÍDIA = Busca da mídia religiosa/espiritual

P.ÑINST = Práticas religiosas/espirituais não institucionalizadas (não organizadas institucionalmente)

PS = Problema de Saúde (Objetiva dicotômica: sim ou não, mais parte descritiva)

P1 = Transformação de Si e/ou de sua Vida (Fator Positivo N° 1 da DiCREP)

P2 = Ações em Busca de Ajuda Espiritual (Fator Positivo N° 2 da DiCREP)

P3 = Oferta de Ajuda ao Outro (Fator Positivo N° 3 da DiCREP)

P4 = Posicionamento Positivo frente a Deus (Fator Positivo N° 4 da DiCREP)

P5 = Busca Pessoal de Crescimento Espiritual (Fator Positivo N° 5 da DiCREP)

P6 = Ações em Busca do Outro Institucional (Fator Positivo N° 6 da DiCREP)

P7 = Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual (Fator Positivo N° 7 da DiCREP)

P8 = Afastamento através de Deus, da Religião e/ou da Espiritualidade (Fator Positivo N° 8 da DiCREP)

QG = Questionário Geral

QG+N° = Questão número *tal* do Questionário Geral

r = Índice de *Correlação Pearson*

Razão CREN/CREP = Razão entre CRE NEGATIVO sobre CRE POSITIVO

R.BEM = Reavaliação religiosa positiva benevolente

R.MAL = Reavaliação malévola do estressor

R.PODER = Reavaliação do poder de Deus

R.PUNIÇÃO = Reavaliação punitiva de Deus

SPSS 10.0 = *Statistical Package for Social Science*, versão n° 10 do *Software for Windows*

t = Índice do *Teste t de Student*

T.DIRVIDA = Transformação da direção de vida

T.OBJVIDA = Transformação do objetivo de vida

T.PERDOAR = Exercendo o perdão através da religião/espiritualidade

T.REFINT = Reforma íntima espiritual

WHOQOL-bref = *World Health Organization of Quality of Life-Bref* (Escala de qualidade de vida abreviada, com 26 questões).

WHOQOL-100 = *World Health Organization of Quality of Life*-100 (Escala de qualidade de vida com 100 questões)

WQ+N° = Questão número *tal* do WHOQOL-bref

WQTOTAL = Índice de Qualidade de Vida Total

χ^2= Índice do *Teste de Qui-Quadrado*

I-R = Finalidade I da Religião: Busca de significado através de reavaliação cognitiva religiosa/espiritual

II-E = Finalidade II da Religião: Estratégias de controle indireto segundo estilos de *coping*

III-D = Finalidade III da Religião: Procura de apoio em Deus por conforto e/ou descarga

IV-O = Finalidade IV da Religião: Busca de apoio através dos outros

V-T = Finalidade V da Religião: Transformação de si e/ou de sua vida

VI-A = Finalidade VI da Religião: Estratégias de controle direto através de ações religiosas ou em direção à espiritualidade

VII-P = Finalidade VII da Religião: Busca pessoal de crescimento e conhecimento

RESUMO

OBJETIVOS: A importância do *coping* religioso espiritual (CRE) nas áreas da saúde e qualidade de vida (QV), e a falta de instrumentos brasileiros para avalia-lo são apontadas pela literatura científica. Este estudo objetivou realizar a versão brasileira da RCOPE *Scale*, gerando a Escala de *Coping* Religioso Espiritual (Escala CRE), e examinar a relação entre CRE, saúde e QV. **MÉTODO:** A primeira fase deste estudo compreendeu: tradução por especialistas da RCOPE, adaptação à cultura brasileira, teste piloto com 50 estudantes de nível médio e superior. A segunda abrangeu teste de campo e processo de validação. Os 616 participantes [65% mulheres, 13-82 anos (μ=41,38; *dp*=18,44)], foram acessados em um dos seguintes locais que freqüentavam: instituições religiosas ou grupos espirituais (74,4%), universidades (13,5%), clínicas para tratamento de saúde (9,1%) e *Web Mail* (2,9%). Eles completaram vários instrumentos: Consentimento Livre/Esclarecido, Questionário Geral (questões demográficas, socioeconômicas, religiosas, de saúde), Escala CRE, Escala de Atitude Religiosa e WHOQOL-bref. **RESULTADOS:** Análises fatoriais geraram uma Escala CRE com duas dimensões: CRE Positivo (CREP) (8 fatores, 66 itens) e CRE Negativo (CREN) (4 fatores, 21 itens). Foram criados quatro índices principais para avaliar os respondentes: as médias CREP e CREN, os escores de CRE TOTAL e Razão CREN/CREP. A Escala CRE demonstrou validade de construto, critério, conteúdo e bons níveis de fidedignidade. Testes Qui-quadrado para Classificação Subjetiva de Saúde (7categorias) mostraram problemas de saúde (PS) físicos relacionados a altos escores de CRE TOTAL e baixos de Razão CREN/CREP; PS emocionais, acrescidos ou não de PS físicos, mostraram resultado inverso. Ainda, QV e CRE TOTAL estiveram positiva e significativamente correlacionados. O CREN esteve negativamente correlacionado à QV em grau maior do que o CREP esteve positivamente correlacionado com QV. Usando Testes *t* de *Student*, aqueles que tiveram altos escores de CRE TOTAL mostraram maiores níveis de QV em todos os domínios do WHOQOL-bref, além de maior Classificação Objetiva de Saúde (Likert 5-pontos). Ademais, aqueles que tiveram altos níveis de QV demonstraram maior uso de CREP e menor de CREN. **CONCLUSÕES:** A Escala CRE é válida e fidedigna, permite aplicação clínica e em pesquisas em locais para tratamento de saúde públicos ou privados. PS físicos podem ser motivadores e educadores do uso do CRE. PS emocionais podem dificultar um melhor uso do CRE, sugerindo que intervenções psicológicas poderiam facilitar o processo. Além disso, CRE e QV são construtos correlacionados. Uma proporção mínima de 2CREP:1CREN (Razão CREN/CREP$\leq$0,5) foi proposta para se obter um efeito benéfico geral do CRE na QV. Evidências sugerem que intervenções focadas no processo de CRE poderiam ser benéficas e efetivas para agentes de saúde pública pelo seu potencial de reduzir custos de intervenções e pelo seu impacto significante na saúde e QV da população. Os próximos passos seriam: utilização de metodologias experimentais longitudinais para melhor avaliar os efeitos do CRE na saúde e na QV, elaboração de uma Escala CRE Abreviada, investigação aprofundada da influência da variável idade na relação CRE-Saúde e testes de proporção e causais, para verificar a direção da correlação, entre CRE e QV.

Palavras-chave: *Coping* Religioso Espiritual; Avaliação Psicológica; Psicologia da Religião; Qualidade de Vida; Saúde.

ABSTRACT

AIMS: The importance of spiritual/religious coping (SRC) construct to health and quality of life (QoL) areas is pointed by scientific literature, as well the lack of Brazilian instruments to assess it. This study goal was make the Brazilian version of RCOPE Scale, generating the Spiritual Religious Coping Scale (SRCOPE Scale), plus examine the relationship between SRC, health and QoL. **METHODS**: The first phase of this study comprehended: RCOPE translation by experts, scale adaptation to Brazilian culture, and pilot test with 50 college and high school students. The second covered both field test and validation process. The 616 participants (65% female), 13-82 years old (μ=41,38; SD=18,44), were accessed at one of the following locations they attended: religious institutions or spiritual groups (74,4%), universities (13,5%), health care institutes (9,1%), and web mail (2,9%). They completed several instruments: Informed Consent Form, General Questionnaire (demographic, socioeconomic, religious and health issues), SRCOPE Scale, Religious Attitude Scale and WHOQOL-bref. **RESULTS**: Factor analyses generated a SRCOPE Scale with two dimensions: Positive SRC (PSRC) (8 factors, 66 items), and Negative SRC (NSRC) (4 factors, 21 items). Four principal indexes were created to evaluate the respondents: PSRC and NSRC averages, SRC Total Scores and NSRC/PSRC Ratio. SRCOPE Scale demonstrated construct, criterion and content validation, plus good reliability levels. Chi-square tests for Subjective Health Classification (7 categories) showed physical health problems related to higher SRC Total Scores and lower NSRC/PSRC Ratios; and emotional health problems, added or not by physical health problems, related to lower SRC Total Scores and higher NSRC/PSRC Ratios. Also, QoL and SRC Total Scores were positively and significantly correlated. Moreover, NSRC was negatively correlated to QoL to a greater degree than PSRC was positively correlated with QoL. Using Student's *t* test, those who had high SRC Total Scores showed higher overall levels of QoL and in all domains of WHOQOL-bref, plus higher Objective Health Classification (5-pt Likert). Furthermore, those who had higher levels of QoL demonstrated higher use of PSRC and lower use of NSRC. **CONCLUSIONS**: SRCOPE Scale is valid and reliable, allows clinical and research application at private or public health care settings. Physical health problems can be motivators and educators of SRC use. Emotional health problems can hamper the better use of SRC, suggesting that psychological interventions could facilitate the process. Also, QoL and SRC are correlated constructs. A minimal 2PSRC:1NSRC proportion (NSRC/PSRC Ratio$\leq$0,5) was proposed to obtain positive results of SRC on QoL. Evidences suggests that interventions focused on SRC processes, could be effective and beneficial to policy makers because of their potential to reduce interventions costs and their significant impact on population's health and QoL. Next steps are the use of longitudinal experimental methodologies to evaluate effects of SRC on health and QoL, a Brief SRCOPE Scale elaboration, deeply investigation about the age variable influence on SRC-health relationship, and tests of proportion and causation (direction of correlation effect) between QoL and SRC.

Keywords: Spiritual/religious coping, Assessment instrument, Psychology of Religion, Quality of life, Health.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

O estresse é uma variável múltipla e um inevitável aspecto da vida (Lazarus & Folkman, 1984). A exposição freqüente, intensa ou crônica ao estresse está associada a numerosos efeitos adversos na saúde física e mental (Boudreaux, Catz, Ryan, Amaral-Melendez & Brantley, 1995). O que faz diferença no funcionamento humano é a maneira como as pessoas manejam este estresse (Lazarus & Folkman, 1984), processo conceituado como *coping*[1]. Uma das maneiras de manejar o estresse é através da religião. *Coping* religioso, portanto, descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas de vida (Wong-McDonald & Gorsuch, 2000). Alguns esforços no desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação de *coping* religioso têm sido realizados internacionalmente (Boudreaux & cols., 1995; Hathaway & Pargament, 1990; Pargament & cols, 1990; Pargament, Koenig & Perez, 2000). Apesar disso, a avaliação do *coping* religioso ainda se encontra em estágios iniciais, havendo necessidade de novas pesquisas para melhor adequar e desenvolver os instrumentos de medida (Boudreaux & cols., 1995; Pargament & cols., 2000). No Brasil, ainda não existem instrumentos validados para avaliação de *coping* religioso, construto que tem se mostrado relevante, especialmente em pesquisas relacionando religião e espiritualidade com saúde mental e física (revisão em Pargament, 1997 e Siegel, Anderman & Schrimshaw, 2001) e com qualidade de vida (Ferriss, 2002; Flannelly & Inouye, 2001; Neznanov & Petrova, 2002; Koenig, Pargament & Nielsen, 1998; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998; Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez & Cella, 2002; Robbins, Simmons, Bremer, Walsh & Fischer, 2001; Skevington, 2002). Assim sendo, o objetivo deste trabalho é tentar cobrir tal lacuna, traduzindo, adaptando e validando a escala americana de *coping* religioso/espiritual RCOPE (Pargament & cols., 2000) para a realidade brasileira, na intenção de contribuir para futuras pesquisas nas áreas da Psicologia da Religião, *Coping*, Saúde e Qualidade de Vida, entre outras.

1. Estresse

Apenas recentemente o estresse foi sistematicamente conceituado e tomado como objeto de pesquisa. Entretanto, não há consenso sobre uma definição do termo que satisfaça a maioria dos pesquisadores (Lazarus & Folkman, 1984). O estresse tem sido definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão, quanto para definir a tensão

[1] *Coping* é uma palavra inglesa que não possui tradução literal em português, podendo significar "lidar com", “manejar”, "enfrentar" ou "adaptar-se a".

da tal situação (Lipp & Rocha, 1994). Enquanto mobilização dos recursos pessoais diante das exigências do meio, o estresse é um estado normal e benéfico, mas frente a demandas exageradas torna-se fonte de distúrbios (Paiva, 1998). Por isso, o estresse tem sido usado como explicação de estados psicofisiologicamente alterados (Ader, 1980, citado em Lazarus & Folkman, 1984) que podem se converter em doenças ou serem a sua expressão. Associadas ao estresse prolongado, a literatura registra a ocorrência de doenças orgânicas, como asma, acne, problemas de pele (como psoríase e eczema), dismenorréia, irregularidades cardíacas, hipertensão, colite, formação de tumores, úlceras gástricas, resfriados, herpes, mononucleose, alergias, verrugas. O mecanismo de ação envolve o sistema nervoso autônomo e o sistema endócrino, que, por sua vez, influem no sistema nervoso central e, então, no comportamento manifesto (McIntosh & Spilka, 1990). Daí o crescente interesse no estudo do estresse na sociedade pós-moderna.

O estresse engloba múltiplos processos e variáveis. Ele organiza o entendimento de fenômenos importantes na adaptação humana e animal, mas deve haver uma delimitação de sua esfera de significado, ou tudo aquilo que se incluiria no conceito de adaptação representaria estresse. Para tanto, se deve adotar uma estrutura teórica sistemática para examinar este conceito em múltiplos níveis de análise especificando antecedentes, processos e resultados relevantes (Lazarus & Folkman, 1984).

O estresse também tem sido definido tanto como estímulo, quanto como resposta. Mas um estímulo só é definido como estressante em termos de uma resposta ao estresse. O conceito de estresse enfatiza a interação entre a pessoa e o ambiente, levando em conta características psicológicas da pessoa e a natureza do evento ambiental. É paralelo ao moderno conceito médico de doença, que entende que a ocorrência ou não desta depende, também, da suscetibilidade do organismo do indivíduo e não apenas da ação de um organismo externo sobre ele. Assim sendo, Lazarus e Folkman (1984) definem o estresse psicológico como a relação entre a pessoa e o contexto ambiental que é percebida como indo além do que a pessoa pode suportar, ou seja, excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar. Ressaltam que o processo de avaliação cognitiva dessa relação e os fatores pessoais e situacionais que a influenciam devem ser levados em conta. Isto porque a maneira como um indivíduo percebe, interpreta e representa psiquicamente um fenômeno pode ser diferente e mais importante do que o fenômeno em sua realidade objetiva concreta (Freud, 1916/17). Assim, os fatores pessoais e situacionais que influenciam na percepção do fenômeno podem constituir recursos ou sobrecargas a serem manejadas pelo indivíduo.

2. *Coping*

Quanto à utilização da palavra *coping*, no Brasil existem estudos que traduzem *coping* por enfrentamento, conforme literatura estabelecida na área da Psicologia da Saúde (Paiva, 1998). Outros estudos, porém, mantém a palavra *coping* justamente (1) por não haver, na língua portuguesa brasileira, uma palavra única que possa expressar toda complexidade do termo, (2) para facilitar a recuperação de informações por interessados no tema (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998) e (3) em função da utilização generalizada desta expressão na comunidade científica brasileira (Savóia, Santana & Mejias, 1996). Considerando o fato de que enfrentar significa "atacar de frente, encarar, defrontar" (Alves, 1956, p.364) e o *coping*, por vezes, pode revelar-se como fuga, evitação ou negação dos problemas, entende-se que a tradução de *coping* por enfrentamento poderia levar a equívocos na compreensão e interpretação do conceito. Deste modo, optou-se por não traduzir este termo no presente trabalho.

Coping é um conceito chave que ajuda a entender adaptação e desajustes na adaptação, já que o estresse sozinho não causa sofrimento e disfunção. O que causa sofrimento é como as pessoas manejam com ele (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993; McIntosh & Spilka, 1990; Pargament, 1997; Pargament & cols., 1988, 1990, 1992; Pargament & Hahn, 1986; Pargament & Park, 1995). *Coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes (Antoniazzi & cols., 1998). Numa perspectiva cognitivista, c*oping* é um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga que excede os recursos pessoais (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984). Na perspectiva da Psicologia da Religião, "*coping* é uma busca por significado em tempos de estresse" (Pargament, 1997, p.90), um processo pelo qual os indivíduos procuram entender e lidar com as demandas significantes de suas vidas (Pargament & cols., 1990).

Segundo o modelo de Folkman e Lazarus (1980), devido ao *coping* ser um processo ou interação entre o indivíduo e o ambiente, sua função é administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) a situação estressora, mais do que controlá-la ou dominá-la. Os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação do fenômeno estressante, anteriormente mencionada. Conforme tal avaliação, o indivíduo empregará estratégias de *coping*: ações, comportamentos ou pensamentos para lidar com o estressor (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Também chamadas de métodos de *coping*

(Pargament, 1997), elas podem ser classificadas, segundo sua função, como estratégias focadas na emoção ou estratégias focadas no problema (Folkman & Lazarus, 1980).

O *coping* focado na emoção é definido como um esforço dirigido à regulação da resposta emocional associada ao estresse ou resultante de eventos estressantes. Sua função é reduzir a sensação desagradável do estado de estresse modificando o estado emocional. Inclui processos de reavaliação cognitiva, ou seja, manobras cognitivas que modificam o significado de uma situação sem mudá-la objetivamente. Mas nem todas reavaliações têm o objetivo de regular a emoção. Outras estratégias de *coping* focadas na emoção podem não mudar o significado do evento diretamente, mas levar a uma reavaliação que proporcione mudança, como algumas estratégias comportamentais. Já as estratégias de *coping* focadas no problema são esforços dirigidos para a definição do problema, geração de soluções alternativas, balanço do custo-benefício das alternativas, escolha entre elas e, por fim, para a ação sobre o problema Ou seja, a função desta estratégia é agir na origem do estresse, tentando alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente, causador de tensão. Pode ser direcionada interna ou externamente, incluindo, respectivamente, reavaliação cognitiva (como redefinição do estressor e estratégias direcionadas a modificações cognitivas ou motivacionais) e estratégias de ação prática para a solução de problemas que implicam processos de análise objetiva do ambiente (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo Carver e Scheier (1994), as pessoas desenvolvem formas habituais de lidar com o estresse, criando estilos de *coping*, que podem influenciar suas reações em novas situações. Deste modo, estratégias de *coping* se referem a ações cognitivas ou comportamentais tomadas no curso de um episódio particular de estresse, enquanto que estilos de *coping* têm sido mais relacionados a resultados de *coping* ou a características de personalidade. Embora os estilos possam influenciar a extensão das estratégias selecionadas, eles são fenômenos distintos com diferentes origens teóricas (Ryan-Wenger, 1992). Os estilos de *coping* têm sido ligados a fatores disposicionais do indivíduo, enquanto as estratégias de *coping* têm sido vinculadas a fatores situacionais (Antoniazzi & cols., 1998). No entanto, Carver e Scheier (1994) definem o estilo de *coping* não em termos de preferência, mas de tendência a usar uma reação de *coping* em maior ou menor grau frente a situações de estresse, sem implicar, necessariamente, a presença de traços subjacentes de personalidade que predispõem a pessoa a responder de determinada forma.

Após 1994, cresceu o interesse nos aspectos positivos do estresse e no desenvolvimento da mensuração do *coping*. Notáveis rumos nas pesquisas em estresse e *coping* emergiram, como os estudos sobre a relação entre *coping* religioso e

psiconeuroimunologia (PNI) (Aldwin, 2000; Koenig, 2000a). Os estudos de *coping* religioso têm sido realizados na área da Psicologia da Religião e *Coping*.

3. Psicologia da Religião

Nada de humano é alheio à Psicologia. Como a Religião continua sendo uma das dimensões mais co-extensivas ao homem, constitui-se num objeto legítimo da pesquisa em Psicologia. Ambas têm na pesquisa científica um ponto de encontro (Paiva, 1990), reconhecido internacionalmente na instituição da Divisão 36 – *Psychology of Religion*[2] da *American Psychological Association* (APA) e, nacionalmente, na criação do GT 20 – Grupo de Trabalho Psicologia & Religião da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), em 1992 e 1997, respectivamente. Somente na última década do milênio foi que essa perspectiva ganhou maior espaço, com um crescente número de pesquisas na área, pois apesar da abundância de dados sobre a religião e seu impacto na vida das pessoas, ela foi historicamente ignorada por muitos psicólogos, levando Larson e Larson, em 1992, a nomeá-la como fator esquecido na saúde física e mental (Martin, Catz, Boudreaux & Brantley, 1998; Pargament & cols., 1992).

Foi nos Estados Unidos que a Psicologia da Religião fugiu à órbita da Teologia ou da Filosofia, caracterizando-se como empreendimento científico (Paiva, 1990). Uma série de estudos inter-relacionados tem examinado a associação entre religião e espiritualidade e uma variedade de construtos e aspectos físicos e/ou psicológicos, como bem-estar (Francis & Kaldor, 2002; Pargament, Tarakeshwar, Ellison & Wulff, 2001); depressão (Schnittker, 2001); envelhecimento e saúde (Musick, Traphagan, Koenig & Larson, 2000); saúde mental (Koenig, 2001a; Ventis, 1995), saúde física (Koenig, 2001c; McIntosh & Spilka, 1990; Siegel & Schrimshaw, 2002), ou ambas (George, Larson, Koenig & McCullough, 2000; Koenig, 2000b; Koenig, Larson & Larson, 2001; Siegel & cols., 2001); psiconeuroimunologia (revisão em Koenig, 2000a); personalidade (Schaefer & Gorsuch, 1993); *locus* de controle (Welton, Adkins, Ingle & Dixon, 1996); orientação religiosa (Miner & McKnight, 1999; Pargament & Hahn, 1986), modelos ou esquemas cognitivos (Bjorck, 1995; Dull & Skokan, 1995; Koenig, 1995; Koenig, 2001b; Lilliston & Klein, 1991; McIntosh, 1995; Nooney & Woodrum, 2002; Paloutzian & Smith, 1995); e psicoterapia (Carone Jr. & Barone, 2001; Worthington, Kurusu, McCullough & Sandage, 1996), entre outros. A possibilidade de generalização desses achados em diferentes culturas tem despertado grande interesse, tendo sido desenvolvidos vários estudos em

[2] Esta divisão substituiu a PIRI – *Psychologists Interested in Religious Issues* (1970-71 a 1991-92), antiga *American Catholic Psychological Association* (1949-50 a 1969-70) (ver www.apa.com).

diversos países: Irlanda do Norte, Irlanda, Inglaterra, Estados Unidos, França, República Checa, Ghana, Nigéria, Austrália, Suíça, etc (Lewis, 2002).

No Brasil, a contribuição da Psicologia da Religião ocorre, entre outras, nas áreas do catolicismo popular, das religiões africanas, do espiritismo e das religiões orientais. A multiformidade cultural brasileira criou concretizações religiosas originais cujo estudo concorrerá para o enriquecimento do rol de manifestações religiosas e dos processos subjacentes (Paiva, 1990). Outra iniciativa de pesquisa em Psicologia da Religião é o desenvolvimento e validação de instrumentos para avaliação de orientação religiosa, atitude religiosa, práticas religiosas e *coping* religioso (Lewis, 2002).

4. *Coping* Religioso Espiritual[3] (CRE)

A religião, que pode ter diferentes significados para diferentes pessoas, constitui-se num processo de "busca de significado através de caminhos relacionados ao sagrado" (Pargament, 1997, p.32). Quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, acontece o *coping* religioso (Pargament, 1997), definido como uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as conseqüências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes (Koenig & cols., 1998). Os objetivos do *coping* religioso se coadunam com os cinco objetivos-chave da religião, que são: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, transformação de vida (Pargament, 1997; Pargament & cols., 2000) e bem-estar físico, psicológico e emocional (Tarakewshwar & Pargament, 2001).

Existem três meios pelos quais a religião pode estar envolvida no *coping* (Pargament, 1997; Pargament & cols, 1990). Primeiro, pode ser parte de cada um dos elementos do processo de *coping* (avaliações, atividades, propósitos e resultados de *coping*), já que muitos eventos de nossas vidas são de natureza religiosa em si mesmos, ou a religião é fonte de

---

[3] Segundo George, Larson, Koenig e McCullough (2000), embora ainda hoje sejam usadas como sinônimos, vêm crescendo a utilização distinta das palavras religião e espiritualidade. A primeira com o cunho de ser institucionalmente socializada, vinculada a uma doutrina coletivamente compartilhada e/ou praticada. A segunda refere-se também a buscas e práticas subjetivas, individuais e não-institucionais. Ambas têm em comum a busca do sagrado – conceito ainda não avaliado diretamente pelos instrumentos de medida atuais. Apenas a partir de 1997 há um movimento discutindo e buscando distintas conceituações/operacionalizações das palavras religião e espiritualidade para a criação de uma linguagem teórica uniforme (Larson, Swyers & McCullough, 1997). Por isso, textos mais antigos referem-se somente a "*coping* religioso", e deste modo aparecem neste texto, embora muitas vezes possam estar se referindo também a *coping* espiritual. Um exemplo é a escala RCOPE, que apesar de referir-se textualmente apenas a *coping* religioso é composta tanto de itens de *coping* religioso, quanto de *coping* espiritual, sendo que alguns itens podem ser classificados em ambos. O próprio Pargament, primeiro autor da RCOPE *Scale*, utiliza em textos posteriores o termo "*religious/spiritual coping*" (Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group. 2003 (1999)). Seguindo a nova tendência, nomeou-se a escala traduzida de Escala de *Coping* Religioso Espiritual (Escala CRE).

explicação dos mesmos. Segundo, pode contribuir no processo de *coping*, moldando o caráter dos eventos de vida, as atividades de *coping* e o resultado dos eventos. Terceiro, a religião também pode ser um produto do *coping*, moldado pelos outros elementos do processo. Os dois últimos referem-se ao papel bidirecional da religião no *coping*.

Estratégias religiosas de *coping* foram verificadas em estudos a partir de evidências quanto à importância da religião, em especial diante de situações de crise (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985), principalmente frente a problemas relacionados à saúde e ao envelhecimento, como doenças, incapacidades e morte (Koenig & cols., 1995; Pargament & Hahn, 1986; Siegel & cols., 2001; Tix & Frazier, 1998), à perda de entes queridos (McIntosh, Silver & Wortman, 1993; Park & Cohen, 1993) e às guerras (Pargament & cols., 1994). A este maior uso de estratégias de *coping* religioso em determinadas situações de vida, Lewin (2001) denominou assunção quanto à especificidade do evento.

4.1 Estratégias ou Métodos de CRE

A religião oferece uma variedade de métodos ou estratégias de *coping* (Pargament, 1997) que, contrariando o estereótipo de que seriam meramente defensivos, passivos, focados na emoção ou formas de negação (Pargament & Park, 1995), se mostram cobrindo toda uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações, conforme Tabela 1 (adaptada de Pargament, Smith & cols., 1998 e Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001).

Estudos demonstram que o *coping* religioso espiritual pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema, quanto a estratégias orientadas para a emoção (Carver & cols., 1989; Clark, Bormann, Cropanzano & James, 1995; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Clark e colaboradores (1995) verificaram que, além da associação com estratégias de *coping* focadas no problema, a religião também se correlacionou moderadamente com a ventilação de emoções, que representa uma tendência à liberação de emoções relacionadas ao estresse e à liberação de sentimentos negativos, podendo, então, apresentar caráter não adaptativo. Pargament, Zinnbauer e colaboradores (1998) elaboraram uma escala de CRE para avaliar este aspecto, que denominaram "sinais de perigo". Deste modo, em relação aos resultados, pode-se classificar os métodos de *coping* religioso espiritual em positivos e negativos (Pargament, Smith & cols., 1998; Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001). Evidências apontam um uso consideravelmente maior de métodos de *coping* religioso positivos do que negativos para diferentes amostras em diferentes situações estressantes de vida (Pargament, Smith, & cols., 1998).

Tabela 1.

Métodos ou Estratégias de *Coping* Religioso Espiritual*

Métodos Positivos:	Descrição:
Reavaliação religiosa benevolente	Redefinir o estressor através da religião como benevolente e potencialmente benéfico.
Coping religioso colaboração	Tentar controlar e resolver os problemas em parceira com Deus.
Foco religioso	Buscar alívio da situação estressante focando-se na religião.
Ajuda através da religião	Esforço para prover conforto e suporte espiritual a outros.
Apoio espiritual	Procurar por conforto e segurança renovada através do amor e do cuidado de Deus.
Apoio de membros e/ou freqüentadores da instituição religiosa	Procura por conforto e renovação da confiança através do amor e cuidado dos membros e freqüentadores da instituição religiosa.
Perdão religioso	Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo associados a uma ofensa para a paz.
Conexão espiritual	Busca de conexão com forças transcendentais.
Métodos Negativos:	**Descrição:**
Reavaliação de Deus como punitivo	Redefinir o estressor como punição divina aos pecados individuais.
Reavaliação demoníaca ou malévola	Redefinir o estressor como fenômenos do mal ou atos do demônio.
Reavaliação dos poderes de Deus	Redefinir os poderes de Deus para influenciar a situação estressante.
Coping religioso delegação	Esperar passivamente que Deus resolva os problemas.
Descontentamento espiritual	Expressão de confusão e descontentamento com Deus
Descontentamento religioso interpessoal	Expressão de confusão e descontentamento com membros e freqüentadores da instituição religiosa.
Intervenção divina	Súplica por intervenção divina direta.

* Adaptado de Pargament, Smith e colegas (1998) e Pargament, Tarakeshwar e colegas (2001).

Pesquisas apontam que métodos ou estratégias de *coping* religioso espiritual não são apenas melhores preditores dos resultados de experiências estressantes do que medidas religiosas globais, mas acrescentam variância única à predição destes resultados, inclusive os de saúde e bem-estar, acima e além dos efeitos de métodos de *coping* não religioso (Pargament, 1997; Pargament & cols., 1992; Pargament, Smith & cols., 1998; Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001). O *coping* religioso espiritual adiciona um componente único para a predição de ajustamento a eventos de vida estressantes que não podem ser explicados por outros preditores estabelecidos, como reestruturação cognitiva, suporte social e controle percebido (Tix & Frazier, 1998). Assim, *coping* religioso espiritual não pode ser "reduzido" a formas não religiosas de *coping*. O estudo de Koenig e colegas (1998) – que será exposto em maiores detalhes na seção 4.8 deste trabalho – corrobora com estas afirmações, já que os autores demonstraram que as associações entre estratégias de *coping* religioso espiritual e estado de saúde mental foram pelo menos tão fortes quanto, quando não mais fortes do que aquelas observadas com estratégias de *coping* não religioso. Neste estudo (1) algumas

estratégias de CRE positivo estiveram associadas com melhor saúde mental (menor depressão e maior qualidade de vida); (2) a maioria das estratégias de CRE negativo estiveram associadas com pior saúde mental e física; e, (3) estratégias de *coping* não religioso estiveram geralmente associadas com saúde mental e física pobres (apenas aceitação e recebimento de apoio social/emocional estiveram relacionados a melhor saúde mental).

4.2 Estilos de CRE

Pargament e colegas (1988) propuseram três estilos de *coping* religioso e a *Religious Problem-Solving Scale* para acessá-los. O estilo autodireção (*self-directing)* considera o indivíduo ativamente responsável na resolução dos problemas. O papel de Deus seria mais passivo. Não é uma posição anti-religiosa, mas um ponto de vista de que Deus dá às pessoas a liberdade e os recursos para dirigirem suas próprias vidas. O estilo delegação (*deferring*) outorga a responsabilidade na solução dos problemas a Deus. O indivíduo passivamente espera que Deus resolva tudo. O estilo colaboração (*collaborative*) prevê uma co-responsabilidade entre Deus e o indivíduo na resolução dos problemas. O indivíduo trabalha em ativa parceria com Deus no processo de *coping*. Mais tarde, Pargament (1997) vai propor a possibilidade de existência de outras abordagens religiosas em relação ao controle e à responsabilidade na solução de problemas, e identificar um quarto estilo de *coping* religioso: súplica (*pleading or petitionary*), caracterizado pela tentativa de influenciar a vontade de Deus através de rogos e petições por sua divina intervenção.

Um estilo adicional, renúncia (*surrender*), teoricamente embasado no conceito de auto-renúncia do Novo Testamento (Mateus 10:39, 26:39), foi proposto por Wong-McDonald e Gorsuch (2000). Neste estilo, o indivíduo escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus. Está relacionado ao estilo colaboração no sentido de que ambos, Deus e o indivíduo, são ativos na solução dos problemas, mas difere no aspecto sacrifical de submissão da vontade individual. Difere do estilo delegação no aspecto ativo da escolha. Difere do estilo súplica pelo caráter de renúncia à vontade de Deus, ao invés da tentativa de influenciá-la.

As dimensões *locus* de controle (ou de responsabilidade) e nível de atividade são subjacentes aos estilos de resolução de problemas através do *coping* religioso. Elas têm sido usadas para entender pessoas com diferentes orientações religiosas (Pargament & cols., 1988).

4.3 CRE e Orientação Religiosa

Orientação religiosa se refere a como as pessoas orientam sua religiosidade, à tendência que apresentam em relação ao seu uso. Ou seja, uma disposição generalizada

para usar determinados meios para obter determinados fins na vida (Pargament & cols., 1992). Este construto é apontado como uma das variáveis mais básicas para descrever religião. Segundo Ventis (1995), ele emergiu do trabalho de Gordon Alport, que pretendia descrever os modos como as pessoas se mostravam religiosas, independentemente de credos específicos. Em 1950, Alport distinguiu entre religião madura e imatura, a primeira associada com autogratificação, sem contribuir para integração da personalidade e para *insights* auto-reflexivos, e a segunda possibilitando uma função central organizadora e integradora da personalidade, produzindo uma moralidade consistente (Ventis, 1995). Em 1959, Alport introduziu os conceitos de religiosidade intrínseca, no qual a religião representa a principal força motivadora na vida de uma pessoa, e religiosidade extrínseca, no qual a religião é usada primariamente para ganhos ou fins externos, como *status* social ou apoio emocional/social (Wong-McDonald & Gorsuch, 2000). Na orientação intrínseca, crença e fé são totalmente interiorizadas sem reservas e profundamente vivenciadas; na extrínseca há uma subordinação utilitária da religião a outros propósitos não religiosos (Hathaway & Pargament, 1990).

Em 1967, Alport e Ross desenvolveram a ROS – *Religious Orientation Scale*, apontada por Lewin (2001), em conjunto com a SAI – *Spiritual Assessment Inventory* (Hall & Edwards, 1996, 2002), como boas medidas de espiritualidade em contextos onde as pessoas são religiosas de forma não organizacional. Em 1976, Batson sugeriu três orientações para a religião: como meio, fim e busca. Como as duas primeiras eram comparáveis às orientações extrínseca e intrínseca de Alport, respectivamente (Ventis, 1995), a maioria dos autores subseqüentes tomou busca como um terceiro tipo de orientação, na qual a religião é vista como um processo dinâmico de procura e questionamento (Wong-McDonald & Gorsuch, 2000) dúvida e auto-examinação (McIntosh & Spilka, 1990). Proeminente para indivíduos que estão preocupados com questões religiosas, mas tem a mente aberta para a possibilidade de que talvez não existam respostas para estas questões (Ventis, 1995), tem sido relacionada tanto a conflitos religiosos e ansiedade (McIntosh & Spilka, 1990), quanto a maior crescimento e significação pessoal (Pargament & cols., 1992). Mais tarde, Bateson desenvolveu o *Religious Life Inventory*, tratando as três como dimensões que variam independentemente (ver McIntosh & Spilka, 1990; Ventis, 1995).

Assim como existiram críticas teóricas e metodológicas à distinção de Alport (ver Ghorbani, Watson, Ghramaleki, Morris & Hood, Jr., 2002; Siegel & cols., 2001), também existiram quanto à orientação de busca de Batson (McIntosh & Spilka, 1990; Ventis, 1995). Mesmo assim, ainda são as classificações e escalas mais largamente reconhecidas e

utilizadas na literatura científica. Em 1989, Gorsuch e McPherson, baseados num estudo fatorial analítico dividem a orientação extrínseca em fatores extrínseco-social e extrínseco-pessoal, quando a religião é usada, respectivamente, para ganhos sociais, como fazer amigos, ou para benefícios pessoais, como obter paz e conforto (Wong-McDonald & Gorsuch, 2000).

Concluindo sua revisão da literatura, Pargament (1997) sugere que métodos de *coping* religioso mediam a relação entre a orientação religiosa de um indivíduo e os resultados dos principais eventos de vida, pois, frente a eventos estressantes, práticas e crenças religiosas gerais têm de ser traduzidas em formas específicas de *coping* e estas parecem ter implicações diretas com a saúde do indivíduo. Pargament e colaboradores (1988) sugeriram que diferentes estilos de *coping* talvez reflitam diferentes motivações e/ou orientações religiosas. Uma chave para entender distintas orientações religiosas é o conceito de *locus* de controle.

4.4 CRE e *Locus* de Controle (LOC)

LOC é um importante conceito discutido na Psicologia. Portanto, parece oportuno relatar o desenvolvimento e alguns resultados da linha de pesquisa que investiga a relação entre CRE e *Locus* de Controle na Psicologia da Religião. LOC refere-se ao fato das pessoas atribuírem a causa e o controle dos acontecimentos de suas vidas a alguma fonte, para manter ou intensificar seu significado (McIntosh & Spilka, 1990). Esta avaliação é importante para o *coping* (Paiva, 1980). Em McIntosh e Spilka (1990) verifica-se que: 1) em 1966, Rotter apresentou o conceito de *locus* de controle, originalmente sugerindo que os indivíduos vêem os eventos de vida como sendo determinados interna ou externamente, ou em algum ponto do *continuum* entre tais determinações; 2) em 1973, Levenson refinou o conceito de controle externo em controle por outros poderosos e pelo acaso; 3) em 1976, Kopplin rapidamente acrescentou uma medida de controle exercido por Deus, no qual a pessoa depende passivamente de um Deus ativo. Mais tarde, Pargament e Hahn (1986) afirmaram que as pessoas têm diferentes concepções de Deus, e Pargament e colaboradores (1988) propuseram o estilo de *coping* religioso colaboração, reconhecendo que há pessoas que aceitam o controle externo exercido por Deus sem abrir mão do controle exercido por elas mesmas. Depois, outra classificação de LOC foi proposta por Rothbaum, Weisz e Snyder, em 1982 e Weisz, Rothbaum e Blackburn, em 1984, distinguindo controle primário, voltado para a mudança da situação objetiva, e controle secundário, voltado para a mudança daquele que a percebe (Paiva, 1998).

Em 1974, Levenson elaborou a *Multidimensional Locus of Control Scale*, medindo três dimensões de controle percebido: interno, outros poderosos e acaso, onde o controle de

conseqüências pessoalmente significativas é percebido como estando, respectivamente, em si mesmo, em outras pessoas importantes para a situação ou na aleatoriedade da sorte ou do destino (Paiva, 1998). Esta escala foi validada no Brasil, mais tarde, por Tamayo (1989). Anos depois, Welton e colaboradores (1996) acrescentaram itens empiricamente testados à escala de Levenson, desenvolvidos para avaliar o controle exercido por Deus, denominando-o de "quarta dimensão", produzindo uma melhora significativa na escala. Entretanto, Pargament e colaboradores (1990) apontaram que, enquanto atribuições religiosas contribuem pouco para a predição de resultados positivos de eventos estressantes, escalas de *coping* religioso adicionam significante e única variância à predição destes resultados (gerais, religiosos e de saúde mental).

Pargament e colaboradores (1988) correlacionaram LOC aos estilos de *coping* religioso espiritual. No estilo de CRE autodireção, o controle é buscado pelo *self*. No estilo de CRE delegação, controle é buscado por Deus. No estilo de CRE colaboração, o controle é buscado com Deus (colaboração entre *self* e Deus). No estilo de CRE súplica, o controle é buscado através de Deus (Pargament, 1997). Analogamente, considerando a literatura, se pode considerar que no estilo de CRE renúncia, proposto por Wong-McDonald e Gorsuch (2000), o controle é buscado pelo *self* através da submissão a Deus, sendo consistente com a associação entre controle interno e controle de Deus, anteriormente mencionada.

Práticas e crenças religiosas podem reduzir o senso de perda de controle e desesperança que acompanha as doenças, especialmente as físicas. Elas provêm uma estrutura cognitiva que reduz sofrimento e aumenta o senso de significação e propósito frente a perdas, antes apenas baseado em fontes de auto-estima (Koenig & cols., 2001). Este aspecto se mostra relevante, já que a percepção de controle pessoal tem sido encontrada em associação com melhor ajustamento psicológico e comportamentos desejáveis em vários contextos (Siegel & cols., 2001). A percepção dos eventos pode ser influenciada por esquemas cognitivos de sistemas de crenças.

4.5 CRE e a Religião como Esquema Cognitivo

Em 1995, McIntosh lança a perspectiva da religião como esquema cognitivo, apontando sua capacidade de integrar achados e conceitos anteriores e sua utilidade para explorar/explicar estrutura e função das crenças religiosas. Ressaltou que a religião-como-esquema poderia ser particularmente importante para o estudo do *coping* religioso (McIntosh, 1995). Definiu esquema como estrutura cognitiva ou representação mental, que contém conhecimento anterior organizado sobre um domínio em particular, incluindo as especificações das relações entre seus atributos. Esquemas são construídos na interação

com o ambiente e modificáveis pela experiência. Além disso, operam em vários níveis de generalidade, com esquemas abstratos amplos, como religião, usualmente contendo esquemas mais específicos inseridos. O conhecimento sobre o funcionamento dos últimos poderia ajudar a entender o funcionamento dos primeiros.

Esquemas religiosos possibilitam às pessoas identificar estímulos rapidamente, preencher as informações faltantes em sua disposição e selecionar estratégias para a obtenção de informações adicionais ou para a solução de problemas. Moldam a maneira como a informação é perceptualmente organizada, armazenada, recuperada e processada, arranjando a miríade de estímulos, dando-lhes significado e facilitando seu processamento. A adoção do conceito de esquema liga as pesquisas realizadas pelos psicólogos sociais e cognitivos sobre o pensamento e o processamento de informações no trabalho com sistemas de crenças, em geral, e com religião, em particular (McIntosh, 1995).

Outros teóricos (Bjorck, 1995; Koenig, 1995; Paloutzian & Smith, 1995) debateram a utilidade e os problemas relacionados à utilização da religião como esquema, concluindo pela necessidade de pesquisas exploratórias e experimentais para melhor definir e mensurar o esquema cognitivo religioso.

4.6 Modelos Envolvendo CRE

Alguns modelos envolvendo religião e *coping*, sob diferentes aspectos, foram propostos. No princípio da década de 90, Liliston e Klein (1991) desenvolveram um modelo de redução de autodiscrepância de *coping* religioso, propondo que a efetividade da resposta religiosa a crises pessoais estava relacionada ao tipo e quantidade de autodiscrepância na percepção do *self*. Pouco depois, Dull e Skokan (1995) propuseram um modelo cognitivo para a influência da religião na saúde, que incorporava crenças religiosas num sistema de cognição e funcionamento psiconeuroimunológico. Ressaltaram a necessidade de modelos de processo psicológico para estudar como os eventos de vida são interpretados no contexto da fé religiosa. Anos mais tarde, Koenig (2001b) divulgou seu modelo teórico descrevendo como a religião afeta a saúde física. Este modelo relaciona religião com saúde mental, apoio social e comportamentos saudáveis, considerando variáveis independentes (suscetibilidade e hereditariedade genética, gênero, idade, raça, educação e renda) e características e valores pessoais (incluindo aprendizado infantil e decisões na adultez), que influenciam o organismo e a geração de doenças físicas específicas. O último modelo de que se tem notícia foi proposto por Nooney e Woodrum (2002), testando *coping* religioso e suporte social baseado na igreja como variáveis preditoras de resultados de saúde mental. Numa amostra que considerou apenas indivíduos afiliados a alguma religião, montaram um

modelo que indica a prevalência do construto *coping* religioso sobre as outras medidas religiosas utilizadas na predição de resultados de saúde mental (depressão), e influencia mais do que suporte social baseado na igreja, sendo que prece e freqüência à igreja afetam indiretamente, através do *coping* religioso. Estes resultados corroboraram os de Pargament (1997) e Pargament e colaboradores (1992; 1998; 2001).

4.7 CRE e Saúde

Existem quatro razões para associação entre religião e saúde: 1) crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido às experiências, seja positivo ou negativo; 2) crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; 3) a religião fornece rituais que facilitam e santificam as maiores transições de vida (adolescência, casamento, morte); 4) crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento e estrutura para os tipos de comportamentos socialmente aceitáveis (Koenig, 2001b).

A vasta maioria das pesquisas indica que práticas e crenças religiosas estão associadas com melhor saúde mental e física (Koenig, 2001c). De quase 850 estudos examinando a relação entre envolvimento religioso e saúde mental, a maioria endossa que o primeiro está associado a maior satisfação de vida e bem-estar, maior senso de propósito de significado de vida, maior esperança e otimismo, menor ansiedade e depressão, maior estabilidade nos casamentos, menor índice de abuso de substâncias (Koenig & cols., 2001). De 225 relatos sobre pesquisas envolvendo religião e saúde física, a maioria encontrou resultados positivos do envolvimento religioso em relação à: dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sangüínea, enfarto, função imune, função neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade (Koenig, 2001c).

As conexões positivas encontradas não querem dizer que todas as religiões ou alguma em particular sempre promovam emoções humanas positivas, relacionamentos satisfatórios ou estilos de vida saudáveis (Koenig, 2001a). Em certas circunstâncias, a religião pode ter um efeito adverso na saúde, particularmente se as crenças são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou quando práticas religiosas são usadas para substituir cuidados médicos tradicionais (Koenig, 2001c). Ela, também, pode ser usada para induzir culpa, vergonha, medo ou para justificar raiva e agressão. Como agente de controle social, pode ser excessivamente restritiva e limitante, promovendo isolamento social dos que não estão de acordo com os padrões religiosos. No geral, entretanto, as principais religiões com tradições bem estabelecidas e lideranças responsáveis tendem a promover mais experiências humanas positivas do que negativas (Koenig, 2001a), o que

parece combinar com o maior uso de estratégias positivas de *coping* religioso do que negativas (Pargament, Smith & cols., 1998).

Da perspectiva da saúde pública, vários estudos demonstram que pessoas que apresentam envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar/abusar de substâncias como álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extramaritais, delinqüência e crime – especialmente os mais jovens (revisão em Koenig, 2001a). Há indicações consistentes de que envolvimento religioso de adolescentes é positivamente relacionado com valores pró-sociais e negativamente com comportamento arriscado, incluindo suicídio, abuso de substância, delinqüência, atividade sexual prematura e gravidez na adolescência. Em parte como resultado desses achados, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais IV (DSM-IV) realizou mudanças significativas em sua apresentação da religião, removendo as freqüentes ilustrações negativas da religião na psicopatologia e incluindo o Código V para Problemas religiosos e espirituais (Weaver & cols., 1998).

Quanto aos usuários dos serviços de saúde, Connelly e Light (2003) afirmam que, dos 350 estudos em artigos científicos por eles pesquisados que mostram alguma correlação entre religião e boa saúde, a pluralidade mostrou que a grande maioria dos pacientes quer ser perguntada sobre sua espiritualidade e/ou suas crenças religiosas no contexto do cuidado à saúde. Profissionais de várias áreas têm demonstrado interesse em abordar estas relações nos campos teóricos e aplicados. Lawler e Younger (2002), baseados no modelo da Teobiologia, realizaram um estudo sobre a relação da espiritualidade e da religião com respostas cardiovasculares agudas, entre outras, e os resultados apontaram para o fato de que a espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas pode representar meios de aumentar o senso de propósito e significado de vida, o qual está relacionado a maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças. A Teobiologia, conforme definida por Rayburn (2001, citado por Lawler & Younger, 2002), reflete as interconexões recíprocas entre teologia e biologia. Considerando que os seres humanos são organismos incorporados, advoga que os instrumentos da psicologia, biologia e psicofisiologia podem ser utilizados para elucidar as relações entre teologia, o corpo humano e a experiência religiosa.

No entanto, embora os mecanismos específicos (resumo em Musick & cols., 2000) através dos quais a religião pode afetar a saúde estejam sendo pesquisados, ainda não estão bem esclarecidos. O *coping* religioso tem sido citado na literatura como melhor preditor de resultados de saúde, podendo contribuir nisso. Apresenta correlação positiva com crescimento relacionado ao estresse, crescimento espiritual e cooperatividade (Koenig & cols., 1998) e está

associado com aperfeiçoamento do *coping*, menor índice de desordens emocionais, maior suporte social e menor índice de comportamentos que possam afetar adversamente saúde e relacionamentos humanos (Koenig, 2001a). Por isso, certamente é necessário aprender mais sobre os diferentes tipos de *coping* religioso, para quem eles são mais efetivos e sob que circunstâncias eles provêm o maior benefício (Aldwin, 2000). Para tanto, são necessários meios precisos e confiáveis de avaliá-lo.

Uma variável que tem sido relatada como tendo reflexos, numa certa extensão, na saúde mental, no que se refere ao sucesso da adaptação psicológica dos pacientes a sua doença e seu respectivo tratamento é a satisfação com a vida (Neznanov & Petrova, 2002). O conceito de qualidade de vida, inclusive, tem sido proposto para avaliar desfechos clínicos em populações, alternativamente à taxa de mortalidade (WHOQOL Group, 1994). Neste sentido, estudos sobre qualidade de vida vêm sendo conduzidos, bem como têm sido averiguadas suas possíveis relações com saúde, *coping*, religião e espiritualidade.

4.8 CRE e Qualidade de Vida (QV[4])

A Qualidade de Vida compreende a intercorrelação entre três fatores: físico, psicológico e social (Neznanov & Petrova, 2002). Configura-se num conceito bastante complexo, pois abrange saúde física; estado psicológico; nível de independência; relacionamentos sociais; crenças espirituais, religiosas e pessoais; e relação com o ambiente (Skevington, 2002).

É importante ressaltar, entretanto, a distinção entre os conceitos de padrão de vida e QV (Skevington, 2002). O primeiro compreende indicadores globais das características relevantes do modo de viver das sociedades e dos indivíduos, em termos socioeconômicos, demográficos e de cuidados básicos de saúde disponíveis. O segundo conceito é baseado em parâmetros que se referem à percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, os quais podem ou não coincidir com os indicadores de padrão de vida. O Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL), propôs que estas percepções e interpretações se originam na cultura à qual a pessoa pertence (Skevington, 2002). Por isso, na QV, a questão cultural é fundamental, já que diferentes culturas tendem a priorizar diferentes aspectos. Segundo Skevington (2002), o Grupo WHOQOL pode ter sido o primeiro a incluir na definição de QV o componente cultural como parte integrante e fundamental, ao invés de tratar sua influência como uma variável não relacionada. Este grupo é uma

[4] Optou-se por utilizar, neste texto, a abreviação QV, em português, para qualidade de vida, apesar de salientarmos que a sigla mais utilizada internacionalmente é QoL (do inglês, *Quality of Life*).

colaboração entre pesquisadores, clínicos e cientistas que vêm trabalhando juntos há mais de 12 anos a partir de protocolos internacionais consensuais, desenvolvidos de comum acordo a cada estágio do desenvolvimento do projeto. Membros do Grupo WHOQOL (WHOQOL Group, 1994) definiram *qualidade de vida* 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" (citado por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

Entretanto, pesquisadores independentes e vários outros grupos de pesquisadores, subsidiados por diferentes instituições, também têm estudado qualidade de vida por todo o mundo, como o IQOLA (*International Society for Quality of Life Assessment*) e o grupo[5] de pesquisadores que construiu o SEIQOL (*The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*) (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000; Skevington, 2002). Estes grupos têm diferentes pontos de vista quanto à universalidade ou relatividade do conceito de QV, refletindo-se em abordagens objetivas ou subjetivas na construção dos diferentes instrumentos de avaliação da QV. A visão universal foi apoiada pelos dados coletados pelo Grupo IQOLA, a partir do alto grau de similaridade encontrado entre os perfis do instrumento SF-36 provindos de quatro países europeus. Resultados coletados ao redor do mundo pelo Grupo WHOQOL, através dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, também apoiaram esta posição. Já os pesquisadores do SEIQOL utilizam uma abordagem ideográfica que procura entender o indivíduo como um ser único. Assim, consideram que as muitas diferenças individuais entre as pessoas são mais importantes do que suas similaridades, apontando para a dimensão relativa, individual e subjetiva da QV. Seus instrumentos SEIQOL e SEIQOL-DW (Browne & cols., 1997; McGee & cols., 1991) têm sido utilizados para acessar QV individualmente, através da técnica de entrevista semiestruturada, em estudos com grupos particularizados, como indivíduos que sofrem de uma mesma doença, por exemplo (Waldron, 1999).

Povey (2002), enfatiza que o SEIQOL, um levantamento de pequena escala, tem demonstrado aceitabilidade com os pacientes, e boa fidedignidade, embora ressalte que é inapropriado para algumas populações, como idosos ou pacientes severamente doentes, por requerer um processamento de informação abstrato complexo. Já Bullinger (citado por Skevington, 2002), observou que dimensões que incluem, tanto escalas genéricas, quanto específicas de QV (domínios), demonstraram um estonteante grau de correspondência entre diferentes instrumentos, permitindo revelar muitas diferenças, tanto entre culturas, quanto entre indivíduos. Isto equivaleria dizer que a abordagem universal utilizada pelos

[5] C. A. O´Boyle, H. McGee, A. Hickey, C. R. B. Joyce, J. Browne, K. O´Malley e B. Hiltbrunner.

instrumentos dos Grupos WHOQOL e IQOLA permitiria salientar tanto similaridades quanto diferenças no conceito de QV entre os povos.

Tal debate tem raízes na escolha e utilização de diferentes metodologias e técnicas estatísticas de análise de dados (Skevington, 2002) e sua questão chave centra-se na possibilidade ou não de realizar medidas transculturais de QV. A importância desse tipo de medida se sobressai porque, através delas, é possível compartilhar resultados oriundos de todo o mundo quanto aos tratamentos clínicos realizados, além de viabilizar a comparação de QV em diferentes culturas e grupos sociais. Segundo Skevington (2002), instrumentos transculturais também permitiriam verificar a própria questão da QV ser um conceito universal ou não, contribuindo ao debate.

À parte desta discussão sobre o conceito de QV em si – embora com base nos seus princípios e resultados – vários estudos têm sido realizados focalizando a relação entre qualidade de vida e outros aspectos/variáveis. Alguns estudos investigaram a relação entre QV e *coping*. Um estudo português, com grupo controle, demonstrou que estilos de *coping* estavam significativamente correlacionados com qualidade de vida em pacientes diabéticos não-dependentes de insulina. Estilos de *coping* de evitação, em geral, estiveram relacionados a pior QV em comparação à utilização de estilos de *coping* de confrontação ativa (Coelho, Amorim & Prata, 2003). Outro estudo enfocando *coping* e qualidade de vida, realizado com 114 pacientes cinco meses após seu primeiro infarto do miocárdio, revelou, através de análises de regressão múltipla, que as estratégias de *coping* de minimização e fatalismo estiveram, respectivamente, positiva e negativamente associadas com medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde (Brink, Karlson & Hallberg, 2002). Estes dados demonstraram que, quanto à qualidade de vida, a minimização da situação estressante configura-se num *coping* positivo e fatalismo num *coping* negativo, em relação às conseqüências àqueles que o praticam – em similaridade com a distinção entre *coping* religioso positivo e negativo realizada pelos teóricos da Psicologia da Religião.

Apenas dois estudos foram encontrados abordando diretamente a relação entre QV e *coping* religioso espiritual (entre outras variáveis). Numa amostra que contou com 551 idosos hospitalizados gravemente doentes, 256 pessoas vítimas do ataque de bomba em Oklahoma e 540 universitários que haviam sofrido eventos de vida estressantes, Pargament, Smith e colegas (1998) verificaram que uma maior utilização de CRE positivo não se correlacionou com qualidade de vida ou depressão. No entanto, uma maior utilização do CRE negativo correlacionou-se moderadamente com níveis piores de qualidade de vida e maiores de depressão. Assim, os autores concluíram que a religião/espiritualidade pode ser fonte de alívio ou desconforto, de solução de problemas

ou causa de estresse, dependendo de como a pessoa se relaciona com ela – ou seja, dependo se utiliza estratégias de CRE positivas ou negativas.

Já a pesquisa de Koenig e colegas (1998) estudou uma amostra com 577 pacientes acima de 55 anos (ver seção 4.1 deste trabalho). Uma regressão linear de 3-passos utilizou como variáveis preditoras 21 estratégias de CRE (12 positivas e 9 negativas), 11 estratégias de *coping* não religioso (6 "positivas", 5 "negativas") e três questões globais sobre atividades religiosas (freqüência religiosa, importância da religião e freqüência de atividades religiosas privativas). Como variáveis dependentes foram utilizadas cinco medidas de saúde física (diagnóstico médico ativo, severidade da doença médica, saúde auto-classificada, *status* funcional e funcionamento cognitivo) e cinco de saúde mental (sintomas depressivos, qualidade de vida, crescimento relacionado ao estresse, cooperatividade e crescimento espiritual). Houve controle para idade, sexo, raça, educação, admissão hospitalar e severidade da doença médica. Concernente aos instrumentos de interesse, este estudo utilizou (1) um índice global de qualidade de vida composto de cinco itens preenchidos pelo observador/pesquisador, com respostas em escala Likert de 3-pontos (Spitzer & cols., 1981), que mediam atividade geral, funcionamento, apoio social, funcionamento psicológico e de saúde (mesmo instrumento usado por Pargament, Smith & cols., 1998), (2) uma escala *Brief* RCOPE de 63 itens para medir o CRE e (3) uma forma abreviada de 22 itens da escala COPE (Carver & cols., 1989) para avaliar o *coping* não religioso (*coping* geral).

Em relação à saúde física, os resultados mostraram que quanto pior o estado de saúde dos pacientes, maior o uso de estratégias de CRE. A associação entre CRE e pior saúde física foi mais forte e freqüente para o CRE negativo do que para o positivo. Estratégias de *coping* não religioso também estiveram associadas com pior saúde física, particularmente as menos saudáveis, como negação, comportamento desengajado e outras. A única estratégia de *coping* não religiosa associada à melhor saúde física foi aceitação. Freqüência religiosa esteve consistentemente associada a melhor saúde física.

Com relação à saúde mental, algumas estratégias de CRE positivo (5 de 12) tenderam a estar associadas a menos sintomas depressivos e melhor qualidade de vida. Todas 12 estratégias de CRE positivo estiveram robustamente associadas a crescimento associado ao estresse, cooperatividade e crescimento espiritual. A maioria das estratégias de CRE negativo (8 de 9) estiveram associadas à pior qualidade de vida e maior depressão. As associações entre CRE negativo e crescimento associado ao estresse, cooperatividade e crescimento espiritual foram menos freqüentes, mais fracas, menos consistentes e ocasionalmente negativas. As estratégias de *coping* não religioso mais saudáveis (aceitação

e receber suporte social/emocional), que poderíamos chamar de positivas, estiveram associadas a menor depressão e maior qualidade de vida. As menos saudáveis ou negativas (comportamento desengajado, negação, uso de álcool e drogas) estiveram relacionadas a maior depressão e menor qualidade de vida. Freqüência religiosa esteve associada a menos depressão e maior qualidade de vida. Freqüência religiosa, importância da religião e atividades religiosas privadas estiveram associadas a crescimento relacionado ao estresse, cooperatividade e crescimento espiritual.

Outras pesquisas abordaram a relação entre QV e outras variáveis religiosas/espirituais. Ferriss (2002) examinou a relação entre religião e qualidade de vida através de indicadores objetivos e subjetivos de QV. Os resultados mostraram que a variável felicidade esteve associada com freqüência/presença em serviços religiosos, com preferências proselitistas e com preferências doutrinárias. Felicidade também esteve associada a certas crenças relacionadas à religião, como a crença de que o mundo é bom ou mau, mas não a crença na imortalidade. O autor concluiu que organizações religiosas contribuem para a integração da comunidade, conseqüentemente aumentando a QV e que, como a freqüência/presença em serviços religiosos esteve imperfeitamente associada com QV, outros fatores deveriam estar atuando. Outras deduções do autor foram: que a concepção americana de "boa vida" se baseia fortemente em ideais judaico-cristãos, que os princípios da religião podem atrair pessoas com disposição para a felicidade, e que a religião pode explicar um propósito na vida que promove bem-estar.

Já Peterman e colegas (2002), encontraram evidências de relação significativa entre bem-estar espiritual e QV, quando do desenvolvimento e validação do instrumento FACIT-Sp (*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale*) em uma amostra multiétnica de 1617 participantes com idade média de 54,6 anos. Em outro estudo, Flannelly e Inouye (2001) confirmaram suas três hipóteses iniciais de que a qualidade de vida entre indivíduos HIV positivos (32♂, 8♀, 25-54 anos) estaria diretamente relacionada ao *status* de saúde, afiliação religiosa e fé religiosa dos mesmos. A análise de regressão *stepwise* revelou que quatro variáveis independentes contribuíam positiva e significativamente para os escores dos participantes no *Quality of Life Index* (QLI): SES, afiliação religiosa (sim *versus* não), uma medida composta de fé religiosa e uma medida combinada de *status* de saúde baseada no número de sintomas e no *Karnofsky Performance Status* (incluindo nível de funcionamento físico). Outras variáveis independentes, como idade, etnia e gênero, não contribuíram para o modelo de regressão (apenas para 2,3% da variância no QLI).

A importância da dimensão religiosa/espiritual na QV, e conseqüentemente, nas medidas de QV, foi iluminada pela pesquisa de Robbins e colegas (2001). Eles realizaram

um estudo longitudinal de três medidas (linha base, 3 e 6 meses) com 60 pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) [ALS, em inglês] para determinar como as variáveis função física (*ALS Functional Rating Scale*), qualidade de vida (*McGill QoL Questionnaire* e *SIP/ALS*-19: *ALS-Specific health-related quality-of-life*) e espiritualidade ou religiosidade (*Idler Index of Religiosity*) variavam com o tempo, e que relação tinha uma mudança com outra. A *Análise de Variância* (multivariada de medidas repetidas "*two-way*") revelou que, tanto a passagem de tempo, quanto as escalas específicas de QV, foram fatores na predição da qualidade de vida dos pacientes. Apesar de um progressivo declínio na função física, os escores gerais de QV e religiosidade pouco mudaram. Em contraste, o escore da QV relacionada à saúde, específica para ELA, diminuiu paralelamente ao declínio nos escores de função física, indicando que tal escore é primariamente uma medida desta função. Os autores concluíram que a QV em pacientes com ELA parece ser independente da função física, corroborando com estudo trans-regional prévio. Também concluíram que instrumentos de QV que incluem a avaliação de fatores espirituais, religiosos e psicológicos produzem resultados diferentes em relação àqueles obtidos usando somente medidas do funcionamento físico.

Participantes afro-americanos em uma pesquisa sobre a relevância de itens em diferentes instrumentos de QV relacionados à saúde (QVRSaúde) apontaram a importância dos itens sobre espiritualidade e *status* de saúde ponderado, em relação à pouca relevância de itens genéricos de QVRSaúde (Cunningham & cols., 2000). Noutro estudo, pacientes com tuberculose, antes que seus médicos, indicaram o aumento da espiritualidade como importante fator de QV resultante de sua doença e/ou tratamento (Hansel, Wu, Chang & Diette, 2004);

À mesma conclusão sobre a importância da dimensão religiosa/espiritual na QV chegou o Grupo WHOQOL, quando organizou grupos focais por todo o mundo em 1991, a partir de um projeto que visava resolver os problemas relativos às medidas transculturais de saúde e qualidade de vida (Skevington, 2002). Então, os participantes afirmaram que espiritualidade, religião e crenças pessoais eram variáveis importantes em sua qualidade de vida e saúde. Estas, que não faziam parte da estrutura original do instrumento WHOQOL-100, foram então incluídas, ficando o instrumento com seis domínios (físico, psicológico, relações pessoais, meio-ambiente, nível de independência e espiritualidade). Mesmo assim, em 2002, Skevington apontou que este instrumento ainda era limitado quanto às medidas de espiritualidade, religião e crenças pessoais, explicando que, por razões pragmáticas, não havia sido possível desenvolvê-las mais. Salienta-se que o WHOQOL-bref, a versão abreviada deste instrumento, não contém os domínios espiritualidade e nível de independência e que o Grupo WHOQOL no Brasil vem desenvolvendo transculturalmente

um Módulo de Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB) para seus instrumentos (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003).

Outro instrumento de qualidade de vida que inclui esta dimensão é a *Quality of Life-Cancer Survivors* (QOL-CS). Ela possui uma subescala de bem-estar espiritual, além das subescalas de bem-estar físico, bem-estar psicológico e bem-estar social que, juntamente com dois subcomponentes (medos e angústias), completam esta escala visual analógica de 41 itens. Suas propriedades psicométricas foram exploradas em uma amostra de 177 crianças sobreviventes de câncer, de 16 a 29 anos (Zebrack & Chesler, 2001). Estudos de validade e fidedignidade demonstraram que a consistência interna foi muito boa para cinco dos seis fatores. A validade concorrente observada foi de moderada à alta em quatro fatores. A validade discriminante pôde ser percebida entre grupos definidos pelas variáveis *status* de saúde e *status* social. A partir da análise fatorial, o resultado da análise dos fatores revelou-se consistente teoricamente com os elementos avaliados no QOL-CS, embora a classificação em outros fatores para inúmeros itens foi percebida e discutida pelos autores Zebrack e Chesler (2001) em termos de adequação e coerência. Eles concluíram que o instrumento mede domínios relevantes e distintos da qualidade de vida para crianças sobreviventes de câncer. Entretanto que, naquela forma, não parecia ser uma medida que se consideraria ideal para aquela população, por carecer de itens relativos a algumas variáveis que aparentam ser mais importantes para esta população, e conter alguns outros que pouco contribuíram para explicar a variância total.

Um estudo longitudinal sobre o uso de instrumentos de QV para prever hospitalização e mortalidade em pacientes com doença pulmonar obstrutiva (Fan, Curtis, Tu, McDonell & Fihn, 2002) indicou que QV baixa é um poderoso preditor de hospitalização e todas as causas de mortalidade. Deste modo, instrumentos auto-administráveis e breves poderiam promover uma oportunidade de identificar pacientes que poderiam se beneficiar de intervenções preventivas. Se estes instrumentos ainda forem transculturais, Skevington (2002) ressalta que poderão viabilizar comparações entre grupos sociais ou culturais e entre aqueles que são atendidos em diferentes condições e *settings* de atendimento à saúde. Estas informações são particularmente importantes para políticas públicas, especialmente no combate às epidemias mundiais, como a de HIV, quando tantos diferentes grupos culturais necessitam de uma avaliação de QV no contexto de trabalho voluntário ou profissional, como testagem e aconselhamento (ou no diagnóstico das mais diversas doenças e seu respectivo tratamento físico e/ou psicológico). Os resultados destes dois estudos demonstraram a importância do uso de instrumentos válidos e confiáveis no desenho de programas em nível de saúde pública – bem como a importância dos instrumentos de avaliação em si.

5. Avaliação Psicológica

Conforme foi salientado nas seções anteriores, a mensuração válida e fidedigna de dados é extremamente importante para que se obtenham resultados de pesquisa corretos e, conseqüentemente, úteis e relevantes. Portanto, antes de passar ao tema da mensuração de CRE propriamente dita, serão examinados conceitos mais amplos de Avaliação Psicológica. Esta é justamente a área da Psicologia que trata de estudar e construir formas confiáveis de avaliar os aspectos psicológicos. No sentido amplo, visa o desenvolvimento teórico-prático da Psicologia. Especificamente, proporciona meios de avaliação psicológica dos indivíduos utilizados na pesquisa básica e aplicada e/ou na prática clínica em todos os campos desta ciência, com fins de diagnóstico, tratamento, seleção, entre outros.

5.1 Escalas

5.1.1 Escalas Psicométricas

Segundo Pasquali (1999a), a medida escalar constitui uma das várias formas que a medida psicométrica pode assumir. Nesta se incluem os testes psicológicos, os inventários, as escalas, etc. As medidas escalares propriamente ditas (escalas), são as mais utilizadas na Psicologia Social, especificamente no estudo das atitudes, e também, no campo da personalidade e da psicopatologia. Entretanto, a expressão escala também é utilizada de múltiplas formas: para designar um nível métrico de medida (ordinal, intervalar, etc); para designar um contínuo de números (escala numérica de 5 pontos, por exemplo); para designar os próprios itens de um instrumento ou para designar diferentes técnicas de construção e uso de instrumentos psicológicos de medidas de atitudes (como escala tipo "Thurstone", tipo "Likert", etc.). Todos termos são legítimos e dificilmente confundidos.

De qualquer forma, o termo escala, em Psicologia, se refere a um instrumento de medida que se caracteriza por ser composto por uma seqüência de números tipo monotônica crescente ou decrescente. Seus números representam algum aspecto da realidade, seja física, mental ou outra, e desejam indicar diferentes magnitudes de uma propriedade ou atributo desta realidade. A escala psicométrica, então, visa escalonar estímulos observáveis (itens) que expressam um construto psicológico (Pasquali, 1999a).

Uma escala é dita unidimensional se ela expressa através dos números apenas uma dimensão subjacente, ou seja, mede apenas um traço latente. Escalas multifatoriais são um aglomerado de escalas unidimensionais, ou seja, apesar de existirem escalas independentes para cada traço medido, o mesmo teste agrupa-as num único inventário. Já escalas multidimensionais implicam na existência de mais de um traço latente afetando as respostas dos sujeitos num dado conjunto de itens. Isto é, uma série de observações, expressas por

números (escala), têm mais de um traço latente como causa. Como esta é a situação típica em psicologia, as escalas multidimensionais constituiriam o modelo a ser utilizado. No entanto, por serem extremamente complexas e utilizarem conceitos que são tipicamente ambíguos, são mais difíceis de tratar em pesquisa e menos utilizadas que as unidimensionais. Além disso, quando se diz que a escala é unidimensional, se quer dizer que ela está medindo predominantemente um único traço latente, sendo os demais considerados secundários, onde a variância que estes produzem nos itens fica inserida na variância específica de cada item (restando como variância comum aquela que os itens têm em conjunto e estando referida ao traço latente que a escala quer especificamente medir) (Pasquali, 1999a).

5.1.2 Escalas do Tipo "Likert"

Segundo Pasquali (1999a), a técnica de Rensis Likert provavelmente é a mais utilizada na construção de escalas psicométricas, sendo conhecida por "método dos pontos somados". As escalas "Likert" visam verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico (construto). As mais utilizadas são as de cinco ou sete pontos.

A técnica de Likert consiste em construir uma série de itens para representar comportamentalmente um construto. Em seu pólo teórico, Likert sustenta que uma atitude (propriedade psicológica) constitui uma disposição para ação. Sendo ela um elemento entre uma série de construtos de personalidade, como propriedade psicológica, a atitude possui magnitudes, sendo por isso passível de ser medida. Todavia, procedimentos experimentais e analíticos devem ser realizados visando a seleção final dos itens (análise de consistência interna por *Teste t de Student* e análises de correlação de cada item com o restante dos itens) e a avaliação dos parâmetros psicométricos da escala (validade, fidedignidade e dimensionalidade).

Análises de correlação são mensuradas através de um coeficiente de correlação (r) que, segundo Anastasi e Urbina (2000), expressa o grau de correspondência ou de relacionamento entre dois conjuntos de escores. A correlação positiva perfeita encontra-se no valor "+1,00", sendo as variáveis diretamente proporcionais. A correlação negativa perfeita, no valor "-1,00", indicando uma completa inversão de escores de uma variável para outra. Uma correlação zero indica completa ausência de relacionamento. O mais comum é o *Coeficiente Pearson de Correlação Produto-Momento*, que leva em conta não apenas a posição da pessoa no grupo, mas também seu desvio, acima ou abaixo, em relação à média do grupo. Ele terá um valor positivo elevado quando os escores correspondentes tiverem sinais iguais e um valor aproximadamente igual em ambas variáveis. Se a soma dos produtos cruzados for negativa, a correlação será negativa.

Finalmente, a interpretação dos escores numa escala "Likert" não é imediatamente aparente, e a maneira mais apropriada de interpretá-los consiste em posicioná-los relativamente ao grupo que respondeu a escala, isto é, criar normas baseadas no grupo de resposta, onde a média do grupo será o ponto de referência. Desta forma, os escores da escala "Likert" são expressos em escores padrões (z=μgrupo-μsujeito/*dp*), os quais indicam quanto um dado sujeito se afasta da média (Pasquali, 1999a).

5.2 Parâmetros Psicométricos

Para que possamos confiar nos resultados obtidos por uma escala ou teste psicológico é necessário que eles apresentem certos parâmetros psicométricos, como validade e fidedignidade. Se forem adaptados de instrumentos existentes, existem parâmetros para os procedimentos de tradução e adaptação.

5.2.1 Fidedignidade

Os conceitos fundamentais obtidos na análise de fidedignidade de um teste/escala referem-se à questão da estabilidade no tempo e à consistência interna dos mesmos (Fachel & Camey, 2003). Ou seja, a fidedignidade se refere a quanto os escores de um sujeito em determinado teste/escala se mantêm idênticos em ocasiões diferentes, indicando o quanto o escore obtido se aproxima do escore verdadeiro do sujeito num traço qualquer. Assim, a fidedignidade está intimamente ligada ao conceito de variância erro (variabilidade nos escores produzida por fatores estranhos ao construto), indicando o montante de variância verdadeira que o teste/escala produz *versus* a variância erro (Pasquali, 2001).

A fidedignidade também é designada pelas expressões precisão, constância, consistência interna, confiabilidade, estabilidade, confiança e homogeneidade (Pasquali, 2001). Ela pode ser medida de diferentes maneiras, conforme o tipo de teste, resultando em diferentes tipos de fidedignidade: pelo Método do Teste-Reteste, pelo Método das Formas Paralelas ou Alternativas, e pelos Métodos de Cálculo da Consistência Interna, que são: o Método das Duas Metades, o de Kuder-Richardson e o *Alpha de Cronbach* (Fachel & Camey, 2003; Pasquali, 2001).

Também, para que haja fidedignidade na apuração dos escores, é preciso controlar uma série de fatores que possam afetar negativamente, através, por exemplo, da padronização das condições de testagem. Entretanto, na apuração de resultados de testes não-objetivos em que a opinião do apurador entra como fator de decisão, é preciso que mais de um apurador seja utilizado para se garantir um resultado preciso no teste/escala, através de um índice de fidedignidade entre os apuradores/avaliadores. A seguir, aprofundar-se-ão apenas os métodos ou índices de fidedignidade que se pretende utilizar nesta pesquisa.

5.2.1.1 Fidedignidade da Consistência Interna pelo *Alpha de Cronbach* (α)

O *Alpha de Cronbach*, que mede a consistência interitens (Cronbach, 1996a; Fachel & Camey, 2003). O instrumento é aplicado apenas uma vez, numa única forma. Quanto mais homogêneo for o conteúdo expresso pelos itens, maior será a consistência interna do instrumento. Conforme Hair e colegas (citados em Fachel & Camey, 2003), o objetivo da consistência interna é verificar se os itens possuem uma alta correlação, o que deveria ocorrer, pois estão medindo o mesmo construto.

5.2.1.2 Fidedignidade entre Juízes Avaliadores/Apuradores (*kappa*)

A concordância de um mesmo teste ou escala, expressa pela correlação entre as avaliações de diferentes apuradores (no mínimo dois), produzirá um índice de fidedignidade (precisão) entre os juízes avaliadores/apuradores. Este índice deve ser positivo e alto para garantir a validade dos resultados. Aceita-se 80% como um bom índice de concordância, isto é, há concordância suficiente entre os juízes para dizer que o escore dado ou o resultado obtido esteja correto (Pasquali, 2001). Este índice representa-se pela sigla *kappa*.

5.2.2 Validade

Um teste ou escala é dito válido se de fato mede o que supostamente deveria medir (Pasquali, 2001), ou seja, mede o que se deseja e se pensa que ele está medindo (Fachel & Camey, 2003). Isto significa que, ao se medir os comportamentos (itens) que são a representação do traço latente, está se medindo o próprio traço latente. Esta representação só é legítima se baseada em uma teoria prévia do traço que a fundamente como hipótese dedutível da mesma, e a validade do teste (constituindo este a hipótese) será estabelecida pela testagem empírica da verificação da hipótese (Pasquali, 2001). A validação de um instrumento, então, "examina a correção e relevância de uma interpretação proposta" (Cronbach, 1996b, p. 143). Existem três linhas inter-relacionadas de investigação da validade de um instrumento: construto, critério e conteúdo (Cronbach, 1996b; Fachel & Camey, 2003; Pasquali, 2001), apresentadas a seguir.

5.2.2.1 Validade de Construto

Também chamada validade de conceito, é a forma mais fundamental de validade dos instrumentos ou testes psicológicos (Pasquali, 2001). Refere-se ao grau com que um teste ou escala mede o construto ou traço que visa a medir. Entretanto, este não pode ser medido diretamente, apresentando uma validade teórica e não empírica, visto que a mesma se relaciona à correlação do teste com um construto teórico (Fachel & Camey, 2003). A validade de construto foi definida por Cronbach e Meehl (1955) como a característica de um teste

enquanto mensuração de um atributo ou qualidade, o qual não tenha sido ainda "definido operacionalmente". Mas o problema em pesquisa científica não é descobrir o construto a partir de uma representação existente, mas sim descobrir se a representação (teste/escala) constitui uma representação legítima, adequada do construto (Pasquali, 2001). A validade de construto de um teste, então, é a extensão em que podemos dizer que o teste mede um construto teórico ou traço (Anastasi & Urbina, 2000), ou mesmo um comportamento.

Embora relacionados e com sobreposições, diferentes autores expõem diferentes classificações quanto aos tipos de validade de construto existentes. Para fins de descrição, será utilizada a classificação de Pasquali (2001), e serão realizadas complementações, com dados de outros autores, quanto aos conceitos delineados. Antes, porém, considera-se relevante expor que Anastasi e Urbina (2000) ainda citam outras duas formas de abordar a validade de construto, além das enumeradas por Pasquali. Uma, é a técnica de Modelagem de Equação Estrutural, desenvolvida por Campbell em 1990. Esta considera, tanto as relações entre os construtos, quanto o caminho por meio do qual um construto afeta o desempenho de critério, sendo um esforço por investigar as relações causais através de *Análises de Regressão por Equação Linear* ou *Multivariada*. Outra se refere a algumas contribuições da Psicologia Cognitiva, que fornecem uma abordagem complementar e recíproca com as abordagens psicométricas, através de procedimentos como: decomposição da tarefa, análise de protocolo e *backgrounds*, processos de resposta, entre outros.

Cabe ressaltar que Pasquali (2001) comenta ser recomendável o uso de mais de uma das técnicas disponíveis, entre as existentes, para demonstrar a validade de construto de um teste/escala. Isto porque a convergência de resultados das várias técnicas constitui uma garantia para a validade do instrumento. Tal autor revela existir duas formas de abordar a validade de construto: pela análise da representação comportamental do construto (técnicas utilizadas: análise fatorial e análise de consistência interna) e pela análise por hipóteses [técnicas utilizadas: grupos critério "produzidos" experimentalmente, mudanças desenvolvimentais/idade, correlação com outros testes/escalas, validação convergente e validação discriminante (ou validação convergente/discriminante)]. Abaixo se encontram explicitadas as formas que serão utilizadas nesta pesquisa.

5.2.2.1.1 Validade de Construto através da Análise da Representação Comportamental do Construto

5.2.2.1.1.1 Análise Fatorial

Tem como lógica verificar quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens. Através da análise fatorial, as correlações entre itens são explicadas como resultantes de variáveis-fonte, os construtos ou traços latentes

que seriam as causas dessas covariâncias. A análise fatorial postula que um número menor de traços latentes (variáveis-fonte) é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (itens). Uma limitação é que a teoria matemática da análise fatorial define a relação entre as variáveis observadas e as variáveis-fonte somente em termos de equações lineares, enquanto que no campo da Psicologia, das Ciências Sociais e do comportamento em geral se encontram equações logarítmicas, exponenciais, ou outras. De qualquer forma, a análise fatorial é ainda o melhor método para verificar a hipótese de representação comportamental dos traços latentes num teste psicológico (Pasquali, 2001).

A análise fatorial pretende identificar traços psicológicos que sejam comuns em uma bateria de testes, sendo utilizada quando os construtos possuem uma dimensão ou mais (Fachel & Camey, 2003). O fatoramento divide o conjunto de itens do instrumento em grupos, cada um medindo uma capacidade. Na análise fatorial exploratória, o pesquisador rota os fatores até obter o padrão que o satisfaça; já, na confirmatória, ele "registra as cargas fatoriais que representam sua hipótese ao construir o teste, e pergunta se as intercorrelações do teste estão razoavelmente alinhadas com elas (Cronbach, 1996b, p.326)".

Conforme Pasquali (1999b), constituindo a demonstração da própria validade de um instrumento e representando igualmente a análise preliminar dos próprios itens, a análise fatorial verifica e define a dimensionalidade do instrumento, determinando quantos fatores este está medindo, bem como os itens de cada fator. Produz, para cada item, uma carga fatorial que representa a saturação deste no fator, indicando a covariância (percentagem de “parentesco”) entre fator e item. Quanto mais próximo de 100% de covariância fator-item, melhor será o item, pois ele assim se constitui num excelente representante comportamental do fator (traço latente). As cargas fatoriais, como os índices de correlação, vão de –1,00 à +1,00. Os itens que não possuem carga expressiva em nenhum fator devem ser eliminados. Costuma-se apontar o valor de 0,30, positivo ou negativo, como sendo a carga mínima necessária para o item ser um representante útil do fator. Esta representa que há uma covariância fator-item de cerca de 10% ($0{,}30^2=0{,}09$), considerada não negligível, embora não seja extremamente sólida. Quanto mais acima de 0,30, melhor o item. Isto porque as cargas fatoriais falam tanto da qualidade de cada item, quanto do conjunto deles – ou seja, o fator. Então, também se espera que outros itens no fator apresentem cargas respeitáveis, isto é, acima de 0,50, para dizer que este foi bem representado comportamentalmente.

O fato das cargas fatoriais serem positivas e negativas num mesmo fator apenas indica que um item está expressando o pólo positivo e o outro o pólo negativo do fator (como, por exemplo, “gosto de meus pais” e “detesto meus pais”, pólos opostos da questão afiliação). Já

a variância explicada pelos fatores indica a percentagem explicada em relação à variância total do teste/escala, sendo o restante irrelevante ao conteúdo que o mesmo pretende medir, como erros de medida e peculiaridades específicas dos itens (Pasquali, 1999b).

5.2.2.1.1.2 Análise da Consistência Interna

O índice *Alpha de Cronbach* é tipicamente utilizado como indicador sumário da consistência interna de um teste e dos itens que o compõem. Consiste essencialmente em verificar a homogeneidade dos itens que compõem um teste/escala. Assim, o escore total no teste se torna o critério de decisão, e a correlação entre cada item e este escore total decide a qualidade do item e sua permanência. Todavia, o escore total só tem sentido se o teste já é *a priori* homogêneo. Assim, a correlação de cada item com o escore total supõe que os itens sejam somáveis, isto é, homogêneos, e que sejam a representação de um mesmo traço (unidimensionalidade). Há que se lembrar que a intercorrelação entre os itens não é uma demonstração de que estejam medindo o mesmo construto. Deste modo, a consistência interna deve ser utilizada em conjunto com outras técnicas para garantir que os itens sejam uma representação unidimensional de um construto, quando esta é relevante (Pasquali, 2001).

5.2.2.1.2 Validade de Construto através de Análise por Hipótese

Fundamenta-se no poder de um teste psicológico em ser capaz de discriminar ou predizer um critério externo a ele mesmo. Contudo, a adequação do critério a ser utilizado àquilo que o teste/escala procura avaliar é importante, pois, se do ponto de vista metodológico esta seria a técnica mais direta e óbvia, ela esbarra na dificuldade de definição inequívoca do critério a ser utilizado para a formulação da hipótese (Pasquali, 2001). Assim, o critério é procurado de várias formas, sendo quatro as mais comumente utilizadas.

5.2.2.1.2.1 Validação Convergente/Discriminante

Conforme Pasquali (2001), esta técnica foi desenvolvida por Campbel e Fiske em 1959, e publicada em 1967. Esta procura avaliar a correlação significativa do teste/escala com outras variáveis com as quais o construto medido pelo mesmo deveria se correlacionar (validade convergente) e a não correlação ou correlação baixa e insignificante com as variáveis com que ele teoricamente deveria se diferenciar (validade discriminante) (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2001). Para tal avaliação, aqueles autores propuseram um delineamento experimental sistemático para a abordagem simultânea de ambas validades denominado Matriz Multitraço-Multimétodo (Anastasi & Urbina, 2000).

Já Fachel e Camey (2003) propõem esta como dois tipos de validade acessadas em separado: validade convergente e validade discriminante. O primeiro tipo visa a verificar "se a medida obtida está substancialmente relacionada a outras formas de medida já existentes do mesmo construto" (p.164). Um alto valor de correlação entre os testes irá indicar que estão medindo aproximadamente o mesmo construto. O segundo tipo objetiva verificar se a medida avaliada não está se relacionando com algum construto diverso daquele pretendido, do qual deveria diferir.

5.2.2.1.2.2 Correlações com Outros Testes/Escalas

Estes outros devem medir o mesmo traço/construto do teste/escala a ser avaliado. A limitação se encontra no fato de que dificilmente há um nível de pureza tal que se pode afirmar que um teste mede exclusivamente o determinado traço ou construto a que se propôs (Pasquali, 2001).

5.2.2.2 Validade de Critério

Refere-se à qualidade de um teste ou escala estar funcionando como um preditor presente ou futuro, do desempenho de uma pessoa, quanto a um critério previamente definido (Fachel & Camey, 2003). Em outras palavras, é o grau de eficácia que um teste tem de em predizer um desempenho particular de um sujeito em atividades especificadas. Este se torna o critério contra o qual se avalia a medida obtida no teste, e ele deve ser medido/avaliado através de técnicas que são independentes do próprio teste que se quer validar (Pasquali, 2001). É extremamente relevante a determinação de um critério adequado e a tomada de precauções para evitar a contaminação deste critério (pelo conhecimento do avaliador de desempenho sobre os escores obtidos no teste) (Anastasi & Urbina, 2000). Eis alguns que podem ser utilizados: desempenho acadêmico, desempenho em treinamento especializado, desempenho profissional, diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico subjetivo, correlações com outros testes disponíveis (Pasquali, 2001), escolaridade, avaliações de outros profissionais na área do trabalho, educação ou saúde, grupos comparados e grupos contrastantes (Anastasi & Urbina, 2000). Existem dois tipos de validade de critério, que, segundo Pasquali (2001), se diferenciam basicamente na questão do tempo entre a coleta da informação do teste e a coleta da informação sobre o critério.

5.2.2.2.1 Validade de Critério Preditiva

Critério coletado um certo tempo depois da aplicação do teste a ser validado (Pasquali, 2001). Visa verificar o desempenho futuro relativo ao critério que está sendo medido (Cronbach, 1996c; Fachel & Camey, 2003), revelando a capacidade da escala em

descrever um critério que só será medido no futuro. O intervalo de tempo entre as sessões é variável conforme o construto avaliado ou circunstâncias diversas, como verba de pesquisa, disponibilidade do(s) indivíduo(s) testado(s), etc (Pasquali, 2001).

5.2.2.2.2 Validade de Critério Concorrente

Critério e teste coletados quase simultaneamente, ou seja, numa mesma sessão (Pasquali, 2001). Visa a verificar o desempenho do sujeito "ao tempo em que a escala está sendo aplicada" (Fachel & Camey, 1993, p.164), revelando a capacidade com a qual uma escala pode descrever um critério presente. Muitas vezes a validade concorrente é empregada apenas como um substituto da validação preditiva, por ser impraticável estender no tempo as coletas com a amostra. Em geral, para solucionar, os testes são aplicados a um grupo para o qual já existem dados de critério (Anastasi & Urbina, 2000).

Comparando as duas validades de critério conforme Cronbach (1996b), a validade preditiva deixa mais certeza do que a concorrente, no entanto, possui como característica a dificuldade em obter dados satisfatórios sobre o critério. Outra distinção mais lógica entre validação preditiva e concorrente foi proposta por Anastasi e Urbina (2000), baseando-se nos objetivos da testagem, e não no tempo. Assim, as autoras enfatizam que a validação concorrente mostra-se especialmente relevante quando se deseja um diagnóstico do *status* existente das qualificações do indivíduo no momento da testagem e a validação preditiva quando o objetivo é prever o desenvolvimento ou o futuro desempenho de um testado. Neste trabalho será utilizada a validação concorrente.

5.2.2.3 Validade de Conteúdo

É o exame sistemático do conteúdo de um teste/escala, para determinar se ele abrange uma amostra representativa do domínio de comportamento a ser medido, assegurando que todos aspectos mais importantes estejam incluídos nos itens do teste nas proporções corretas. Para tanto, especificações da escala devem ser desenvolvidas antes da construção dos itens, servindo de guia para os autores (Anastasi & Urbina, 2000). Estas devem compreender: (1) definição de conteúdo ou tópicos a serem abrangidos; (2) explicitação dos processos psicológicos/objetivos a serem avaliados e (3) determinação da proporção relativa de representação de cada tópico do conteúdo no teste (Pasquali, 2001).

Este tipo de validade é bastante adequado para avaliar testes de realização ou testes ocupacionais planejados para seleção e classificação de empregados. Para testes de aptidão e de personalidade, no entanto, a validação de conteúdo é geralmente inadequada e pode ser, de fato, enganadora. A validação eventual de conteúdo de testes de aptidão ou

personalidade – ou qualquer avaliação que envolva certas habilidades de manejo cognitivo-afetivo-comportamental, como escalas – requer uma verificação empírica por meio de procedimentos específicos. Para estes, a verificação de conteúdo pouco pode fazer além de revelar as hipóteses que levaram o criador do teste a escolher um certo tipo de conteúdo para medir um traço específico. Essas hipóteses precisam ser empiricamente confirmadas para estabelecer a validação do teste, pois eles não se baseiam num conjunto uniforme de experiências das quais o conteúdo do teste possa ser retirado. Desta forma, é provável que os indivíduos variem mais nos métodos de trabalho ou nos processos psicológicos empregados para responder aos mesmos itens do teste, e, assim, estes estariam medindo funções diferentes em diferentes pessoas (Anastasi & Urbina, 2000).

Segundo Cronbach (1996b), a validade de conteúdo pode ser aprimorada na medida em que o teste ou escala é cuidadosamente planejado ou elaborado, sendo necessário, para que se obtenha esse intuito, uma visão clara daquilo que se pretende medir. Por isso, é importante definir adequadamente o domínio do teste, abordando os seguintes aspectos: "intervalo apropriado de tarefas, estímulos ou situações, tipos de resposta que o observador ou avaliador deve contar, afirmação que diz ao examinado o que ele deve fazer (p. 160)". Além disso, na revisão do conteúdo é preciso que se avalie se cada item relaciona-se com o que se quer medir, verificando se não há itens que estão ressaltando algum subtópico do mesmo ou se algo que não pertencia ao conteúdo pretendido está tendo um efeito relevante no escore final. Este autor considera que na construção dos testes ou escalas devem ser evitadas facilidades e/ou dificuldades irrelevantes. Conforme Fachel e Camey (1993), pode ser classificada como Validade de Face ou Aparente ou Validade de Conteúdo Propriamente Dita.

5.2.2.3.1 Validade de Conteúdo Propriamente Dita

Refere-se aos tópicos expostos acima. Recebeu esta denominação para se diferenciar da validade de face, que se refere apenas à aparência do conteúdo, e não à sua essência. Na validade de conteúdo propriamente dita, o domínio de comportamento a ser testado necessita ser analisado sistematicamente para garantir a inclusão nos itens do instrumento os aspectos relevantes, nas suas verdadeiras proporções (Anastasi & Urbina, 2000). Uma das técnicas para determiná-la é através do resultado do juízo de um conjunto de avaliadores, com conhecimento relativo ao que está sendo medido, que "objetivam verificar a representatividade dos itens em relação aos conceitos e a relevância dos objetivos a medir (p.163)".

5.2.2.3.2 Validade de Face ou Aparente

Refere-se àquilo que o instrumento aparentemente mede, e abrange a linguagem, pois considera como o conteúdo está sendo apresentado. Ela igualmente pode ser avaliada por juízes competentes. Anastasi e Urbina (2000) complementam que esta não é uma validade no sentido técnico. Refere-se ao teste "parecer válido" para os examinandos que o realizam, para o pessoal administrativo que toma decisões sobre seu uso e para observadores técnicos não-treinados. Fundamentalmente, refere-se ao *rapport* e às relações públicas. Todavia, a validade aparente é desejável nos testes/escalas, pois se estes parecerem inadequados, irrelevantes ou infantis, o resultado será de resistência e pouca cooperação, independentemente da validade real ou propriamente dita do mesmo. Também, porque ela afeta sua aceitabilidade em decisões legislativas e judiciais.

5.3 Traduções e Adaptações

Segundo Sandoval e Durán (1998), traduzir um teste de uma linguagem para outra preservando conteúdo, nível de dificuldade, fidedignidade e validade é uma missão intimidadora. Apesar disso, uma adaptação deve ser orientada para fazer com que o teste seja adequado para uso em linguagem diferente, cultura diferente, ou em ambas. De qualquer forma, apontam que deve ser óbvio que adaptar um teste é uma atividade séria se realizada propriamente.

Geisinger (1994) apontou que o termo "tradução de testes" tem sido substituído pelo termo "adaptação de testes" para enfatizar a necessidade de adaptar os instrumentos para a cultura do examinado e fazer mudanças em conteúdo e redação, além da tradução para a linguagem desejada em si mesmo. Sandoval e Durán (1998) assinalam que este mesmo autor desenvolveu uma abordagem passo-a-passo para tradução e adaptação de testes em geral. Logo, esta pode ser utilizada com escalas, inventários, questionários, etc. Os cinco primeiros passos recomendados por Geisinger são de utilização geral: (1) tradução e adaptação para a nova linguagem, item por item ou por tradução livre dos conceitos, usualmente através de tradução reversa; (2) revisão por painel de *experts*; (3) adaptação do instrumento segundo resultados do painel; (4) teste piloto; e, (5) teste de campo. Quanto aos últimos cinco passos, que completam o processo, o autor ressalta que poucos profissionais estarão aptos a seguí-los. No entanto, delineia-os para que usuários e pesquisadores sejam capazes de reconhecer um teste competentemente adaptado. São eles: (6) padronização dos escores; (7) pesquisas de validação; (8) redação de manual para usuários; (9) treinamento dos usuários sobre como administrar e interpretar o teste adaptado, incluindo informações de como este pode diferir do original; (10) coleta de

informações dos usuários do teste adaptado, após viabilização para uso, visando futuras revisões e sondando possíveis erros de interpretação ou utilização, que determinarão a necessidade de treinamento de uso adicional.

Apesar de citarem a tradução reversa como a mais usada, Sandoval e Durán (1998) enfatizam que existe uma ressalva na utilização da mesma. Nesta, o teste primeiramente é convertido para a linguagem que se deseja por um tradutor, e depois é traduzido novamente para a linguagem original por outro tradutor, ambos fluentes em ambas linguagens envolvidas. Após, a tradução reversa é comparada com a original, processo que pode ser repetido para garantir exatidão. Os melhores resultados são obtidos quando os tradutores não conhecem o propósito da tradução, porque, então, eles terão menor possibilidade de escolher palavras que serão bem traduzidas reversamente ao invés de escolher palavras que capturarão melhor o sentido original. Depois de detalhar o processo de tradução reversa, os autores apontam que uma falha no processo de tradução reversa é que talvez haja uma ênfase demasiada no retorno exato à linguagem original, acabando por fazer emergir uma tradução atravessada, entrecortada e desfavorável. Desta forma, afirmam que a tradução reversa não permite facilmente que as bases culturais e conceituais do teste sejam transferidas para a linguagem desejada, pelo fato de que abstrações devem ser traduzidas diferentemente ou de forma mais variada. Em adição, completam que, para alguns tipos de testes, a dificuldade relativa de freqüência das palavras e vocabulário é parte importante do item, e achar uma palavra traduzida com o mesmo nível de familiaridade ou freqüência de utilização comum pode ser difícil.

A exemplo dos autores acima, Beaton e colegas (2000) apontam que, atualmente, reconhece-se a importância da tradução dos instrumentos, além de acolher a preocupação lingüística, também comportar a adaptação cultural em seus itens, a fim de manter a validade de conteúdo do mesmo. Estes autores preconizam três passos para a adaptação transcultural de medidas de auto-relato: (1º) processo de tradução; (2º) adaptação cultural; e, (3º) verificação das propriedades psicométricas do novo instrumento (*performance* e carga dos itens, validade e fidedignidade) e estabelecimento de valores normativos para a nova versão, em populações relevantes. Indicam que o primeiro passo, que é adotado pelo Projeto IQOLA, compreende seis estágios: (1) Tradução Inicial [dois tradutores independentes, um leigo e um *expert*]; (2) Tradução Sintetizada [os dois primeiros tradutores, mais um terceiro]; (3) Tradução Reversa [outros dois tradutores leigos que desconheçam a versão original, mas possuam como língua-mãe a língua original do instrumento]; (4) Análise por Comitê de Especialistas [composto por metodologistas, profissionais da saúde, lingüistas e todos os tradutores envolvidos, com o objetivo de consolidar todas versões do questionário tentando

manter, entre original e versão, equivalência semântica, idiomática, conceitual e vivencial de cada item do instrumento, desenvolvendo a versão pré-final]; (5) Estudo Piloto da Versão Pré-final [entre 30 e 40 participantes que preencham o questionário e sejam entrevistados quanto ao que pensaram sobre cada item e ao escolher suas respostas]; e, (6) Submissão do material compilado às pessoas responsáveis pela adaptação do instrumento [deve ser realizada ao longo de todo processo, através do envio de relatórios ao final de cada um dos cinco estágios precedentes].

Skevington (2002) afirma que, quando se verificam as propriedades psicométricas de um instrumento original e daquele que foi traduzido, os parâmetros de fidedignidade e validade do segundo tendem a ser reduzidos consideravelmente, concluindo pela necessidade de transpor muitas barreiras quando se desenvolvem instrumentos em línguas diferentes da original. Na verdade, conforme completam Beaton e colaboradores (2000), uma tradução deveria manter a fidedignidade e a validade possuídas pela versão original, embora tal nem sempre ocorra pela existência de diferenças sutis nos hábitos de vida das diversas culturas, que tornam um item mais ou menos difícil em relação aos outros. É isto que acaba alterando as propriedades psicométricas do instrumento. Por isso, estes autores referem ser muito recomendável que, após a tradução e adaptação, tenha-se o cuidado de verificar se a nova versão mantém as propriedades necessárias a um instrumento, através dos segundo e terceiro passos descritos por eles para adaptação transcultural de medidas de auto-relato – corroborando com a indicação de outros autores.

Outros exemplos de metodologia para tradução de instrumentos podem ser encontrados nas pesquisas sobre QV. Skevington (2002) descreve que, nestas, têm sido utilizados quatro tipos de procedimentos de tradução. A primeira abordagem, etnocêntrica, considera que é possível realizar uma tradução para outra língua sem preocupar-se com o quão apropriado ele será para a outra cultura. Se ambas são próximas, não haverá problemas maiores. A segunda, mais pragmática, busca uma equivalência conceitual enraizada entre as duas culturas e avalia tais questões. A terceira, usada quando há uma sobreposição entre as culturas, busca o que há de comum entre elas e avalia as questões específicas separadamente. Esta tem sido a abordagem utilizada pelo Grupo WHOQOL, cujo instrumento internacional central contém derivados que permitem a comparação com as outras versões. Itens nacionais adicionais são traduzidos, avaliados e incluídos em estágio posterior. A quarta abordagem refere-se a uma interpretação dos itens do instrumento original para uso pela outra cultura sem apresentar o instrumento original aos membros desta outra como tributo. Existem muitos exemplos de escalas genéricas ou específicas traduzidas através deste método em trabalhos transculturais. A autora ressalta,

entretanto, que esses procedimentos podem resultar em problemas de equivalência semântica, conceitual ou técnica. Sugere como possível solução, pelo menos para resolver uma parte desses problemas, realizar tradução e tradução reversa usando grupos mono e bilíngües repetidas vezes, até satisfazer completamente pesquisadores e lingüistas.

Já o Comitê Científico Consultivo da *Medical Outcomes Trust*, como resultado de uma meta-análise sobre instrumentos relacionados à saúde e QV, definiu seus oito atributos essenciais, incluindo adaptações lingüísticas e culturais, além de modelos de conceito e de mensuração, fidedignidade, validade, sensibilidade, interpretabilidade, formas alternativas e encargos do respondente e dos administradores do instrumento. A importância ou peso relativo de cada atributo deve variar conforme as aplicações específicas do instrumento em questão. Como linhas gerais de orientação, critérios de revisão foram oferecidos para julgar tais instrumentos, baseados nos padrões existentes e práticas desenvolvidas nas ciências comportamentais e no campo da saúde, refletindo princípios e práticas da teoria clássica e moderna de testagem (*Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust*, 2002).

Aspectos importantes quanto à tradução e adaptação de instrumentos são revelados por Skevington (2002) ao referir-se aos parâmetros utilizados pelo Grupo WHOQOL em seus estudos internacionais. Para dar conta dos problemas de equivalência conceitual em traduções transculturais, eles apontam que itens nacionais podem e devem ser adicionados para ampliar a compreensividade dos itens internacionais principais (originais) do instrumento, arredondando o conceito em termos de linguagem e cultura nos países onde estas questões são reconhecidamente importantes. A inclusão destes itens dependerá deles serem suficientemente robustos em termos psicométricos, tanto quanto os itens do instrumento de origem (internacionais principais). É importante que os itens nacionais não repliquem o significado dos itens originais existentes. Também, que sejam usadas técnicas complementares de escalas multidimensionais e análises de *cluster* para examinar a estrutura conceitual das facetas/fatores contendo itens nacionais em cada país.

6. Mensuração do *Coping* Religioso Espiritual

Apesar dos últimos vinte e cinco anos mostrarem o crescimento de pesquisas na área da Psicologia da Religião, especialmente sobre *coping* religioso espiritual, até o ano de 2000 considerava-se que a mensuração do CRE ainda se encontrava em sua infância (Boudreaux & cols., 1995; Pargament & cols., 2000). Hoje em dia, considera-se que os pesquisadores desta área têm feito progressos na mensuração da religiosidade, embora, infelizmente, muito

deste trabalho conceitual e empírico não esteja bem integrado com pesquisas que abordam a conexão entre religião/espiritualidade e saúde (Hill & Pargament, 2003).

Existem escalas de *coping* geral que incluem itens de dimensão religiosa e existem medidas globais de religiosidade. A literatura aponta, no entanto, para a necessidade de medidas específicas de CRE que sejam compreensivas, dada a complexidade das relações entre religião e *coping* e a importância que seus efeitos podem ter.

6.1 Fator Religião em Instrumentos para Avaliação de *Coping* (Geral)

Algumas escalas e/ou instrumentos de *coping* incluem um ou mais itens medindo o fator religião. A escala COPE (Carver & cols., 1989), com 14 subescalas, apresenta quatro itens compondo a subescala "Voltando-se para a religião". A escala WOCQ – *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis, 1986), com oito subescalas, inclui quatro itens, dois na subescala "Reavaliação positiva", um na subescala "Afastamento" e outro na subescala "Esquiva" [=Evitação] (salienta-se aqui a distinção entre afastamento e evitação/esquiva). A escala A-COPE – *The Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences Inventory* (Patterson & McCubbin, 1987), com 12 subescalas, apresenta três itens compondo a subescala "Procurando por suporte espiritual" e o instrumento *Measure of Daily Coping* (Stone & Neagle, 1984) apresenta a categoria religião entre as oito avaliadas (citados em Schwarzer & Schwarzer, 1996). Ryan-Wenger (1992), sintetizando 16 estudos empíricos sobre estratégias de *coping* em crianças, aponta a categoria "Suporte espiritual", entre as 15 levantadas, que inclui rezar e comportamentos que sugerem um apelo a um ser maior.

Entre as escalas brasileiras, se destacam a Adaptação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o Português (Savóia & cols., 1996), que apresenta os mesmos quatro itens da WOCQ, e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP (Gimenes & Queiroz, 1997, baseada em Vitaliano & cols., 1985), com oito subescalas, incluindo três itens perfazendo a subescala "Religiosidade". Mais tarde, a EMEP foi analisada fatorialmente por Seidl e colegas (2001), modificando-se para quatro subescalas, com 11 itens compondo a subescala "Práticas religiosas/Pensamento fantasioso".

6.2 Medidas Globais *vs.* Medidas Específicas de Religiosidade, Unidimensionalidade *vs.* Multidimensionalidade, Abordagem Quantitativa *vs.* Qualitativa

A literatura aponta as medidas globais ou genéricas de religiosidade como medidas padrão de religião. As mais usadas são: afiliação religiosa, freqüência de comparecimento à instituição religiosa, atividade religiosa privada, importância da religião, freqüência de

prece, freqüência de estudo e leitura da bíblia ou escrituras sagradas e auto-avaliação/percepção de religiosidade (Koenig & cols., 1998; Lewin, 2001; Nooney & Woodrum, 2002; Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2001; Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001; Tarakeshwar & Pargament, 2001). Utilizadas em separado, como única variável religiosa avaliada, configuram medidas unidimensionais; em conjunto, nas mais variadas combinações, configuram medidas multidimensionais.

Atualmente, praticamente todos autores concordam que existe a necessidade de um conjunto compreensivo, mas parcimonioso, multidimensional de medidas conceitualmente embasadas do envolvimento da religião no *coping* (Lewin, 2001; Pargament & cols., 1990). A maioria tem desenvolvido medidas quantitativas, como escalas, inventários, questionários e indexes, apresentados mais abaixo neste texto, mas alguns esforços de medidas qualitativas têm sido realizados, na forma de entrevistas e/ou levantamentos com questões abertas, de estudos de caso (Koenig, 2002; Koenig & cols., 2001) ou na proposição de processos narrativos para acessar *coping* religioso (Ganzevoort, 1998). Koenig e colaboradores (1995) criaram um instrumento que configurou uma tentativa de abarcar ambas abordagens, dando escores numéricos quantitativos para três itens colhidos em entrevista qualitativa, sendo um dos instrumentos disponíveis para avaliação da relação entre religião e *coping*.

6.3 Instrumentos Disponíveis para Avaliação de CRE

No Brasil, ainda não existem instrumentos validados para avaliação de *coping* religioso espiritual, apesar de existirem instrumentos para avaliar *coping* (Antoniazzi, 1999; Gimenes & Queiroz, 1997; Savóia & cols., 1996), atitude religiosa [Fraga, França & Aquino, 2002 (Anexo B)] e sentimento de religiosidade (Dela Coleta, 1980). Internacionalmente, encontramos os seguintes instrumentos de avaliação de *coping* religioso: *Religious Problem-Solving Scale* (Pargament & cols., 1988); *Religious Coping Activities Scale* – RCAS (Hathaway & Pargament, 1990; Pargament & cols, 1990); *Religious Coping Index* – RCI (Koenig & cols., 1995); *The Ways of Religious Coping Scale* – WORCS (Boudreaux & cols, 1995); *Red Flags Religion Coping Scale* (Pargament, Zinnbauer & cols., 1998); e RCOPE *Scale* (Pargament & cols., 2000) utilizada, por vezes, sob formas abreviadas – *Brief* RCOPE *Scale* (Koenig & cols., 1998; Pargament, Koenig & cols., 2001; Pargament, Smith & cols., 1998; Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001; Tarakeshwar & Pargament, 2001). Estes instrumentos são descritos em maiores detalhes abaixo.

Historicamente, em 1988, Pargament e colegas constroem a *Religious Problem-Solving Scale*, com 36 itens subdivididos em três subescalas (Autodireção, Delegação e

Colaboração), segundo os três estilos de *coping* religioso propostos no mesmo trabalho. Em 1990, Pargament, Ensing e colegas elaboram a RCAS – *Religious Coping Activities Scale*, com 31 itens divididos em seis subescalas (*Coping* Espiritualmente Baseado, Boas ações, Descontentamento, Apoio Religioso, Súplica e Evitação Religiosa), baseados em entrevistas com membros do clero e com adultos sobre seus usos da religião no *coping*. Esta escala seria usada em mais três pesquisas (Hathaway & Pargament, 1990; Pargament & cols., 1992; Pargament & cols., 1994). Em 1995, Boudreaux e colegas constroem a WORCS – *Ways of Religious Coping Scale*, argumentando a necessidade de remediar algumas limitações demonstradas pela RCAS. Estas seriam: 1) falta de legibilidade dos itens, pelo formato de sentenças incompletas que necessitavam um nível de educação relativamente alto para leitura; 2) itens parecendo não acessar ao domínio compreensivamente, sem inclusão de comportamentos religiosos específicos importantes como a prece; 3) a brevidade de muitas escalas da RCAS, pois quatro das seis escalas tinham três itens ou menos, comprometendo a confiabilidade e a validade da mesma; 4) a falta de uma clara definição de estresse nas instruções. A WORCS foi desenvolvida para avaliar os domínios internos e externos das cognições e comportamentos de *coping* religioso, baseada na distinção da literatura de *coping* geral entre *coping* passivo e *coping* ativo, ou estratégias de *coping* focadas na emoção e estratégias focadas no problema. Ainda em 1995, Koenig e colegas constroem o RCI – *Religious Coping Index*, composto de três itens para examinar como pacientes utilizam a religião para manejar o estresse induzido pela doença e hospitalização, sendo que escores quantitativos são atribuídos aos dados qualitativos.

Em 1998, Pargament, Zinnbauer e colegas constroem a *Red Flags Religion Coping Scale*, com 42 itens em 11 subescalas, apontando sinais de aviso de *coping* religioso negativo, que apresentam, em sua maioria, correlações negativas com medidas de resultados e de saúde mental. No mesmo ano, Pargament, Koenig e Perez apresentam na Reunião Anual da APA a escala RCOPE, com 21 subescalas de cinco itens, totalizando 105 itens, que viriam a publicar somente em 2000. De 1998 para o presente, os autores e seus colegas de grupo de pesquisa publicaram versões abreviadas desta escala em diferentes estudos. Estas versões, chamadas igualmente de *Brief* RCOPE, diferem na quantidade e qualidade dos itens extraídos da RCOPE. Em setembro de 1998, Koenig e colegas utilizaram uma *Brief* RCOPE com 21 subescalas de três itens, totalizando 63 itens. Em dezembro de 1998, Pargament, Smith e colegas publicam um estudo onde utilizam distintas *Brief* RCOPE's para as diferentes amostras do estudo. Com a amostra de

Oklahoma City[6] usaram uma versão de 34 itens, alguns voltados ao evento específico da bomba, que após uma análise fatorial explanatória foi restringida para criar uma solução de dois fatores (padrões positivos e negativos de *coping* religioso), com um total de 21 itens. Com a amostra de estudantes colegiais, construíram uma versão menor revisada, a partir de uma análise fatorial da RCOPE completa, a fim de gerar apenas dois fatores (positivo e negativo), de onde selecionaram sete itens de cada fator (referentes a 12 subescalas da RCOPE), gerando uma *Brief* RCOPE de 14 itens também usada na amostra do hospital. Uma análise fatorial confirmatória desses 14 itens foi realizada indicando a solução de dois fatores como razoavelmente adequada aos dados. Em 2001, Pargament, Koenig e colegas utilizam novamente esta *Brief* RCOPE de 14 itens num estudo sobre mortalidade. No teste-reteste de confiabilidade, a atitude de *coping* religioso mostrou-se, em geral, estável no tempo e *coping* religioso na linha-base e acompanhamento foi significativamente intercorrelacionado com as subescalas positiva e negativa de CRE. Mais tarde, em 2001, Tarakeshwar e Pargament adicionaram mais sete itens (quatro positivos e três negativos) selecionados da escala RCOPE a *Brief* RCOPE de 14 itens, formando uma nova *Brief* RCOPE de 21 itens. Também em 2001, Pargament, Tarakeshwar e colegas formam uma *Brief* RCOPE de nove itens extraídos da RCOPE. Uma análise fatorial confirmatória desses nove itens foi realizada indicando uma solução de dois fatores com adequação aceitável para os três grupos do estudo. Recentemente, percebe-se outros autores baseando-se nos estudos acima mencionados para construir novas escalas, como a medida de *coping* religioso de seis itens (três positivos e três negativos) de Nooney e Woodrum (2002).

7. Justificativa da Escolha pela Tradução/Adaptação da RCOPE *Scale*

Um painel convocado pelo *National Institute of Healthcare Research* (NIHR), relatado por Larson, Swyers e McCullough em 1997 (citado em George & cols., 2000) revisou a mensuração em religião e espiritualidade e identificou *coping* religioso espiritual entre os dez domínios religiosos/espirituais (R/E) para os quais há pelo menos mínima evidência de relação com a saúde. Os outros nove domínios foram: preferência ou afiliação R/E; história R/E; participação R/E; práticas privadas R/E; suporte R/E; crenças e valores R/E; comprometimento R/E; experiências R/E; motivações R/E para regulação e reconciliação de relacionamentos. Um painel menor convocado conjuntamente pelo *National Institute of Aging* (NIA) e pelo *Fetzer Institute* (NIA/*Fetzer Working Group*, 1997, em George & cols., 2000) identificou domínios conceituais e medidas específicas de religiosidade e espiritualidade que fossem mais promissoras para o entendimento das

[6] Estudo anteriormente apresentado no Encontro Anual da APA, em Toronto, 1996.

relações entre espiritualidade e saúde. Após revisar mais de 200 medidas nos oito domínios identificados, recomendaram uma bateria de medidas para cada um. Em relação ao painel NIHR, identificaram perdão como o domínio motivador da regulação e reconciliação de relacionamentos, e retiraram crenças e valores R/E e comprometimento R/E. Para clarificar as definições conceituais distintas de religião e espiritualidade, sugeriram perguntas diretas sobre concepções e experiências com o sagrado, subjacente a ambas. Entretanto, o painel NIA/Fetzer ficou desapontado com os instrumentos de avaliação disponíveis: muitos eram de apenas um item e a maioria carecia de valor psicométrico pela falta de informações sobre validade e confiabilidade. Poucos haviam sido usados num número suficiente de estudos para gerar uma linha base de conhecimento sobre como a medida operava em diferentes amostras e *settings*. Assim, ressaltaram a necessidade de desenvolvimento e evolução de medidas de religiosidade/espiritualidade (George & cols., 2000).

Tal situação não é privilégio apenas para a avaliação do CRE, mas acontece também quanto à mensuração do *coping* em geral. Os estudos ilustram o interesse em relação ao construto e sua possível aplicação para melhor compreensão e intervenção nos processos psicológicos. No entanto, a literatura ainda indica a presença de debilidades metodológicas, como medidas psicométricas inadequadas, estruturas fatoriais não investigadas, ausência de validação de instrumentos para populações específicas e a necessidade de análises estatísticas mais sofisticadas, como análise fatorial confirmatória, através de modelos de equação estrutural (Clark & cols., 1995; Endler, Parker & Summerfeldt, 1993; Seidl & cols., 2001).

Considerando as informações acima descritas, a escolha da escala RCOPE (Pargament & cols., 2000) para tradução e adaptação para o português, neste trabalho, se deve a ser esta uma medida multidimensional, constituída de vários itens, além de ser, conforme a revisão de literatura, a escala mais utilizada em pesquisas com diferentes amostras e *settings*. Baseada na estrutura da escala COPE (Carver & cols., 1989), a RCOPE "foi desenhada para ser: teórica e empiricamente embasada; funcionalmente orientada; compreensiva; clinicamente válida e significativa; aberta aos aspectos positivos e negativos da religião (Koenig & cols., 1998, p.515)". Além disso, leva em consideração os diferentes estilos de *coping* religioso até hoje propostos, e ainda acessa estratégias ou métodos de CRE tanto positivos, quanto negativos, que parecem importantes para solucionar ambigüidades com relação a resultados na relação saúde e religião.

Por outro lado, corroborando com os autores de Avaliação Psicológica antes mencionados, Seidl e colegas (2001) apontam que a simples tradução e adaptação de uma escala original para o português provavelmente não seja suficiente para captar toda riqueza

e complexidade envolvidas nas estratégias de enfrentamento (*coping*) voltadas para estressores específicos, e que novos itens, teoricamente embasados, deveriam ser acrescentados ao instrumento, visando sua verdadeira adaptação à nossa realidade cultural. Deste modo, tendo em vista a revisão de literatura até então apresentada, optou-se pela adaptação da RCOPE à nossa cultura e sua diversidade, bem como se resolveu por também realizar a validação da escala adaptada.

8. A Escala RCOPE: Os Muitos Métodos de *Coping* Religioso (e Espiritual)

Em 2000, Pargament, Koenig e Perez realizaram um estudo para desenvolver e validar inicialmente a Escala RCOPE. Eles examinaram evidências de consistência interna e apoio fatorial-analítico para as subescalas. Trabalhando com uma amostra de estudantes universitários experenciando estresse de vida significativo, analisaram as intercorrelações entre o RCOPE e diversos critérios de ajustamento ao estresse, incluindo medidas de saúde física, saúde mental, crescimento relacionado ao estresse e resultados espirituais. Eles também examinaram evidências de validade incremental, ou seja, o grau que a RCOPE prediz ajustamento a crises de vida, além dos efeitos de variáveis demográficas e medidas globais de religiosidade. Em adição, eles compararam a estrutura fatorial numa amostra ao final da vida adulta: idosos adultos hospitalizados confrontando sérias doenças médicas. Finalmente, como um teste de validade discriminante, eles compararam os escores nas subescalas nas duas amostras.

A amostra universitária compunha-se de 540 participantes, 70% calouros, idade média 19 anos (18 a 38), e cada um recebeu um crédito extra no curso de psicologia introdutória. Era primariamente composta de pessoas brancas (93%), solteiras (99%) do sexo feminino (69%), e informaram ter experenciado uma variedade de eventos de vida negativos, tais como morte de familiar (22,1%), morte de amigo (a) (14,1%), problemas de relacionamento romântico (12, 2%), doença grave de familiar (9,3%), doença grave de si mesmo (8%), separação, divórcio ou outro conflito familiar (7%), e consideraram os eventos vividos como extremamente negativos (59,7%), moderadamente negativos (31,9%), negativos de alguma forma (5,9%), levemente negativos (2,4%). A amostra era primariamente católica (45%) e protestante (41%), com algum nível de envolvimento religioso.

A amostra hospitalizada compunha-se de 551 pacientes idosos, visitados em seus quartos, predominantemente brancos (62%), do sexo masculino (52%), com idade média de 68,4 anos (55 a 97). Quanto à escolaridade, 72% tinha pelo menos completado o ensino médio. Dos 735 inicialmente listados, foram excluídos 184 por razões médicas (muito doentes ou com prejuízo cognitivo importante) e por razões práticas circunstanciais

(pacientes que tiveram baixa, estavam fazendo testes, dormindo ou não quiseram participar). A maioria dos pacientes tinha pelo menos uma doença médica moderadamente severa segunda a escala de severidade da doença da Sociedade Americana dos Anestesiologistas (ASA). No momento da admissão, 63% tinha pelo menos cinco diagnósticos médicos ativos, como doenças do coração e artério-venosas (41%), doenças infecciosas ou por parasita (13%) e doenças do sistema digestivo (11%).

Vários instrumentos de medida foram utilizados na amostra universitária:

1) Informações de histórico: Questionário de informações demográficas e sobre o evento de vida negativo.
2) Medida Global de Religiosidade: Indicador Geral de Atividades Religiosas – IGAR (questões n° 13, 14 e 15 do Anexo C).
3) *Coping* religioso: RCOPE, composta de 21 subescalas, inicialmente com oito itens cada uma. Alguns dos itens foram adaptados de escalas existentes e outros gerados a partir da literatura clínica e de entrevistas com indivíduos enfrentando uma variedade de estressores de vida. Dez estudantes de graduação em Psicologia classificaram os itens nas subescalas que julgaram apropriadas. Os itens que não estavam textualmente claros ou não alcançaram 100% de concordância na classificação foram eliminados. Ao final, cada uma das 21 subescalas consistiu de cinco itens aos quais os participantes responderam numa escala "Likert" de quatro pontos, indo de 0 "nem um pouco" a 3 "bastante". As instruções de preenchimento foram adaptadas de Carver e colegas (1989).
4) Medidas de ajustamento:

   4.1) Saúde física: Medida de doze sintomas físicos, desenvolvida por Moos, Cronkite, Billings e Finney, em 1986, com respostas sim ou não;

   4.2) Saúde mental: Questionário de Saúde Geral (QSG), com doze itens avaliando sintomas psicossomáticos, tendo sido desenvolvido por Goldberg, em 1978. Respostas em escala "Likert" de quatro pontos;

   4.3) Sofrimento emocional: Dois itens indicando o quanto os participantes experenciaram sofrimento emocional (tristeza, ansiedade, raiva) imediatamente após o evento e atualmente. Respostas de 0 a 10;

   4.4) Crescimento relacionado ao estresse: Medida desenvolvida por Park, Cohen e Murch, em 1996, com 15 itens e respostas em escala Likert de três pontos;

   4.5) Medida de resultado religioso: Grau de Crescimento Espiritual, escala de três itens a respeito de sentimentos de crescimento espiritual como resultado do manejo de eventos de vida negativos (questões n° 17, 18 e 19 do Anexo C).

Os resultados revelados por uma análise fatorial exploratória dos 105 itens das 21 subescalas usando extração dos componentes principais e rotação oblíqua revelou 17 fatores com *eigenvalue* maior que um, que explicaram 62,7% da variância. A correlação dos fatores variou entre 0,00 a 0,48. Apenas cinco itens apresentaram carga fatorial menor que 0,30. Outra análise excluindo estes itens revelou resultados essencialmente iguais. Oito das 21 subescalas originais permaneceram em sua forma original após a análise fatorial. Dois fatores foram formados pela combinação de duas subescalas conceitualmente similares (Purificação religiosa + Perdão religioso, Buscando direção religiosa + Conversão religiosa) e os sete itens restantes foram gerados pela combinação de itens de mais de uma subescala que combinavam de maneira conceitualmente significativa.

De modo geral, os resultados da análise fatorial apoiaram a estrutura teórica subjacente ao desenvolvimento da escala. Os resultados revelaram boa consistência interna, com *Alpha de Cronbach* igual ou superior a 0,80 para todas subescalas, exceto duas (Construindo limites religiosos e Reavaliando o poder de Deus). Estatísticas descritivas revelaram que aspectos positivos do *coping* religioso (10 Fatores: Purificação/perdão religioso, Conversão/direção religiosa, Ajuda religiosa, Busca de apoio de membros da instituição religiosa, *Coping* religioso colaboração, Foco religioso, Renúncia religiosa ativa, Reavaliação religiosa benevolente, Conexão espiritual e Construindo limites religiosos) foram usados mais freqüentemente que os aspectos negativos (7 Fatores: Descontentamento espiritual, Reavaliação demoníaca, Delegação religiosa passiva, Descontentamento religioso interpessoal, Reavaliação dos poderes de Deus, Reavaliação de Deus como punitivo, Súplica por intercessão direta). Mesmo que tenham sido menos utilizados que os positivos, os métodos de *coping* negativos ainda são preditivos de ajustamento, embora numa direção negativa. Os resultados das análises de regressão mostraram que o *coping* religioso contribuiu significativamente para a variância em medidas de ajustamento depois de controlados os efeitos de dados demográficos e de medidas globais de religiosidade. Estas últimas apresentam variância significativa somente para a predição de Resultado religioso. Melhor ajustamento esteve relacionado a métodos positivos, enquanto pior ajustamento a métodos negativos. Gênero foi a única variável demográfica analisada e contribuiu para variância significativa (1 a 5%) em todas as medidas de ajustamento, com exceção dos escores do QSG. As escalas de *coping* religioso estiveram mais fortes e consistentemente associadas a Crescimento relacionado ao estresse e a Resultados religiosos, e pequenas, mas significativas correlações, foram encontradas entre todas medidas de ajustamento e algumas subescalas da RCOPE.

Na amostra hospitalizada foi usada uma versão da RCOPE com apenas três itens em cada subescala, totalizando 63 itens escolhidos subjetivamente, pois não havia evidência empírica para embasar a escolha. Os dados foram submetidos a uma análise fatorial confirmatória aplicando a estrutura gerada pela amostra universitária. Em virtude desta versão ser abreviada, somente 16 fatores foram examinados, por que o fator Conexão Espiritual da amostra universitária continha apenas um item nos dados da amostra hospitalizada.

A fim de comparar as duas amostras foi criada uma versão de três itens com os dados dos universitários. *Testes t* para amostras independentes foram conduzidos, e uma correção para múltiplos (16) *testes t* foi utilizada. Foi aplicado um nível *alpha* de significância conservador de 0,001. As médias da amostra hospitalizada foram significativamente mais altas do que as da amostra universitária. Todavia, houve uma certa tendência dos universitários de utilizarem alguns dos aspectos mais negativos do *coping* religioso. Os resultados de consistência interna foram geralmente aceitáveis: sete subescalas com *alpha* maior ou igual a 0,80, seis com *alpha* maior ou igual a 0,65 e três abaixo disto. Uma análise fatorial confirmatória (CFA) foi conduzida utilizando LISREL VII, para garantir que os resultados encontrados entre os universitários não eram devidos a características específicas da amostra. Como as duas amostras são bastante diferentes demográfica, religiosa e situacionalmente, estes resultados proveram um bom teste de generalizabilidade da estrutura fatorial. A solução foi constrangida para que cada item pudesse carregar apenas em um fator. LISREL só foi capaz de gerar uma solução excluindo dois dos fatores da estrutura fatorial completa da amostra universitária (Construindo limites religiosos e *Coping* religioso colaboração), gerando uma solução razoável de 14 fatores, com 51 itens, apoiando moderadamente a estrutura fatorial original, com níveis *alpha* maiores ou iguais a 0,75 para todas subescalas, exceto para Delegação religiosa passiva (α=0,66) e Reavaliação dos poderes divinos, que continha apenas dois itens.

A RCOPE mostrou estar relacionada a índices de ajustamento, demonstrou evidências de validade incremental, provou ser aplicável a populações com diferentes níveis de religiosidade, diferentes problemas e diferentes momentos da vida adulta e seus achados são interpretáveis, possibilitando apontar com precisão específicas dimensões de religiosidade. Os resultados sugerem que a RCOPE pode ser útil para pesquisadores e clínicos interessados na avaliação compreensiva do *coping* religioso e numa integração mais completa entre as dimensões religiosas e espirituais no processo de aconselhamento (Pargament & cols., 2000).

Posteriormente, vários estudos já citados na seção 6.3 deste trabalho utilizaram uma solução de dois fatores (métodos de *coping* religioso positivos e negativos) para versões abreviadas da escala RCOPE.

9. Justificativa do Estudo

A partir dos dados da revisão de literatura apresentada na introdução deste trabalho, justificamos sua relevância em função:

a) da importância do estudo sobre as relações entre Psicologia da Religião e Saúde;
b) da prevalência da importância do construto *Coping* Religioso/Espiritual nas relações entre Psicologia da Religião e Saúde;
c) da não existência de instrumentos de avaliação de *Coping* Religioso Espiritual no Brasil;
d) da importância da versão brasileira da RCOPE para a realização de pesquisas para o avanço científico do campo da Psicologia da Religião no Brasil;
e) da possibilidade de utilização da Escala CRE por áreas de conhecimento afins, como psiquiatria, medicina, sociologia, entre outras;
f) da importância que a literatura internacional vem apontando sobre as possíveis aplicações sociais e clínicas que possam advir do uso e/ou dos resultados da utilização de escalas de CRE em pesquisas sobre Religião e Saúde, como a indicação de direções que possam se refletir em medidas sócio-governamentais ou de avanços teóricos que possam ser acrescentados à prática terapêutica clínica.

10. Objetivos

De acordo com as justificativas acima mencionadas, este estudo apresenta os seguintes objetivos:

10.1 Objetivo Geral

Elaborar e validar uma escala de *coping* religioso espiritual para uso no Brasil, a partir de uma escala existente estrangeira[7], explorando as possibilidades de sua utilização ao estudar a expressão do *coping* religioso espiritual em amostra brasileira, mais especificamente sul-rio-grandense.

10.2 Objetivos Específicos

1) Traduzir a escala norte-americana RCOPE para o português (brasileiro) e adaptá-la à cultura brasileira, gerando a Escala de *Coping* Religioso Espiritual (Escala CRE);
2) Validar a Escala CRE;
3) Realizar uma avaliação inicial sobre a relação entre *coping* religioso espiritual, saúde e qualidade de vida em amostra sul-rio-grandense, explorando uma das possibilidades de utilização da Escala CRE.

---

[7] O Dr. Kenneth I. Pargament, primeiro autor da Escala RCOPE, autorizou à autora deste trabalho e à Drª Denise Ruschel Bandeira a tradução, adaptação e publicação do instrumento no Brasil, conforme e-mail reproduzido no Anexo A.

CAPÍTULO II

MÉTODO

FASE I: Tradução e Adaptação da Escala RCOPE

I.1 Tradução e Adequação Lingüística da Escala RCOPE

Levando em consideração os diversos passos e metodologias sugeridos por diferentes autores (Geisinger, 1994; Sandoval & Durán, 1998; Skevington, 2002) e utilizados por vários grupos de pesquisadores (Grupo WHOQOL, Projeto IQOLA, *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust*), procurou-se criar uma metodologia a partir da adaptação dos seis estágios sugeridos por Beaton e colegas (2000) para o processo de tradução.

Deste modo, o instrumento RCOPE (Pargament & cols., 2000) foi inicialmente traduzido para o Português (brasileiro) por quatro juízes independentes (um leigo e três *experts*), com domínio de ambos idiomas: uma farmacêutica que trabalhou na Inglaterra por cinco anos, uma Profª Drª em Psicologia e dois mestrandos em Psicologia (um dos quais era também Prof. de Língua Inglesa numa escola de idiomas). Após, as quatro traduções foram analisadas e comparadas pela pesquisadora e outra psicóloga, para a realização dos ajustes necessários, formulando uma tradução sintetizada. Após, para resolução dos itens em que houve divergências, e para consolidar todas versões da escala tentando manter, entre original e versão, equivalência semântica, idiomática, conceitual e vivencial de cada item do instrumento, foi formado um Comitê de Especialistas. Este painel de *experts*, que reuniu a pesquisadora, uma Profª Drª em Psicologia especializada em Avaliação Psicológica, e uma psicóloga clínica, desenvolveu a versão pré-final da tradução do instrumento. Neste momento, foram igualmente observadas certas apreciações quanto à tradução sugeridas por um especialista brasileiro em Psicologia da Religião, através de parecer emitido sobre este estudo (Anexo D), bem como certos termos religiosos específicos[8] foram generalizados para que a escala pudesse ser utilizada com várias religiões/crenças. Por fim, outras duas especialistas independentes, em *Coping* e Avaliação Psicológica, respectivamente, analisaram a tradução, e seus pareceres foram submetidos aos responsáveis pela adaptação do instrumento, resultando em pequenas modificações que afinaram o ajuste entre a teoria e a forma escrita dos itens. O saldo final deste processo foi a "Tradução por Especialistas Sintetizada da Escala RCOPE" (Anexo E).

[8] Exemplos de substituição: "congregação" por "instituição religiosa", "pecados" por "erros", "demônio" por "mal".

I.2 Adequação da Escala Traduzida à Realidade Cultural Brasileira, a partir de Amostra Sul-rio-grandense

Foram realizadas entrevistas semi-abertas com diversos líderes religiosos com os objetivos de: averiguar a tradução da escala e receber sugestões quanto à mesma em termos de modificações ou inclusões de frases; identificar outros possíveis modos de *coping* religioso espiritual ainda não contemplados na escala; testar a compreensão das nomenclaturas generalizadas dos termos religiosos; e, buscar um critério adequado para a redução do número de itens da escala original. A razão do último objetivo se devia ao fato desta já contar com 105 itens, sendo que ainda se intencionava acrescentar alguns a partir das entrevistas. Além disso, a estrutura da RCOPE é composta por 21 subescalas de cinco itens que em muito se assemelham, já que são apenas variações frasais da mesma estratégia de *coping* avaliada por cada subescala. A fim de reduzir o número de itens de cada subescala para três, totalizando 63 frases da escala original[9], solicitou-se que cada entrevistado votasse em duas frases de cada grupo de cinco, julgando quais poderiam ser descartadas. As mais votadas pelos entrevistados seriam retiradas da escala. Os casos de empate foram decididos pelo quinto juiz, antes mencionado, em conjunto com a pesquisadora.

Quanto aos líderes religiosos, escolheu-se entrevistar líderes de religiões cristãs, pois estudos (Siegel & cols., 2001) sobre construção de escalas, baseadas especialmente em preceitos cristãos, como a RCOPE, demonstraram adequabilidade de aplicação a participantes de outras religiões. Em adição, elas englobam a maioria das preferências religiosas no Brasil. Todavia, nosso país apresenta uma grande diversidade espiritual-religiosa com representatividade significativa na população. Então, optou-se por entrevistar também líderes espirituais e expoentes de outras religiões, doutrinas ou crenças usualmente não classificadas como cristãs. Além disso, com base na literatura (Lewin, 2001), procurou-se entrevistar ainda uma pessoa que pudesse representar a fatia emergente da população de pessoas sem religião institucionalizada, mas espiritualizadas, aqui denominadas "sem religião".

No total, foram entrevistados 10 líderes ou expoentes religiosos: um padre da Igreja Católica, um pastor da Igreja Evangélica de Confissão Luterana, um pastor da Igreja Evangélica Batista, uma filha-de-santo da Nação Africana (batuque), um rabino de uma União Israelita (religião judaica), uma pessoa sem religião, mas espiritualizada e quatro espíritas – todos na região de Porto Alegre. Destes, um dos expoentes espíritas foi indicado espontaneamente por outro para ser entrevistado e apenas o rabino não retornou sua análise após a entrevista. Para o processo de adequação da escala, portanto, foram utilizadas nove análises.

---

[9] Conforme indicado na revisão de literatura, uma composição de 63 itens já havia sido realizada pelos autores, tendo sido os itens escolhidos com base teórica, na falta de evidências empíricas.

Cabem algumas considerações sobre a escolha do representante "sem religião" e sobre o número maior de espíritas entrevistados. Além da maior facilidade de acesso da pesquisadora neste meio, não há, entre os espíritas, uma hierarquia dos membros participantes. Os cargos necessários ao funcionamento das instituições, geralmente associações ou sociedades beneficentes, são preenchidos através de eleição (diretorias) ou de acordo com a disponibilidade dos membros (trabalhadores). Deste modo, aqueles que colaboram, trabalham ou dirigem as instituições espíritas não realizaram uma formação específica – esta pode ser diferente para cada um – nem ostentam um título que os promulguem líderes religiosos, não existindo correlatos para as figuras de um padre ou mesmo do clero. Assim, optou-se por entrevistar diversos membros ocupantes de cargos diferentes, resultando num número maior de espíritas entrevistados. Estes eram oriundos de três diferentes instituições, e ocupavam, à época, os cargos de Vice-presidente, Coordenador de Grupo de Estudo Doutrinário, Subdirigente de Grupo Mediúnico e Dirigente Geral de Trabalhos. A representante sem religião é uma artista plástica aposentada que trabalha como astróloga e terapeuta floral, é simpatizante do budismo e freqüenta a Sociedade Teosófica no Brasil (entidade que tem como lema "não há religião superior à verdade", é composta de estudantes pertencentes a qualquer religião e incentiva a Fraternidade Universal e o estudo da Religião Comparada, Filosofia e Ciência).

Como efeito das modificações anteriores e das entrevistas com os líderes religiosos, em relação à Escala RCOPE original, 33 itens foram acrescentados (Tabela 2), 28 itens foram levemente modificados em sua construção frasal e 42 itens foram descartados (ver Anexo E), resultando numa escala com 96 itens. A fim de manter a estrutura original, os itens acrescentados correspondiam a três variações frasais de 11 tipos de *coping* religioso espiritual detectados nas entrevistas. Apenas um item que recebeu sugestões não foi modificado por parecer que as mesmas transformavam o sentido original da frase. Os itens acrescentados partiram da especificação dos temas julgados importantes de serem acrescentados a partir das sugestões dos líderes religiosos, pois, segundo Cronbach (1996b), é importante definir adequadamente o domínio do teste, planejando e elaborando cuidadosamente a escala, no intuito de aprimorar sua validade de conteúdo, clarificando a visão daquilo que se pretende medir. Desta forma, procurou-se seguir igualmente a orientação de Anastasi e Urbina (2000), segundo as quais é importante desenvolver especificações da escala antes da construção dos itens, para que sirvam de guia para os autores. Em virtude de que, após as modificações, apenas 63 dos 105 itens originais foram mantidos e ainda foram acrescentados vários outros, a escala foi renomeada, passando a adaptação brasileira da Escala RCOPE a chamar-se de "Escala de *Coping* Religioso Espiritual – Escala CRE".

Tabela 2.

Itens Novos (Nacionais) Acrescentados à Escala CRE, em Relação à Escala RCOPE Original.

ESTRATÉGIA DE *COPING*	Sentença
PRÁTICAS DE REFORMA ÍNTIMA ESPIRITUAL[10]	Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude
	Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos
	Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação
BUSCA DE CONHECIMENTO	Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação
	Procurei auxílio nos livros sagrados
	Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa
ACESSO À RELIGIÃO ATRAVÉS DA MÍDIA	Ouvi e/ou cantei músicas religiosas
	Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados a espiritualidade
	Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais
PRÁTICAS PELO BEM DO PRÓXIMO	Pratiquei atos de caridade moral e/ou material
	Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo
	Procurei trabalhar pelo bem-estar social
PRÁTICAS RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS	Realizei atos ou ritos espirituais
	Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais
	Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais
REVOLTA ESPIRITUAL DIRIGIDA A DEUS	Pensei que Deus não existia
	Revoltei-me contra Deus e seus desígnios
	Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer
PROCURA DE APOIO ESPIRITUAL ATRAVÉS DE LOCAL RELIGIOSO	Fui a um templo religioso
	Procurei uma casa religiosa ou de oração
	Busquei uma casa de Deus
PROCURA DE APOIO ESPIRITUAL ATRAVÉS DE ENTIDADES ESPIRITUAIS	Procurei conversar com meu eu superior
	Procurei me aconselhar com meu guia espiritual maior (anjo da guarda, mentor, rabi, etc)
	Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)
PROCURA DE CONFORTO ATRAVÉS DE REPOSIÇÃO DE ENERGIAS	Recebi passes e fluidos energéticos
	Procurei reforço espiritual através de energias
	Recebi ajuda através de imposição das mãos
BUSCA DE CURA ESPIRITUAL	Procurei ou realizei tratamentos espirituais
	Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente
	Participei de sessões de cura espiritual
PRÁTICAS ORGANIZADAS NÃO INSTITUCIONAIS	Montei um local de oração em minha casa
	Procurei auxílio através da meditação
	Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

[10] Itens baseados no conceito de "Reforma Íntima" da Doutrina Espírita de Allan Kardec (pseudônimo de Hyppolyte Leon Denizard Rivail, pedagogo europeu discípulo de Pestalozzi), que já haviam sido acrescentados à Tradução por Especialistas Sintetizada da Escala RCOPE anteriormente, junto com outras duas variações frasais do mesmo tema. Todos foram avaliados nas entrevistas, dois foram descartados e dois modificados.

I.3 Aplicação Piloto da Escala CRE

A fim de testar a escala resultante dos procedimentos anteriores, foi realizada uma aplicação piloto, cuja amostra foi composta de 50 participantes, entre estudantes universitários do curso de psicologia de uma universidade de Porto Alegre (*n*=25) e estudantes de classes noturnas de uma Escola Pública Estadual de Ensino Fundamental e Médio de Porto Alegre (*n*=25), dos sexos masculino (40%) e feminino (60%), com idades entre 16 e 42 anos (μ=21,66; *dp*=6,51). Os participantes eram majoritariamente solteiros (86%) e sua renda familiar variava bastante, estando 82% dos participantes distribuídos entre dois e 20 salários mínimos.

Nesta primeira fase, como nas que se seguiram, foram tomadas as precauções e atitudes necessárias para que o estudo estivesse de acordo com o decreto nº 93.933/1198 do Conselho Nacional de Saúde, Capítulo II, Artigos 4 e 5, e com a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, que versam sobre os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Salienta-se que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, na reunião n° 28, ata n°49, "por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde" (*sic*) (Anexo F).

Os participantes foram contatados em suas respectivas instituições de ensino, com a devida autorização dos responsáveis pelas mesmas, onde foram realizadas aplicações coletivas. A professora ou a orientadora educacional introduzia a pesquisadora e/ou suas assistentes colaboradoras. Estas últimas expunham os objetivos da pesquisa, suas implicações éticas, possibilidades de aplicação, a voluntariedade da participação com desistência a qualquer tempo, verbalizavam as instruções dos instrumentos e ficavam disponíveis para eximir possíveis dúvidas. O protocolo preenchido por cada participante do piloto continha, nesta ordem, os seguintes instrumentos:

1) Consentimento Esclarecido: O primeiro instrumento introduzia a pesquisa, detalhando-a brevemente, convidava à participação e captava a autorização escrita do participante.

2) Questionário de Dados Demográficos, Socioeconômicos e Religiosos: Este segundo instrumento foi construído pela pesquisadora objetivando obter um perfil do participante em relação a todos os aspectos importantes aos objetivos do estudo. Deste modo, ele foi composto por um conjunto de diferentes medidas de avaliação, descritas abaixo em separado apenas por uma questão de didática:

- Dados demográficos e socioeconômicos

    a) Data de nascimento, sexo, nome, escolaridade, renda mensal familiar e estado civil.

• Dados sobre aspectos espirituais e religiosos

a) Questões objetivas sobre aspectos religiosos: crença em Deus, religião, mudança de religião, número de religiões das quais participou.

b) Questão descritiva sobre aspectos religiosos: questão formulada a partir das recomendações do painel do *National Institute of Healthcare Research* (Larson, Swyers & McCullough, 1977, citados em George & cols, 2000), enfatizando a necessidade de clarificar as definições conceituais distintas de religião e espiritualidade, através de pergunta direta sobre as concepções do sagrado. Por parecer ser a mais abrangente, foi formulada a pergunta: "Para você, o que é Deus?"

c) Medidas Unidimensionais de Religiosidade: Uma questão sobre a importância da religião e da espiritualidade para lidar com os fatores estressantes atuais (IMP/STRESS; questão nº 12 do Anexo C), e outra sobre o quanto ambas têm ajudado no manejo das situações estressantes que já foram vivenciadas (AJU/STRESS; questão nº 16 do Anexo C).

d) Medida Global de Religiosidade: Indicador Geral de Atividades Religiosas (Índice IGAR) – Três questões sobre: freqüência a encontros religiosos, freqüência em atividades religiosas privativas e importância (geral) da religião (questões nº 13, 14 e 15 do Anexo C, adaptadas de Koenig & cols., 1998).

e) Medida de Resultado Religioso: Grau de Crescimento Espiritual (Índice CRESCESP) – Escala de três itens (questões n° 17, 18 e 19 do Anexo C) a respeito de sentimentos de crescimento espiritual como resultado do manejo de eventos de vida negativos estressantes (adaptada de Koenig & cols., 1998).

3) Escala CRE – Versão Piloto de 96 itens: O terceiro instrumento, objeto da aplicação piloto, era o resultado das etapas anteriores descritas nesta primeira fase da pesquisa, acrescido de instruções de preenchimento e, conforme recomendação de Bordeaux e colegas (1995), de uma clara definição de estresse. Ambas foram formuladas tomando como base os seguintes instrumentos: Escala RCOPE (Pargament & cols, 2000), WORCS – *Ways of Religious Coping Scale* (Boudreaux & cols., 1995) e *Brief* RCOPE de 63 itens (21x3) (Koenig & cols., 1998 – cópia requisitada aos autores).

Entre os participantes do Projeto Piloto, a maioria acreditava em Deus (94%), sempre havia acreditado (84,4%) e nunca havia mudado de religião/crença (72,1%). Também a maioria considerava a religião importante ou muito importante, tanto no geral de suas vidas (68%), quanto para lidar especificamente com o estresse (56%). Apesar disto, apresentavam baixa freqüência a templos ou encontros de natureza religiosa (60%), em contraste com uma média ou

alta freqüência de tempo dedicado a atividades religiosas privativas (52%). Embora pequena, uma boa parcela apresentava alta freqüência (20%) a templos ou encontros religiosos.

Como resultado desta aplicação, verificou-se que a Escala CRE Piloto de 96 itens apresentava um bom nível de fidedignidade (α=0,96). Para investigar a permanência de todos os itens na escala, realizou-se uma análise de correlação bivariada entre a média de todas as frases de *coping* religioso espiritual positivo (CREP) e cada uma das 96 frases do instrumento, criando o Índice CREP. O mesmo procedimento foi realizado para os itens de *coping* religioso espiritual negativo (CREN), criando o Índice CREN. As seis frases que não demonstraram correlação significativa, nem com o Índice CREP, nem com o Índice CREN, foram retiradas da escala, deixando esta com 90 itens. Destas frases, quatro pertenciam originalmente à Escala RCOPE e duas haviam sido acrescentadas a partir das entrevistas com os líderes religiosos. Como a maioria dos itens originados nas entrevistas era de CREP, buscou-se, então, equilibrar a proporção com a inclusão de dois itens de CREN. Para tal, buscou-se na Escala *Red Flags Religion Coping Scale* (Pargament, Zinnbauer & cols., 1998), instrumento específico para avaliação de CREN em três dimensões, duas frases de formas de *coping* que ainda não estivessem representados na Escala CRE. As frases escolhidas foram: "Não me chateei de forma alguma, pois minha fé me ensinou que tudo tem seu lado bom", pertencente ao domínio "Negação Religiosa", e "Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas", do domínio "Dúvidas Religiosas". Tal inclusão resultou numa versão de 92 itens, a serem utilizados na fase seguinte.

Ainda nesta fase, seguindo a determinação de Pasquali (2001), foi verificada a disposição teórica dos itens segundo os objetivos e finalidades que podem cumprir o *coping* religioso espiritual, procurando-se explicitar os processos psicológicos a serem avaliados, clarificar a definição dos tópicos e conteúdos a serem abrangidos e determinar sua proporção relativa de representação. Tal verificação de conteúdo, importante para a posterior determinação de sua validade, foi também realizada previamente à aplicação piloto. Todavia, julgou-se mais producente expor a distribuição dos itens da escala neste momento, a partir das reformulações realizadas nesta etapa, que incluiu a exclusão e o aprimoramento de alguns itens.

Os autores Pargament, Koenig e Perez (2000), apontam cinco finalidades-chave da religião, segundo as quais basearam a divisão teórica das subescalas da RCOPE: busca de significado, de conforto/apoio em Deus, de intimidade/apoio nos outros, de transformação de vida e de controle. Em nossa pesquisa, consideramos este último objetivo dividido em busca de controle indireto, através de um posicionamento frente a Deus e à situação, e controle direto, através de ação comportamental religiosa/espiritual. Outra finalidade de

CRE que julgamos pertinente acrescentar foi busca de crescimento e conhecimento pessoal. Então, a distribuição teórica dos 92 itens da Escala CRE em 33 Estratégias (Métodos) de *Coping* Religioso Espiritual (21 originais, 11 nacionais, 1 importada da *Red Flags Religion Coping Scale*, que não premaneceu na versão final), segundo suas sete grandes Finalidades (Objetivos), pode ser vista na Tabela 3. Esta foi baseada na distribuição teórica da Escala RCOPE, com algumas revisões e modificações a partir da retirada, inclusão e alteração de itens. Através deste exercício, procurou-se tomar o mesmo cuidado demonstrado pelos autores da escala original, revelando as hipóteses que levaram, na reconstrução da escala, à escolha de certos tipos de conteúdo para medir os traços especificados – único propósito possível de ser alcançado na verificação de conteúdo de escalas, conforme Anastasi e Urbina (2000).

Tabela 3.

Distribuição dos 92 Itens da Escala CRE em 33 Subescalas de Estratégias de CRE (Métodos), segundo as VII Finalidades do CRE (Objetivos)

FINALIDADE DO *COPING* RELIGIOSO ESPIRITUAL – *Descrição*
Nº. ESTRATÉGIA DE CRE – Descrição SIGLA – NºITEM*. SENTENÇA
FINALIDADE I (R): BUSCA DE SIGNIFICADO ATRAVÉS DE REAVALIAÇÃO COGNITIVA RELIGIOSA/ESPIRITUAL – *Redefinição do estressor através de compreensão espiritual ou religiosa do sentido da vida, do porquê dos problemas, situações e acontecimentos*
1. REAVALIAÇÃO RELIGIOSA POSITIVA/BENEVOLENTE – Redefinição do estressor através da religião como benevolente ou potencialmente benéfico, ou seja, ver o lado positivo através do Bem. R.BEM 1 – 75. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu R.BEM 2 – 27. Busquei ver como Deus poderia estar tentando me fortalecer nesta situação** R.BEM 3 – 38. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus
2. REAVALIAÇÃO PUNITIVA DE DEUS – Redefinição do estressor como uma punição de Deus pelos erros (pecados) individuais. R.PUNIÇÃO 1 – 83. Imaginei o que teria feito para Deus me punir R.PUNIÇÃO 2 – 3. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros R.PUNIÇÃO 3 – 26. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé
3. *REAVALIAÇÃO MALÉVOLA* – Redefinição do estressor como um ato do Mal (diabo, demônio, espíritos malignos, lado negro, escuridão, trevas, pensamentos negativos, etc.). R.MAL 1 – 40. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus R.MAL 2 – 57. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer R.MAL 3 – 9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação
4. QUESTIONAMENTO DO PODER DE DEUS – Reavaliação quanto ao poder que Deus para influenciar a situação estressante, com expressões de insatisfação e questionamento. R.PODER 1 – 55. Questionei se até Deus tem limites R.PODER 2 – 17. Percebi que Deus não pode responder a todas as minhas preces**
FINALIDADE II (E): ESTRATÉGIAS DE CONTROLE INDIRETO SEGUNDO ESTILOS DE *COPING* – *Para conquista de controle indireto através de estilos de posicionamento frente a Deus quanto à situação*
5. ESTILO DE COPING *RELIGIOSO COLABORAÇÃO* – Estratégias de posicionamento em parceira com Deus para a solução e controle do problema: a pessoa atua e conta com a atuação de Deus. E.COLAB 1 – 62. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele E.COLAB 2 – 29. Senti que Deus estava atuando junto comigo E.COLAB 3 – 44. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas

6. Estilo de Coping *Renúncia Religiosa Ativa* – Estratégias de posicionamento de desistência ativa do controle no enfrentamento da situação, posicionando-se "nas mãos de Deus", quando julga que a mesma ultrapassa suas possibilidades de atuação. Isto é, uma renúncia do controle pessoal em favor de Deus.
E.RENUN 1 – 24. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus
E.RENUN 2 – 65. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto
E.RENUN 3 – 41. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

7. Estilo de Coping *Delegação Religiosa Passiva* – Estratégias de posicionamento de espera passiva por Deus para Ele controlar a situação.
E.DELEG 1 – 7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim
E.DELEG 2 – 39. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora
E.DELEG 3 – 68. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

8. Estilo de Coping *Suplica por Intercessão Direta* – Procura de controle indireto através de súplica a Deus por um milagre ou intercessão divina
E.SUPLIC 1 – 49. Rezei por um milagre
E.SUPLIC 2 – 30. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem
E.SUPLIC 3 – 11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

9. Estilo de Coping *Religioso Autodireção* – Estratégia de procura direta de controle por iniciativa individual, mais do que por ajuda de Deus.
E.AUTODIR1 – 81. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus
E.AUTODIR2 – 74. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

10. Estilo de Coping *Negação Religiosa* – Estratégia de procura do controle pela negação do problema ou do lado negativo da situação através da religião/espiritualidade.
E.NEGAÇÃO1 – 71. Não me chateei com nada, pois minha fé me ensinou que tudo tem um lado bom**

Finalidade III (D): Procura de apoio em Deus (conforto/descarga) – *Buscando conforto, apoio e proximidade com Deus ou depositando nele as descargas emocionais*

---

11. Procura de Apoio Espiritual em Deus – Procura por conforto, apoio e reanimação através do amor e da proteção divinos.
D.APOIOESP1 – 2. Procurei o amor e a proteção de Deus
D.APOIOESP2 – 51. Confiei que Deus estava comigo
D.APOIOESP3 – 13. Procurei em Deus força, apoio e orientação

12. *Procura de apoio através de Foco Religioso* – Engajamento em atividades religiosas para mudar o foco do estressor
D.FOCO 1 – 31. Pensei em questões espirituais para desviar a atenção dos meus problemas
D.FOCO 2 – 46. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas
D.FOCO 3 – 22. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

13*. Busca de Perdão/Absolvição Religiosa* – Procura por absolvição espiritual através de ações religiosas ou de Deus.
D.PERDÃO 1 – 60. Pedi perdão pelos meus erros
D.PERDÃO 2 – 53. Procurei a misericórdia de Deus
D.PERDÃO 3 – 37. Pedi para Deus me ajudar ser melhor e errar menos

14*. Procura por Conexão Espiritual* – Busca de experenciar um senso de conexão com forças que transcendem o individual
D.CONEXESP1 – 5. Procurei uma ligação maior com Deus
D.CONEXESP2 – 76. Tentei construir uma forte relação com um poder superior
D.CONEXESP3 – 86. Voltei-me para a espiritualidade

15. Mágoa Espiritual com Deus – Expressando confusão e insatisfação com o amor e o apoio de Deus para consigo.
D.MÁGOA 1 – 36. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado
D.MÁGOA 2 – 6. Questionei o amor de Deus por mim
D.MÁGOA 3 – 89. Questionei se Deus realmente se importava

16. Construção de Limites Religiosos – demarcando claramente comportamentos religiosos aceitáveis e não aceitáveis e permanecendo dentro de certos limites religiosos.
D.LIMITE 1 – 25. Apeguei-me aos ensinamentos e praticas da minha religião**
D.LIMITE 2 – 14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

17. Revolta Espiritual com Deus – redefinir o estressor através de revolta e questionamento quanto aos atos/desígnios divinos em relação à situação estressante
D.REVOLTA 1 – 54. Pensei que Deus não existia
D.REVOLTA 2 – 4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios
D.REVOLTA 3 – 88. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

FINALIDADE IV (O): BUSCA DE APOIO ESPIRITUAL ATRAVÉS DOS OUTROS – *Busca de apoio espiritual nos outros (sejam estes o próximo, o social ou o institucional), em proximidade com Deus, ora procurando por conforto, intimidade ou um mundo melhor, ora procurando depositar nestes as descargas emocionais*

18. Busca de Apoio Espiritual Interpessoal e/ou Institucional – Procura por conforto e renovação de confiança através do amor e cuidado dos membros freqüentadores e trabalhadores da instituição religiosa freqüentada.
O.APOIOINST1 – 48. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa
O.APOIOINST2 – 21. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa

19. Provendo ajuda religiosa – Esforço por prover apoio e conforto espiritual a outros, ajudando-os.
O.AJUDANDO1 – 1. Orei pelo bem-estar de outros
O.AJUDANDO2 – 59. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...
O.AJUDANDO3 – 35. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

20. Mágoa Interpessoal e/ou Institucional – Expressão de mágoa, confusão e insatisfação com os líderes, trabalhadores e freqüentadores da instituição religiosa quanto à situação estressante.
O.MÁGOAINST1 – 15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição
O.MÁGOAINST2 – 45. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado
O.MÁGOAINST3 – 78. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando
O.MÁGOAINST4 – 19. Tive dificuldades de receber conforto espiritual de minhas crenças religiosas

21. Doação Pessoal ao Próximo – Esforço em atuar socialmente pelo bem de outras pessoas.
O.AÇÃOSOC 1 – 28. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material
O.AÇÃOSOC 2 – 66. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo
O.AÇÃOSOC 3 – 10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

22. Procura de Local Religioso – Procura de apoio espiritual através de um espaço/local religioso
O.LOCAL 1 – 23. Fui a um templo religioso
O.LOCAL 2 – 8. Procurei uma casa religiosa ou de oração
O.LOCAL 3 – 92. Busquei uma casa de Deus

FINALIDADE V (T): TRANSFORMAÇÃO DE SI E/OU DE SUA VIDA – *Busca por modificação de aspectos de si mesmo ou de sua vida, objetivando uma transformação*

23. Transformação do Objetivo de Vida – Busca de apoio na religião/espiritualidade para a descoberta de um novo objetivo de vida, capacitando uma mudança radical.
T.OBJVIDA 1 – 18. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida
T.OBJVIDA 2 – 42. Orei para descobrir o objetivo de minha vida
T.OBJVIDA 3 – 47. Procurei por um total re-despertar espiritual

24. Transformação da Direção na Vida – Buscar na religião/espiritualidade por uma nova direção de vida, quando a antiga não mais se mostrou viável.
T.DIRVIDA 1 – 34. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida
T.DIRVIDA 2 – 84. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus
T.DIRVIDA 3 – 20. Desejei ardentemente um renascimento espiritual capaz de transformar minha vida**

25. Exercendo o Perdão através da Religião/Espiritualidade – Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos associados a uma ofensa, da raiva, mágoa e medo para a paz.
T.PERDOAR 1 – 87. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos
T.PERDOAR 2 – 3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas
T.PERDOAR 3 – 52. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas

26. Reforma Íntima Espiritual – Busca por modificação de si mesmo (pensamentos, sentimentos e ações) através dos conhecimentos religiosos.
T.REFINT 1 – 91. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude
T.REFINT 2 – 69. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos
T.REFINT 3 – 32. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação

FINALIDADE VI (A): ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DIRETO ATRAVÉS DE AÇÕES RELIGIOSAS OU EM DIREÇÃO À ESPIRITUALIDADE – *Busca de controle direto através de ações e estratégias religiosas/espirituais para a transformação da situação*

27. PRÁTICA DE PRECEITOS RELIGIOSOS/ESPIRITUAIS – Ações buscando praticar os preceitos religiosos/espirituais; procura de conforto através de participação nas práticas religiosas do grupo espiritual.
A.PRÁTICA 1 – 43. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc).
A.PRÁTICA 2 – 79. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais
A.PRÁTICA 3 – 64. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais

28. PROCURA DE TRATAMENTOS ESPIRITUAIS – Procura de cura espiritual
A.TRATAM 1 – 73. Procurei ou realizei tratamentos espirituais
A.TRATAM 2 – 50. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente
A.TRATAM 3 – 61. Participei de sessões de cura espiritual

29. PROCURA DE ORIENTAÇÃO ATRAVÉS DE ENTIDADES ESPIRITUAIS – Procura de apoio filosófico, moral, religioso e espiritual através de entidades espirituais que possam servir de guia para reflexão, oferecer conselhos, proteção, etc.
A.ENTIDADE1 – 85. Procurei conversar com meu eu superior
A.ENTIDADE2 – 33. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual maior (anjo da guarda, mentor, etc)
A.ENTIDADE3 – 12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

30. PASSE ENERGÉTICO ATRAVÉS DAS MÃOS – Procura de conforto através de reposição de energias, pela passagem de energia pessoal de outra pessoa para si.
A.ENERGIA 1 – 70. Recebi ajuda através de imposição das mãos

FINALIDADE VII (P): BUSCA PESSOAL DE CRESCIMENTO E CONHECIMENTO ESPIRITUAIS – *Busca de si mesmo, de seu crescimento, evolução e conscientização através da reflexão ou de comportamentos*

31. PRÁTICAS RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS NÃO-ORGANIZADAS INSTITUCIONALMENTE – Realização de ações e/ou idéias organizadas em caráter não-institucional, que promovem ganho espiritual pessoal.
P.ÑINST 1 – 80. Montei um local de oração em minha casa
P.ÑINST 2 – 72. Procurei auxílio através da meditação
P.ÑINST 3 – 90. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

32. BUSCA DE CONHECIMENTO ATRAVÉS DA LITERATURA – Buscar na literatura subsídios religiosos/espirituais que possam instrumentar o manejo da situação.
P.LITERAT 1 – 16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação
P.LITERAT 2 – 82. Procurei auxílio nos livros sagrados
P.LITERAT 3 – 58. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

33. BUSCA DA MÍDIA RELIGIOSA/ESPIRITUAL – Acesso à religião e à espiritualidade através de mídia específica, em busca de conhecimento e/ou de satisfação espiritual.
P.MÍDIA 1 – 67. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas
P.MÍDIA 2 – 56. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados a espiritualidade
P.MÍDIA 3 – 77. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

* Numeração dos itens conforme Escala CRE de 92 itens, versão final pós-Piloto, aplicada no teste de campo (Anexo G).
** Itens que saíram na versão final de 87 itens.

Ao final do piloto também foram consultados dois especialistas em Avaliação Psicológica para realizar uma análise do material, o que culminou no aperfeiçoamento de certos aspectos do questionário [a retirada do nome do participante, o uso da variável idade ao invés da data de nascimento, a colocação da pergunta religiosa descritiva antes das objetivas, o acréscimo de questões subjetivas e objetivas sobre saúde e a re-nomeação para Questionário Geral (QG) e da Escala CRE (a modificação da forma escrita de duas frases a fim de melhorar seu entendimento ao grande público). Da mesma forma, também se percebeu a necessidade de explicar o que são "atos ou ritos espirituais", mencionados na frase n°43 da Escala CRE, pois sua realização, constatada através de observação empírica

pelos religiosos, não estava correspondendo à média obtida no item. Então, foi acrescentada uma explicação em parênteses ao final da frase. Estas modificações também foram expostas na Tabela 3.

Finalizando, durante a análise de dados da aplicação piloto, percebeu-se que algumas modificações poderiam ser introduzidas em relação aos Índices de Religiosidade e Espiritualidade. O Indicador Geral de Atividades Religiosas (Índice IGAR), adaptado da literatura (Koenig & cols., 1998), é uma medida global de religiosidade calculada através da média das questões n° 13, 14 e 15 do QG. Entretanto, notou-se que, enquanto as questões de n°s 13 e 14 referiam-se exclusivamente à freqüência religiosa, pública e privada, sua questão nº 15 se referia à importância da religião, mesmo tema das questões de n°s 12 e 16 do QG que, analisadas individualmente, correspondem a medidas unidimensionais. Então, decidiu-se por realizar um novo arranjo no agrupamento das questões, criando uma medida global que se referisse apenas à Freqüência Religiosa (FREQREL = μ[QG13], [QG14]), e uma medida global que se referisse apenas à Importância da Religião (IMPOREL = μ[QG12], [QG15], [QG16]). No entanto, manteve-se o Índice IGAR, para efeitos de comparação com pesquisas já realizadas. Mantiveram-se também, como medidas unidimensionais, em separado, as questões QG12 [Importância da Religião e da Espiritualidade para lidar com o Estresse (IMP/STRESS)] e QG16 [Ajuda da Religião e da Espiritualidade para lidar com o Estresse (AJU/STRESS)] para efeitos de comparação com os resultados das medidas globais e multidimensionais.

FASE II: Aplicação e Validação da Escala CRE

Depois de obtida a versão final revisada da Escala CRE de 92 itens, a mesma foi aplicada numa amostra mais ampla com vistas a realizar os estudos de validação da mesma no contexto da Psicologia da Religião e Saúde. Nos próximos subtópicos encontram-se descritos os participantes, instrumentos e procedimentos desta que se configurou na testagem de campo da Escala CRE.

II.1 Participantes

O número de participantes desta fase do estudo foi calculado visando atender ao critério "razão participante/itens" (Pasquali, 1999) usualmente utilizado para cálculo amostral quando são necessárias análises fatoriais. Tal critério, buscando confiabilidade, preconiza uma razão de 10:1 quando não se conhece o número de dimensões ou fatores que o instrumento mede e uma razão mínima de 5:1 quando se conhece. Dado que a Escala

RCOPE original tem 17 fatores e que uma solução de dois fatores (*coping* religioso espiritual positivo e *coping* religioso espiritual negativo) foi considerada satisfatória e alcançada por muitos dos estudos realizados por Pargament e sua equipe de pesquisa, se utilizou o critério de 5:1. Como a versão da Escala CRE após as análises do Projeto Piloto contava com 92 itens, calculou-se a necessidade de, no mínimo, 460 participantes.

A amostra final deste estudo foi constituída de 616 participantes, 215 homens e 399 mulheres, com idades entre 13 e 82 anos (μ=41,38; *dp*=18,44), residentes no estado do Rio Grande do Sul – a maioria na cidade de Porto Alegre (88,5%). Os participantes eram freqüentadores de instituições religiosas de diversas crenças ou de grupos religiosos/espirituais não institucionalizados (74,4%); estudantes ou funcionários de universidades (13,5%); usuários da Internet (2,9%) e pacientes, familiares, visitantes ou funcionários de clínicas para tratamento de saúde (9,1%). A escolaridade foi o único critério de exclusão. Em virtude da necessária leitura dos instrumentos, estipulou-se que o participante deveria ter no mínimo o segundo ano do ensino fundamental completo. Nenhum protocolo foi excluído por este critério. Dados referentes às características demográficas e socioeconômicas da amostra total podem ser constatadas na Tabela 4.

Tabela 4.
Características da Amostra Total (*N*=616)

Variável	Respostas		% Válida
Idade	13 a 20	Adolescência	11,2
	21 a 30	Adultez Jovem	23,2
	31 a 45	Adultez Média	20,8
	46 a 60	Adultez Madura	18,7
	60 a 82	Terceira Idade	26,1
Sexo	Masculino		35,0
	Feminino		65,0
Escolaridade	Fundamental		13,6
	Médio		24,8
	Superior		52,1
	Pós-Graduação		9,5
Renda	até 3 salários mínimos		25,0
	de 3,1 a 5		19,1
	de 5,1 a 10		24,1
	de 10,1 a 20		19,1
	acima de 20		12,7
Estado Civil	Solteiro		46,8
	Casado		32,5
	Divorciado/Separado		8,7
	Viúvo		7,8
	Concubinato -Vive como casado(a)		1,5
	Outros		2,3

II.2 Instrumentos

Para a realização desta fase da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Consentimento Esclarecido para Participantes (Anexo H) – Apresenta a pesquisa, convida à participação, e capta a autorização do participante.

b) Questionário Geral (Anexo C) – Questionário de dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde que foi desenvolvido e testado na primeira fase desta pesquisa, sendo que, em sua revisão, explicitada anteriormente, o aspecto de maior relevância foi o acréscimo das seguintes questões sobre saúde:

- Classificação Subjetiva de Saúde [CSS (QG20)] – Questão descritiva: "Como você avalia a sua saúde? (Descreva ou explique com suas palavras)";
- Classificação Objetiva de Saúde [COS (QG21)] – Questão objetiva sobre a saúde do participante com as respostas variando entre "Muito ruim (1)" e "Muito Boa (5)".
- Avaliação Objetiva de Saúde [AOS (QG22)]– Questão objetiva dicotômica: se o participante se considerava saudável ou doente;
- Problemas de Saúde [PS (QG23, parte objetiva)] – Questão objetiva dicotômica: se o participante possuía ou não problemas de saúde;
- Problemas de Saúde [PS (QG23, parte descritiva)] – Se o participante houvesse marcado "Sim, tenho..." na parte objetiva da questão, era solicitado a descrever seu problema de saúde em poucas linhas.

c) Escala CRE: Escala de *Coping* Religioso Espiritual (Anexo G) – Versão final de 92 itens obtida na Fase 1;

d) Escala AR: Escala de Atitude Religiosa (Fraga & cols., 2002) (Anexo B) – Esta escala foi desenvolvida por psicólogo e acadêmicos da Faculdade de Psicologia da Universidade de Pernambuco. São 15 itens de Atitudes Religiosas avaliadas em três domínios: Conhecimento, Afeto e Comportamento Religioso;

e) Escala WHOQOL-bref: Escala de Qualidade de Vida da OMS/Versão abreviada em Português (Grupo WHOQOL no Brasil, 1998, disponível no *site* http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol7.html) (Anexo I[11]) – Versão abreviada composta pelas questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS). São 26 itens distribuídos em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações

[11] Todos os protocolos impressos receberam a versão do WHOQOL-bref exatamente como se encontra no *site* (arquivo *pdf*), podendo ser facilmente acessado. Julgamos pertinente, então, colocar nos anexos a versão em arquivo *Word*, com formato diferente do original. Esta foi enviada apenas para os participantes pela Internet.

Sociais e Meio Ambiente. As perguntas de número um e dois são questões amplas sobre saúde e qualidade de vida que, quando combinadas, formam o Índice GERAL (*Overall*). Desenvolvido pelo Grupo WHOQOL no Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, sob coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, este questionário baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (como mobilidade) e negativas (como dor). O WHOQOL-bref mostrou-se uma alternativa útil para as situações em que a versão longa mostre-se de difícil aplicabilidade, como estudos com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (Fleck & cols., 2000). Propriedade da OMS, encontra-se à disposição para uso na Internet.

II.3 Procedimentos

Os procedimentos adotados obedeceram às necessidades específicas de cada local de coleta. Em geral, inicialmente foram contatados os responsáveis dos locais para receber a autorização para a coleta dos dados (Anexo J) – muitos deles foram apresentados pelos representantes religiosos entrevistados na fase anterior. Os participantes, abordados individualmente ou em grupos nos respectivos locais que freqüentavam (Tabela 5), foram apresentados à pesquisa e aos objetivos, convidados a participar voluntariamente e cada um recebeu um protocolo para preencher contendo os cinco instrumentos utilizados nesta pesquisa. Foram verbalizadas as instruções de preenchimento de cada instrumento, resumidamente.

O Consentimento Esclarecido e o Questionário Geral foram sempre os dois primeiros instrumentos dos protocolos, nesta ordem, por conterem os dados iniciais: apresentação da pesquisa e convite à participação, e dados pessoais do participante, respectivamente. A ordem dos demais instrumentos foi alterada a cada 100 protocolos, a fim de controlar uma possível influência de um instrumento para o outro. O recolhimento dos protocolos foi presencial ou por devolução. Ou seja, em alguns locais os protocolos foram preenchidos na presença do pesquisador e recolhidos logo após a aplicação coletiva. Em outros, após explanação inicial, eles foram entregues para que os participantes preenchessem em casa e devolvessem espontaneamente quando retornassem. Nestes locais, em lugar reservado, haviam caixas lacradas para a coleta por, pelo menos, duas semanas após terem sido totalmente distribuídos. O número de protocolos devolvidos em cada instituição dependeu do tamanho dos locais, da maior ou menor abertura da instituição à pesquisa e da disponibilidade dos membros em participar. Outra forma de distribuição dos

protocolos foi através da Internet, para as listas de *e-mail* da pesquisadora e de uma assistente de pesquisa.

Tabela 5.

Locais de Coleta segundo os Grupos de Origem dos Participantes

Locais de coleta – Genéricos –	Locais de coleta – Especificados –	*n*	%
	GRUPO GERAL		
Universidades (POA e Interior)	Faculdade Federal de Psicologia (POA)	40	13,5
	Faculdades de Psicologia (Interior RS)	42	
Clinicas de Tratam. de Saúde	Geriatria e Fisioterapia (POA)	56	9,1
Internet	Espaço *Web* (Via *e-mail*)	18	2,9
	GRUPO RELIGIOSO/ESPIRITUAL		
Locais de encontro religioso/espiritual[12]	Espírita	212	34,5
	Católico	160	26,0
	Evangélico	32	5,2
	Batuque (=Nação Africana, Candomblé)	16	2,6
	Locais Não Institucionalizados	15	2,4
	Teosofia	13	2,1
	Umbanda	7	1,1
	Judeu	4	0,6
Total de Participantes		616	100,0

Incluindo todos os locais de coleta foram distribuídos 1100 protocolos impressos e cerca de 40 protocolos virtuais. Ao todo, foram preenchidos 635 protocolos: 127 presenciais, 490 devoluções impressas e 18 devoluções virtuais. A proporção de adesão à pesquisa foi de 55,70%. O critério básico de exclusão da amostra foi a não responsividade à Escala CRE, através do qual dez protocolos foram retirados. Outros cinco foram descartados por terem sido devolvidos após o início das análises dos dados, três por terem sido preenchidos pela mesma pessoa e um em função da má compreensão das instruções pelo participante. No total, foram retirados 19 protocolos, resultando na amostra final dos 616 protocolos válidos analisados.

[12] Em POA: duas Igrejas Católicas, uma Faculdade Teologia (Religião Católica), dois Centros Espíritas associados à Federação Espírita Brasileira, uma Igreja Evangélica de Confissão Luterana, uma Sinagoga, duas Lojas da SociedadeTeosófica no Brasil, um Ilê, um grupo de Oração e um grupo de Bioenergia. Em Gravataí: uma Terreira.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

As respostas dos participantes foram digitadas num arquivo, formando um banco de dados que possibilitou os cálculos estatísticos. As análises dos dados foram realizadas através do *software* SPSS 10.0 *for Windows*. A partir destas análises foram encontrados alguns resultados, expostos a seguir. Estes compreendem a caracterização da amostra em relação aos dados do Questionário Geral e a avaliação dos parâmetros psicométricos da Escala CRE, englobando os estudos de validação e fidedignidade da Escala CRE e a sua relação com saúde e qualidade de vida, através de auto-avaliações avaliações objetivas e subjetivas e do instrumento WHOQOL-bref, respectivamente.

1. Análise dos Dados do Questionário Geral

1.1 Aspectos Religioso-Espirituais da Amostra Total

A partir dos dados do Questionário Geral, podemos afirmar que, em relação a aspectos espirituais ou religiosos, a maioria dos 616 participantes acreditava em Deus (97,9%), sempre havia acreditado (90,0%) e nunca havia mudado de religião ou crença (60,4%). Também a grande maioria dos participantes considerou a religião muito importante (69,1%) em suas vidas, bem como muito importante (67,5%) para lidar com o estresse. Além disso, 69,8% relataram que a religião tem ajudado muito no manejo das situações estressantes vivenciadas. Todos estes dados podem ser observados na Tabela 6. Quanto ao Índice Global de Importância da Religião [IMPOREL (μQG12, QG15, QG16)], detalhado no Capítulo II, os participantes apresentaram uma média de 4,50 (*dp*=0,81). Em escala de respostas que variou entre (1) "Não é importante" (Sem Importância) e (5) "Muito importante" (Importância Altíssima), a média dos participantes correspondeu à "Importância da Religião Alta-Altíssima".

Como se pode perceber nas Tabelas 7 e 8, a maioria dos participantes apresentou freqüência religiosa alta (56,4%) a templos ou encontros de natureza religiosa. Quanto às atividades religiosas privativas, a maior parte demonstrou freqüência religiosa alta (45,5%) ou altíssima (29,4%). Quando estas questões (QG13 e QG14) estiveram combinadas com outras, configuraram-se em Medidas Globais de Religiosidade, conforme descrito no "Capítulo II: Método". Então, para o Índice Global de Atividades Religiosas [IGAR (μQG13, QG14, QG15)] a amostra total obteve μ=4,03 (*dp*=0,82), aproximadamente equivalente à "Alto Nível de Atividades Religiosas", em escala de 1,00 (Sem freqüência) a

5,00 (Freqüência Altíssima). O Índice de Freqüência Religiosa [FREQREL (μQG13, QG14)] apontou μ=3,79 (*dp*=0,91) para a amostra total (n=616), em idêntica escala de 1,00 a 5,00, ficando próximo ao que se poderia considerar "Freqüência Religiosa Alta". Este último índice, entretanto, poderia estar sendo enviesado, já que 14,6% da amostra foi formada por estudantes de teologia, em sua grande maioria seminaristas. Assim, viviam em local religioso e, por isso, freqüentavam-no mais de uma vez ao dia, nem sempre com motivação religiosa específica, mas em função de suas vidas diárias. Uma resposta comum para eles, em relação à freqüência a locais ou encontros religiosos foi "Várias vezes ao dia, pois moro em local religioso" (*sic*), enquanto que as opções de resposta objetiva do Questionário Geral iam apenas até "Uma vez ao dia". Então, foi calculada a média da amostra para a população leiga geral, sem a inclusão destes estudantes, que resultou num valor de 3,61 (*dp*=0,83; n=526), mais próximo de "Freqüência Religiosa Média-Alta" (em escala de 1,00 a 5,00).

Tabela 6.
Aspectos Religiosos/Espirituais da Amostra Total (*N*=616)

Variáveis	Respostas	%
Acreditar em Deus	Sim	97,9
	Não sei[13]	0,3
	Não	1,8
Tempo que acredita em Deus	Sempre	90,0
	Há um ano	0,3
	Há 5 anos	1,2
	Há 10 anos	1,5
	Há mais de 10 anos	7,0
Mudança de Religião	Não	60,6
	Sim	39,4
Importância da Religião (QG15)	Não é importante	2,1
	Pouco importante	2,9
	Relativamente importante	4,4
	Importante	21,5
	Muito importante	69,1
Importância da Religião/Espiritualidade para lidar com fatores estressantes atuais (IMP/STRESS – QG12)	Não é importante	2,8
	Pouco importante	2,8
	Relativamente importante	6,9
	Importante	20,1
	Muito importante	67,5
Ajuda da Religião/Espiritualidade p/lidar com o estresse vivenciado (atual e passado) (AJU/STRESS – QG16)	Não tem ajudado	3,1
	Tem ajudado pouco	2,1
	Tem ajudado mais ou menos	3,3
	Tem ajudado	21,8
	Tem ajudado muito	69,8

[13] Item acrescentado por alguns respondentes agnósticos.

Tabela 7.
Freqüência a Templos ou Encontros de Natureza Religiosa (QG13)

Freqüência Geral**	Freqüência Especificada*	%	% Geral
Sem Freqüência	1.Nunca	2,9	2,9
Freqüência Baixa	2. Raramente	12,5	14,3
	3. Uma vez por ano	1,8	
Freqüência Média	4. Uma vez por mês	5,0	10,6
	5. Duas vezes por mês	5,6	
Freqüência Alta	6. Uma vez por semana	25,4	56,4
	7. Mais de uma vez por semana	31,0	
Freqüência Altíssima	8. Uma vez ao dia	13,7	15,8
	9. Mais de uma vez ao dia	2,1	
	Total	100,0	100,0

* Freqüência Especificada: em escala de 1 a 9 segundo as respostas do QG (item 9 acrescido por parte de alguns participantes).
** Freqüência Geral: em escala corrigida de 1 (Sem Freq.) a 5 (Freq. Altíssima).

Tabela 8.
Freqüência de Tempo Dedicado a Atividades Religiosas Privativas (QG14)

Freqüência Geral**	Freqüência Especificada*	%	% Geral
Sem Freqüência	1. Nunca	2,6	2,6
Freqüência Baixa	2. Raramente	9,6	10,1
	3. Uma vez por ano	0,5	
Freqüência Média	4. Uma vez ao mês	2,2	12,4
	5. Uma vez na semana	10,2	
Freqüência Alta	6. Duas a três vezes na semana	14,6	45,5
	7. Uma vez ao dia	30,9	
Freqüência Altíssima	8. Mais de uma vez ao dia	29,4	29,4
	Total	100,0	100,0

* Freqüência Especificada: em escala de 1 a 8, segundo as respostas do QG.
** Freqüência Geral: em escala corrigida de 1 (Sem Freq.) a 5 (Freq. Altíssima).

Em relação ao crescimento espiritual (Tabela 9), a grande maioria dos participantes entrevistados acha que têm crescido (45,2%) ou crescido muito (35,6%) espiritualmente, embora também exista uma pequena parcela que afirma não ter crescido espiritualmente (3,1%). Quando a pergunta associa o crescimento à ajuda de Deus, estes valores se mantêm mais ou menos estáveis (45,8% e 32,8%, respectivamente), mas já aumenta em três pontos percentuais o número dos que dizem não ter crescido com a ajuda de Deus (6,2%). Finalmente, quando o crescimento é relacionado com a ajuda da instituição religiosa, estes valores decrescem (40,8% e 23,6%, respectivamente), aumentando bastante o número dos que afirmam não ter crescido junto à instituição religiosa (16,2%). Conforme descrições anteriores, estas três questões combinadas formaram a Medida Global de Resultado Religioso "Grau de Crescimento Espiritual", CRESCESP, que nesta amostra obteve μ=3,79 (*dp*=1,03), valor situado próximo à "Tenho crescido (4,00)".

Tabela 9.
Questões sobre Crescimento Espiritual

Variáveis	Respostas	%
"Eu tenho crescido espiritualmente" (QG17)	Não tenho crescido	3,1
	Tenho crescido um pouco	7,8
	Tenho crescido mais ou menos	8,3
	Tenho crescido	45,2
	Tenho crescido muito	35,6
"Eu tenho crescido junto a Deus" (QG18)	Não tenho crescido	6,2
	Tenho crescido um pouco	7,2
	Tenho crescido mais ou menos	7,9
	Tenho crescido	45,8
	Tenho crescido muito	32,8
"Eu tenho crescido junto a minha instituição religiosa" (QG19)	Não tenho crescido	16,2
	Tenho crescido um pouco	9,8
	Tenho crescido mais ou menos	9,5
	Tenho crescido	40,8
	Tenho crescido muito	23,6

Quanto à religião, a maior parte se declarou como católico (40,4%) ou espírita (31,5%) (Tabela 10). Para aqueles que haviam mudado de crença (39,6%), foram calculadas as percentagens de evasão e destino, ou seja, de quais religiões haviam saído e para quais haviam migrado. A maior parte das evasões foi das religiões católica (77,4%) e evangélica (9,9%) (Tabela 11). Para as quais houve maior migração foi espírita (64,2%), evangélica (8,2%) e para sem religião, mas espiritualizado (7,0%) (Tabela 12). Para fins de comparação, aponta-se os dados do último censo demográfico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, 2000) que indicam a percentagem da população residente brasileira por religião declarada: 73,57% Católicos, 15,41% Evangélicos (Tradicionais, Pentecostais e outras), 7,35% Sem Religião, 1,33% Espíritas e <1% Outras Religiões Declaradas (N=169872856). No Rio Grande do Sul, Pierucci e Prandi (1996, p.216) informam que existem 74,0% Católicos, 13,4% Evangélicos, 3,4% Espíritas kardecistas, 2,5% Afro-brasileiros (2,0% Umbanda, 0,5% Candomblé), 2,1% Outras Religiões e 4,6% Nenhuma Religião.

Tabela 10.
Religião Declarada pelos Participantes da Amostra (*N*=616)

Religião	*n*	%
Católica	249	40,4
Espírita	194	31,5
Sem religião, mas espiritualizado	51	8,3
Evangélica	46	7,5
Duas ou mais religiões simultâneas	26	4,2
Nação Africana/Batuque/Candomblé	14	2,3
Umbanda	10	1,6
Ateu	9	1,5
Judaica	4	0,6
Agnóstico	3	0,5
Outras (Teosofia, Conscienciologia, Budismo, Taoísmo, etc)	10	1,6
Total	616	100,0

Tabela 11.

Religião de Evasão

Evasão	*n*	%	% Geral
Saiu de católica	188	30,5	77,4
Saiu de evangélica	24	3,9	9,9
Saiu de umbandista	9	1,5	3,7
Saiu de espírita	8	1,3	3,3
Saiu de sem religião	3	0,5	1,2
Saiu de africanista/batuque	1	0,2	0,4
Não especificou a mudança	10	1,6	4,1
Total	243	39,4	100,0
Não mudou	373	60,6	
Total Geral	616	100,0	

Tabela 12.

Religião de Destino (escolhida)

Destino	n	%	% Geral
Foi para espírita	156	25,3	64,2
Foi para evangélica	20	3,2	8,2
Foi para religião	17	2,8	7,0
Foi para 2 ou + religiões simultâneas	11	1,8	4,5
Foi para ateu ou agnóstico	7	1,1	2,9
Foi para batuque	7	1,1	2,9
Foi para umbanda	6	1,0	2,5
Foi para católica	3	0,5	1,2
Foi para teosofia	2	0,3	0,8
Foi para outras religiões	4	0,6	1,6
Não especificou a mudança	10	1,6	4,1
Total	243	39,4	100,0
Não mudou	373	60,6	
Total Geral	616	100,0	

Tabela 13.

Categorias para o Conceito de Deus (*N*=616)

Categorias	*n*	%	% Geral
Criador/Princípio/Vida	240	20,74	21,76
Qualidades/Virtudes/Características[a]	226	19,53	20,49
Poder, Ser, Entidade ou Inteligência Superior	184	15,90	16,69
Força/Força Superior[b]	124	10,71	11,24
Tudo	77	6,65	6,98
Pai	68	5,88	6,17
Espírito/Energia	64	5,53	5,80
Guia/Caminho/Exemplo	35	3,02	3,17
Invenção/Imaginação do Homem[c]	7	0,60	0,63
Outros[d]	78	6,74	7,07
Total	1103	95,3	100,0

a Descrição de Deus segundo qualidades/virtudes (ex.:bondade, justiça, onipresença, etc) e características (ex.: luz/, az, amor, etc).

b Força que impulsiona, que ampara ou que protege.

c Com o intuito de dar suporte.

d Exemplos: mistério, amigo, pai-filho-e-espírito-santo, etc.

A questão descritiva sobre a definição conceitual de Deus (QG7) foi categorizada através de análise de conteúdo (Bardin, 1977) por duas juízas (Tabela 13). A fidedignidade da avaliação foi calculada através do índice de concordância entre avaliadores, que alcançou valor *kappa*=0,90. As discordâncias foram dirimidas por um terceiro juiz. Os participantes definiram seu conceito de Deus citando uma ou mais categorias (estas, nas mais diversas combinações). Do total de 616 participantes, 587 (95,3%) declarou seu conceito particular de Deus e a maioria utilizou duas categorias para descrevê-lo (56,66%).

1.2 Aspectos de Saúde da Amostra Total: Saúde Subjetiva, Saúde Objetiva e Problemas de Saúde

A Classificação Subjetiva de Saúde (CSS), auto-avaliativa, foi realizada através de agrupamentos sucessivos de categorias em relação às respostas dos participantes à questão descritiva QG20. As duas avaliadoras independentes envolvidas na categorização obtiveram um índice de concordância *kappa*=0,89. Pelo resultado das categorias agrupadas pôde-se perceber que os participantes classificavam subjetivamente sua saúde muito mais em termos descritivos de possuir ou não problemas relativos a esta. A seguir, alguns exemplos de respostas que iniciaram com "Minha saúde é boa...": "...porque eu me cuido" (*sic*.); "...porque eu creio em Deus e tenho minha espiritualidade equilibrada, me ajudando" (*sic*.); "...porque só de vez em quando tenho problemas de saúde, daqueles bem normais que todo mundo tem" (*sic*.). Outros exemplos, iniciados com "Considero minha saúde ruim (fraca ou mais ou menos)": "...porque não me cuido, não faço exercícios, como demais" (*sic*.); "...porque sou muito nervoso" (*sic*.); "...porque eu sofro de *tal* doença" (*sic*.). Outros participantes, apesar de se referirem a problemas, valoraram diferentemente sua saúde física da mental ou espiritual: "Minha saúde física é boa, mas tenho problemas emocionais, faço tratamento para ansiedade, depressão" (*sic*.); "Minha saúde física é debilitada por problemas crônicos (ou agudos), mas tenho um astral ótimo, boa estabilidade emocional, conto com família e amigos para enfrentar os problemas do dia-a-dia" (*sic*.); "Acho que tenho boa saúde, pois estou em paz comigo mesma, com Deus, meu lado espiritual me ajuda a estar saudável, ainda que tenha sofrido de *tal* doença" (*sic*.). Entre todos os participantes, a categoria que apresentou maior percentual foi "Com Problemas de Saúde Física" (19,3%), seguida de perto das categorias "Com Pequenos Problemas de Saúde" (18,5%) e "Sem Problemas de Saúde: Saúde Ótima ou Boa por Cuidados Pessoais ou Espirituais" (18,2%) (Tabela 14). Então, considerando a CSS e comparando os respondentes válidos ao classificá-la, 50,6% da amostra declarou ter problemas de saúde (Σ% dos "com" PS) e 49,4% declarou não tê-los (Σ% dos "sem" PS).

Tabela 14.
Classificação Subjetiva de Saúde (CSS) (*N*=616)

Categorias (QGnº20)	*n*	%
Com Problema de Saúde Física	119	19,3
Com Pequenos Problemas de Saúde	114	18,5
Sem Problema de Saúde – Ótima/Boa por Cuidados Pessoais ou Espirituais	112	18,2
Sem Problema de Saúde - Boa	108	17,5
Sem Problema de Saúde - Ótima	80	13,0
Com Problema de Saúde Emocional	38	6,2
Com Problema de Saúde Física e Emocional	36	5,8
Sem resposta	9	1,5

A Classificação Objetiva de Saúde (COS) realizou-se através da questão QG21, objetiva de múltipla escolha [1 a 5 (Tabela 15)]. Por meio desta, a maioria dos participantes classificou a sua como boa (51,3%) ou muito boa (38,2%). Ressalta-se que, também através de avaliação objetiva, 94,3% dos participantes se consideraram saudáveis, embora 39,8% (*N*=243) tenham afirmado ter problemas de saúde (Tabela 15). Destes últimos, 227 (92,7%) especificaram os problemas que apresentavam, como, por exemplo: seqüelas de enfarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, diabetes, depressão, fibromialgia, enxaqueca, insônia, etc. Muitos idosos se referiram às "limitações da idade" (*sic*) ou aos "problemas normais do envelhecimento" (*sic*). Como se pode perceber, os participantes citaram problemas físicos e/ou emocionais, desde graves, com necessidade de acompanhamento médico ou medicamentoso, passando por problemas crônicos, agudos, e chegando até os problemas menos severos ou mais comuns entre a população geral. Muitos dos problemas descritos pelos participantes já haviam sido citados por eles também em sua Classificação de Saúde Subjetiva. A categorização dos problemas de saúde mencionados pode ser visualizada na Tabela 16.

Tabela 15.
Questões Objetivas de Saúde (*N*=616)

Variáveis	Respostas	*n*	%
Classificação Objetiva de Saúde (CSO) (QG21)	Muito ruim	5	0,8
	Fraca	12	2,0
	Nem ruim, nem boa	47	7,7
	Boa	313	51,3
	Muito boa	233	38,2
Avaliação Objetiva de Saúde (AOS) (QG22)	Saudável	558	94,3
	Mais ou menos, ou em recuperação*	4	0,7
	Doente	30	5,1
Problema de Saúde (PS) (QG23)	Não	368	60,2
	Sim, tenho...	243	39,8

* Categoria acrescentada por alguns participantes.

Tabela 16.
Categorias para os Problemas de Saúde Mencionados pelos Participantes

Categorias para Problemas de Saúde (*n*=227)*	*n*	% de Casos
Cardiovasculares	96	42,3
Osteoarticulares	65	28,6
Neuropsicológicos	42	18,5
Endócrinos**	35	15,4
Respiratórios	26	11,5
Gastrointestinais	21	9,3
Dermatológicos	14	6,2
Oftalmológicos	14	6,2
Relacionados à idade avançada	9	4,0
Outros	28	12,3

* Referentes a 36,9% dos participantes que, além de afirmarem ter problemas de saúde, especificaram-nos.
** Inclui: obesidade, problemas de tireóide, diabetes, entre outras enfermidades.

Outros dados gerais sobre a saúde e a qualidade de vida dos participantes podem ser encontrados nas freqüências das respostas às duas primeiras questões do instrumento WHOQOL-bref. Através delas podemos perceber que a maioria dos participantes considerou sua QV boa (62,4%) ou muito boa (21,4%), e absolutamente nenhum deles considerou-a muito ruim (Tabela 17). Em relação à saúde (Tabela 18), a maioria encontrava-se satisfeito (56,2%) ou muito satisfeito (24,0%).

Fazendo um contraponto aos dados gerais, dados específicos quanto à saúde e à qualidade de vida dos participantes podem ser exemplificados pela freqüência de respostas às questões de nº 4, 16 e 26 do WHOQOL-bref (Tabelas 19, 20 e 21, respectivamente). Nelas podemos ver que 44,8% dos participantes estavam satisfeitos com o seu sono. Todavia, a maioria deles necessitava bastante (33,4%) ou extremamente (38,0%) de um tratamento médico para levar sua vida diária e sentiam muito freqüentemente (64,8%) sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

Tabela 17.
Freqüências da Questão nº1 (WQ1) do WHOQOL-bref

"Como você avaliaria sua qualidade de vida?"	*n*	%	% Valido
Muito ruim	0	0,0	0,0
Ruim	10	1,6	1,7
Nem ruim, nem boa	88	14,3	14,6
Boa	376	61,0	62,4
Muito boa	129	20,9	21,4
Não responderam	13	2,1	
Total	616	100,0	100,0

Tabela 18.

Freqüências da Questão nº2 (WQ2) do WHOQOL-bref

"Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?''	*n*	%	% Valido
Muito insatisfeito	8	1,3	1,3
Insatisfeito	24	3,9	4,0
Nem satisfeito, nem insatisfeito	87	14,1	14,4
Satisfeito	339	55,0	56,2
Muito satisfeito	145	23,5	24,0
Não responderam	13	2,1	
Total	616	100,0	100,0

Tabela 19.

Freqüências da Questão nº4 (WQ4) do WHOQOL-bref

"O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?"	*n*	%	% Valido
Nada	14	2,3	2,3
Muito pouco	56	9,1	9,3
Mais ou menos	89	14,4	14,9
Bastante	206	33,4	34,4
Extremamente	234	38,0	39,1
Não responderam	17	2,8	
Total	616	100,0	100,0

Tabela 20.

Freqüências da Questão nº16 (WQ16) do WHOQOL-bref

"Quão satisfeito você está com seu sono?"	*n*	%	% Valido
Muito insatisfeito	10	1,6	1,7
Insatisfeito	66	10,7	10,9
Nem satisfeito, nem insatisfeito	134	21,8	22,1
Satisfeito	276	44,8	45,5
Muito satisfeito	120	19,5	19,8
Não responderam	10	1,6	
Total	616	100,0	100,0

Tabela 21.

Freqüências da Questão nº26 (WQ26) do WHOQOL-bref

"Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?"	*n*	%	% Valido
Nunca	9	1,5	1,5
Algumas vezes	49	8,0	8,1
Freqüentemente	85	13,8	14,1
Muito freqüentemente	399	64,8	66,2
Sempre	61	9,9	10,1
Não responderam	13	2,1	
Total	616	100,0	100,0

2. Análise das Situações de Estresse Citadas na Escala CRE

As instruções de preenchimento da Escala CRE pedem que o participante descreva a pior situação de estresse por ele vivenciada nos últimos três anos para que, a partir desta, responda à escala especificando o quanto ou não utilizou aqueles comportamentos para lidar com a referida situação. As análises destas respostas descritivas indicaram que os participantes estiveram utilizando ou utilizam *coping* religioso espiritual para lidar com situações importantes de vida, corroborando dados da literatura (Lewin, 2001; Pargament, 1997). Tais respostas foram categorizadas por duas juízas independentes, que obtiveram um índice *kappa de* 0,96. As discordâncias foram resolvidas por uma terceira juíza. Dentre os participantes, 554 (89,94%) descreveram a situação de estresse vivenciada e 62 (10,06%) não a especificaram. Muitas vezes, os participantes responderam indicando mais de uma situação. No entanto, a maioria (63,15%) citou apenas uma. Estes resultados encontram-se expostos na Tabela 22.

Tabela 22.
Categorias para Situação de Estresse Vivenciada pelos Participantes nos Últimos Três Anos

Categorias para situação de estresse [*N*=616 (554 válidos)]	*n*	% de Casos
Doença (própria ou de outros) [a]	160	28,9
Problemas familiares/relacionados com a família	107	19,3
Morte	73	13,2
Problemas financeiros em geral[c]	65	11,7
Problemas relacionados ao trabalho[b]	62	11,2
Mudanças de vida[d]	54	9,7
Problemas amorosos/conjugais	53	9,6
Problemas relativos a estudos[e]	46	8,3
Problemas relacionamentos interpessoais[f]	30	5,4
Outras situações diversas	69	12,5

a Inclui também acidentes, tentativas de suicídio, problemas com álcool e/ou drogas.
b Inclui relacionamento interpessoal, atividades e demissão.
c Inclui desemprego.
d Mudanças pessoais, residenciais, de trabalho, escolhas de vida.
e Estudos referentes à escola, faculdade, concursos.
f Não inclusos nas categorias anteriores.

3. Avaliação dos Parâmetros Psicométricos da Escala CRE

3.1 Validade de Construto da Escala CRE por Análise da Representação Comportamental do Construto

3.1.1 Análises Fatoriais

Já que a análise fatorial é ainda o melhor método para verificar a hipótese de representação comportamental dos traços latentes num teste psicológico (Pasquali, 2001), constituindo a demonstração da própria validade de um instrumento e representando igualmente a análise preliminar de seus itens (Pasquali, 1999a), uma série destas análises

foi conduzida para avaliar a Escala de *Coping* Religioso Espiritual. Através delas, foi verificada e definida a dimensionalidade deste instrumento, determinando o número de fatores medidos, bem como os itens componentes de cada fator, produzindo para cada item uma carga fatorial, indicativa da covariância fator-item (Pasquali, 1999a).

3.1.1.1 Análise Fatorial do Conjunto da Escala CRE

Antes da realização de uma análise fatorial para o conjunto total de itens da Escala CRE, atentou-se para os problemas apresentados por dois itens (17 e 71) durante a aplicação da segunda fase da pesquisa, referentes à falta de compreensão emitida pelos participantes, verbalmente ou por escrito, na devolução dos protocolos. Em função disso, análises preliminares foram realizadas antes de dar prosseguimento no processo de validação, procurando decidir pela permanência ou não destas questões.

Quanto à questão 17, "Percebi que Deus não pode responder a todas as minhas preces", verificou-se que, além da falta de compreensão por parte dos participantes, ela carregava num fator isolado na solução de 15 fatores da análise exploratória (método dos componentes principais, rotação *direct oblimin* com normalização Kaiser). Na solução de dois fatores, utilizada para explorar a divisão teórica do CRE em positivo e negativo, esta não carregou com carga mínima em nenhum fator. Somadas estas dificuldades, decidiu-se por sua exclusão. Quanto à questão 71, "Não me chateei de forma alguma, pois minha fé me ensinou que tudo tem seu lado bom", verificou-se que sua forma escrita era de difícil compreensão, dando margem a interpretações exatamente opostas. Um dos vários comentários realizados foi: "Fico em dúvida se a resposta é "nem um pouco" (não, me chateei MUITO), ou "muitíssimo" (sim, me chateei)." (*sic*). Outro exemplo: "Resolvi marcar o n°1, nem um pouco, porque minha resposta é assertiva, ok?" (*sic*). Além disso, esta questão carregou no fator CRE positivo, enquanto que, teoricamente, ela é definida como CRE negativo. Como não se encontrou explicação teórica coerente para esta troca de fator e pelas dificuldades de interpretação apresentadas, resolveu-se, também, por sua retirada.

Com a exclusão destes dois itens a Escala CRE passou de 92 para 90 itens. A partir de então, foi realizada uma análise fatorial exploratória do conjunto de 90 itens da Escala CRE, através do método de extração por análise dos componentes principais. O método de rotação *direct oblimin* com normalização Kaiser foi utilizado, já que pesquisas anteriores (Pargament & cols., 2000, Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001) demonstraram que os fatores se correlacionam. A solução exposta pelo *software* estatístico SPSS 10.0 foi de 15 fatores, explicando 59,80% da variância [a RCOPE original, com 105 itens (21x5), tem 17 fatores, e a RCOPE de 63 itens (21x3) tem 16]. Entretanto, conforme a revisão de

literatura, várias pesquisas posteriores com a escala RCOPE foram realizadas com uma solução de dois fatores, CRE Positivo e CRE Negativo – classificação conforme as conseqüências da estratégia de *coping* religioso espiritual utilizada. Para averiguar o comportamento da Escala CRE quanto a esta solução, foi induzida uma análise fatorial com dois fatores. Pôde-se constatar que a escala dividiu-se nos fatores esperados de acordo com a teoria: um que se poderia chamar de positivo e outro de negativo. Em virtude deste fato, diferentemente da Escala RCOPE original (Pargament & cols., 2000), mas em conformidade com os estudos posteriores desta escala norte-americana [*Brief* RCOPE *Scale* (Koenig & cols., 1998; Pargament, Koenig & cols., 2001; Pargament, Smith & cols., 1998; Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001; Tarakeshwar & Pargament, 2001)], resolveu-se considerar a Escala CRE dividida nestas duas dimensões e realizar, mais tarde, análises fatoriais em separado para a Dimensão *Coping* Religioso Espiritual Positivo (DiCREP) e para a Dimensão *Coping* Religioso Espiritual Negativo (DiCREN). A Matriz de Correlação dos dois fatores (dimensões) corroborou a existência de correlação entre os mesmos, e seu baixo valor (0,122), confirmou a diferença quanto ao construto avaliado.

Nesta análise inicial conjunta, apenas dois itens (18 e 20) carregaram em ambos fatores com cargas acima de 0,30. Contudo, percebeu-se que três itens (11, 20 e 30) haviam carregado nos fatores opostos ao que afirma a teoria da Psicologia da Religião e *Coping*. Para decidir sobre sua permanência ou não na escala, foram considerados alguns aspectos. Com relação à questão 20, "Desejei ardentemente um renascimento espiritual capaz de transformar minha vida", ela é teoricamente classificada como CREP e carregou no fator CREN com carga de 0,41. Talvez, tal fato tenha ocorrido devido à presença da palavra "ardentemente", que coloca um toque de urgência desesperada ao desejo realizado, dando-lhe um caráter, quiçá negativo. Todavia, a mesma também carregou no fator CREP com carga de 0,36. Como a diferença entre as cargas CREN e CREP era muito pequena e não se encontrou nenhuma explicação teórica condizente para mudá-la de fator, decidiu-se por sua eliminação da escala, o que resultou numa diminuição para 89 itens. Mas fica a sugestão para testar esta questão sem a inclusão da palavra ardentemente.

Quanto às questões 11 "Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo" e 30 "Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem", estas são classificadas teoricamente como CREN e carregaram no fator CREP. Elas pertencem ao Estilo de *Coping* Súplica por Intercessão Direta (E.SUPLIC), que Pargament (1997) conceituou como tentativa de influenciar a vontade de Deus através de rogos ou petições por sua intervenção divina. Analisando suas construções frasais, percebeu-se que o sentido de ambas se assemelhava com uma prece pedindo ajuda e proteção a Deus quanto à situação vivenciada. Revendo a escala, percebe-

se que nenhuma outra sentença que contém preces está classificada como CREN (1.Orei pelo bem estar de outros; 2.Procurei o amor e a proteção de Deus; 42.Orei para descobrir o objetivo de minha vida; 90.Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente). De fato, orar configura-se num dos comportamentos mais comuns às pessoas religiosas, e contar com o apoio de Deus certamente é um dos fatores positivos que dão aos crentes uma confiança/esperança que os sustenta. Buscando o significado das palavras orar e suplicar, averiguou-se que uma é sinônimo da outra (Alves, 1956), portanto toda oração é uma súplica e vice-versa. Assim sendo, ambas deveriam ser classificadas como CRE Positivo. Evidências empíricas corroboram tal proposição, demonstrando a ligação entre oração e resultados positivos (critério-base para classificar uma estratégia de CRE em positiva ou negativa): em estudo clássico duplo cego com pacientes cardiológicos em UTI, o grupo que recebeu prece intercessória (oração) teve um número menor de intercorrências clínicas que o grupo que não recebeu (Harris & cols., 1999).

Todavia, na caracterização de Pargament, percebe-se o apelo negativo no sentido de modificar a vontade divina segundo a vontade individual, o que parece corretamente classificado como CRE negativo. Efetivamente, a questão 49: "Rezei por um milagre", originalmente parte do grupo E.SUPLIC juntamente com as de número 11 e 30, carregou no fator negativo com carga de 0,41. Esta mesma questão, entretanto, carregou também no fator positivo, embora com carga bem menor: 0,25. Pareceu-nos, então, que as análises fatoriais baseadas em dados empíricos estavam indicando que talvez devesse existir uma classificação de súplicas positiva e outra negativa. Onde estaria o critério para sua diferenciação? Analisando a construção frasal e o significado da questão 49, percebeu-se que o pedido por um milagre, que é caracterizado pela quebra das leis naturais (Alves, 1956), indicaria uma mudança na vontade de Deus, que, para os crentes, é o criador destas próprias leis. Já a palavra súplica significa originalmente pedir com humildade e instância, implorar (Alves, 1956), atitude que parece demonstrar um respeito à vontade de Deus na busca de seu apoio divino. A diferença, então, pareceu residir no que a pessoa pede e na forma como o faz. Ou seja, se a pessoa suplica pelo apoio de Deus tentando modificar a vontade divina segundo sua própria vontade individual, isto se configura num CRE negativo, se a pessoa ora ou suplica pelo apoio de Deus respeitando Sua vontade em detrimento da individual, configura-se num CRE positivo. Enfim, decidiu-se adotar a distinção de súplicas considerando este critério e manter as frases 11 e 30 na DiCREP e a 49 na DiCREN da Escala CRE, conservando-lhe os 89 itens. Depois de tomada a decisão quanto às questões descritas acima, foi realizada uma nova análise fatorial restringida em dois fatores (Tabela 23).

Tabela 23.

Matriz Fatorial da Escala CRE [89 itens][14] Induzida em Dois Fatores: CRE Positivo e CRE Negativo

Classificação do CRE – NOME DO FATOR [SIGLA] (N° Itens)		Fatores	
Nº.	Frase	1	2
CRE Positivo – DIMENSÃO DE *COPING* RELIGIOSO ESPIRITUAL POSITIVO [DiCREP] (68 Itens)*			
13.	Procurei em Deus força, apoio e orientação	0,779	
69.	Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos	0,776	
25.	Apeguei-me aos ensinamentos e práticas de minha religião	0,775	
29.	Senti que Deus estava atuando junto comigo	0,774	
53.	Procurei a misericórdia de Deus	0,765	
2.	Procurei o amor e a proteção de Deus	0,759	
44.	Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas	0,756	
76.	Tentei construir uma forte relação com um poder superior	0,750	
5.	Procurei uma ligação maior com Deus	0,744	
62.	Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele	0,739	
87.	Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos	0,736	
92.	Busquei uma casa de Deus	0,730	
8.	Procurei uma casa religiosa ou de oração	0,721	
86.	Voltei-me para a espiritualidade	0,718	
34.	Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida	0,712	
51.	Confiei que Deus estava comigo	0,710	
14.	Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu	0,707	
32.	Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação	0,704	
58.	Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa	0,696	
23.	Fui a um templo religioso	0,692	
30.	Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem	0,690	
3.	Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas	0,689	
21.	Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa	0,683	
35.	Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas	0,675	
52.	Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas	0,664	
75.	Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu	0,664	
59.	Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...	0,663	
60.	Pedi perdão pelos meus erros	0,660	
16.	Li livros ensinam espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação	0,659	
82.	Procurei auxílio nos livros sagrados	0,657	
24.	Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus	0,656	
33.	Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)	0,646	
48.	Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa	0,642	
42.	Orei para descobrir o objetivo de minha vida	0,641	
22.	Tentei parar de pensar meus problemas, pensando em Deus	0,637	
38.	Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus	0,635	
64.	Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais	0,631	
37.	Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos	0,631	
27.	Busquei ver como Deus poderia estar tentando me fortalecer nesta situação	0,625	
66.	Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo	0,616	
11.	Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo	0,616	
79.	Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais	0,609	
50.	Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente	0,608	
28.	Pratiquei atos de caridade moral e/ou material	0,606	
1.	Orei pelo bem-estar de outros	0,603	
90.	Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente	0,598	

[14] Numeração conforme instrumento aplicado em teste de campo, com 92 itens (Anexo G).

84. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo-o caminho de Deus	0,563	
12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)	0,549	
47. Procurei por um total re-despertar espiritual	0,547	
91. Refleti se não estava indo contra leis de Deus e tentei modificar minha atitude	0,533	
70. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc)	0,531	
65. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto	0,531	
46. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas	0,522	
72. Procurei auxílio através da meditação	0,516	
74. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus	0,515	
41. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia	0,513	
56. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade	0,503	
31. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas	0,499	
81. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus	0,485	
73. Procurei ou realizei tratamentos espirituais	0,483	
61. Participei de sessões de cura espiritual	0,472	
85. Procurei conversar com meu eu superior	0,472	
18. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida	0,471	(0,303)
43. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)	0,467	
10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social	0,457	
67. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas	0,447	
77. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais	0,411	
80. Montei um local de oração em minha casa	0,401	
CRE Negativo – DIMENSÃO DE *COPING* RELIGIOSO ESPIRITUAL NEGATIVO [DiCREN] (21 Itens)**		
26. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé		0,718
36. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado		0,701
88. Culpei Deus pela situação0, por ter deixado acontecer		0,693
83. Imaginei o que teria feito para Deus me punir		0,689
89. Questionei se Deus realmente se importava		0,656
6. Questionei o amor de Deus por mim		0,563
4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios		0,533
55. Questionei se até Deus tem limites		0,533
40. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus		0,520
45. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado		0,519
57. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer		0,476
63. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros		0,475
54. Pensei que Deus não existia		0,469
19. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas		0,456
9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação		0,455
39. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora		0,431
49. Rezei por um milagre		0,414
7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim		0,386
78. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando		0,376
68. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle		0,371
15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição		0,297
Eigenvalues	27,772	6,470
% Variância Explicada (Total% 38,474)	31,204	7,270

Método Extração: Análise dos Componentes Principais, Rotação Oblíqua, Normalização Kaiser
* DiCREP sem a inclusão do item 20 e com a permanência dos itens 11 e 30.
** DiCREN sem a inclusão dos itens 17 e 71.

3.1.1.2 Análise Fatorial da Dimensão de CRE Positivo da Escala CRE

Inicialmente, foi realizada uma análise fatorial exploratória da Dimensão CREP da Escala CRE [68 itens], pelo método de extração por análise dos componentes principais, rotação *direct oblimin*, normalização Kaiser, que resultou numa solução de 10 fatores. De acordo com os resultados do gráfico *Scree Plot* (Figura 1), confeccionado para avaliar quantos fatores poderiam representar mais adequadamente a escala, percebeu-se que eram viáveis (pelo critério de Cattel, 1966) as soluções de cinco, seis, sete, oito, nove e 10 fatores.

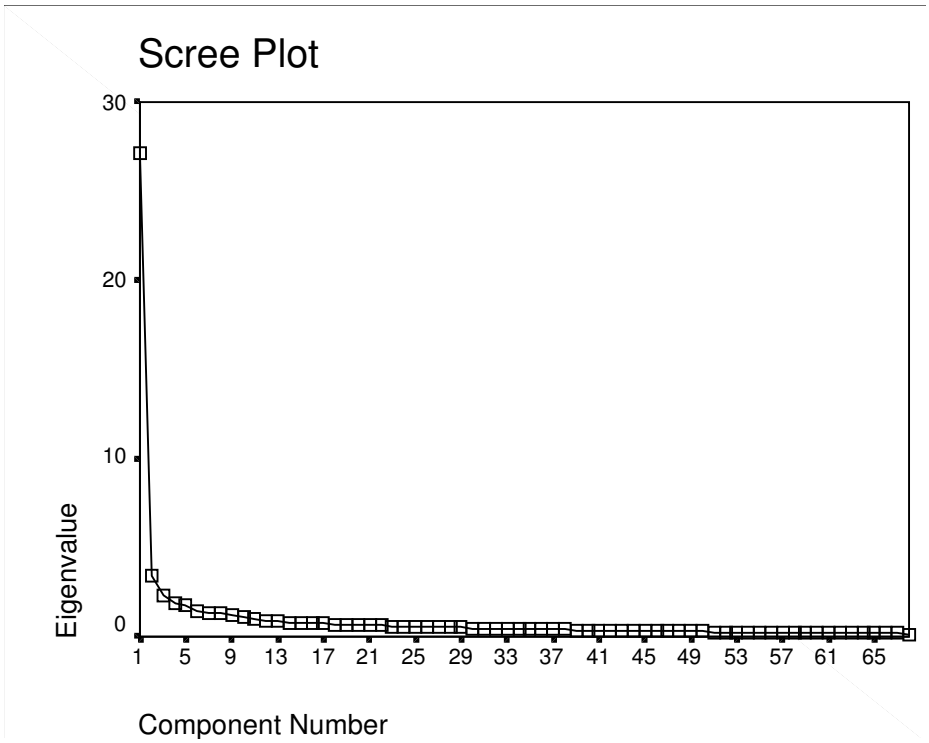


Figura 1. *Eigenvalues* da "Dimensão CREP".

As Análises Fatoriais destas possibilidades e sua comparação a partir da teoria em Psicologia da Religião e *Coping* indicaram como melhor solução a composta por oito fatores. Nesta solução, dois itens (74 e 81)[15] carregaram negativamente em relação aos outros itens do mesmo fator. Por serem considerados claramente como CRE Positivo, em função da ação direta em busca da solução do problema independentemente da ajuda ou não de Deus, as respostas dos participantes às questões 74 "Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus" e 81 "Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus", foram invertidas. Já os itens 25 e 27[3] ("Apeguei-me aos ensinamentos e práticas de minha religião" e "Busquei ver como Deus poderia estar tentando me fortalecer nesta situação", respectivamente) foram eliminados da Escala CRE pelo critério que aponta que a carga mínima a ser considerada para permanência na escala é de 0,30 (Pasquali,

[15] Numeração conforme instrumento aplicado em teste de campo, com 92 itens (Anexo G).

2001). A análise foi refeita e verificou-se que a mesma apresentou estrutura fatorial semelhante à anterior, com pequena modificação nos valores de alguns itens e a inversão na posição dos fatores quatro e cinco. Alguns outros itens carregaram simultaneamente em dois fatores com cargas maiores que 0,30. Os mesmos foram analisados um a um, decidindo-se por sua permanência nos fatores de origem, onde carregaram com maior valor. Todavia, a análise teórica revelou que, apesar da carga mais baixa, tais itens também apresentavam coerência teórica com aqueles outros fatores. Em função disto, e por julgarmos ser um dado importante na realização de uma análise clínica do participante através de seus resultados na Escala CRE, estas cargas foram igualmente apontadas na Tabela 24.

Por fim, a Dimensão CRE Positivo ficou com 66 itens distribuídos em oito fatores (Tabela 24), deixando a Escala CRE com um conjunto de 87 itens (a versão final da Escala CRE, com numeração e número de itens corretos, encontra-se exposta no Anexo K). A Matriz de Correlação dos Fatores indicou haver correlação entre os mesmos (-0,109 a 0,420), embora com diferença suficiente para individualizarem-se. Aprovada esta solução, os oito fatores foram assim denominados: Transformação de Si e/ou de Sua Vida, Ações em Busca de Ajuda Espiritual, Oferta de Ajuda ao Outro, Posicionamento Positivo Frente a Deus, Busca Pessoal de Crescimento Espiritual, Ações em Busca do Outro Institucional, Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual e Afastamento Através de Deus, da Religião e/ou Espiritualidade.

Tabela 24.

Matriz Fatorial da Dimensão de CRE Positivo [66 itens] da Escala CRE [87 itens][16]

FATOR SIGLA – NOME DO FATOR [Nº ITENS]									
SIGLA DO CRE	Nº. Sentença	FATORES E CARGAS							
		1	2	3	4	5	6	7	8
FATOR P1 – TRANSFORMAÇÃO DE SI E/OU DE SUA VIDA [14 ITENS]									
T.DIREÇÃO 2	79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo-o caminho de Deus	0,680							
T.OBJETIVO 1	17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida	0,654							
T.OBJETIVO 3	43. Procurei por um total re-despertar espiritual	0,639							
T.OBJETIVO 2	38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida	0,569							
T.DIREÇÃO 1	30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida	0,552							
T.REFINT 1	86. Refleti se não estava indo contra leis de Deus e tentei modificar minha atitude	0,552							
D.PERDÃO 3	33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos	0,552							
R.BEM 3	34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus	0,534							
D.PERDÃO 1	56. Pedi perdão pelos meus erros	0,518							

[16] Numeração conforme versão final do instrumento com 87 itens (Anexo K).

T.REFINT 3	28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação	0,440				
T.PERDOAR 1	82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos	0,419				
D.PERDÃO 2	48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas	0,389				
T.PERDOAR 3	49. Procurei a misericórdia de Deus	0,388		(0,349)		
T.REFINT 2	65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos	0,344				
	FATOR P2 – AÇÕES EM BUSCA DE AJUDA ESPIRITUAL [8 ITENS]					
A.TRATAM 1	68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais		0,882			
A.TRATAM 3	57. Participei de sessões de cura espiritual		0,807			
A.ENERGIA 1	66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)		0,715			
A.ENTIDADE 3	12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)		0,631			
A.ENTIDADE 2	29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)		0,521			
A.PRÁTICA 3	60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais		0,469			(0,409)
A.TRATAM 2	46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente	(0,326)	0,377			
D.CONEXÃO 3	81. Voltei-me para a espiritualidade		0,338			
	FATOR P3 – OFERTA DE AJUDA AO OUTRO [7 ITENS]					
O.AÇÃOSOC 3	10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social			0,873		
O.AÇÃOSOC 1	24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material			0,773		
O.AÇÃOSOC 2	62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo			0,759		
O.AJUDANDO3	31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas			0,613		
O.AJUDANDO1	1. Orei pelo bem-estar de outros			0,550	(0,347)	
O.AJUDANDO2	55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...			0,492		
T.PERDOAR 2	3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas			0,399		
	FATOR P4 – POSICIONAMENTO POSITIVO FRENTE A DEUS [11 ITENS]					
E.AUTODIR 2	69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus				0,764	
E.AUTODIR 1	76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus				0,763	
D.APOIOESP 1	2. Procurei o amor e a proteção de Deus			(0,306)	0,528	
D.APOIOESP 2	47. Confiei que Deus estava comigo				0,515	
D.APOIOESP 3	13. Procurei em Deus força, apoio e orientação				0,508	
E.SÚPLICA 2	26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem				0,451	
E.COLAB 2	25. Senti que Deus estava atuando junto comigo			(0,358)	0,374	

D.CONEXÃO 1	5. Procurei uma ligação maior com Deus			(0,308)	0,352	
E.COLAB 3	40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas				0,325	
E.COLAB 1	58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele				0,317	
E.SÚPLICA 3	11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo				0,310	
FATOR P5 – BUSCA PESSOAL DE CRESCIMENTO ESPIRITUAL [5 ITENS]						
P.NÃO-INST. 3	85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente				0,474	
A.ENTIDADE 1	80. Procurei conversar com meu eu superior				0,472	
D.CONEXÃO 2	71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior				0,363	
P.NÃO-INST 2	67. Procurei auxílio através da meditação				0,320	(-0,316)
R.BEM 1	70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu				0,302	
FATOR P6 – AÇÕES EM BUSCA DO OUTRO INSTITUCIONAL [10 ITENS]						
P.MÍDIA 1	63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas					0,693
A.PRÁTICA 1	39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)				(0,314)	0,626
A.PRÁTICA 2	74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais					0,616
O.LOCAL 1	21. Fui a um templo religioso					0,581
P.NÃO-INST 1	75. Montei um local de oração em minha casa					0,440 (-0,319)
O.APOIOINST1	44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa		(0,331)			0,428
O.LOCAL3	87. Busquei uma casa de Deus	(0,301)				0,423
O.LOCAL 2	8. Procurei uma casa religiosa ou de oração		(0,371)			0,394
D.LIMITE 3	14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu					0,354
OAPOIOINST2	19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa					0,315
FATOR P7 – BUSCA PESSOAL DE CONHECIMENTO ESPIRITUAL [5 ITENS]						
P.MÍDIA 3	72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais					-0,630
P.LITERAT 2	77. Procurei auxílio nos livros sagrados					-0,607
P.LITERAT 3	54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa					-0,539
P.MÍDIA 2	52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade					-0,444
P.LITERAT 1	16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação		(0,359)			-0,413

FATOR P8 – AFASTAMENTO ATRAVÉS DE DEUS, DA RELIGIÃO E/OU ESPIRITUALIDADE [6 ITENS]									
E.RENUNC 3	37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia								0,626
E.RENUNC 2	61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto								0,580
E.RENUNC 1	22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus				(0,301)				0,550
D.FOCO 1	27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas	(0,389)							0,454
D.FOCO 2	42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas	(0,357)							0,447
D.FOCO 3	20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus								0,444
	Eigenvalues	26,181	3,430	2,328	1,895	1,721	1,425	1,360	1,303
	% Variância Explicada [Tot:60,065%]	39,668	5,198	3,527	2,871	2,608	2,159	2,060	1,975

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization. Rotation converged in 49 iterations.

A seguir, encontram-se descritas as definições operacionais dos oito fatores da "Dimensão de CRE Positivo" da "Escala CRE".

FATOR P1: TRANSFORMAÇÃO DE SI E/OU DE SUA VIDA – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que traz como conseqüência uma transformação pessoal, seja ela uma modificação interna da própria pessoa que o pratica e/ou uma modificação externa em sua vida. Esta última pode incluir modificações de direção, objetivos e/ou circunstâncias pessoais de vida. A modificação interna pode dar-se através de uma revisão das próprias atitudes, seguida de comportamentos que estejam mais de acordo com as leis de Deus e/ou com os preceitos religioso-espirituais a que se filia, ou com as posições morais que julga serem melhores que as atuais. Ou a pessoa pode comportar-se diferentemente e observar uma conseqüência positiva que modifica sua perspectiva de si, dos outros e/ou do mundo, trazendo uma transformação. Ou seja, a pessoa se modifica e/ou modifica sua vida praticando determinado CRE já com o objetivo de transformação ou esta acontece como conseqüência posterior de sua prática.

FATOR P2: AÇÕES EM BUSCA DE AJUDA ESPIRITUAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que no qual a pessoa realiza um movimento buscando no outro, seja este individual, institucional, familiar ou social, uma espécie de ajuda espiritual, seja procurando fazer tratamentos espirituais, procurando orientação com entidades espirituais, procurando uma reposição de energias vitais, praticando ações em busca da espiritualidade ou de uma maior conexão com esta.

FATOR P3: OFERTA DE AJUDA AO OUTRO – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa procura ajudar ao outro, seja este individual, institucional, familiar ou social. Tal ajuda pode manifestar-se como orações, apoio e/ou

orientação espiritual oferecida a outros, bem como atos de caridade, trabalho voluntário e/ou modificações internas afetivo-cognitivas em benefício de outras pessoas.

FATOR P4 : POSICIONAMENTO POSITIVO FRENTE A DEUS – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que expõe um posicionamento pessoal frente a Deus em relação à situação. Poderão manifestar-se através de estilos de CRE, estabelecimento de limites religiosos, busca de apoio em Deus, de uma maior conexão com Ele e/ou de reavaliações positivas através d'Ele. Revelam-se em atitudes como contar, colaborar, suplicar, se aproximar e/ou se apoiar em Deus, ou ainda em ações individuais independentes da ajuda de Deus. Cabe realçar que, quanto mais a pessoa faz estas últimas, menos realiza as primeiras.

FATOR P5: BUSCA PESSOAL DE CRESCIMENTO ESPIRITUAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que revela, ou uma busca individual de Deus e/ou da espiritualidade (ao contrário da busca institucional), ou uma busca de si mesmo através de Deus e/ou da espiritualidade. Poderão manifestar-se através de reavaliações positivas, práticas não institucionais, busca de conexão profunda consigo ou com forças transcendentes ao indivíduo.

FATOR P6: AÇÕES EM BUSCA DO OUTRO INSTITUCIONAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que realiza um movimento de aproximação com o institucional. Ou seja, uma aproximação com os locais, membros ou representantes religiosos, ou ainda com as manifestações formais e institucionalizadas das religiões.

FATOR P7: BUSCA PESSOAL DE CONHECIMENTO ESPIRITUAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa procura por um maior conhecimento religioso-espiritual. Os objetivos desta procura de conhecimento podem ser variados: fortalecimento espiritual em relação ao problema, ao mundo e/ou aos desígnios divinos; incremento da prática religiosa ou das próprias atitudes; procura de auxílio para lidar e/ou para entender a situação; ou ainda, a simples busca de acréscimo intelectual. Poderão ocorrer através da literatura ou da mídia religiosa/espiritual.

FATOR P8: AFASTAMENTO ATRAVÉS DE DEUS, DA RELIGIÃO E/OU ESPIRITUALIDADE – Mudança de perspectiva pessoal em relação à situação, na qual a pessoa afasta-se do problema aproximando-se de Deus e/ou das questões religiosas/espirituais. Ou seja, todo comportamento de *coping* religioso espiritual que alguém realiza buscando aproximar-se de Deus, da religião ou da espiritualidade e que tem como conseqüência um afastamento do problema ou da situação de estresse que vivencia. Cabe ressaltar que o *coping* afastamento se diferencia do *coping* esquiva. Este último é considerada como negativo por configurar uma tentativa de fuga em relação ao problema, enquanto que o afastamento é positivo, pois a pessoa não nega o

problema, nem tenta fugir do mesmo, apenas encontra alívio temporário procurando focar sua atenção noutro tema. No caso, nos aspectos espirituais e religiosos.

3.1.1.3 Análise Fatorial da Dimensão de CRE Negativo da Escala CRE

A Análise Fatorial Exploratória da Dimensão de CRE Negativo [21 itens] da Escala CRE (método dos componentes principais, rotação oblíqua direta com normalização Kaiser), ofereceu uma solução de cinco fatores. Entretanto, baseados na teoria da Psicologia da Religião e ancorados nos resultados do gráfico *Scree Plot* (Figura 2), que demonstrou, pelo critério de Cattel (1966), a viabilidade da solução de quatro fatores, optou-se por esta, por considerá-la mais adequada para representar a escala.

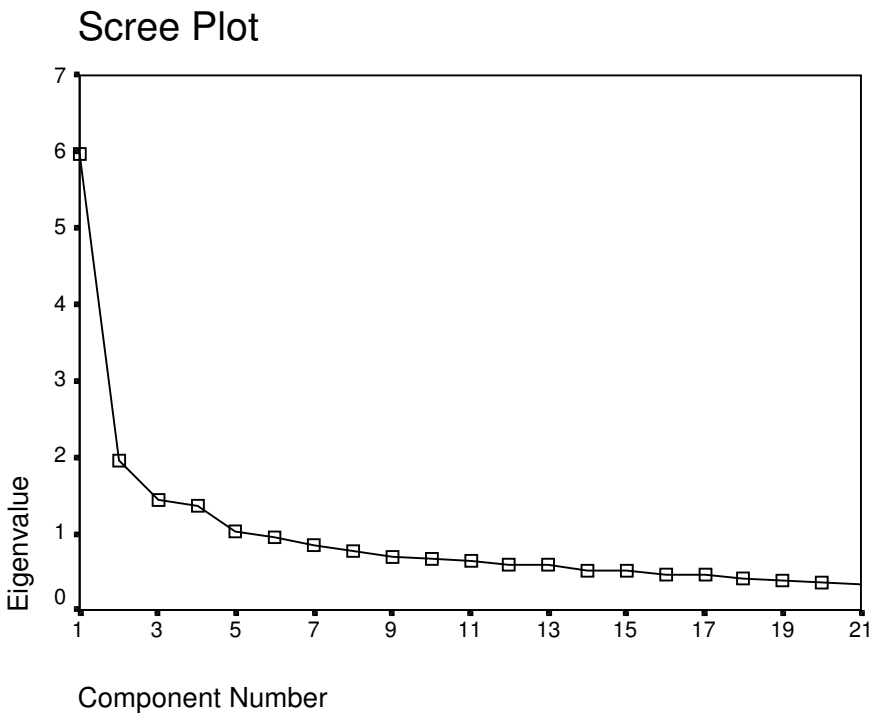


Figura 2. *Eigenvalues* da "Dimensão CREN"

Nesta solução de quatro fatores, apenas o item 78 carregou acima de 0,30 em mais de um fator (Tabela 25), sendo mantido no fator onde apontou maior carga. Na Matriz de Correlação dos Fatores, as cargas indicaram haver correlação entre os mesmos (-0,279 a 0,280). Aprovada esta solução, os quatro fatores foram assim denominados: Reavaliação Negativa de Deus, Posicionamento Negativo frente a Deus, Reavaliação Negativa do Significado e Insatisfação com o Outro Institucional.

Tabela 25.

Matriz Fatorial da Dimensão de CRE Negativo [21 itens] da Escala CRE [87 itens][17]

FATOR SIGLA – NOME DO FATOR [Nº ITENS]						
SIGLA DO CRE	Nº.	Sentença	FATORES E CARGAS 1	2	3	4
FATOR N1 – REAVALIAÇÃO NEGATIVA DE DEUS [8 ITENS]						
D.MÁGOA 3	84.	Questionei se Deus realmente se importava	0,731			
D.REVOLTA 1	50.	Pensei que Deus não existia	0,696			
R.PODER 1	51.	Questionei se até Deus tem limites	0,676			
D.REVOLTA 3	83.	Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer	0,655			
D.MÁGOA 1	32.	Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	0,618			
D.MÁGOA 2	6.	Questionei o amor de Deus por mim	0,580			
D.REVOLTA 2	4.	Revoltei-me contra Deus e seus desígnios	0,576			
R.PUNIÇÃO 3	23.	Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé	0,534			
FATOR N2 – POSICIONAMENTO NEGATIVO FRENTE A DEUS [4 ITENS]						
E.DELEG 2	35.	Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora		0,792		
E.DELEG 1	7.	Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim		0,779		
E.DELEG 3	64.	Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle		0,692		
E.SÚPLICA 1	45.	Rezei por um milagre		0,457		
FATOR N3 – REAVALIAÇÃO NEGATIVA DO SIGNIFICADO [5 ITENS]						
R.MAL 2	53.	Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer			-0,801	
R.PUNIÇÃO 2	59.	Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros			-0,683	
R.MAL 1	36.	Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus			-0,605	
R.MAL 3	9.	Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação			-0,600	
R.PUNIÇÃO 1	78.	Imaginei o que teria feito para Deus me punir	(0,412)		-0,472	
FATOR N4 – INSATISFAÇÃO COM O OUTRO INSTITUCIONAL [4 ITENS]						
O.MÁGOAINST 1	15.	Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição				0,707
O.MÁGOAINST 3	73.	Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando				0,689
O.MÁGOAINST 4	18.	Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas				0,618
O.MÁGOAINST 2	44.	Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado				0,578
Eigenvalues			5,972	1,963	1,434	1,366
% Variância Explicada		(Total=51,118)	28,438	9,347	6,829	6,504

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization. Rotation converged in 8 iterations.

Abaixo, segue a definição dos quatro fatores da Dimensão de *Coping* Religioso Espiritual Negativo (CREN) da Escala CRE.

FATOR N1: REAVALIAÇÃO NEGATIVA DE DEUS – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que configura uma reavaliação cognitiva negativa da idéia que a pessoa faz de Deus, seja de suas características, comportamentos, etc, levantando questionamentos

[17] Numeração conforme versão final do instrumento, com 87 itens (Anexo K).

em relação a este Deus e seus desígnios. Pode expressar-se através do questionamento da existência, do poder, do amor, da proteção, da responsabilidade, da vontade, dos atos e/ou das punições de Deus. Em geral, acontece acompanhado da expressão de sentimentos negativos, como revolta, culpa, desamparo e mágoa.

FATOR N2: POSICIONAMENTO NEGATIVO FRENTE A DEUS – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa pede ou simplesmente espera que Deus tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a sua participação individual. Pode expressar-se através do estilo de *coping* delegação religiosa passiva ou do estilo de *coping* súplica negativa, quando a prece tenciona a modificação da vontade divina.

FATOR N3: REAVALIAÇÃO NEGATIVA DO SIGNIFICADO – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual no qual a pessoa reavalia negativamente o significado da situação como um ato e/ou conseqüência do Mal ou como uma punição aos seus próprios atos, estilo de vida, erros, pecados, etc. O Mal pode ser associado a um ser personalizado, figurado como diabo, demônio, satanás, belzebu, entre outras denominações; ou a uma figura abstrata, como a escuridão, as trevas, o lado negro ou o Mal em si; ou, ainda, encarnado em figuras que praticam este mal, como espíritos malignos, forças das trevas, mau-olhado e/ou desejos negativos de outras pessoas para consigo. Enfim, o porquê da situação estressante é entendido como uma punição pessoal ou como resultado de algo malévolo.

FATOR N4: INSATISFAÇÃO COM O OUTRO INSTITUCIONAL – Todo comportamento de *coping* religioso espiritual que revela sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com qualquer representante institucional, seja ele freqüentador, membro, representante ou líder da instituição religiosa, ou mesmo simbolizado pelo conjunto de crenças religiosas ou espirituais que a pessoa possui.

3.1.1.4 Índices de Avaliação da Escala CRE

Para avaliar o participante através desta escala, são considerados quatro índices principais: dois dimensionais e dois gerais. A seguir, encontram-se expostas suas descrições e a forma de computar seus valores. Os dois primeiros dizem respeito a cada uma das duas dimensões da Escala CRE. Eles são importantes para indicar os diferentes tipos de CRE praticados pelo avaliado, bem como seus respectivos níveis, configurando-se nas medidas básicas desta escala. Os dois últimos índices integram todas as informações providas pela escala relacionando as duas primeiras medidas, a fim de obter índices gerais utilizando todos os itens da Escala CRE. Assim, apontam para a interação entre as medidas básicas, mostrando um perfil sobre o conjunto dos comportamentos realizados/avaliados.

1) CRE POSITIVO: Índice obtido através da média das 66 questões da Dimensão CREP da Escala CRE [CRE POSITIVO = Média (cre1,cre2...cre87)], indicando o nível de *coping* religioso espiritual positivo praticado. Valor situado entre 1,00 e 5,00. Quanto mais alto, maior o uso de CRE positivo pelo avaliado;

2) CRE NEGATIVO: Índice obtido através da média das 21 questões da Dimensão CREN da Escala CRE [CRE NEGATIVO = Média (cre4,cre6...cre84)], indicando o nível de *coping* religioso espiritual negativo praticado. Valores entre 1,00 e 5,00. Quanto mais alto, maior o uso de CRE negativo pelo avaliado;

3) Razão CREN/CREP: Índice que revela a percentagem de CREN utilizado em relação ao total de CREP, obtido através da divisão simples entre eles: (Razão CREN/CREP = CRE NEGATIVO/ CRE POSITIVO). O valor da razão pode encontrar-se entre 0,20 e 5,00. Quanto mais alto resultar este valor, maior é o uso de CREN em relação ao uso de CREP. Quanto mais baixo for este valor, maior é o uso de CREP em relação ao de CREN. É esperado que a pessoa apresente o Índice CRE POSITIVO mais elevado em relação ao CRE NEGATIVO, devido às conseqüências positivas e negativas que os mesmos acarretam, respectivamente. Portanto, este índice apresenta-se inversamente proporcional, já que são melhor considerados os valores mais baixos;

4) CRE TOTAL: Índice que apresenta o panorama conjunto da quantidade de CRE praticado pelo avaliado. É obtido através da média entre o Índice CRE POSITIVO e a média das respostas invertidas aos 21 itens de CRE Negativo da Dimensão CREN [CRE NEGATIVO INVERTIDO = Média (cre4inv,cre6inv...cre87inv)]. Portanto, CRE TOTAL = Média [CRE POSITIVO, CRE NEGATIVO INVERTIDO], valor situado entre 1,00 e 5,00. A simples média entre os índices CRE POSITIVO e CRE NEGATIVO não poderia ser realizada, já que as duas dimensões têm direção inversa.

Em adição, cada fator tem um índice, que leva a sua sigla (P1 a P8, e N1 a N4), cada qual computado pela média das questões que o constitui. Estes índices fatoriais secundários podem ser interessantes para dar uma medida do quanto a pessoa utiliza as estratégias de CRE relacionadas a cada um dos temas-título destes fatores.

3.1.1.5 Matriz de Correlação dos Índices Gerais, Dimensionais e Fatoriais da Escala CRE

Na Figura 3, podem ser observados os valores de *correlação Pearson* (*r*) entre os fatores, dimensões e índices da Escala CRE. Como se percebe, em geral, todas as variáveis estiveram correlacionadas e nos níveis esperados, considerando a relação inversa entre as variáveis positivas e negativas. Ou seja, correlações mais altas e positivas entre as variáveis de uma mesma direção, e mais baixos ou negativos entre as de direção oposta. Desta forma, o CRE POSITIVO correlacionou com valores mais altos com os fatores positivos e

	CRE TOTAL	Razão CREN/CREP	CRE POSITIVO	CRE NEGATIVO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	N1	N2	N3	N4
CRE TOTAL																
Razão CREN/CREP	-0,93**															
CRE POSITIVO	0,79**	-0,61**														
CRE NEGATIVO	-0,42**	0,57**	0,23**													
P1	0,64**	-0,46**	0,92**	0,33**												
P2	0,63**	-0,46**	0,80**	0,19**	0,68**											
P3	0,71**	-0,57**	0,81**	---	0,66**	0,58**										
P4	0,74**	-0,66**	0,85**	0,09•	0,76**	0,56**	0,69**									
P5	0,69**	-0,55**	0,81**	0,12*	0,72**	0,65**	0,64**	0,70**								
P6	0,68**	-0,51**	0,86**	0,19**	0,72**	0,67**	0,67**	0,65**	0,62**							
P7	0,62**	-0,45**	0,78**	0,17**	0,66**	0,64**	0,62**	0,53**	0,62**	0,69**						
P8	0,57**	-0,43**	0,79**	0,26**	0,73**	0,56**	0,60**	0,69**	0,60**	0,61**	0,56**					
N1	-0,55**	0,67**	---	0,81**	---	---	-0,10•	-0,13*	---	---	---	---				
N2	-0,11*	0,22**	0,35**	0,69**	0,37**	0,21**	0,19**	0,28**	0,20**	0,30**	0,27**	0,45**	0,35**			
N3	-0,20**	0,35**	0,33**	0,79**	0,42**	0,36**	0,13*	0,17**	0,19**	0,23**	0,27**	0,28**	0,49**	0,43**		
N4	-0,33**	0,39**	---	0,62**	0,13*	---	---	---	---	0,09•	---	---	0,41**	0,29**	0,35**	

Triângulo1

Triângulo 2

Triângulo 3

Legenda:

ÍNDICES X FATORES

FATOR POSITIVO X FATOR NEGATIVO

ÍNDICES X ÍNDICES (Triângulo 1)

FATORES POSITIVOS X FATORES POSITIVOS (Triângulo 2)

FATORES NEGATIVOS X FATORES NEGATIVOS (Triângulo 3)

** $p \leq 0,0001$
* $p \leq 0,005$
• $p \leq 0,05$

Figura 3. Matriz de correlação entre os índices gerais, dimensionais e fatoriais da "Escala CRE".

mais baixos com os fatores negativos – e *vice-versa* para as correlações apresentadas pelo CRE NEGATIVO. O índice CRE TOTAL, que transforma os valores das duas dimensões no sentido positivo, correlacionou positivamente com CRE POSITIVO e os fatores positivos, negativamente com CRE NEGATIVO e fatores negativos. O índice Razão CREN/CREP, que indica a proporção de CRE negativo, em relação ao CRE positivo, correlacionou negativamente com o CRE POSITIVO e os fatores positivos e positivamente com a dimensão e fatores negativos. Dentre os fatores positivos, apenas o P3 não correlacionou com algum índice da escala: o CRE NEGATIVO. Dentre os fatores negativos, N1 e N4 não apresentaram correlação significativa com a Dimensão de CRE Positivo e com vários fatores positivos. O fator N1, no entanto, apresentou as maiores correlações, entre os fatores negativos, com todos os outros índices da Escala CRE (CRE TOTAL, Razão CREN/CREP e CRE NEGATIVO).

3.1.2 Análises de Consistência Interna (Validade de Construto e Fidedignidade)

Conforme já salientado, outra forma de averiguar a validade de construto por análise da representação comportamental do mesmo, é através do cálculo da consistência interna do instrumento (Pasquali, 2001). Para tanto, foi utilizado o índice *Alpha de Cronbach* (α) visando verificar a homogeneidade dos itens componentes da escala. São esperados valores acima de 0,80 para o conjunto da escala e ambas as dimensões. Pelo menor número de itens, os fatores podem apresentar valores mais baixos, considerando-se acima de 0,70 um bom nível e acima de 0,60 um nível aceitável. É importante salientar que estes valores indicam igualmente os níveis de fidedignidade do instrumento (Pasquali, 2001).

Tabela 26.
Consistência Interna e Fidedignidade da Escala CRE e de suas Dimensões e Fatores

Aspecto Avaliado	α	*N*	Nº Itens
Escala CRE	0,97	492	87
Dimensão CRE Positivo	0,98	515	66
Dimensão CRE Negativo	0,86	559	21
FATOR P1 – Transformação de Si e/ou de sua Vida	0,93	578	14
FATOR P2 – Ações em busca de Ajuda Espiritual	0,88	590	8
FATOR P3 – Oferta de Ajuda ao Outro	0,87	600	7
FATOR P4 – Posicionamento Positivo Frente a Deus	0,93	589	11
FATOR P5 – Busca Pessoal de Crescimento Espiritual	0,78	597	5
FATOR P6 – Ações em busca do Outro Institucional	0,90	581	10
FATOR P7 – Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual	0,83	600	5
FATOR P8 – Afastamento Através de Deus/Relig./Espirit.	0,81	596	6
FATOR N1 – Reavaliação Negativa de Deus	0,83	594	8
FATOR N2 – Posicionamento Negativo frente a Deus	0,68	598	4
FATOR N3 – Reavaliação Negativa do Significado	0,75	591	5
FATOR N4 – Insatisfação com o Outro Institucional	0,59	599	4

A Tabela 26 apresenta o *Alpha de Cronbach* (α) do conjunto de itens da Escala CRE, bem como para as duas dimensões e seus fatores. No geral, a escala apresentou um ótimo nível de consistência interna, sendo que a Dimensão CREP e seus fatores, em sua maioria, tiveram um desempenho melhor que a Dimensão CREN e seus fatores em termos de precisão – assim como um maior número de itens. Apenas o Fator 4 apresentou um nível abaixo do esperado.

3.2 Validade de Construto da Escala CRE através de Análise por Hipótese

3.2.1 Validação Convergente/Discriminante

3.2.1.1 Correlações entre a Escala CRE e Outras Medidas Religiosas Espirituais

As variáveis da Escala CRE, que é uma medida multidimensional de *coping* religioso espiritual, devem apresentar alta correlação com as medidas globais de religiosidade/espiritualidade, avaliadas pelos índices IGAR (Indicador de Atividades Religiosas) e IMPOREL (Índice de Importância da Religião). O mesmo deve ocorrer na sua relação com as medidas unidimensionais de religiosidade/espiritualidade, IMP/STRESS e AJU/STRESS, mensuradas através das questões QG12 e QG16 (respectivamente, sobre a importância e a ajuda da religião para lidar com o estresse). Ainda espera-se, para afirmar a validade de construto convergente da Escala CRE, que haja correlação entre as variáveis positivas desta e a medida de resultado religioso/espiritual CRESCESP, que avalia Grau de Crescimento Espiritual. Entretanto, como estas medidas não abrangem nenhum aspecto negativo da espiritualidade/religiosidade, não devem apresentar uma boa correlação com a Dimensão de CRE Negativo. Assim, os índices que levam em conta esta dimensão devem apresentar uma correlação mais baixa, em comparação à correlação com a Dimensão CREP, para que a Escala CRE tenha sua validade de construto discriminante afirmada.

Conforme a Tabela 27, podemos constatar que: (1) a Dimensão de CRE Positivo esteve muito bem correlacionada com todas outras medidas de R/E; (2) os índices CRE TOTAL e Razão CREN/CREP, que relacionam ambas dimensões da Escala CRE, demonstraram boa correlação com tais medidas, embora mais baixas do que a Dimensão Positiva; (3) a Dimensão de CRE Negativo não se correlacionou com as outras medidas R/E, especialmente em função do fator N4, pois os fatores N1, N2 e N3 estiveram fracamente relacionados a estas medidas; (4) os fatores de CRE positivo apontaram correlações desde moderadas (P7) a muito boas (P4) com as medidas de R/E.

Tabela 27.

Correlações Pearson (*r*) entre Escala CRE e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade

Medidas Escala CRE	Unidimensionais (1item)		Globais (3itens)		De Resultado (3itens)[a]
	IMP/STRESS (QG12)	AJU/STRESS (QG16)	IGAR	IMPOREL	CRESCESP
CRE POSITIVO	0,63**	0,67**	0,72**	0,71**	0,68**
CRE NEGATIVO	---	---	---	---	---
Razão CREN/CREP	-0,53**	-0,58**	-0,59**	-0,60**	-0,54**
CRE TOTAL	0,54**	0,59**	0,63**	0,62**	0,61**
P1 – Transf. Si/Vida	0,57**	0,59**	0,64**	0,64**	0,59**
P2 – Aç.Bus.Aju.Espirit.	0,45**	0,49**	0,48**	0,50**	0,50**
P3 – Of. Ajuda Outro	0,51**	0,55**	0,59**	0,58**	0,63**
P4 – Pos.Posit.Fte.Deus	0,65**	0,70**	0,68**	0,74**	0,64**
P5 – Bus.Pess.Cresc.Esp.	0,52**	0,55**	0,55**	0,57**	0,52**
P6 – Aç.Bus.Outro Instit.	0,51**	0,53**	0,68**	0,59**	0,63**
P7 – Bus.Pess.Conhe.Esp.	0,45**	0,43**	0,58**	0,50**	0,53**
P8 – Af. Atr. Deus/R/E	0,51**	0,55**	0,53**	0,58**	0,49**
N1 – Reav. Neg. Deus	-0,12••	-0,14*	-0,14**	-0,14*	-0,12••
N2 – P. Neg. Fte. Deus	0,20**	0,20**	0,19**	0,22**	0,18**
N3 – Reav. Neg. Signif.	0,15**	0,14*	0,14**	0,16**	0,13*
N4 – Insatis. c/Out. Inst.	---	---	---	---	---

a Esta também é uma medida global

** $p \leq 0{,}0001$ *$p \leq 0{,}001$ •• $p \leq 0{,}005$

3.2.1.2 Correlações entre a Escala CRE e a Escala AR, e entre a Escala AR e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade

Para poder validar a Escala CRE através de sua correlação com a Escala de Atitudes Religiosas (AR), foi necessária, inicialmente, uma avaliação desta última. Em nossa amostra, esta apresentou problemas de compreensão quanto ao item nº13 "Sinto-me unido a todas as coisas", detectados durante a aplicação da FASE II. Exemplos de comentários verbais sobre a questão foram emitidos [exemplo: "Como assim, sinto-me unido a todas as coisas? Isto não faz sentido para mim!..." (*sic*)], bem como por escrito nos protocolos [ex.: "???!?" (*sic*); "não entendi bem a pergunta" (*sic*)]. Em função destes problemas optou-se pela eliminação deste item da Escala AR, para efeitos de nossas análises de dados, ficando esta com 14 itens.

Em adição, foi verificado, através da comparação das análises fatoriais exploratórias da escala com e sem esta questão (método de extração por componentes principais, rotação *direct oblimin*), que sua retirada não modificava a estrutura fatorial expedida pelo computador aumentando, inclusive, a carga fatorial da maioria dos outros itens com sua saída. Além disso, as análises de fidedignidade demonstraram que esta era a questão com menor valor de correlação corrigida item-total (0,54) e a que menor impacto imprimia ao coeficiente *Alpha de Cronbach* (α), caso fosse retirada. Portanto, estas e

outras análises foram realizadas com a solução de 14 itens, que obteve α=0,93, valor que demonstra ótima consistência interna e alta fidedignidade.

O índice ARTOTAL, calculado através da média dos 14 itens da Escala AR, correlacionou positivamente com o CRE TOTAL, o CRE POSITIVO e com o Razão CREN/CREP (ver Tabela 28). Conforme esperado, não apresentou correlação significativa com o índice CRE NEGATIVO, já que a Escala AR possui apenas itens de atitudes religiosas positivas, reafirmando a validade discriminante da Escala CRE. Quanto aos fatores isoladamente, apenas o Fator N4 não apresentou correlação significativa com a Escala AR. As correlações foram positivas e altas com cada um dos fatores da Dimensão CREP (P1 a P8), positivas e fracas com os fatores N2 e N3 e negativa e fraca com o Fator N1. Em relação a outras formas de avaliar a religiosidade e a espiritualidade, a Escala AR mostrou uma correlação positiva com as Medidas Globais, Unidimensionais e de Resultado R/E (Ver Tabela 29).

Tabela 28.

Correlações Pearson (*r*) entre a Escala CRE e a Escala AR

Escala CRE: [Medida Multidimensional de R/E]	AR TOTAL
ÍNDICE	*r*
CRE POSITIVO	0,81**
CRE NEGATIVO	---
Razão CREN/CREP	-0,61**
CRE TOTAL	0,72**
FATOR P1 – Transformação de Si e/ou de sua Vida	0,69**
FATOR P2 – Ações em busca de Ajuda Espiritual	0,55**
FATOR P3 – Oferta de Ajuda ao Outro	0,71**
FATOR P4 – Posicionamento Positivo Frente a Deus	0,71**
FATOR P5 – Busca Pessoal de Crescimento Espiritual	0,64**
FATOR P6 – Ações em busca do Outro Institucional	0,78**
FATOR P7 – Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual	0,71**
FATOR P8 – Afastamento Através de Deus/Relig./Espiritualidade	0,61**
FATOR N1 – Reavaliação Negativa de Deus	-0,15**
FATOR N2 – Posicionamento Negativo frente a Deus	0,17**
FATOR N3 – Reavaliação Negativa do Significado	0,16**
FATOR N4 – Insatisfação com o Outro Institucional	---

** p≤ 0,0001

Tabela 29

Correlações Pearson (*r*) entre a Escala AR e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade

Tipos de Medida de R/E	ÍNDICE	ARTOTAL – *r*
Medidas Globais de R/E	IGAR	0,80**
	IMPOREL	0,70**
Medidas Unidimensionais de R/E	IMP/STRESS [QG Nº12]	0,61**
	AJU/STRESS [QG Nº16]	0,63**
Medida Global de Resultado R/E	CRESCESP	0,74**

** p≤ 0,0001

3.2.1.3 Correlações entre a Escala CRE e o Instrumento WHOQOL-bref, e entre o WHOQOL-bref e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade

Poucas pesquisas estudaram especificamente a relação entre CRE e qualidade de vida (QV). As duas encontradas apontaram alguns resultados semelhantes e outros divergentes. Ambas apontam para a existência de associação entre CRE e QV, e CRE e depressão. Todavia, Pargament, Smith e colegas (1998) não encontraram correlação entre CRE positivo e QV ou depressão, enquanto que Koenig e colegas (1998) encontraram CRE positivo associado a menor depressão e maior QV. Ambos estudos encontraram correlação do CRE negativo com maior depressão e pior qualidade de vida.

Além destes dados, relembramos que a literatura científica tem indicado que a dimensão religiosa espiritual, a partir de seus diversos índices e construtos, é importante na QV das pessoas (Peterman & cols., 2002; Robbins & cols., 2001; Skevington, 2002) e que instrumentos de QV que incluem fatores desta dimensão revelam resultados diferentes e mais precisos do que aqueles que incluem apenas aspectos de função física (Robbins & cols., 2001), como alguns instrumentos QVRSaúde. O próprio desenvolvimento de um Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais para os Instrumentos de Qualidade de Vida da OMS (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003) atesta a crescente importância e interesse que tal dimensão tem tomado no conceito de QV. Ademais, a revisão bibliográfica mostrou que a QV esteve relacionada a vários construtos como bem-estar espiritual, felicidade, freqüência religiosa e índices de religiosidade, entre outros (Ferriss, 2002; Peterman & cols., 2002; Robbins & cols., 2001).

Então, considerando apenas os fatos relacionados à importância da dimensão espiritual/religiosa para a QV das pessoas e para os instrumentos de QV, se pode deduzir daí que CRE e QV são construtos que podem apresentar alguma correlação e que, se a Escala CRE é válida, será sensível à mesma. Considerando ainda as pesquisas que investigaram a relação entre CRE e QV, têm-se a hipótese de que os dados empíricos do presente trabalho irão corroborar a correlação negativa entre QV e CRE negativo e dirimir a dúvida sobre a existência da correlação positiva entre QV e CRE positivo. Como o instrumento usado para medir QV nesta pesquisa, o WHOQOL-bref, é mais abrangente e tem maior número de itens que o utilizado naqueles estudos, além de ser preenchido pelo próprio participante, ao invés do escore ser cotado pelo observador-pesquisador, entende-se que se fornecerá resultados mais precisos e consistentes.

Nesta etapa, então, verificou-se as correlações entre os índices e domínios do Instrumento WHOQOL-bref e os índices e fatores da Escala CRE, esperando uma correlação significativa entre eles, embora apresentando valores mais baixos do que os apresentados nas duas seções anteriores (3.2.1.1 e 3.2.1.2). Isto porque, como seus diferentes construtos (CRE e QV) não são nem similares, valores próximos de 0,40 já seriam considerados boas correlações.

Os índices do Instrumento WHOQOL-bref, Domínio 1-Físico, Domínio 2-Psicológico, Domínio 3-Relações Sociais, Domínio 4-Meio-Ambiente e *Overall* [µWQ1, WQ2 (questões gerais sobre QV e saúde)], foram calculados segundo a sintaxe sugerida pelo Grupo WHOQOL no Brasil, encontrada no *site* do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRGS, apresentando valores totais entre quatro e 20. Entretanto, nenhum destes avaliadores fornecia um índice que abrangesse todas as questões do instrumento, comparável ao índice total que foi computado para a Escala CRE. Portanto, a fim de atingir este objetivo, foi computando um índice total para o Instrumento WHOQOL-bref através da seguinte fórmula: WQTOTAL = MÉDIA (DOM1, DOM2, DOM3, DOM4, *OVERALL*) [mantendo a sintaxe original de cada domínio e do *OVERALL*]. Para dar uma noção de como este novo índice se comportou em relação aos existentes, na Tabela 30 encontram-se as correlações deste com as variáveis existentes do instrumento WHOQOL-bref. Tais análises revelaram que o WQTOTAL demonstrou alta correlação com todos os domínios, com valores levemente inferiores na correlação com os domínios com menor número de itens: DOM3 e *OVERALL*.

Tabela 30.
Correlações do Índice WQTOTAL com os Outros Índices do WHOQOL-bref

	DOM1 (7 itens)	DOM2 (6 itens)	DOM3 (3 itens)	DOM4 (8 itens)	*OVERALL* (2 itens)
WQTOTAL (26 itens)	0,82**	0,84**	0,77**	0,82**	0,76**

** p≤0,0001

Como pode ser visto na Tabela 31, quase a totalidade dos índices gerais da Escala CRE esteve correlacionada com as variáveis do WHOQOL-bref. A Dimensão de CRE Negativo e o índice Razão CREN/CREP apresentaram correlações negativas significativas com os índices WHOQOL-bref, considerando a pouca similaridade dos construtos. O mesmo ocorreu com o índice CRE TOTAL, embora as correlações tenham sido positivas. A Dimensão de CRE Positivo apresentou uma correlação positiva mais significativa apenas com o Domínio 2 (Psicológico).

Tabela 31.
Correlações Pearson (*r*) entre os Índices da Escala CRE e do WHOQOL-bref

Índices	WHOQOL-bref					WQTOTAL
Escala CRE	DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4	*OVERALL*	
CRE POSITIVO	0,11••	0,21**	0,12*	---	---	0,14**
CRE NEGATIVO	-0,34**	-0,38**	-0,28**	-0,37**	-0,24**	-0,40**
Razão CREN/CREP	-0,32**	-0,43**	-0,31**	-0,33**	-0,22**	-0,39**
CRE TOTAL	0,31**	0,44**	0,29**	0,31**	0,20**	0,38**

** p≤0,0001 * p≤0,005 •• p≤0,01

Quanto às análises de correlação das variáveis do WHOQOL-bref com cada fator da Escala CRE, percebe-se que o Domínio Psicológico (2) apresentou as correlações mais altas e o índice *OVERALL* as menores correlações (Tabela 32). Além disso, todos os fatores negativos apresentaram correlação negativa com todas variáveis de qualidade de vida. Contudo, entre os fatores positivos, apenas o P3, o P4 e o P5 correlacionaram positivamente com todos os índices WHOQOL-bref, sendo os valores mais expressivos com o Domínio 2. Os outros fatores positivos apresentaram correlações mais baixas e apenas com alguns domínios – por isto não se encontram expostas na Tabela 32. Entre estes, somente valeria a pena destacar a correlação de 0,20 entre o fator P6 e o DOM2. Destaca-se que o índice WQTOTAL demonstrou correlações acima de 0,21 com todas variáveis CRE da Tabela 32, assim como o DOM2 (acima de 0,20).

Tabela 32.

Correlações Pearson (*r*) entre os Fatores da Escala CRE e os Índices do WHOQOL-bref

Fatores da Escala CRE	WHOQOL-bref					WQ TOTAL
	DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4	*OVERALL*	
P3 – Oferta Ajuda ao Outro	0,17**	0,31**	0,23**	0,17**	0,09 •	0,24**
P4 – Posic. Posit.Fte. Deus	0,20**	0,27**	0,19**	0,15**	0,12 *	0,22**
P5 – Busca Pess.Crescim.Esp.	0,18**	0,27**	0,15**	0,16**	0,12 *	0,21**
N1 – Reaval. Neg. de Deus	-0,25**	-0,34**	-0,21**	-0,29**	-0,17**	-0,31**
N2 – Posic. Neg. Fte. Deus	-0,23**	-0,20**	-0,14**	-0,22**	-0,17**	-0,24**
N3 – Reaval. Neg. Signif.	-0,26**	-0,31**	-0,25**	-0,32**	-0,21**	-0,34**
N4 – Insatisf. c/o Out. Inst.	-0,26**	-0,25**	-0,25**	-0,26**	-0,16**	-0,30**

** p≤0,0001 * p≤0,005 • p≤0,05

Tabela 33.

Correlações Pearson (*r*) entre as Variáveis do WHOQOL-bref e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade

Medidas de R/E	ÍNDICES de R/E	WHOQOL-bref					WQ TOTAL
		DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4	*OVERALL*	
Multidimensional	ARTOTAL	0,19**	0,34**	0,23**	0,21**	0,16**	0,28**
Global de Resultado	CRESCESP	0,15**	0,31**	0,21**	0,14 *	0,13 *	0,23**
Globais	IGAR	0,11••	0,19**	0,14 *	0,11••	---	0,16**
	IMPOREL	0,12 *	0,19**	0,15**	0,11••	---	0,16**
Unidimensionais	IMP/STRESS	---	0,13 *	---	---	---	0,10 •
	AJU/STRESS	0,10 •	0,21**	0,18**	0,12 *	---	0,17**

** p≤0,0001 * p≤0,005 •• p≤0,01 • p≤0,05

Em adição, para efeitos de comparação das medidas multidimensionais da Escala CRE com outras medidas globais e unidimensionais de religiosidade/espiritualidade, foram realizadas correlações entre o Instrumento WHOQOL-bref e estas últimas. Conforme exposto na Tabela 33, em geral estas medidas estiveram fracamente correlacionadas com as variáveis WHOQOL-bref. As correlações mais significativas foram entre o Domínio 2

(Psicológico) alcançou as correlações mais significativas, com os índices ARTOTAL (Atitude Religiosa Total) e CRESCESP (Grau de Crescimento Espiritual). Com valores um pouco menos expressivos, figuraram: Domínio 3 (Relações Sociais) x ARTOTAL e CRESCESP, e Domínio 2 x AJU/STRESS (Ajuda da R/E para lidar com o estresse).

3.3 Validade de Critério da Escala CRE

3.3.1 Validade de Critério Concorrente

3.3.1.1 Grupos segundo o Critério "Local de Origem da Coleta"

Para efeito destas análises, os participantes foram divididos em dois grupos conforme o local de coleta dos dados (vide Capítulo II: Método). O primeiro foi chamado de Grupo Religioso/Espiritual (GR/E) (74,5%), porque seus participantes foram abordados em locais ou encontros de caráter religioso e/ou espiritual. O segundo foi denominado Grupo Geral (GG) (25,5%) porque seus participantes foram contatados em locais sem nenhum caráter religioso ou espiritual. Primeiramente se irá descrever a amostra segundo estes grupos, depois realizar os testes de validade de critério. É esperado que o grupo abordado enquanto se dedicava a atividades religiosas ou espirituais apresente índices mais elevados de medidas que avaliam religiosidade/espiritualidade, como a Escala CRE. Esta deve ser sensível à diferença entre os grupos para ter confirmada a sua validade.

O GR/E foi composto por 459 pessoas com idades entre 13 e 82 anos (μ=45,06; *dp*=18,32). Os estudantes da Faculdade de Teologia, apesar de terem sido contatados numa universidade, foram incluídos neste grupo dado o evidente caráter religioso do curso e porque, em sua maciça maioria, eram seminaristas da Igreja Católica. O GG foi composto por 157 pessoas com idades entre 16 e 75 anos (μ=31,21; *dp*=14,60). As características demográficas, socioeconômicas, religiosas e de saúde dos grupos podem ser observadas na Tabela 34.

Quanto às evasões, a maioria dos participantes que mudou evadiu das religiões católica e evangélica, tanto no GR/E (75,3% e 10,5%, respectivamente), quanto no GG (84,9% e 7,5%, respectivamente). Já as religiões de destino variaram. No GR/E, as crenças mais escolhidas foram: espírita (70,5%), evangélica (6,3%), duas ou mais religiões simultâneas (5,3%) e sem religião, mas espiritualizado (4,2%). No GG, as crenças mais escolhidas foram: espírita (41,5%), sem religião, mas espiritualizado (17,0%), evangélica (15,1%) e ateu ou agnóstico (13,2%). Dadas às diferenças de crenças entre os grupos julgou-se oportuno descrever suas diferenças quanto ao conceito que fazem de Deus, expostas na Tabela 35.

Tabela 34.

Dados do QG e Características da Amostra Dividida segundo o Critério "Local de Origem da Coleta": Grupo Religioso/Espiritual x Grupo Geral

Variáveis	Respostas		GR/E (*n*=459) %	GG (*n*=157) %
Idade (em anos)	13 a 20	Adolescência	6,8	24,2
	21 a 30	Adultez Jovem	19,4	34,4
	31 a 45	Adultez Média	19,8	23,6
	46 a 60	Adultez Madura	22,7	7,0
	60 a 82	Terceira Idade	31,4	10,8
Sexo	Masculino		37,6	27,4
	Feminino		62,4	72,6
Escolaridade	Fundamental		15,2	9,0
	Médio		27,9	15,5
	Superior		48,0	63,9
	Pós-Graduação		8,8	11,6
Renda Mensal (em salários mínimos)	Até 3,0		27,3	18,5
	De 3,1 a 5,0		22,4	9,9
	De 5,1 a 10,0		23,8	25,2
	De 10,1 a 20,0		16,2	27,2
	Acima de 20,0		10,4	19,2
Estado Civil	Solteiro		42,0	61,5
	Casado		34,4	27,6
	Viúvo		9,8	1,9
	Divorciado/Separado		10,0	5,1
	Concubinato		0,7	3,8
	Outros		3,1	---
Acreditar em Deus	Sim		99,8	92,3
	Não sei		---	0,6
	Não		0,2	7,1
Tempo que acredita em Deus	Sempre		90,3	89,0
	Há um ano		0,2	0,7
	Há 5 anos		1,1	1,4
	Há 10 anos		1,8	0,7
	Há mais de 10 anos		6,6	8,3
Religião Declarada	Ateu		---	5,7
	Agnóstico		0,2	1,3
	Sem religião, mas espiritualizado		3,5	22,3
	Católica		40,3	40,8
	Espírita		39,0	9,6
	Evangélica		6,5	10,2
	Duas ou mais religiões simultâneas		3,7	5,7
	Nação africana/Batuque		3,1	---
	Umbandista		1,7	1,3
	Judeu		0,4	1,3
	Outras religiões		1,5	1,9
Mudança de Religião	Não		58,5	66,0
	Sim		41,5	34,0
Importância da Religião (QG15)	Não é importante		0,7	6,4
	Pouco importante		0,2	10,9
	Relativamente importante		2,4	10,3
	Importante		17,2	34,0
	Muito importante		79,5	38,5
IMP/STRESS (QG12)	Não é importante		0,2	10,3
	Pouco importante		0,9	8,4
	Mais ou menos importante		4,6	13,5
	Importante		17,9	26,5
	Muito importante		76,4	41,3

AJU/STRESS (QG16)	Não tem ajudado	0,4	10,9
	Tem ajudado pouco	0,9	5,8
	Tem ajudado mais ou menos	2,2	6,4
	Tem ajudado	18,3	32,1
	Tem ajudado muito	78,2	44,9
Classificação Objetiva de Saúde (CSO) (QG21)	Muito ruim	0,7	1,3
	Fraca	2,6	---
	Nem ruim, nem boa	7,7	7,7
	Boa	51,9	49,7
	Muito boa	37,1	41,3
Problema de Saúde (OS) (QG23)	Não	56,8	70,1
	Sim, tenho...	43,2	29,9
Classificação Subjetiva de Saúde (CSS) (QG20)	Sem Problema de Saúde - Ótima	13,2	13,2
	Sem Problema de Saúde - Boa	15,8	23,7
	Sem Problema de Saúde - Ótima ou Boa por Cuidados Pessoais ou Espirituais	16,7	23,7
	Com Pequenos Problemas de Saúde	18,0	21,1
	Com Problema de Saúde Emocional	5,9	7,2
	Com Problema de Saúde Física	23,3	8,6
	Com Problema de Saúde Física e Emoc.	7,0	2,6

Tabela 35.

Ordem das Categorias para o Conceito de Deus no GR/E e no GG

Ordem das categorias para o conceito de Deus no GR/E*	%	Ordem das categorias para o conceito de Deus no GG**	%
Criador/Princípio/Vida	24,5	Força/Força Superior	21,3
Qualidades/Virtudes/Características	21,7	Qualidades/Virtudes/Características	16,1
Poder, Ser, Entidade ou Inteligência Suprema	17,6	Poder, Ser, Entidade ou Inteligência Suprema	13,4
Força/Força Superior	8,2	Criador/Princípio/Vida	13,4
Tudo	7,2	Espírito/Energia	11,0
Pai	6,7	Tudo	6,3
Espírito/Energia	4,2	Guia/Caminho/Exemplo	4,7
Guia/Caminho/Exemplo	2,7	Pai	4,3
---	---	Invenção/Imaginação do Homem	2,8
Outras	7,2	Outras	6,7
Total	100,0		100,0

* 852 citações de categorias para *n*=459.
** 254 citações de categorias para *n*=157.

Percebe-se que os maiores percentuais no GR/E (acima de 20%) foram para as categorias Criador/Princípio/Vida (24%) e Qualidades/Virtudes/Características (21%), enquanto que no GG foi Força Superior (21%). Os percentuais intermediários foram: Poder, Ser, Entidade ou Inteligência Superior (17%) no GR/E e Qualidades/Virtudes/Características (16%), Criador/Princípio/Vida (13%) e Poder, Ser, Entidade ou Inteligência Superior (13%) no GG. Algumas diferenças interessantes entre os grupos podem ser destacadas. Por exemplo: no GR/E Força Superior e Espírito/Energia alcançaram apenas 8,2% e 4,2%, respectivamente, enquanto que no GG estas categorias ficaram em 1° (21%) e 4° lugares (11%). Percebe-se também que somente no GG foi citada a categoria Invenção, Imaginação do Homem (2,8%).

Em relação à pior ou piores situações de estresse vivenciadas pelos participantes destes dois grupos, a análise das freqüências revela que ambos enfrentam doenças (22%GR/E; 21%GG) e problemas familiares (15%GR/E; 14%GG). O GG apresenta muito mais problemas relativos a estudos (13,5% contra 3,9%GR/E) e um pouco mais de problemas amorosos/conjugais (13,5% contra 5,2%GR/E). O GR/E demonstra ter um pouco mais de problemas relacionados à morte (11,2% contra 7,0%GG) e financeiros em geral/desemprego (9,9% contra 6,5%GG).

Um dos aspectos que chamou a atenção nos dados expostos na Tabela 34, é que a maioria dos participantes de ambos os grupos classificou objetivamente sua saúde como boa (GR/E=51,9%, GG=49,7%) ou muito boa (GR/E=37,1%, GG=41,3%), sem diferença significativa na média, ainda que no grupo religioso/espiritual eles apresentassem uma freqüência de problemas de saúde (43,2%) significativamente maior que a do grupo geral (29,9%) (χ^2=8,531, $p \leq 0,005$). Dada a diferença apresentada, calculou-se os tipos de problemas de saúde especificados pelos participantes segundo o grupo de origem. Conforme se pode constatar na Tabela 36, o GR/E também relata uma diversidade maior de problemas de saúde e uma freqüência maior de problemas de saúde mais graves, como os cardiovasculares. Apesar desta condição, os dois grupos não se diferenciaram significativamente em termos de qualidade de vida.

Tabela 36.
Problemas de Saúde Especificados pelos Participantes do Estudo, segundo o Critério "Local de Origem da Coleta" (GR/E e GG)

GR/E (*n*=189)		GG (*n*=38)	
Problemas de Saúde	%	Problemas de Saúde	%
Cardiovasculares	28,7	Osteoarticulares	24,0
Osteoarticulares	17,7	Cardiovasculares	20,0
Neuropsicológicos	12,3	Respiratórios	14,0
Endócrinos*	9,7	Endócrinos*	12,0
Respiratórios	6,3	Neuropsicológicos	10,0
Gastrointestinais	5,7	Gastrointestinais	8,0
Oftalmológicos	4,7	Dermatológicos	6,0
Dermatológicos	3,7	Relacionados à idade avanç.	---
Relacionados à idade avanç.	3,0	Oftalmológicos	---
Outros	8,3	Outros	6,0
Total **	100,0	Total **	100,0

* Inclui Obesidade/Tireóide/Diabetes
** Os totais são referentes aos 36,9% da amostra que especificou seus problemas de saúde.

Outras variáveis também demonstraram diferença significativa entre os grupos GR/E e GG, segundo análises dos *Testes de Qui-Quadrado* e *t de Student*. Os últimos encontram-se na Tabela 37, onde se pode perceber que o GR/E apresentou médias

significativamente maiores em todas as medidas religiosas: ARTOTAL, IGAR, IMPOREL, FREQREL, IMP/STRESS, AJU/STRESS e CRESCESP.

Tabela 37.
Teste t para Amostras Independentes segundo Critério "Local de Origem da Coleta": para as Variáveis R/E e Idade

	GR/E (*n*=459)		GG (*n*=157)				
Variável Avaliada	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
Idade	45,06	18,32	31,21	14,60	8,35	562	0,0001
ARTOTAL	3,60	0,66	2,49	0,83	16,81	610	0,0001
IGAR	4,32	0,52	3,16	0,91	19,36	614	0,0001
IMPOREL	4,72	0,49	3,87	1,18	12,56	614	0,0001
FREQREL*	4,11	0,63	2,82	0,93	19,44	614	0,0001
IMP/STRESS (QG12)	4,69	0,62	3,80	1,34	11,21	611	0,0001
AJU/STRESS (QG16)	4,73	0,59	3,94	1,32	10,18	613	0,0001
CRESCESP	4,10	0,80	2,89	1,10	14,78	614	0,0001

* Escala de 1 a 5.

Já os *Testes de Qui-Quadrado*, segundo critério "Local de Origem da Coleta", acusaram diferenças significativas entre os grupos GR/E e GG para algumas categorias. Em relação a dados de NSE, a variável Faixa de Idade demonstrou que no GG havia um número maior de mulheres (72,6% para 62,4%; χ^2=5,393, p≤.0,02), uma percentagem maior de escolaridade superior incompleta (52,9% para 15,4%; χ^2=98,538, p≤0,0001), mais participantes com renda superior a 10 (27,2% para 16,2%) ou 20 (19,2% para 10,4%) (χ^2=24,334, p≤0,0001) salários mínimos e um número maior de solteiros (61,5% para 43,3%; χ^2=31,099, p≤0,0001) do que no GR/E. Em contrapartida, no GR/E havia uma porcentagem maior de pessoas com escolaridade média (20,0% para 9,7%) e superior (32,6% para 11,0%) completas, mais participantes com renda entre dois e três salários mínimos (24,5% para 15,2%), um número maior de viúvos (10,2% para 1,9%), divorciados e separados judicialmente (10,4% para 5,1%) do que no GG (valores de χ^2 e p acima apresentados). Quanto à Classificação de Saúde Subjetiva, o Grupo Geral apresentou um número significativamente maior de pessoas que se classificaram com "Sem Problemas de Saúde –Saúde Boa" (23,7% para 15,8%) e "Sem Problemas de Saúde – Saúde Ótima ou Boa por Cuidados Pessoais e/ou Espirituais" (23,7% para 16,7%) do que o Grupo Religioso/Espiritual (χ^2=24,187, p≤0,0001). Este último apresentou um número maior de pessoas que se declararam com "Problemas de Saúde Física" (23,3% para 8,6%) e "Problemas de Saúde Física e Emocional" (7,0% para 2,6%) do que o GG. Em relação as Faixas de CRE TOTAL, o GG tinha um número maior de pessoas da Faixa Baixa de CRE TOTAL (98,5% para 35,4%) e o GR/E maior número de pessoas da Faixa Alta (64,6% para 1,5%) (χ^2=71,816, p≤0,0001).

Como mencionado anteriormente, após a amostra ter sido dividida e caracterizada para os grupos GR/E e GG, realizaram-se os testes para averiguar a validade de critério concorrente da Escala CRE segundo o local de origem da coleta. Ambos grupos foram analisados quanto ao uso de CRE segundo os índices gerais (dimensões, razão e total) de avaliação da Escala CRE, bem como os específicos (fatores), através de *Teste t* para amostras independentes. A Dimensão de CRE Negativo e o fator N4 não mostraram diferenças significativas entre GR/E e GG. Todos os outros índices apresentaram diferenças significativas na média entre os grupos, com valores *t* conforme Tabela 38, comprovando a sensibilidade da Escala CRE para avaliá-los e, conseqüentemente, sua validação por este critério.

Tabela 38.
Teste t para Amostras Independentes segundo Critério "Local de origem da coleta": para as Variáveis da Escala CRE

Escala CRE	GR/E (*n*=459)		GG (*n*=157)				
Índices	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
CRE POSITIVO	3,48	0,59	2,60	0,86	14,16	614	0,0001
CRE NEGATIVO	1,66	0,52	1,65	0,54	0,12	263,110	0,90
CRE TOTAL	3,90	0,36	3,47	0,38	12,81	614	0,0001
Razão CREN/CREP	0,49	0,17	0,69	0,25	-10,89	614	0,0001
P1	3,58	0,73	2,65	1,07	12,03	614	0,0001
P2	3,21	0,91	2,26	0,96	10,88	256,977	0,0001
P3	3,44	0,75	2,65	0,90	10,77	614	0,0001
P4	4,14	0,60	3,44	1,13	9,77	614	0,0001
P5	3,52	0,74	2,83	1,03	9,00	613	0,0001
P6	3,25	0,83	2,16	0,93	13,78	614	0,0001
P7	2,85	0,92	1,78	0,81	12,96	614	0,0001
P8	3,33	0,78	2,52	1,05	10,23	614	0,0001
N1	1,38	0,56	1,57	0,65	-3,40	614	0,001
N2	2,10	0,90	1,84	0,86	3,21	281,827	0,001
N3	1,89	0,80	1,73	0,82	2,10	266,226	0,036
N4	1,49	0,64	1,55	0,54	-1,06	317,573	0,29

3.3.1.2 Grupos segundo o Critério "Freqüência Religiosa" (Índice FREQREL)

Apesar do critério "Local de Origem da Coleta" ser válido e ter indicado resultados compatíveis com as hipóteses formuladas, como foi afirmado no item 1.1 desta seção de Resultados, poderiam existir participantes abordados em Locais Gerais que, em outro momento, apresentassem uma freqüência significativa em locais ou encontros de natureza religiosa. Assim sendo, considerou-se importante verificar, adicionalmente, a validade da Escala CRE também através do critério "Freqüência Religiosa".

Outro fator que demonstrou a importância deste critério, reforçando a opção de sua utilização, surgiu através da exposição do médico americano M.D. Harold G. Koenig – um dos autores da Escala RCOPE. Dia 9 de abril de 2004, em entrevista ao Programa Globo

Repórter sobre o tema "Ciência e Fé – O poder de cura das crenças religiosas", com tele-difusão nacional através da Rede Globo de Comunicações, ele apresentou verbalmente dados de suas pesquisas nos Estados Unidos. Suas afirmações demonstraram que a freqüência religiosa pode estar associada a aspectos importantes para a vida das pessoas, bem como para a administração pública. Em suas pesquisas, ele afirmou que havia encontrado correlações entre freqüência religiosa e mortalidade:

> "O médico Harold Koenig é autor de dezenas de pesquisas sobre fé e medicina, financiadas pelo governo americano. Todas mostram que as pessoas religiosas são mais saudáveis e vivem mais do que as outras. Segundo o médico, nos Estados Unidos, uma pessoa branca que assiste a pelo menos um serviço religioso por semana, vive sete anos mais do que quem não é religioso. Se for negro, vive mais 14 anos. Uma das razões da longevidade é o apoio da comunidade religiosa. Outra: pessoas que têm fé levam uma vida mais regrada e saudável. "As pesquisas também mostram que a fé reforça o sistema imunológico e a resistência às doenças", observa H. Koenig. (http//: www.globo.com/jornalismo/Globoreporter, 09 de abril de 2004)."

Considerando estas ponderações, a amostra foi dividida em grupos segundo a Medida Global de Freqüência Religiosa, através do Índice FREQREL (Capítulo II: Método). Nesta divisão também não foram incluídos na amostra os estudantes de Teologia pelos mesmos motivos previamente explicitados. Através da FREQREL, a amostra foi dividida em *tercis*, sendo os pontos de corte determinados em 5,5 e 6,5 (em uma escala de 1,0 a 8,0), formando os grupos de Freqüência Religiosa Baixa, Média e Alta. Para averiguação da validade de critério, se utilizará o primeiro e o último grupo para a realização de *Testes t*. A caracterização das amostras parciais pode ser visualizada na Tabela 39.

Tabela 39.
Dados do QG e Caracterização da Amostra Parcial de 526 Participantes segundo Índice FREQREL: Freqüência Religiosa Alta (*n*=269), Média (*n*=108) e Baixa (*n*=149)

			FR-Baixa	FR-Média	FR-Alta
Variáveis	Respostas		%	%	%
Idade (em anos)	13 a 20	Adolescência	24,2	14,8	5,6
	21 a 30	Adultez Jovem	27,5	20,4	5,9
	31 a 45	Adultez Média	24,2	19,4	20,1
	46 a 60	Adultez Madura	12,1	18,5	27,1
	60 a 82	Terceira Idade	12,1	26,9	41,3
Sexo	Masculino		29,5	28,0	22,0
	Feminino		70,5	72,0	78,0
Escolaridade	Fundamental		13,6	15,9	17,4
	Médio		20,4	32,7	32,5
	Superior		53,5	41,1	40,4
	Pós-Graduação		12,2	10,2	9,8

Renda (em salários mínimos)	Até 3,0	25,6	23,0	19,5
	De 3,1 a 5,0	12,4	20,0	19,2
	De 5,1 a 10,0	20,7	28,0	26,5
	De 10,1 a 20,0	23,4	19,0	20,8
	Acima de 20,0	17,9	10,0	13,9
Estado Civil	Solteiro	57,4	44,9	26,1
	Casado	29,7	26,2	45,9
	Divorciado/Separado	4,8	14,0	11,9
	Viúvo	3,4	10,3	11,9
	Concubinato	4,1	2,8	---
	Outros	0,7	1,9	4,1
Acreditar em Deus	Sim	91,2	100,0	100,0
	Não sei	1,4	---	---
	Não	7,4	---	---
Tempo que acredita em Deus	Sempre	87,5	93,5	89,2
	Há um ano	0,7	---	0,4
	Há 5 anos	1,5	---	1,5
	Há 10 anos	1,5	0,9	1,1
	Há mais de 10 anos	8,8	5,6	6,8
Mudança de Religião	Não	69,6	54,6	44,8
	Sim	30,4	45,4	55,2
Importância da Religião (QG15)	Não é importante	7,4	---	0,7
	Um Pouco importante	10,8	1,9	---
	Relativamente importante	12,8	4,6	1,1
	Importante	39,2	27,8	12,6
	Muito importante	29,7	65,7	85,5
IMP/STRESS (QG12)	Não é importante	11,6	---	---
	Pouco importante	10,9	---	0,4
	Relativamente importante	15,0	8,3	2,6
	Importante	29,3	20,4	12,3
	Muito importante	33,3	71,3	84,7
AJU/STRESS (QG16)	Não tem ajudado	12,8	---	---
	Tem ajudado pouco	8,1	0,9	---
	Tem ajudado mais ou menos	8,1	1,9	1,5
	Tem ajudado	37,2	23,1	12,3
	Tem ajudado muito	33,6	74,1	86,2
Classificação Objetiva de Saúde (COS) (QG21)	Muito ruim	0,7	1,9	0,8
	Fraca	1,4	3,8	2,3
	Nem ruim, nem boa	5,4	10,4	9,4
	Boa	50,7	50,0	52,3
	Muito boa	41,9	34,0	35,3
Problema de Saúde (PS) (QG23)	Não	72,3	55,6	49,4
	Sim, tenho...	27,7	44,4	50,6
Classificação Subjetiva de Saúde (CSS) (QG20)	Sem Problema de Saúde - Ótima	15,8	17,1	12,8
	Sem Problema de Saúde - Boa	20,5	15,2	13,9
	Sem Problema de Saúde - Ótima ou Boa por Cuidados Pessoais ou Espirituais	19,9	16,2	15,4
	Com Pequenos Problemas de Saúde	20,5	21,9	17,7
	Com Problema de Saúde Emocional	9,6	5,7	4,9
	Com Problema de Saúde Física	8,9	18,1	28,2
	Com Problema de Saúde Física e Emocion.	4,8	5,7	7,1

Depois de dividida e caracterizada a amostra segundo os grupos Freqüência Religiosa Alta e Baixa, estes foram analisados através de *Teste t* quanto ao uso de CRE, por meio dos índices gerais e específicos da Escala CRE (Tabela 40). Tal foi realizado a fim de averiguar a validade de critério da Escala CRE segundo a "Freqüência Religiosa" (índice FREQREL).

Tabela 40.
Teste t para Amostras Independentes segundo Critério FREQREL para as Variáveis da Escala CRE

	FR-Baixa (*n*=269)		FR-Alta (*n*=148)				
Variável Avaliada	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
CRE POSITIVO	2,46	0,85	3,58	0,55	-16,18	416	0,0001
CRE NEGATIVO	1,65	0,61	1,65	0,49	0,05	416	0,957
CRE TOTAL	3,41	0,41	3,96	0,33	-15,11	416	0,0001
Razão CREN/CREP	0,73	0,28	0,47	0,15	12,32	416	0,0001
P1	2,53	1,05	3,68	0,74	-13,05	416	0,0001
P2	2,22	1,05	3,37	0,88	-11,94	415	0,0001
P3	2,51	0,90	3,55	0,70	-13,12	416	0,0001
P4	3,24	1,16	4,23	0,51	-12,03	416	0,0001
P5	2,71	1,04	3,57	0,72	-9,98	415	0,0001
P6	2,00	0,87	3,25	0,78	-15,04	416	0,0001
P7	1,67	0,75	2,99	0,89	-15,33	416	0,0001
P8	2,38	1,05	3,51	0,70	-13,12	416	0,0001
N1	1,61	0,75	1,34	0,51	4,35	416	0,0001
N2	1,82	0,89	2,19	0,91	-4,10	310,103	0,0001
N3	1,70	0,83	1,91	0,81	-2,55	299,893	0,011
N4	1,53	0,57	1,42	0,60	1,95	317,038	0,053

Outras variáveis também demonstraram diferença significativa entre os grupos FR-Alta e FR-Baixa, segundo índice FREQREL, quando avaliadas por *Testes t e Testes de Qui-Quadrado*. Os últimos acusaram diferenças significativas entre os grupos para variáveis NSE. Por exemplo, na FR-Baixa havia uma freqüência maior de escolaridade superior (40,8% para 15,5%) e pós-graduação (5,4% para 1,5%) incompleta (χ^2=44,757; p≤0,0001), e um número maior de solteiros (57,8% para 27,2%) e concubinatos (4,1% para 0%) (χ^2=54,652; p≤0,0001) em relação à Freqüência Religiosa Alta. Em contrapartida, na FR-Alta havia uma porcentagem maior de pessoas com escolaridade média (23,8% para 12,2%) e superior (24,9% para 12,9%) completa, um número maior de casados (47,9% para 29,9%), viúvos (12,5% para 3,4%) e divorciados e separados judicialmente (12,5% para 4,8%) do que na FR-Baixa (valores de χ^2 e p citados acima). Quanto à Classificação Subjetiva de Saúde (QGnº20-descritiva), a FR-Alta apresentou um número significativamente maior de pessoas que se classificaram com "Problemas de Saúde Física" (28,2% para 8,9%) (χ^2=25,100; p≤0,0001). A avaliação objetiva quanto a ter ou não problemas de saúde (QGnº23-PS) corroborou com a avaliação subjetiva, já que a FR-Baixa apresentou maior

número de respondentes "Não" (72,3% para 49,4%) e a FR-Alta de respondentes "Sim, tenho..." (50,6% para 27,7%) (χ^2=20,329; $p\leq$0,0001). Em relação às Faixas de CRE TOTAL, o grupo com FR-Alta apresentou mais participantes classificados na Faixa Alta de CRE TOTAL (78,7% para 3,8%) e o grupo com FREQREL Baixo Alto apresentou mais participantes classificados na Faixa Baixa de CRE TOTAL (96,2% para 21,3%) (χ^2=89,668; $p\leq$0,0001). Com relação aos *Testes t de Student*, na Tabela 41 encontram-se as variáveis que, através destes, apresentaram diferenças significativas entre os grupos FR Alta e Baixa.

Tabela 41.
Teste t para Amostras Independentes segundo Critério FREQREL para Variáveis Demográficas, de Saúde e Outras Medidas de Religiosidade/Espiritualidade

	FR-Baixa (*n*=149)		FR-Alta (*n*=269)				
Variável Avaliada	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
Idade	33,37	15,71	51,29	16,92	-10,43	317,392	0,0001
Dom 2 (Psicológico)	14,83	1,97	15,39	2,20	-2,37	290,447	0,019
ARTOTAL	2,35	0,76	3,67	0,57	-20,09	413	0,0001
IGAR	2,87	0,73	4,92	0,27	-30,88	416	0,0001
IMPOREL	3,69	1,19	4,82	0,35	-14,57	416	0,0001
IMP/STRESS (QGn°12)	3,62	1,35	4,81	0,40	-13,07	413	0,0001
AJU/STRESS (QGn°16)	3,71	1,35	4,85	0,40	-12,84	415	0,0001
CRESCESP	2,76	1,11	4,16	0,75	-15,26	416	0,0001

3.4 Validade de Conteúdo da Escala CRE

3.4.1 Validade de Face ou Aparente

Referindo-se àquilo que o instrumento aparentemente mede, ou seja, o quanto o teste "parece válido" para aqueles que o realizam/utilizam, a validade de face ou aparente considera como o conteúdo está sendo apresentado, abrangendo a linguagem (Anastasi & Urbina, 2000; Fachel & Camey, 1993). Apesar de não ser uma validade no sentido técnico, a validade aparente é desejável nos testes/escalas para angariar a cooperação dos examinandos, pois, os instrumentos que aparentam ser inadequados, irrelevantes ou infantis dificilmente obtêm respostas sinceras e atentas, independentemente da validade real ou propriamente dita dos mesmos (Anastasi & Urbina, 2000).

Embora a validade aparente não tenha sido avaliada formalmente nesta pesquisa por juízes competentes em Psicologia, conforme avaliação informal dos tradutores e líderes religiosos/espirituais envolvidos no processo de adaptação do instrumento Escala CRE, este apresentou uma boa validade aparente. Além disso, segundo observações realizadas durante a aplicação em larga escala, os participantes não demonstraram resistência ou

pouca cooperação ao responder a Escala CRE, o que pode ser considerado como indício de boa validade aparente (Anastasi & Urbina, 2000).

3.4.2 Validade de Conteúdo Propriamente Dita, por Confirmação Empírica das Hipóteses Teóricas

Tendo sido realizada a verificação de conteúdo da Escala CRE antes da testagem de campo, demonstrando as hipóteses teóricas sobre as quais a escala foi baseada (tanto a construção original, quanto a modificação e construção dos itens acrescentados), examinar-se-á, neste momento, o arranjo empírico dos itens em dimensões e fatores após o processo das análises fatoriais, efetuando uma comparação. Tal procedimento é essencial para a avaliação da validade de conteúdo de escalas, pois, segundo Anastasi e Urbina (2000), assim como qualquer avaliação que envolva habilidades de manejo cognitivo-afetivo-comportamental, para que não seja inadequada ou enganadora, é necessária a verificação empírica das hipóteses teóricas por meio de procedimentos específicos, já que estas não se baseiam num conjunto uniforme de experiências das quais o conteúdo pudesse ser retirado.

Na separação didática dos itens da Escala CRE em distintas categorias de estratégias de *coping* segundo as sete finalidades da religião e/ou espiritualidade observadas (expostas no Capítulo II: Método) procurou-se preservar a distribuição original da Escala RCOPE, incluindo nela os novos itens. Todavia, já se percebia que certas estratégias (tipos) de CRE e seus respectivos itens poderiam ser também utilizados para outras finalidades e, assim, ser distribuídas de forma diferente. Ou seja, em muitos casos, o mesmo item pode servir a mais de um propósito. Nesta situação, encontravam-se os itens dispostos na Tabela 43. Para facilitar o entendimento desta tabela, relembramos na Tabela 42 a numeração e as siglas das finalidades do CRE.

Tabela 42.

Numeração e Siglas dos Objetivos/Finalidades do *Coping* Religioso Espiritual

Nº	Sigla	Finalidade/Objetivo do CRE
I	R	Busca de significado através de REAVALIAÇÃO cognitiva religiosa/espiritual
II	E	Estratégias de controle indireto através de posicionamento frente a Deus segundo ESTILOS de *Coping*
III	D	Procura de apoio em DEUS (conforto e/ou descarga)
IV	O	Busca de apoio através dos OUTROS
V	T	TRANSFORMAÇÃO de si ou de sua vida
VI	A	Estratégias de controle direto através de AÇÕES religiosas e/ou em direção à espiritualidade
VII	P	Busca PESSOAL de Crescimento e Conhecimento Espirituais

Tabela 43.

Possibilidades de Classificação das Estratégias conforme as Finalidades do CRE

		Nº da Finalidade/Sigla da Estratégia	
Estratégias de *Coping*	SIGLA DOS ITENS	Original	Alternativas
Estilo de *Coping* Renúncia Religiosa Ativa	RENUNCIA 1 a 3	II E	III D
Mágoa espiritual com Deus	MÁGOA 1 a 3	III D	I R (Negativa)
Questionamento do poder de Deus	PODER 1 e 2	III D	I R (Negativa)
Revolta espiritual com Deus	REVOLTA 1 a 3	III D	I R (Negativa)
Busca do perdão/absolvição religiosos	PERDÃO 1 a 3	III D	V T VII P
Procura de apoio através de Foco religioso	FOCO 1 a 3	III D	V T VI A
Procura por conexão espiritual	CONEXÃO 1 a 3	III D	VII P
Construção de limites religiosos	LIMITE 1 e 2	III D	VI A
Procura de local religioso	LOCAL 1 a 3	IV O	III D
Passe energético através das mãos	ENERGIA1	VI A	IV O
Procura de orientação através de entidades espirituais	ENTIDADE 1 a 3	VI A	IV O V T VII P
Busca de conhecimento através da literatura	LITERATURA 1 a 3	VII P	I R (Positiva)
Busca da mídia religiosa/espiritual	MÍDIA 1 a 3	VII P	VI A I R (Positiva)

Antes de passar a análise da Escala CRE propriamente dita, analisar-se-á a distribuição teórica e empírica dos itens da Escala RCOPE, objeto desta tradução e adaptação, para posterior comparação (apresentadas na Tabela 44). Conforme Pargament, Koenig e Perez (2000), embora tenha havido um re-agrupamento empírico de alguns itens após as análises fatoriais, a estrutura teórica da RCOPE foi razoavelmente suportada por este novo arranjo. Analisando as duas estruturas/arranjos (Tabela 44), percebe-se que as 21 estratégias de CRE da RCOPE, classificadas teoricamente em cinco finalidades, foram redistribuídas empiricamente em 17 fatores. Cinco itens foram descartados (E.Colaboração 1 e 4, D.Apoio Espiritual 1, D.Conexão 1 e D.Limite 4). Onze estratégias se classificaram em onze distintos fatores, três delas com apenas quatro dos cinco itens. Os outros seis fatores foram formados por combinações de itens das dez estratégias de CRE restantes. Segundo os autores, dois destes fatores foram formados pela soma de duas subescalas conceitualmente similares [Perdoar + Perdão (Busca do) e Objetivo de Vida + Direção de Vida] e os outros seis pela combinação de itens de mais de uma subescala que combinavam de maneira conceitualmente significativa.

Na Escala CRE também foi observado um rearranjo empírico da distribuição teórica dos itens, tanto na dimensão positiva, quanto na negativa. Analisando a Tabela 45, percebe-se que as 25 estratégias de CRE positivo, classificadas teoricamente em sete finalidades, foram redistribuídas em oito fatores formando a DiCREP. Três itens foram descartados (R.Bem 2, D.Limite 1 e T.Direção de Vida 3). Com exceção do fator P7, formado apenas por itens de estratégias da finalidade VII (P), todos os outros fatores positivos foram compostos por combinações de itens de diferentes subescalas. Como ocorreu na RCOPE, a análise da combinação dos itens de cada fator demonstrou que eles se agregaram de maneira conceitualmente significativa. A seguir, está a análise de conteúdo fator a fator[1] da DiCREP:

FATOR P1: TRANSFORMAÇÃO DE SI E/OU DE SUA VIDA – Este fator foi o que demonstrou as maiores cargas. Neste, agregaram-se praticamente todos os itens V-Transformação, com exceção de apenas um item, dando nome ao fator. Os outros itens que a estes se combinaram para completar a subescala tinham a ver com o tema transformação. Os três itens III-D, "Busca do Perdão", já haviam sido classificados nesta finalidade (V) na tabela de distribuição alternativa. Eles são a contraparte dos itens "Perdoar". Sua complementaridade é clara, pois, nos primeiros, a pessoa é o objeto do perdão, nos segundo ela é o instrumento do perdão, exercendo-o. Com a separação dos itens e subescalas em dimensões positivas e negativas, e a exclusão de um item de reavaliação benévola após as análises fatoriais, a finalidade I ficou composta de apenas dois itens R.Bem referentes a uma subescala de estratégias de CRE. Assim, era natural que não formassem um fator. Um de seus itens, "Pensei que o acontecido poderia ter me aproximado mais de Deus", também carregou neste fator, fechando sua composição. Seu conteúdo aponta caminhos para a transformação a partir da reavaliação espiritual benévola positiva da situação.

FATOR P2: AÇÕES EM BUSCA DE AJUDA ESPIRITUAL – Neste fator juntaram-se, não apenas itens de ação religiosa ou em direção à espiritualidade, buscando controle direto da situação, mas itens de ações relacionada/voltadas à espiritualidade, especialmente em busca de ajuda espiritual. Tanto que o único item III-D agregado é "Voltei-me para a espiritualidade". Além disto, este fator foi bastante consistente em diferentes arranjos fatoriais (assim como o P3).

FATOR P3: OFERTA DE AJUDA AO OUTRO – Este fator foi o que demonstrou maior consistência nas diferentes análises fatoriais perpetradas para a escolha da melhor solução fatorial. Invariavelmente, independentemente do número de fatores induzidos, estes itens se agruparam. Todos tratam da oferta de ajuda ao próximo. Duas subescalas completas

[1] Ressalta-se que, para facilitar a escrita e a compreensão na leitura, foram utilizadas as palavras-chave do título de cada subescala para nomeá-las. As mesmas foram igualmente expressas nas tabelas comparativas.

Tabela 44. Tabela Comparativa da Distribuição Teórica e Empírica dos Itens da Escala RCOPE*

ARRANJO TEÓRICO (Base de construção dos itens)*				
Nº	FINALIDADE DO CRE	SIGLA	ESTRATÉGIAS	ITENS
1	Busca de Significado (através de Reavaliação Cognitiva)	R	Bem	1 a 5
		R	Punição	1 a 5
		R	Mal	1 a 5
		R	Poder	1 a 5
2	Busca de Controle (através De estilos de *Coping*)	E	Colaboração	1 a 5
		E	Renúncia	1 a 5
		E	Delegação	1 a 5
		E	Súplica	1 a 5
		E	Autodireção	1 a 5
3	Busca de Conforto e Proximidade com Deus	D	Apoio Espiritual	1 a 5
		D	Foco	1 a 5
		D	Perdão (Busca do)	1 a 5
		D	Conexão	1 a 5
		D	Mágoa com Deus	1 a 5
		D	Limite	1 a 5
4	Busca de Intimidade com Outros, em Proximidade com Deus	O	Apoio Institucional	1 a 5
		O	Ajudando	1 a 5
		O	Mágoa Institucional	1 a 5
5	Busca de Transformação de Vida	T	Objetivo de Vida	1 a 5
		T	Direção de Vida	1 a 5
		T	Perdoar	1 a 5

* Adaptação do artigo de Pargament, Koenig e Perez (2000). Para facilitar a comparação entre as distribuições, empregou-se as mesmas siglas e nomenclaturas de estratégias de *coping* utilizadas nas análises fatoriais da Escala CRE.

ARRANJO EMPÍRICO (Análise Fatorial)				
Nº	FATORES	SIGLA	ESTRATÉGIAS	ITENS
1	Reav. Benévola Religiosa	R	Bem	1 a 5
		D	Apoio Espiritual	2, 4, e 5
		E	Colaboração	3
2	Reav. Punitiva de Deus	R	Punição	1 a 5
3	Reav. Demoníaca	R	Mal	1 a 5
4	Reav. Poder de Deus	R	Poder	2, 3, 4, e 5
5	*Coping* Religioso Colaboração	E	Autodireção	1 a 5
		D	Apoio Espiritual	3
		E	Colaboração	2 e 5
6	Renúncia Religiosa Ativa	E	Renúncia	1 a 5
7	Delegação Religiosa Passiva	E	Delegação	1 a 5
8	Súplica por Intercessão Direta	E	Súplica	1 a 5
9	Foco Religioso	D	Foco	1 a 5
10	Exercer/Buscar o Perdão Religioso	D	Perdão (Busca do)	1 a 5
		T	Perdoar	1 a 5
11	Conexão Espiritual	D	Conexão	3, 4, e 5
12	Mágoa espiritual	D	Mágoa com Deus	1 a 5
		R	Poder	1
13	Construção Limites Religiosos	D	Limites	1, 2, 3, e 5
14	Busca Apoio Institucional	O	Apoio Institucional	1 a 5
15	Ajuda Religiosa	O	Ajudando	1 a 5
		D	Conexão	2
16	Mágoa Instituc./Interpessoal	O	Mágoa Institucional	1 a 5
17	Objetivo/Direção Religiosa	T	Objetivo de Vida	1 a 5
		T	Direção de Vida	1 a 5

Tabela 45. Tabela Comparativa da Distribuição Teórica e Empírica dos Itens da Dimensão Positiva da Escala CRE (DiCREP)

ARRANJO TEÓRICO (Base de construção dos itens)[1]

Nº	Finalidade do CRE	Sigla[3]	Estratégias	Itens
I	B.Significado p/Reav. Cognitiva Posit.	R	Bem	1, 2
II	Busca de Controle Indireto através de Estilos de *Coping*	E	Colaboração	1 a 3
		E	Renúncia Ativa	1 a 3
		E	Súplica Positiva	1, 2
		E	Autodireção	1, 2
III	Busca de Apoio em Deus (Conforto)	D	Apoio Espiritual	1 a 3
		D	Foco	1 a 3
		D	Perdão (Busca do)	1 a 3
		D	Conexão	1 a 3
		D	Limite	1
IV	Busca de Apoio através dos Outros, em Proximidade com Deus	O	Apoio Institucional	1, 2
		O	Ajudando	1 a 3
		O	Ação Social	1 a 3
		O	Local	1 a 3
V	Busca de Transformação de Si e/ou de sua Vida	T	Objetivo de Vida	1 a 3
		T	Direção de Vida	1, 2
		T	Perdoar	1 a 3
		T	Reforma Íntima	1 a 3
VI	Busca de Controle Direto através de Ações Religiosas e/ou em direção à Espiritualidade	A	Ações Práticas	1 a 3
		A	Tratamento	1 a 3
		A	Entidades	1 a 3
		A	Energias	1
VII	Busca Pessoal por Crescimento e Conhecimento Espirituais	P	Práticas Não-Institucion.	1 a 3
		P	Literatura	1 a 3
		P	Mídia	1 a 3

[1] Composto apenas pelos itens positivos da distribuição apresentada no capítulo "Método".
[2] Sumário da análise fatorial da DiCREP.
[3] Siglas (1ª coluna) – classificação original das estratégias
[4] Siglas (2ª coluna) – classificação alternativa das estratégias

ARRANJO EMPÍRICO (Análise Fatorial)[2]

Nº	Fatores	Siglas[4]		Estratégias	Itens
P1	Transformação de Si e/ou de sua Vida	T		Objetivo de Vida	1 a 3
		T		Direção de Vida	1, 2
		T		Perdoar	1, 3
		D	T	Perdão (Busca do)	1 a 3
		T		Reforma Íntima	1 a 3
		R		Bem	3
P2	Ações em Busca de Ajuda Espiritual	A		Ações Práticas	3
		A		Tratamento	1 a 3
		A		Entidades	2, 3
		A		Energias	1
		D		Conexão	3
P3	Oferta de Ajuda ao Outro	O		Ajudando	1 a 3
		O		Ação Social	1 a 3
		T		Perdoar	2
P4	Posicionamento Positivo Frente a Deus	E		Colaboração	1 a 3
		E		Súplica Positiva	1, 2
		E		Autodireção	1, 2
		D		Apoio Espiritual	1 a 3
		D		Conexão	1
P5	Busca Pessoal de Crescimento Espiritual	P		Práticas Não-Instituc.	1, 2
		A	P	Entidades	1
		D	P	Conexão	2
		R		Bem	1
P6	Busca do Institucional	O		Apoio Institucional	1, 2
		O		Local	1 a 3
		A		Ações Práticas	1, 2
		P		Práticas Não-Instituc.	1
		P	A	Mídia	1
		D	A	Limite	1
P7	Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual	P		Literatura	1 a 3
		P		Mídia	2, 3
P8	Afastamento através de Deus e/ou da Religião	E	D	Renúncia Ativa	1 a 3
		D		Foco	1 a 3

(Ajudando e Ação Social) provém da finalidade IV-Outros. O outro item componente, "Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas", é o único item V-Transformação que não se agrupou no fator P1, mas seu conteúdo está clara e solidamente relacionado ao fator P3, já que a transformação pelo perdão seria relacionada ao outro.

FATOR P4 : POSICIONAMENTO POSITIVO FRENTE A DEUS – Estilo de *coping* é um conceito diferente de estratégia, conforme pudemos observar na revisão de literatura. Todavia, baseados em diferentes estilos de *coping* religioso espiritual, os autores da RCOPE criaram exemplos de estratégias de CRE que expressassem a essência destes estilos. Estes são definidos segundo posicionamentos da pessoa frente a Deus na resolução dos problemas. Com exceção de uma subescala, referente a um determinado estilo, todas as outras carregaram neste fator. Os outros itens que formaram esta composição vieram da finalidade III-Deus. São eles: a subescala Apoio Espiritual completa, na qual os itens representam uma proximidade da pessoa com Deus, revelando considerá-lo como uma força presente, e um item da subescala Conexão ("Procurei uma ligação maior com Deus"). Todos eles, apesar de não terem sido criados segundo um estilo de CRE, todavia também representam posicionamentos positivos do indivíduo frente a Deus.

FATOR P5: BUSCA PESSOAL DE CRESCIMENTO ESPIRITUAL – Neste fator não se nota a presença maior de subescalas referentes a uma finalidade de CRE. Ao contrário, este é formado por cinco itens de quatro subescalas diferentes. Entretanto, todos têm em comum a busca pessoal, tanto da espiritualidade, quanto de si mesmo, como forma de expressão individual interior e também como forma de crescimento espiritual. A inclusão, neste fator, de dois itens de Práticas Não-Institucionais não é nenhuma surpresa, já que, não estando ligadas ao formalismo das instituições, são campos frutíferos para a experimentação espiritual individual e o aprofundamento do *self*. Neste sentido, também estão voltados os itens das subescalas Entidade ("Procurei conversar com meu eu superior"), Conexão ("Tentei construir uma forte relação com um poder superior"), e Bem ("Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu"), que revelam atitudes de reflexão interior. Salienta-se que a não utilização de uma nomenclatura específica para o que seja "superior" em alguns itens, faz com que os mesmos possam ser acessíveis à identificação por pessoas de qualquer crença.

FATOR P6: AÇÕES EM BUSCA DO OUTRO INSTITUCIONAL – Todos os itens componentes deste fator, provenientes de quatro subescalas, estão relacionados a ações em busca do outro institucional, seja na personificação de membros componentes da instituição ou grupo religioso, seja na busca de um local relacionado à religião/espiritualidade, seja na execução comportamentos socialmente compartilhados (ouvir/cantar música religiosas, realizar atos ou ritos espirituais, etc) ou ainda na participação em atividades sociais religiosas. Destaca-se aqui a inclusão de um item que, a primeira vista, seria oposto ao tema relevante do fator:

"Montei um local de oração em minha casa". Pertencente a subescala Práticas Não-Institucionais, seu conteúdo revela, entretanto, uma busca de uma maior formalização das práticas pessoais. Parece funcionar como uma incorporação do institucional nas práticas individuais não institucionalizadas. Respeitando este sentido, e o peso maior neste fator, optou-se por não re-alocar este item para o fator seguinte, onde também obteve carga acima de 0,30.

FATOR P7: BUSCA PESSOAL DE CONHECIMENTO ESPIRITUAL – Este foi o único fator onde carregaram itens referentes a apenas uma finalidade: VII-Busca Pessoal. Teoricamente, se postulou como agregadas as subescalas referentes à busca de crescimento e conhecimento espiritual. Provavelmente, tal ocorreu pela associação entre conhecimento e crescimento que perpassa nossa história. Sócrates, com seu famoso epitáfio "Conhece-te a ti mesmo", colocado na parede do templo de Apolo, em Delfos, já alertava os homens para a necessidade do autoconhecimento na antiguidade. Entretanto, o arranjo empírico resultante das análises fatoriais uniu neste sétimo fator os itens referentes à busca pessoal de conhecimento espiritual em separado do crescimento espiritual (fator 5), e com a presença completa da subescala Literatura e de dois dos três itens da subescala Mídia.

FATOR P8: AFASTAMENTO ATRAVÉS DE DEUS, RELIGIÃO OU ESPIRITUALIDADE – Nas outras soluções fatoriais analisadas percebeu-se que os itens que compõem a subescala Renúncia Ativa carregavam em conjunto no fator Posicionamento Positivo frente a Deus, o que teoricamente faz sentido, já que neste fator estão todas as estratégias referentes a estilos de *coping* religioso espiritual. Por outro lado, os itens componentes da subescala Foco, carregavam juntamente com o fator Transformação de Si e/ou de sua Vida, fato que também faz sentido teoricamente, pois se focar nos aspectos religiosos configura-se numa modificação no pensamento do ser ("Si"). Entretanto, pareceu-nos mais indicada esta solução de oito fatores, na qual estas duas subescalas se uniam para formar um fator em separado. Isto porque se percebeu que nos itens de ambas era utilizada a mesma estratégia de *coping* descrita, tanto em pesquisas de *coping* religioso espiritual, quanto nas de *coping* geral: afastamento (ou distanciamento) do problema. No caso, tal afastamento tem caráter religioso-espiritual: a pessoa afasta-se do problema, mental ou comportamentalmente, aproximando-se de Deus, da religião ou das questões espirituais.

Quanto à Dimensão Negativa de CRE, podemos notar, observando as Tabelas 46 e 47, que as nove estratégias (subescalas) de CRE negativo foram classificadas teoricamente em apenas quatro finalidades. Isto porque os CRE's utilizados para atingir as finalidades V-Transformação, VI-Ações Práticas e VII-Busca Pessoal, em geral, não acarretam conseqüências negativas. No arranjo fatorial, a partir dos dados empíricos, estas estratégias

foram redistribuídas em quatro fatores formando a DiCREN. A subescala Negação, de apenas um fator, e o item D.Poder 2 foram descartados por má compreensão.

Analisando os fatores da dimensão negativa da Escala CRE, percebemos que a única mudança apresentada no arranjo empírico, em relação ao teórico, foi que um item da subescala Punição e a subescala Poder, de apenas um item, se deslocaram da finalidade I-Reavaliação para juntar-se com as duas subescalas III-Deus e seus respectivos itens. Assim, com exceção do fator N1, formado por tal combinação, todos os outros fatores negativos foram compostos, cada um, por estratégias e itens de apenas uma finalidade, mantendo em muito a organização teórica hipotetizada.

Tabela 46.
Distribuição Teórica dos Itens da Dimensão Negativa da Escala CRE (DiCREN)

ARRANJO TEÓRICO (Base de construção dos itens)[1]				
Nº	FINALIDADE DO CRE[2]	SIGLA	ESTRATÉGIAS DE *COPING*	ITENS
I	Busca de Significado através de Reavaliação Cognitiva Negativa	R	Punição	1 a 3
		R	Mal	1 a 3
		R	Poder	1, 2
II	Busca de Controle Indireto segundo Estilos de *Coping* (posicionamento negativo frente a Deus)	E	Delegação Passiva	1 a 3
		E	Súplica Negativa	1
		E	Negação	1
III	Busca de Apoio em Deus (Descarga)	D	Mágoa com Deus	1 a 3
		D	Revolta	1 a 3
IV	Busca Apoio Espiritual através dos Outros	O	Mágoa institucional	1 a 4

1 Composto apenas pelos itens negativos da distribuição apresentada na seção "Método".
2 Em geral, o CRE utilizado para atingir as finalidades V (T), VI (A) e VII (P) não acarreta conseqüências negativas.

Tabela 47.
Distribuição Empírica dos Itens da Dimensão Negativa da Escala CRE (DiCREN)

ARRANJO EMPÍRICO (Análise Fatorial)[1]					
Nº	FATORES	SIGLA[2]		ESTRATÉGIAS DE *COPING*	ITENS
N1	Questionamento de Deus	D	R	Mágoa com Deus	1 a 3
		D		Revolta	1 a 3
		R		Punição	3
		R	D	Poder	1
N2	Posicionamento Negativo frente a Deus	E		Delegação Passiva	1 a 3
		E		Súplica Negativa	1
N3	Reavaliação Negativa do Significado	R		Punição	1, 2
		R		Mal	1 a 3
N4	Insatisfação com o Institucional	O		Mágoa institucional	1 a 4

1 Sumário da análise fatorial da DiCREN.
2 Siglas: 1ª coluna – classificação original das estratégias; 2ª coluna – classificação alternativa.

Analisando cada fator, nota-se que no N1 foram agregados de maneira conceitualmente significativa todos os itens com relação ao questionamento de Deus. Os provenientes da subescala III-Deus, que configuram a base deste fator, versam sobre

pensamentos e sentimentos de revolta e mágoa com Deus, questionando o Seu amor, Sua proteção, Seus desígnios e até Sua existência. Os dois itens originários da finalidade I (R.Poder 1 e R.Punição 3), que são reavaliações negativas de Deus, se apresentam também através de questionamentos, no caso, sobre os limites e os atos punitivos de Deus.

O fator N2 manteve a mesma estrutura da finalidade II-Estilos, e o fator N4 da finalidade IV-Outros. O fator N3 manteve-se essencialmente igual à organização teórica da finalidade I-Reavaliação Negativa, com exceção dos dois itens deslocados para o fator N1. Desta forma, pode-se dizer que a base teórica da dimensão negativa foi fortemente suportada pela verificação empírica.

4. Análises Descritivas: Médias e Desvios-Padrão dos Instrumentos e Índices Empregados

Neste subtópico se encontram expostos os valores máximos e mínimos, médias e desvios-padrão que alcançaram as diversas variáveis utilizadas neste estudo, considerando a amostra total de 616 participantes. Em relação à Escala CRE (Tabela 48), os participantes alcançaram, em média, um valor de utilização de CRE positivo igual a 3,26, e de CRE negativo de 1,66. A proporção entre ambos (Razão CREN/CREP=0,54) indica que, em média, os participantes utilizaram 54% de CREN da quantidade de CREP empregado, estando próximos da proporção proposta, neste trabalho, como mínima para obtenção de um resultado positivo final: 2CREP:1CREN (Razão CREN/CREP≤0,50). Tal parâmetro proporcional, entretanto, necessita de confirmação empírica a partir de estudos futuros. Em média, considerando o desvio-padrão, observa-se que o uso total de *coping* religioso espiritual pelos participantes, computando os positivos e os negativos, variou de utilização média (μCRE TOTAL=3,38) à alta (μCRE TOTAL=4,22)[1]. Entre as médias alcançadas pelos fatores de CRE positivo, aquele que apresentou maior valor foi o P4 "Posicionamento positivo frente a Deus", e menor o P7 "Busca pessoal de conhecimento espiritual". Quanto aos fatores de CRE negativo, o que mostrou maior média foi o N2 "Posicionamento negativo frente a Deus", menor o N1 "Reavaliação negativa de Deus".

Quanto ao Instrumento WHOQOL-bref, pode-se observar que a maior média de qualidade de vida foi obtida no Índice *OVERALL*. Em segundo lugar ficou a média para o Domínio 1 – Físico. Considerando a média e o desvio-padrão, podemos dizer que o índice de qualidade de vida total variou de QV Média (μWQTOTAL=13,29) à QV Muito Alta (μWQTOTAL=17,33)[2] (Tabela 49).

---

[1] Parâmetro arbitrário utilizado para análise dos valores das médias de CRE TOTAL quanto a sua utilização: Irrisória ou nenhuma (1 a 1,5); Baixa (1,51 a 2,5); Média (2,51 a 3,5); Alta (3,51 a 4,5); Altíssima (4,51 a 5).
[2] Parâmetro arbitrário usado para análise das médias de WQTOTAL quanto à qualidade de vida: Muito Baixa (4 a 7,2); Baixa (7,21 a 10,4); Média (10,41 a 13,6); Alta (13,61 a 16,8); Muito Alta (16,81 a 20).

Tabela 48.

Dados Descritivos para as Variáveis da Escala CRE (*N*=616)

	Valor Min.*	Valor Máx.*	μ	*dp*
CRE POSITIVO	1,00	4,88	3,26	0,78
CRE NEGATIVO	1,00	3,81	1,66	0,53
Razão CREN/CREP	0,22	1,83	0,54	0,22
CRE TOTAL	2,53	4,76	3,80	0,42
P1	1,00	5,00	3,34	0,92
P2	1,00	5,00	2,97	1,01
P3	1,00	5,00	3,24	0,87
P4	1,00	5,00	3,96	0,83
P5	1,00	5,00	3,34	0,88
P6	1,00	5,00	2,97	0,98
P7	1,00	5,00	2,58	1,01
P8	1,00	5,00	3,12	0,92
N1	1,00	4,38	1,43	0,59
N2	1,00	4,67	2,04	0,89
N3	1,00	5,00	1,85	0,81
N4	1,00	4,75	1,51	0,66

*Valores máximos e mínimos obtidos pelos participantes.

Tabela 49.

Dados Descritivos para as Variáveis do Instrumento WHOQOL-bref (*N*=616)

	Valor Mín.*	Valor Máx.*	μ	*dp*
WQTOTAL	7,80	19,67	15,31	2,02
DOM1	7,43	20,00	15,70	2,42
DOM2	7,33	20,00	15,36	2,22
DOM3	4,00	20,00	15,13	3,06
DOM4	5,50	20,00	14,39	2,44
OVERALL	6,00	20,00	16,02	2,50

*Valores máximos e mínimos obtidos pelos participantes, em escala de 4 a 20.

Tabela 50.

Dados Descritivos para as Variáveis de Outras Medidas Religiosas/Espirituais (*N*=616)

	Mínimo	Máximo	μ	*dp*
ARTOTAL	1,00	5,00	3,33	0,86
IMP/STRESS [QG12]	1	5	4,47	0,94
AJU/STRESS [QG16]	1	5	4,53	0,90
IMPOREL	1,00	5,00	4,51	0,82
FREQREL*	1,00	5,00	3,79	0,91
IGAR	1,00	5,00	4,03	0,82
CRESCESP	1,00	5,00	3,80	1,03

* Em escala de 1 a 5.

Em relação às outras medidas religiosas/espirituais (Tabela 50), destaca-se que os participantes desta amostra demonstraram um nível um pouco acima de médio em atitudes religiosas segundo o índice ARTOTAL e alto pelo índice IGAR. Também evidenciaram alto nível de freqüência religiosa, de importância da religião em geral e particularmente para lidar

com o estresse e alto nível de ajuda da religião para lidar com o estresse. Por fim, em termos de resultado religioso, os participantes demonstraram alto grau de crescimento espiritual.

5. Análise das Relações entre *Coping* Religioso Espiritual (CRE), Qualidade de Vida (QV) e Saúde através dos Instrumentos e Variáveis Investigados Neste Estudo

Procurando responder ao terceiro objetivo específico deste trabalho, aqui se inserem os resultados quanto às análises das relações entre CRE, QV e saúde, através de análises de correlação, *Testes t e de Qui-Quadrado* entre as variáveis relacionadas a estes construtos, que foram avaliadas através dos instrumentos componentes desta pesquisa. A saber: Escala CRE, WHOQOL-bref e Questionário Geral. Este último, através da inclusão de questões objetivas e descritivas (subjetivas) de saúde, forneceu as seguintes variáveis: Problemas de Saúde, Classificação Objetiva de Saúde e Classificação Subjetiva de Saúde.

5.1 Relações entre CRE e QV

Através da validação de construto convergente da Escala CRE se pôde ver que CRE e QV demonstraram ser construtos correlacionados, tanto positiva, quanto negativamente. Análises de correlação, entretanto, não dão idéia da magnitude das diferenças entre as médias dos grupos com alta e baixa QV, ou com alta e baixa utilização de CRE. A fim de analisá-las, ampliando a investigação dos aspectos da relação CRExQV, foram realizados *testes t* entre as variáveis da Escala CRE e do instrumento WHOQOL-bref. Primeiramente, os sujeitos da amostra foram divididos segundo alta e baixa qualidade de vida, através da média (μ=15,31) e do desvio padrão (*dp*=2,02) do Índice de Qualidade de Vida Total (WQTOTAL). A faixa denominada baixa qualidade de vida (QV-Baixa) foi calculada pelo valor da média menos um desvio padrão e compreendeu os participantes com WQTOTAL abaixo de 13,29 (*n*=95). A faixa denominada alta qualidade de vida (QV-Alta) foi calculada pelo valor da média somado a um desvio padrão e compreendeu os participantes com WQTOTAL acima de 17,33 (*n*=94). Os participantes com médias intermediárias foram descartados da amostra para estas análises, que foram realizadas com um total de 189 sujeitos.

Se a utilização de *coping* religioso espiritual tem associação positiva com QV, beneficiando o praticante, é esperado que, quem apresente alto nível de qualidade de vida, apresente índices mais elevados de CRE. Realizando um *Teste t* para amostras independentes para as variáveis da Escala CRE (Tabela 51), através do critério Alta e Baixa Qualidade de Vida (*n*=189), encontrou-se diferença significativa entre as médias dos grupos indicando que aquele que apresenta baixa qualidade de vida utiliza menos *coping* religioso

espiritual (μCRE TOTAL=3,50, *dp*=0,42), enquanto que o grupo que apresenta alta qualidade de vida utiliza mais *coping* religioso espiritual (μCRE TOTAL=4,05, *dp*=0,36; *t*=–9,630, *gl*=187, *p*≤0,0001), resultando em associação positiva entre CRE e QV.

Na mesma tabela se vê que todos os outros índices totais da Escala CRE (CRE POSITIVO, CRE NEGATIVO e Razão CREN/CREP) também apresentaram diferenças significativas entre os grupos QV Alta e Baixa. Quanto aos fatores isoladamente, seis fatores positivos e todos os negativos apresentaram semelhante resultado. Apenas dois (P1, P2) dos oito fatores positivos não demonstraram diferença significativa entre os grupos. O grupo QV-Baixa apresentou médias mais altas de CRE negativo (índice CRE NEGATIVO e todos fatores negativos, N1 a N4), e o grupo QV-Alta apresentou médias mais altas de CRE positivo (através do índice dimensional CRE POSITIVO e dos índices fatoriais P3 a P8).

Tabela 51.
Teste t para Amostras Independentes segundo Critério "Qualidade de Vida" (através do Índice WQTOTAL) para as Variáveis da Escala CRE

	QV-Baixa (*n*=95)		QV-Alta (*n*=94)				
Variável Avaliada	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
CRE POSITIVO	3,15	0,69	3,54	0,71	-3,80	186,731	0,0001*
CRE NEGATIVO	2,16	0,63	1,44	0,35	9,60	187	0,0001*
Razão CREN/CREP	0,71	0,26	0,43	0,16	9,18	187	0,0001*
CRE TOTAL	3,50	0,42	4,05	0,36	-9,63	187	0,0001*
P1	3,39	0,75	3,51	0,92	-0,99	179,006	0,325
P2	2,97	0,94	3,15	1,04	-1,25	184,937	0,212
P3	3,01	0,78	3,70	0,74	-6,27	186,656	0,0001*
P4	3,73	0,75	4,32	0,72	-5,62	186,835	0,0001*
P5	3,08	0,85	3,69	0,81	-5,03	186,767	0,0001*
P6	2,81	0,92	3,32	0,97	-3,73	186,254	0,0001*
P7	2,55	1,02	2,84	1,02	-1,98	186,984	0,049*
P8	3,11	0,79	3,35	0,91	-1,97	182,313	0,050*
N1	1,86	0,81	1,26	0,38	6,47	187	0,0001*
N2	2,63	0,97	1,83	0,78	6,23	187	0,0001*
N3	2,46	0,94	1,57	0,71	7,28	187	0,0001*
N4	1,90	0,84	1,28	0,45	6,37	187	0,0001*

* Diferença significativa.

Outras variáveis também apresentaram diferenças significativas entre as médias dos grupos QV-Alta e QV-Baixa, conforme exposto na Tabela 52. O grupo na faixa de QV-Alta apresentou médias mais altas em todas as outras medidas religiosas, multidimensionais, globais ou unidimensionais. Assim também ocorreu na Classificação Objetiva de Saúde, na qual o grupo QV-Alta classificou-se muito próxima de muito boa e o grupo QV-Baixa entre "nem ruim, nem boa" e "boa". Isto parece indicar que o instrumento WHOQOL-bref, apesar de acessar a qualidade de vida geral, através de seus vários

domínios e facetas, está bastante embasado nas questões de saúde, já que discrimina bem a diferença entre os grupos quanto a esta variável. Por outro lado, já foi comentado que as pessoas tenderam, na COS, a classificar sua saúde mais positivamente do que na classificação subjetiva (CSS) ou especificada (PS). Então, talvez, numa Classificação Objetiva de Saúde entrem mais construtos que não são detectados para gerar uma resposta, sendo um índice que não seria, então, unidimensional.

Tabela 52.
Teste t para Amostras Independentes segundo Critério "Qualidade de Vida" para Variáveis de Saúde e Outras Medidas de R/E

	QV-Baixa (*n*=95)		QV-Alta (*n*=94)				
Variável Avaliada	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
COS (Classif.Obj.Saúde)	3,60	1,01	4,67	0,47	-9,20	186	0,0001
IGAR	3,90	0,77	4,29	0,69	-3,73	185,034	0,0001
IMPOREL	4,36	0,82	4,78	0,59	-4,05	187	0,0001
IMP/STRESS (QGnº12)	4,34	1,00	4,74	0,65	-3,28	186	0,001
AJU/STRESS (QGnº16)	4,34	0,96	4,83	0,58	-4,22	186	0,0001
CRESCESP	3,51	1,04	4,29	0,84	-5,67	187	0,0001
ARTOTAL	2,99	0,78	3,76	0,81	-6,61	184,302	0,0001

Em segundo lugar, foi dividida a amostra (*N*=616) em grupos quanto à Faixa de CRE TOTAL Alta ou Baixa, calculadas igualmente através da média (3,80) e desvio padrão (0,42). Outro *Teste t* para amostras independentes mostrou que o contrário também é verdadeiro: o grupo (*n*=84) que apresenta alto índice de *coping* religioso espiritual (CRE TOTAL μ=4,22 a 4,76) apresenta melhor índice de qualidade de vida (WQTOTAL, *OVERALL* e Domínios 1 a 4 com média significativamente mais alta) e o grupo (*n*=112) que apresenta baixo índice de *coping* religioso espiritual total (CRE TOTAL μ=2,53 a 3,38) apresenta pior índice de qualidade de vida (WQTOTAL, *OVERALL* e Domínios 1 a 4 com média significativamente mais baixa) (Tabela 53). Este é um fato óbvio, dada a correlação entre os dois construtos, mas tais análises foram rodadas para permitir a verificação das médias de QV em função do uso de CRE, assim como das médias de CRE em função da QV.

Em adição, *Testes t* para os grupos independentes CRE TOTAL Alto e CRE TOTAL Baixo quanto a outras variáveis religioso-espirituais e de saúde podem ser visualizadas na Tabela 54. Nelas percebe-se que, além de QV maior, o grupo CRE TOTAL Alto também apresenta uma média significativamente maior na Classificação Objetiva de Saúde. A média de idade de quem emprega mais CRE é maior do que os que empregam menos CRE. A média de todas as medidas religiosas espirituais também foi mais alta no grupo CRE TOTAL Alto. Ressalta-se que a faixa CRE TOTAL Baixo, como resultado

religioso, encontra-se entre "tenho crescido um pouco" e "tenho crescido mais ou menos" espiritualmente (μ=2,65), e a faixa CRE TOTAL Alto encontra-se entre "tenho crescido" e "tenho crescido muito" espiritualmente(μ=4,45), indicando ter esta última resultados religiosos positivos significativamente mais altos em termos de crescimento espiritual do que aqueles que utilizam menos CRE. Ou seja, quanto mais usa CRE, mais cresce espiritualmente.

Tabela 53.
Teste t para Amostras Independentes segundo Critério "Faixa de CRE TOTAL" para os Índices do Instrumento WHOQOL-bref

	CRE TOTAL Baixo (*n*=112)		CRE TOTAL Alto (*n*=84)				
Variável Avaliada	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
WQTOTAL	14,08	2,21	16,35	1,68	-7,80	193	0,0001
DOMÍNIO 1 (Físico)	14,48	2,49	16,86	2,15	-7,06	182,814	0,0001
DOMÍNIO 2 (Psicol.)	13,94	2,50	16,78	1,68	-8,86	191	0,0001
DOMÍNIO 3 (R.Soc.)	13,68	3,40	16,37	2,38	-6,15	192	0,0001
DOMÍNIO 4 (Amb.)	13,23	2,49	15,37	2,24	-6,26	181,992	0,0001
OVERALL	15,14	2,94	16,59	2,14	-3,79	191	0,0001

Tabela 54.
Teste t para Amostras Independentes segundo a "Faixa de CRE TOTAL" para as Variáveis de Saúde e Outras Medidas Religiosas/Espirituais

	CRE TOTAL Baixo (*n*=112)		CRE TOTAL Alto (*n*=84)				
Variável Avaliada	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
CSO	4,09	0,81	4,35	0,69	-2,42	189,436	0,017
Idade	31,99	15,87	46,09	16,94	-5,65	150,329	0,0001
IMP/STRESS	3,45	1,40	4,92	0,32	-9,44	194	0,0001
AJU/STRESS	3,41	1,44	4,98	0,15	-9,87	193	0,0001
IMPOREL	3,48	1,26	4,95	0,17	-10,69	194	0,0001
FREQREL	4,01	2,14	7,09	0,80	-12,54	194	0,0001
IGAR	3,04	1,04	4,51	0,33	-12,50	194	0,0001
CRESCESP	2,65	1,17	4,45	0,60	-12,96	194	0,0001

Uma ANOVA *One-way* para Faixa de Idade (5 faixas) X WQTOTAL (valores de 4 a 20) X CRE TOTAL (valores de 1 a 5) apresentou diferença significativa entre as variáveis CRE TOTAL e Faixa de Idade (F=16,390; *gl*=611,4; *p*≤0,0001), e não mostrou diferença significativa entre WQTOTAL e Faixa de Idade. Através dos Testes *Post Hoc* Scheffe percebeu-se que a faixa de idade 13-20 apresentava menor CRE TOTAL que todas as outras faixas e, também, que a faixa de idade 21-30 apresentou menor CRE TOTAL que

as faixas de 46-60 e 61-82. A Tabela 55 mostra três *subsets* homogêneos para CRE TOTAL segundo as faixas de idade.

Tabela 55.
Homogeneous Subsets para CRE TOTAL (segundo Faixa de Idade)

		Subsets para *alpha*=0,05		
Faixa de Idade	*n*	1	2	3
13-20	69	3,49		
21-30	143		3,73	
31-45	128		3,80	3,80
61-82	161			3,90
46-60	115			3,92
Sig.		1,00	0,79	0,29

5.2 Relações entre Classificação Objetiva de Saúde (COS), CRE e QV

Estas relações foram averiguadas através de análises de correlação entre COS e as variáveis da Escala CRE, e entre COS e as variáveis do instrumento WHOQOL-bref. Quanto à primeira relação, o construto de saúde é bastante diverso do construto *coping* religioso espiritual. Mesmo assim, a literatura tem informado existir correlação entre estes. Todavia, as correlações entre as variáveis que os mensuram devem ser mais baixas, em comparação com as correlações entre as variáveis que avaliam a segunda relação: saúde e qualidade de vida. Tal pressuposto acontece, porque estes últimos construtos têm estreita relação entre si, em virtude da definição de QV englobar o conceito de saúde.

Tabela 56.
Correlações Pearson (*r*) entre a Classificação Objetiva de Saúde e os Índices dos Instrumentos que Avaliam CRE e QV

Instrumento	Variáveis	Classificação Objetiva de Saúde – (*r*)
Escala CRE	CRE TOTAL	0,12 *
	Razão CREN/CREP	- 0,14 *
	CRE NEGATIVO	- 0,20**
	N1	- 0,13 *
	N2	- 0,20**
	N3	- 0,13 *
	N4	- 0,15**
WHOQOL-bref	WQTOTAL	0,51**
	DOM1	0,59**
	DOM2	0,33**
	DOM3	0,22**
	DOM4	0,32**
	OVERALL	0,62**

** p≤0,0001 * p≤0,005

Como se pôde constatar na Tabela 56, em relação às variáveis CRE, o índice que avalia a proporção entre CREN e CREP (Razão CREN/CREP), a dimensão negativa (CRE NEGATIVO) e todos os fatores negativos da Escala CRE correlacionaram negativamente com a COS. O índice CRE NEGATIVO e o fator N2 apresentaram as correlações mais altas (-0,20). Já o índice CRE TOTAL correlacionou positivamente. Quanto às variáveis de QV, todos os índices de avaliação do WHOQOL-bref apresentaram correlações positivas com COS. Os índices *OVERALL*, WQTOTAL e DOM 1 (Físico) apresentaram as maiores correlações, enquanto o domínio 3 (Relações Sociais) a mais baixa. Conforme esperado, as correlações WHOQOL-bref x COS foram mais altas do que as correlações entre Escala CRE x COS.

Uma ANOVA *One-way* para Idade (13 a 82 anos) X Classificação Objetiva de Saúde (5 respostas) apresentou diferença significativa entre as variáveis (F=6,206; *gl*=553,4; $p \leq 0,0001$). Através dos Testes *Post Hoc* Scheffe foram constatadas diferenças significativas entre a resposta "Muito Boa" (que apresentou menor idade) e as respostas: "Boa" e "Nem ruim, nem boa". Ressalta-se que estas três alternativas cobrem 97,2% de todas as respostas dos participantes para a COS. A Tabela 57 mostra um único *subset* homogêneo para idade, segundo a Classificação Objetiva de Saúde.

Tabela 57.
Homogeneous Subset para Idade (segundo COS)

		Subset para *alpha*=0,05
COS	*n*	1
Muito Boa	215	37,04
Boa	286	42,71
Nem ruim, nem boa	43	47,37
Fraca	9	51,67
Muito ruim	5	55,80
Sig.		0,10

5.3 Relações entre Problemas de Saúde (PS), CRE e QV

Para investigar as associações da variável dicotômica PS (respostas não e sim; QG23), foram realizados *testes t* para a média das variáveis da Escala CRE e do WHOQOL-bref. Como podemos visualizar na Tabela 58, apenas quatro fatores acusaram diferenças significativas entre os grupos com e sem problemas de saúde (PS): P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual, P3: Oferta de Ajuda ao Outro; P8: Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade e N2: Posicionamento Negativo frente a Deus. Em relação às variáveis do instrumento WHOQOL-bref, a mesma tabela mostra que os dois grupos se diferenciaram em relação a todos os índices de qualidade de vida, indicando que

aqueles que têm problemas de saúde apresentam uma qualidade de vida significativamente mais baixa (0,03≤p≤0,0001).

Tabela 58.
Testes t para Amostras Independentes Com e Sem Problemas de Saúde para as Variáveis da Escala CRE e do Instrumento WHOQOL-bref

	Sem PS (*n*=368)		Com PS (*n*=243)				
Variável Avaliada	μ	*dp*	μ	*dp*	*t*	*gl*	*p*≤
CRE POSITIVO	3,20	0,81	3,32	0,73	-1,783	609	0,075
CRE NEGATIVO	1,63	0,52	1,70	0,54	-1,744	506,900	0,082
CRE TOTAL	3,79	0,43	3,81	0,40	-0,557	539,799	0,578
Razão CREN/CREP	0,54	0,23	0,54	0,20	0,348	553,910	0,728
P1	3,30	0,97	3,39	0,85	-1,189	609	0,235
P2	2,88	1,03	3,07	0,96	-2,292	542,104	0,022*
P3	3,16	0,90	3,35	0,80	-2,601	609	0,010*
P4	3,95	0,85	3,97	0,79	-0,205	544,561	0,837
P5	3,32	0,91	3,37	0,84	-0,709	546,467	0,478
P6	2,91	1,01	3,04	0,91	-1,703	609	0,089
P7	2,53	1,03	2,64	0,98	-1,316	535,906	0,189
P8	3,04	0,94	3,23	0,89	-2,562	537,094	0,011*
N1	1,43	0,59	1,44	0,60	-0,163	510,918	0,871
N2	1,93	0,86	2,20	0,92	-3,675	493,475	0,0001*
N3	1,84	0,82	1,87	0,79	-0,515	530,597	0,607
N4	1,47	0,60	1,55	0,63	-1,495	500,979	0,136
WQTOTAL	15,71	1,83	14,71	2,15	6,108	602	0,0001*
DOM 1	16,38	2,09	14,66	2,50	9,049	591	0,0001*
DOM 2	15,55	2,14	15,09	2,27	2,486	482,793	0,013*
DOM 3	15,36	2,98	14,79	3,13	2,238	486,427	0,026*
DOM 4	14,57	2,32	14,12	2,59	2,175	467,214	0,03*
OVERALL	16,71	2,11	14,97	2,70	8,770	594	0,0001*

* Diferenças significativas entre as médias dos grupos.

Análises sobre a relação entre tipos de problema de saúde [cardiovascular, endócrino, etc. (parte descritiva da QG23)], demonstrou que estes não se correlacionaram com nenhum fator ou índice da Escala CRE, nem com os domínios e índice do WHOQOL-bref. Estas análises indicaram que o tipo de doença ou o problema de saúde específico apresentado pela pessoa não têm influência preponderante sobre sua qualidade de vida, nem sobre a utilização que ela faz de *coping* religioso espiritual total, positivo ou negativo. Um último *teste t* entre a variável PS e a variável Idade mostrou haver diferença significativa entre as médias de idade entre os grupos Com PS (μ=48,66; *dp*=18,42) e Sem PS [μ=36,53; *dp*=16,80 (*t*=-8,036; *p*≤0,001)].

5.4 Relações entre Classificação Subjetiva de Saúde (CSS), CRE e QV

As relações acima foram analisadas através de *Testes de Qui-Quadrado* entre CSS e as variáveis da Escala CRE, e entre CSS e as variáveis do instrumento WHOQOL-bref. Para a realização da primeira parte dos testes, entre CSS e variáveis da Escala CRE, primeiramente se dividiu a amostra em *tercis* para os índices CRE TOTAL (pontos de corte em 3,7013 e 4,0188) e Razão CREN/CREP (pontos de corte em 0,422405 e 0,563885), gerando três grupos para cada variável, cada qual com valores altos, médios e baixos de cada índice. Dada a proporcionalidade direta e inversa dos índices CRE TOTAL e Razão CREN/CREP, respectivamente, o grupo CRE TOTAL Alto equivaleria aproximadamente ao grupo Razão CREN/CREP Baixa, e *vice-versa*, e os grupos intermediários se equivaleriam entre si, com algumas alterações.

Tabela 59.
Qui-Quadrado para a Variável Classificação Subjetiva de Saúde segundo os Grupos de CRE TOTAL Alto, Médio e Baixo

CRE TOTAL*	N° de pessoas	Categoria de CSS	% c/ Grupo	% c/ CSS	χ^2	$p\leq$
Baixo	Menor	Com Probl. Saúde Físico	14,0	23,5	29,358	0,003
	Maior	Sem Probl. Saúde - Boa	23,0	42,6		
	Maior	Com Probl. Saúde Emocional	9,5	50,0		
	Maior	Com Probl. Saúde Emocional e Físico	9,0	50,0		
Médio	Menor	Com Probl. Saúde Emocional	3,5	18,4		
	Menor	Com Probl. Saúde Emocional e Físico	3,0	16,7		
	Maior	Sem Probl. Saúde -Ótima ou Boa por Cuidados Pess./Espirit.	23,0	41,4		
Alto	Maior	Com Probl. Saúde Físico	25,0	42,9		

* CRE TOTAL é uma variável diretamente proporcional, ou seja, os valores mais altos são considerados mais positivos.

Tabela 60.
Qui-Quadrado para a Variável Classificação Subjetiva de Saúde segundo os Grupos de Razão CREN/CREP Alta, Média e Baixa

Razão CREN/CREP**	N° de pessoas	Categoria de CSS	% c/ Grupo	% c/ CSS	χ^2	$p\leq$
Alta	Menor	Sem Probl. Saúde - Ótima	9,0	22,5	28,436	0,005
	Maior	Com Probl. Saúde Emocional	10,9	57,9		
	Maior	Com Probl. Saúde Emocional e Físico	9,0	50,0		
Média	Menor	Com Probl. Saúde Emocional	3,4	18,4		
Baixa	Maior	Com Probl. Saúde Físico	24,6	42,0		

** Razão CREN/CREP é uma variável inversamente proporcional, ou seja, os valores mais baixos são considerados mais positivos.

Analisando as Tabelas 59 e 60, percebemos que os grupos de CRE TOTAL Alto e de Razão CREN/CREP Baixa apresentaram um número maior de pessoas com problemas de saúde física. Os grupos de CRE TOTAL Baixo e de Razão CREN/CREP Alta apresentaram um número maior de pessoas com problemas de saúde emocional e com problemas de saúde emocional e física. Ambos os grupos de CRE TOTAL Médio e Razão CREN/CREP Média apresentaram um número menor de pessoas com problemas emocionais. Estas similaridades ficam por conta da presumida equivalência aproximada entre estes grupos e, as diferenças, por estes justamente não serem exatamente iguais. É assim, por exemplo, que o Grupo CRE TOTAL médio apresentou uma variação maior de categorias que apresentaram diferenças significativas. Além de um número menor de pessoas com problemas emocionais (no que se igualou ao grupo Razão CREN/CREP Médio), o grupo CRE TOTAL médio apresentou um número também menor de pessoas com problemas de saúde física e emocional e um número maior de pessoas sem problemas de saúde, que revelaram que sua saúde é ótima ou boa porque realizam cuidados pessoais (como baixa ingestão de alimentos ou sal, execução rotineira de exercícios, etc.) e/ou espirituais (práticas de meditação, reflexões sobre a vida segundo os preceitos religiosos/espirituais, etc.).

Para a realização da segunda parte dos testes, entre CSS e as variáveis do WHOQOL-bref, a amostra foi dividida em *tercis* através do índice WQTOTAL (pontos de corte em 14,7476 e 16,2429) formando os grupos de QV-Alta (n=175), QV-Média (n=204) e QV-Baixa (n=198). Conforme esperado, os *Testes de Qui-Quadrado* (χ^2=60,625; $p \leq 0{,}0001$) mostraram que o grupo QV-Baixa apresentou um número significativamente menor de pessoas nas categorias sem problemas de saúde [Ótima (8,0%), Boa (12,6%), Ótima ou Boa por Cuidados Pessoais e/ou Espirituais (10,3%)] e significativamente maior de pessoas nas categorias com problemas de saúde [Emocional (12,0%), Físico (26,3%), Emocional e Físico (12,0%)]. Já o grupo QV-Alta apresentou um número significativamente maior de pessoas Sem Problemas de Saúde-Ótima (19,2%) e menor de pessoas com problemas de saúde [Emocional (3,5%), Físico (13,1%), Emocional e Físico (2,0%)]. O grupo de QV intermediária não demonstrou valores distintamente significativos.

Uma ANOVA *One-way* para averiguar a interação entre as variáveis Idade (13 a 82 anos) X Classificação Subjetiva de Saúde (7 categorias) apresentou diferença significativa entre as variáveis (F=12,764; gl=549,6; $p \leq 0{,}0001$). Através dos Testes *Post Hoc* Scheffe foram constatadas diferenças significativas entre a categoria "Com Problema de Saúde Física" (que apresentou maior idade) e outras cinco categorias: "Sem

Problema de Saúde-Ótima", "Sem Problema de Saúde-Boa", "Sem Problema de Saúde-Ótima ou Boa por Cuidados Pessoais e/ou Espirituais", "Com Pequenos Problemas de Saúde" e "Com Problemas de Saúde Emocional". A Tabela 61 mostra os três *subsets* homogêneos para idade, segundo a Classificação Subjetiva de Saúde.

Tabela 61.
Homogeneous Subsets para Idade (segundo CSS)

		Subsets para *alpha*=0,05		
CSS	*n*	1	2	3
Sem Problema de Saúde-Ótima ou Boa por Cuidados Pessoais e/ou Espirituais	105	35,60		
Sem Problema de Saúde-Boa	95	36,23		
Com Problemas de Saúde Emocional	36	36,31		
Sem Problema de Saúde-Ótima	76	38,00	38,00	
Com Pequenos Problemas de Saúde	103	41,56	41,56	
Com Problema de Saúde Físico e Emocional	31		47,35	47,35
Com Problema de Saúde Físico	110			52,67
Sig.		0,716	0,169	0,815

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

O objetivo desta pesquisa foi elaborar uma escala de *coping* religioso espiritual para utilização no Brasil, além de estudar, através da escala elaborada, a expressão do construto CRE em amostra brasileira, mais especificamente sul-rio-grandense, explorando as possibilidades de utilização do instrumento. Particularmente, pretendia-se: (1) traduzir a escala norte-americana RCOPE para o português e adaptá-la à cultura brasileira, gerando a Escala de *Coping* Religioso Espiritual – Escala CRE; (2) validar a Escala CRE; e, (3) realizar uma avaliação inicial sobre a possível relação entre *coping* religioso/espiritual, saúde e qualidade de vida em amostra sul-rio-grandense. Esta discussão, então, se desenvolverá retomando os objetivos iniciais traçados, seguindo a ordem de apresentação do método e dos resultados desta pesquisa.

FASE I

I-1 Tradução

Concordando com Sandoval e Durán (1998), que o processo de tradução reversa não permite facilmente que as bases culturais e conceituais de um teste/escala sejam transferidas para a linguagem desejada, por que talvez haja uma ênfase demasiada no retorno exato à linguagem original, optou-se por não empregá-la nesta pesquisa, apesar de seu uso tradicional. Seguindo o conselho destes mesmos autores quanto a traduzir as abstrações de forma mais variada, procurou-se fazer emergir uma tradução mais favorável.

Desta forma, optou-se pelo método utilizado [uma adaptação do primeiro passo do método de Beaton & cols. (2000)], por julgá-lo mais adequado para dar conta das diferenças idiomáticas e culturais, respectivamente entre o português (brasileiro) e o inglês (americano), que se expressam no modo de falar e escrever. É sabido que a tradução literal de um instrumento pode gerar frases que soem de forma estranha ao leitor ou ininteligíveis em seu verdadeiro significado. A tradução reversa pode acabar por fazer emergir uma tradução atravessada, entrecortada e desfavorável (Sandoval & Durán, 1998). Assim, a comparação entre as quatro traduções diferentes e a revisão, numa primeira fase, por um Comitê de Especialistas, e numa segunda fase, por duas especialistas independentes, possibilitou um maior número de alternativas de solução para as dificuldades inerentes a qualquer processo de tradução.

Realizando uma comparação entre a metodologia desenvolvida nesta pesquisa e os seis estágios do primeiro passo de Beaton e colegas (2000), percebe-se que: (1) utilizou-se quatro tradutores independentes para a Tradução Inicial, ao invés de dois (um leigo e três *experts* em diferentes áreas da psicologia); (2) a Tradução Sintetizada foi realizada por um dos tradutores iniciais e um quinto *expert*; (3) foi descartada a etapa da Tradução Reversa; (4) o Comitê de Especialistas foi formado por três profissionais da Psicologia presentemente reunidas (duas participantes da Tradução Inicial e uma com título de Especialização em Avaliação Psicológica), e um especialista em Psicologia da Religião através de parecer por escrito; (5) o Estudo Piloto foi realizado mais adiante, após o processo de adaptação cultural; (6) em adição, realizou-se uma segunda revisão por duas especialistas independentes; e, por fim, como recomendada, (7) foi realizada a submissão do material compilado às pessoas responsáveis pela adaptação do instrumento a cada passo do processo.

I-2 Adaptação

Vários autores citados na revisão (Beaton & cols., 2000; Geisinger, 1994; Sandoval & Duran; 1998, Skevington, 2002) enfatizam a reconhecida importância de realizar uma adaptação cultural dos itens dos instrumentos além da adaptação lingüística, assim como a necessidade de fazer mudanças de conteúdo e redação, a fim de manter a validade de conteúdo dos mesmos. Acompanhando esta recomendação, procurou-se também adaptar a Escala RCOPE à cultura brasileira, o que se configura no segundo passo para a adaptação transcultural de medidas de auto-relato de Beaton e colegas (2000).

Em termos de religião, os Estados Unidos (origem da RCOPE) apresentam uma sólida base judaico-cristã. Embora lá existam seguidores de diversas religiões, estas se configuram em minorias que não são expressivas frente à maciça maioria de católicos e evangélicos (protestantes). Os judeus, embora em pequena proporção, têm expoentes com grande influência econômica. Já no Brasil, apesar da reconhecida base católica desde os tempos da colonização, existe uma diversidade enorme de religiões reconhecidas e cultuadas pela população, das quais podemos citar algumas: (1) o sincretismo religioso realizado pelos escravos entre as religiões Nação Africana e Católica, que deu origem à Umbanda; (2) o Espiritismo, originalmente codificado por Allan Kardec na França, que teve na população brasileira um dos seus maiores desenvolvimentos, inclusive teóricos, com autores como Francisco Cândido Xavier e Divaldo Pereira Franco; (3) o Ocultismo, que sempre despertou grande interesse e curiosidade; (4) o Esoterismo, que em suas diversas linhas têm se propagado especialmente entre as pessoas que estão em busca de sua espiritualidade de forma não institucionalizada (ramificações deste último, como a *Wicca*, têm no bruxo Paulo Coelho um

de seus maiores expoentes internacionais, levando a interpretação literária brasileira desta crença a diversos países em todo o mundo); (5) o Budismo, com grande expressividade na comunidade japonesa de São Paulo, que, em suas diversas linhas e ramificações, tem ganhado muitos adeptos, sendo reforçado pela vinda de um monge tibetano ao país, que se estabeleceu em Três Coroas, Rio Grande do Sul; e, (6) a Sociedade Teosófica, onde, como em outros países, podem freqüentar pessoas de qualquer religião ou sem nenhuma, que estejam interessadas no estudo da religião comparada e na formação de uma fraternidade universal. Provavelmente, foi através da imigração significativa de populações de diversas culturas, que mantiveram o culto de suas tradições, que hoje existe no Brasil tamanha diversidade de religiões e crenças. Esta diversidade se soma às razões teóricas para a necessidade de uma adaptação cultural. Além disso, como se pôde perceber na seção resultados, no total dos grupos avaliados, religiosos ou não, uma boa gama de crenças e/ou religiões foi acessada. Esta incluiu católicos, espíritas kardecistas, afro-brasileiros e ateus, mais freqüentes no Brasil segundo Rocha (2004), e foi além, acessando evangélicos, pessoas sem religião, pessoas com duas ou mais religiões simultâneas e um número pouco expressivo de judeus e outras religiões.

Considerando o Censo Brasileiro de 2000, realizado pelo IBGE, podemos ver que, em termos da quantidade de religiões representadas neste estudo, conseguiu-se uma ampla gama, mas em termos da freqüência destas, não. No Brasil e no Rio Grande do Sul (RS), respectivamente, a freqüência das religiões pesa a favor do catolicismo (73,57% e 74,00%), em primeiro lugar, e das inúmeras religiões evangélicas (15,41% e 13,40%), em segundo (únicas religiões representadas por dezenas), Já a percentagem de espíritas é bem maior no RS que no Brasil (1,33% e 3,4%). Neste estudo, entretanto, a freqüência de católicos é de 40,4%, de evangélicos 7,5% e de espíritas 31,5%. Todavia, é sabido, inclusive através dos dados desta pesquisa, que algumas pessoas costumam se declarar como católicas ainda que tenham mudado ao longo da vida e professem outra religião ou abracem certas práticas e filosofias referentes a outras crenças. Neste estudo, manteve-se a religião declarada pelo participante, ainda que na QG11 o mesmo tenha afirmado ter trocado de crença, especificando a escolhida, que também foi computada nas taxas de evasão e destino. Tal fato pode estar minimizando a percentagem de outras religiões. Este aspecto pôde ser observado entre os participantes desta pesquisa que mudaram de religião. Por exemplo: enquanto 64,2% daqueles que mudaram de crença declarou que migrou para religião espírita, um número menor, 58,8%, declarou que se considera como espírita na questão QG10 ("Com relação à sua religião, doutrina, seita ou crença, você se considera..."). Todavia, comparando as freqüências das religiões na população brasileira com as da amostra deste estudo, a grande diferença entre as proporções destas, atesta a não representatividade religiosa proporcional de sua amostra. Tal fato ocorreu porque

o objetivo principal esteve focado em conseguir uma amostra numericamente expressiva para possibilitar as análises fatoriais e não na questão representativa. Entretanto, dada à ampla gama de crenças pesquisadas e à escassez de estudos de *coping* religioso espiritual com qualquer tipo ou segmento da população brasileira, acredita-se que seus dados possam ter uma relevância relativa, e possam endereçar ou suscitar novos estudos e novas questões.

Para esta etapa de adaptação foram consideradas não apenas modificações culturais nos itens existentes, que exigiam-nas para que bem compreendidos fossem pela população brasileira, mas também inclusões de itens nacionais que não faziam parte da escala original. As entrevistas com os líderes religiosos/espirituais possibilitaram um momento para ouvir a fala e angariar sugestões quanto a itens nacionais pertinentes não contemplados no instrumento original, a exemplo do uso, em outras pesquisas, de grupos focais com líderes religiosos (Seidlitz & cols., 2002) ou mistos, com profissionais da saúde e pessoas de diversas religiões (Fleck & cols., 2003). Seus pareceres também contribuíram na revisão da tradução. Este procedimento de inclusão tem sido utilizado também por outros pesquisadores, como o Grupo WHOQOL, para dar conta dos problemas de equivalência conceitual em traduções transculturais e ampliar a abrangência compreensiva dos itens originais do instrumento, arredondando o conceito de CRE em termos de linguagem e cultura nos países onde as questões a serem incluídas são reconhecidamente importantes (Skevington, 2002). Todavia, é recomendado incluir estes itens apenas se estes demonstrarem ser psicometricamente robustos, tanto quanto os itens do instrumento de origem. Esta análise foi realizada nas etapas seguintes, através do processo de validação da escala. Durante o piloto foram descartados dois itens nacionais referentes ao tema "Procura de conforto através de reposição de energias" (Procurei reforço espiritual através de energias; Recebi passes e fluidos energéticos) e quatro dos itens originais traduzidos e adaptados (Ignorei conselhos que não tinham relação com minha fé; Contei com minhas próprias forças sem depender do apoio de Deus; Percebi que existem coisas que nem mesmo Deus pode mudar; Pedi que outros rezassem por mim). No teste de campo, embora tenham sido descartados cinco itens (quatro originais e um pinçado da Escala *Red Flags*), nenhum deles pertencia aos itens nacionais incluídos.

I-3 Estudo Piloto

A exemplo do passo nº4 de Geisinger (1994) e do estágio nº5 do primeiro passo recomendado por Beaton e colegas (2000), foi realizada uma aplicação Piloto da Escala CRE, a fim de testá-la em relação à tradução e à adaptação e quanto a fatores extras que pudessem ser percebidos. Como resultado desta aplicação-teste, foram introduzidas

mudanças significativas no Consentimento Informado e no Questionário Geral. Conforme descrições anteriores, na Escala CRE, todavia, apenas percebeu-se a necessidade de realizar algumas modificações em três frases. Nenhum problema de aplicação ocorreu que pudesse ter alertado para a dificuldade de compreensão acusada na testagem de campo quanto às frases de nº 17 e 71 da mesma. Se houvessem sido entrevistados os participantes para detectar o que pensaram sobre cada item e ao escolher suas respostas, como recomendavam Beaton e colegas (2000), talvez houvessem sido detectados. Contudo, não houve possibilidade de realização em função do fator tempo, já que os estudantes foram abordados em sala de aula durante a realização das mesmas, o que já tomou significativo período de suas aulas.

Quanto aos problemas de aplicação encontrados após, na testagem de campo, em relação à frase nº13 da Escala de Atitude Religiosa, estes não poderiam ter sido previstos, pela não inclusão deste instrumento durante a testagem piloto.

FASE II

II-1 Análise dos Dados do Questionário Geral

II-1.1 Aspectos Religiosos/Espirituais

Embora existam noticiários e publicações leigas de circulação nacional com certo renome divulgando freqüentemente artigos afirmando que o Brasil é um país "de fé", é um dado impressionante constatar em pesquisa científica que, numa amostra de 616 participantes, que incluía 61,6% de pessoas com nível universitário, 97,9% declararam que acreditavam em Deus. Isto porque é tido como senso comum que no ambiente acadêmico encontram-se menos crentes. Já que boa parte da amostra tinha ligação evidente com seu lado espiritual (GR/E: Grupo Religioso/Espiritual), é relevante perceber que este resultado se manteve significativo no Grupo Geral (GG), onde, apesar de 75,5% possuírem nível superior ou acima, 92,3% dos participantes afirmaram que acreditavam em Deus. Este simples dado também tem outras repercussões. Uma é a de alertar aos pesquisadores científicos de qualquer área, que as questões e aspectos religioso-espirituais são parte importante da vida de expressiva monta da população brasileira. Assim sendo, podemos perceber que estes mereceriam ser pesquisados em maior escala em todas áreas da ciência, para entendermos se existe e qual a influência que podem ter nos mais variados aspectos da vida do ser humano. Conforme a revisão de literatura, pesquisas científicas têm ligado religião e saúde, positiva e negativamente. Seria interessante descobrir como utilizar estes dados para incluir, ou não, e de que forma, a dimensão religiosa/espiritual nos tratamentos

médicos, psicológicos, fisioterápicos, nutricionais e de todas as áreas ligadas ao atendimento à saúde, sejam estes realizados em nível público ou privado.

Quanto à religião declarada pelos participantes, grande parte declarou-se católico (40,4%), conforme esperado, já que mais de 73% da população brasileira declara-se pertencente a esta religião (IBGE, 2000). Apresentando percentuais menores, outras religiões declaradas merecem algum destaque. Dentre os participantes, 8,3% declararam-se sem religião, mas espiritualizados, corroborando tendência apontada pela literatura (Lewin, 2001). Quanto ao Censo Brasileiro (IBGE, 2000), persiste a dúvida se os classificados como sem religião (7,35%) são, todavia, espiritualizados, ou se esta nomenclatura está se referindo aos ateus e agnósticos. Se estiver se referindo aos primeiros, estará formalmente comprovada a tendência. Também, 7,5% da amostra total declararam-se como evangélicos, um grupo que tem crescido em número de adeptos nos últimos anos e já figura como a segunda religião do país (IBGE, 2000). Cabe enfatizar, ainda, o pequeno, mas significativo grupo de participantes (4,2%) que declarou possuir/seguir duas ou mais religiões simultaneamente, como, por exemplo: Budismo e Taoísmo, Batuque e Umbanda, Umbanda e Espiritismo, Esoterismo e *Wicca*, etc. Esta última ocorrência, que até poderia ser chamada de ecumenismo religioso, não se encontrou relatada nos artigos científicos tomados como referência para esta pesquisa. Pode ser esta uma nova tendência que se diferencia do sincretismo religioso. No sincretismo, acaba por se criar uma nova religião ou crença a partir de duas ou mais; no denominado ecumenismo religioso, preceitos e práticas com as quais a pessoa se identifica, que ela julga pertinentes e/ou complementares, são utilizados em conjunto ou simultaneamente, mantendo sua base teórica religiosa original separada. É o crente que faz as associações entre as teorias religiosas nas quais percebe lacunas que podem ser preenchidas, a seu ver, com outras. A exemplo da diversidade teórica na psicologia, por esta área do conhecimento não ter chegado a uma conclusão sobre "a" teoria capaz de dar conta da psique humana, a teologia também não elegeu (e talvez não seja possível) "a" religião que, com suas hipóteses teóricas e dogmáticas, dá conta de todas as questões transcendentais. Parece que o indivíduo, desta forma, toma para si a tarefa de resolver o impasse teórico entre as questões transcendentes e, individualmente, a seu modo, cria uma teoria que, através de sua lógica, seja capaz de responder a suas questões existenciais a partir das diferentes religiões existentes. O fato desta ocorrência não ter sido relatada no Censo, pode ter relação com a já citada prática do brasileiro de declarar-se como católico, ainda que cultive outras religiões, minimizando a percentagem destas outras na representação geral. Neste caso, uma das hipóteses, além da troca de religião, poderia ser o culto simultâneo de duas ou mais religiões.

A segunda maior parte desta amostra desta pesquisa declarou-se espírita (31,5%). Tal fato não é algo geralmente encontrado na população geral, e provavelmente deveu-se ao maior número de protocolos respondidos e retornados em adesão à pesquisa por pessoas abordadas em local religioso espírita kardecista (34,4%). Já que o principal objetivo era obter um número de participantes suficientemente robusto para o cálculo das análises fatoriais (e tal é um aspecto quantitativo, antes que qualitativo ou representativo), não houve preocupação em parear a amostra por qualquer categoria, fossem elas religiosas, socioeconômicas, demográficas ou outras. Mas, analisando os valores resultantes da divisão da amostra pelo critério "Local de Origem da Coleta", encontramos percentuais um pouco mais próximos aos da população brasileira – mesmo assim, percebe-se diferenças cruciais, como em relação ao grupo de duas ou mais religiões simultâneas, não representado no Censo de 2000. Desta forma, pode-se perceber no GG um número maior de ateus e agnósticos (5,7%), evangélicos (10,2%), judeus (1,3%) e seguidores de duas ou mais religiões simultâneas (5,7%), em relação ao GR/E da amostra pesquisada (0%; 6,5%; 0,4% e 3,7%; respectivamente). Especialmente, percebe-se no Grupo Geral, um aumento significativo de pessoas sem religião, mas espiritualizadas (22,3%), alcançando mais de 50% do maior percentual, que é de católicos (40,8%), confirmando a tendência citada por Lewin (2001). No Grupo Religioso/Espiritual, os sem religião alcançam apenas 3,5%, já que se supõe que, em geral, fora os grupos não institucionalizados e os freqüentadores da Sociedade Teosófica, a pessoa tenha optado pela religião que freqüenta. Por outro lado, também se pode reparar que no GR/E houve uma maior mudança de religião (41,5%) do que no GG (34,0%). Isto poderia estar indicando que, quanto mais a pessoa busca a espiritualidade, se aprofundando no conhecimento religioso, mais subsídios tem para re-direcionar e escolher a crença com a qual mais se identifica, ao invés de permanecer com aquela que "recebeu de berço" (crença tradicional da família).

Voltando a analisar a amostra total, percebe-se, em relação às tabelas de Evasão e Destino, que a evasão da religião católica é bem grande: 77,4% do total dos participantes que mudaram de religião. Isto é natural, se pensarmos que, desde a colonização, o catolicismo é a religião nacional e, se a maioria da população é pertencente a esta religião, obviamente que aqueles que mudam estão evadindo, majoritariamente, desta religião. O que foge da normalidade, por ser incomum antigamente, é o fato de haver um grande número de evasões da religião original: quase 40% dos participantes da pesquisa. Nos últimos anos, a religião católica vem perdendo muitos adeptos, especialmente para a religião evangélica neopentecostal (IBGE, 2000). Para fins de esclarecimento, segundo informações colhidas com o líder religioso evangélico entrevistado na Fase I, existem as

religiões evangélicas tradicionais (luterana, anglicana, calvinista, batista e metodista), que o IBGE classifica como "De Missão (Tradicionais)", e aquelas que os tradicionais denominam como neopentecostais [Igreja Universal do Reino de Deus, Deus é Amor, etc. (que o IBGE classifica como "Origem Pentecostal")]. No entanto, os percentuais de destino (8,2%) e evasão (9,9%) da religião evangélica são praticamente iguais, pendendo mais para a evasão do que para a migração. Ou seja, tem algumas pessoas mudando para esta religião, mas também tem um pouco mais do que algumas saindo dela. Poder-se-ia supor, então, a existência de uma tendência geral de muitos indivíduos realizarem apenas uma "passagem temporária" por esta religião. Todavia, esta apreciação tem de ser analisada com cautela e levada em conta como uma hipótese a ser pesquisada. Isto porque, além dos participantes que afirmaram ter saído da religião evangélica não serem os mesmos que afirmaram migrar para ela, também não foi questionado, nesta pesquisa, a qual tipo de religião evangélica a pessoa estava se referindo.

Já a religião que mais ganha adeptos é a espírita: 64,2% do total dos participantes que mudaram de religião. Com percentuais bem mais baixos, esta foi seguida como escolha de destino pela religião evangélica (8,2%) e pelo grupo dos sem religião, mas espiritualizados (7,0%). Dado ao maior número de protocolos espíritas recebidos, se poderia pensar que eles estariam enviesando os resultados de destino na direção desta religião. No entanto, os percentuais para a amostra dividida quanto ao critério "Local de Origem da Coleta" mostraram que, mesmo no Grupo Geral (sem relação direta com o espiritismo), a religião espírita, embora em percentual um pouco inferior, também é a que arrebanha um maior número de adeptos: 41,5%. No GR/E, é claro, em virtude do maior número de protocolos, este percentual foi bem maior: 70,5%. Comparando os resultados de destino em ambos os grupos, pode-se perceber que no GR/E há um percentual maior de pessoas que mudaram para duas ou mais religiões simultâneas (5,3%), em relação ao GG (1,9%). E ainda, que no GG há um maior número de pessoas que mudaram para sem religião (17,0%), para evangélica (15,1%) e para ateu ou agnóstico (13,2%), embora também existam participantes que mudaram para sem religião (4,2%) e para religião evangélica (6,3%) no GR/E.

Dos 616 participantes, a maioria (90,0%) deles declarou que sempre acreditou em Deus. Através da história, corroborada por investigações antropológicas de conhecimento comum, temos notícia que, desde o tempo em que os homens viviam em cavernas, havia a noção da existência de um "ser maior" que o próprio homem. Embora pensasse que a religião era "o ópio do povo", Freud (1930/29) não negou a existência de um "sentimento messiânico" que envolvia a maioria dos homens, que os faziam sentirem-se pertencentes a

um sistema ou entidade maior. Para Freud, este sentimento poderia advir da experiência intra-uterina, bem como dos sentimentos de completude vivenciados antes da diferenciação entre eu/não-eu. Não obstante, outros psicanalistas, como C. G. Jung, tinham outras teorias. Sem se abalar com as hipóteses explicativas lançadas pelos teóricos e cientistas, a crença em Deus é fato vivencial para a maioria da população brasileira, o que torna as questões religiosas e espirituais dignas de investigação científica.

Com relação ao conceito de Deus, percebemos que a idéia d'Ele como criador, como aquele que foi o princípio de tudo, especialmente da vida, obteve o maior percentual dentre as categorias citadas. Em segundo lugar, figurou a categorização na qual as pessoas definem Deus segundo os seus atributos, características, qualidades e/ou virtudes. Este é o conceito mais descritivo de Deus. Pode-se pensar que, pela dificuldade em definir este conceito, as pessoas se valem de várias facetas para melhor descrevê-Lo. Em terceiro lugar figurou a noção de Deus como um poder superior, um ser superior, uma entidade superior ou uma inteligência superior. Esta parece ser a definição que pode englobar o maior número de crenças e religiões, inclusive as não-institucionalizadas, por ser mais vaga e ampla/geral, já que baseada fortemente na noção da existência de algo superior ao homem. Todas as outras categorias parecem advir destas três definições básicas. A força ou força superior, como um atributo deste poder superior; tudo, como uma agregação de todas as qualidades e significações; pai, como aquele que protege e guia, assim como a categoria guia/caminho/exemplo e a categoria força, como amparo. Por fim, é claro, também existiu a definição da maioria dos ateus quanto à idéia de Deus ter sido inventada ou imaginada pelo homem numa tentativa de obter alento ou suporte, e até para, via idéia de Deus, manter uma certa controlabilidade do mundo em que vive e se encontra à mercê.

Estes conceitos de Deus foram inicialmente colhidos por terem relação com a idéia do sagrado, sendo uma de suas expressões, juntamente com os conceitos do divino, da última realidade e do transcendente, assim como qualquer aspecto de vida que tome um caráter extraordinário por associação ou representação destes conceitos (Pargament, 2003). E, já que as pesquisas têm crescido nesta área relacionada à religiosidade/espiritualidade, nada mais adequado do que averiguarmos mais a fundo qual a idéia destes conceitos em nossa população, até para melhor definirmos os construtos que são e serão avaliados, investigados. Como sugestões, deixa-se as de averiguar a idéia de Deus em amostra mais ampla e, especialmente, de investigar o conceito de espiritualidade. Embora tanto religiosidade, quanto espiritualidade, sejam aspectos do sagrado (George & cols, 2000), o último é bem mais abrangente do que o primeiro, transcendendo-o (Rocha, 2004). Sendo assim, é um conceito que gera mais dúvidas, assim como mais possibilidades, e uma

necessidade de especificação mais detalhada. É importante atentar, no entanto, para as admoestações sinalizadas por Hill e Pargament (2003) quanto à questão da religião e da espiritualidade representarem construtos relacionados, antes que independentes. O sagrado seria o denominador comum da vida religiosa e espiritual, distinguindo a religião/espiritualidade de outros fenômenos, representando a destinação mais vital procurada pela pessoa religiosa/espiritual, sendo interligado com os caminhos que muitas pessoas tomam na vida. Estes autores salientam, contudo, que a questão de como medir/avaliar o papel do sagrado nestes caminhos e destinações configura-se no desafio especial para o pesquisador da religião e espiritualidade. É aí que entra o alerta para os perigos na bifurcação excessiva entre estes dois conceitos, já que esta polarização de conceitos talvez leve à necessidade infundada de duplicação em termos de medidas. Hill e Pargament (2003) advogam que muitas das medidas usuais de religiosidade – inclusive a RCOPE – cobrem uma grande amplitude de domínios individuais e institucionais, incluindo as questões espirituais, e que as novas medidas desenvolvidas sob a rubrica exclusiva da espiritualidade podem, de fato, estar representando "vinho velho em garrafa nova". Neste contexto é que se inclui a importância de uma escala validada para o Brasil que possibilite, através do *coping* religioso espiritual, abordar uma faceta da questão do sagrado através de comportamentos mensuráveis.

Hill e Pargament (2003), contudo, apontam para os perigos de separar demasiadamente construtos que, segundo eles, são relacionados antes que independentes. A questão é como medir ou avaliar a religião e a espiritualidade. Esta separação pode criar uma duplicação de conceitos e medidas que talvez não fossem necessários, já que ambos, embora diferentes, encontram-se muito relacionados e até com certa sobreposição. Assim os instrumentos existentes sobre a nomenclatura religiosa devem acessar a ambos os aspectos, ainda que tenham sido denominados apenas em relação ao primeiro. É o caso da RCOPE *Scale*, que inclui em seus itens denominados de *coping* religioso muitas estratégias de *coping* espiritual. Daí a nomenclatura utilizada na escala centro desta pesquisa como Escala de *Coping* Religioso Espiritual. A adição de outros itens, como os relacionados às práticas e preceitos não institucionais, também procurou ampliar a noção de estratégias do religioso para o espiritual – o que parece ter dado resultado, já que alguns fatores da escala têm clara relação com este tema. É o caso, por exemplo, do P2: Ações em busca de ajuda espiritual.

Nesta caldeira sobre a definição de conceitos, pode-se imaginar que seja a pouca distinção, no entanto, que abriga a causa de resultados ambíguos muitas vezes encontrada neste campo de pesquisa – especialmente na área da saúde mental, como enfatiza o artigo

de Bergin e colegas (1988). Quanto a isto, Demerath III (1999) entende que o estudo científico social da religião tem sido elaborado sob um atrito constrangedor e premissas confusas, e sugere que o foco primário da pesquisa científica deveria ser o sagrado, sendo a religião apenas uma das muitas possíveis fontes deste. Então, definir a religião substantivamente e o sagrado funcionalmente ajudaria a resolver a tensão no campo. Para este autor, a tipologia conceitual do sagrado geraria quatro cenários distintos: o sagrado como integrativo, como questão, como coletividade e como contra-cultura. Isto atesta a diversidade de perspectivas com que se pode abordar este tema tão complexo e tão pouco explorado academicamente.

Fazendo uma leitura destes diversos pontos de vista teóricos, entende-se que a solução talvez seja procurar as diferenças e também as similaridades nos conceitos de religião e espiritualidade, em sua relação com o sagrado. Com ajuda de dados empíricos, a melhor clarificação entre os conceitos de religião e espiritualidade facilitará sua investigação científica, bem como a troca de dados entre os pesquisadores. Ou seja, assim, todos terão certeza de que estão falando da mesma coisa e apreciando o mesmo construto – ou não. A investigação de suas similaridades dará a noção de sua relação próxima no ser humano. Roberto (2004), em texto sobre espiritualidade e saúde, expõe uma definição diversa entre estes conceitos que se julga oportuno reproduzir, como sugestão para direcionamento de questões em pesquisas futuras:

> "O termo *Espiritualidade* sempre foi associado à religião. Só mais recentemente é que este termo vem sendo estudado de forma mais independente e livre. (...) *Espiritualidade e Religiosidade* são estados emocionais ou condições psicológicas e conscienciais que independem da religião e da filosofia. Com isto, não estamos desconsiderando a importância das Religiões, que podem favorecer ou estimular este estado, ou ainda, em alguns casos, devido aos seus padrões rígidos e formalmente estruturados, inibi-los, mas ressaltar que *este termo se reserva ao lado mais elevado e sublime da vida, sendo um potencial humano cultivado pelas pessoas, independentemente de pertencerem ou não a uma dada religião* [grifos nossos]. (Roberto, 2004, p.151)".

Ao que parece, entende-se que a espiritualidade está desmitificando, desmistificando e desdogmatizando a religião, tornando-a mais acessível e condizente com o desenvolvimento físico, moral e tecnológico-científico do homem moderno do século XXI. Além disso, a conceituação de Roberto (2004) enfatiza a todos a importante e nem sempre enfocada diferença entre religião e religiosidade, sendo esta última bem mais próxima da noção de espiritualidade – aqui cabe lembrar a noção de religiosidade

poeticamente descrita por Albert Einstein, que se encontra no início deste trabalho. Muito do preconceito que os temas espirituais ainda sofrem, dificultando sua investigação mais séria, vem das atitudes nefastas que os homens ainda realizam em nome da religião que, a mais das vezes, refletem não o pensamento religioso, mas a debilidade emocional e cognitiva dos indivíduos que se traduzem em errôneas interpretações. Especialmente as guerras, que no panorama da sociedade atual têm-se mostrado como as maiores chagas. Talvez, quando o homem tiver uma noção mais precisa de sua própria condição, venha a ter facilitado o entendimento daquilo que ainda não alcança. Desta forma, assim como Müller (2004), quer-se crer que a "espiritualidade é uma dimensão constitutiva do ser humano" e que a "idéia de que ciência e espiritualidade são áreas antagônicas já faz parte do passado" (p. 9).

A freqüência religiosa em encontros ou templos e a freqüência de atividades religiosas privativas, como rezar, têm sido os indicadores de religiosidade mais utilizados em pesquisas (Koenig & cols., 1998; Lewin, 2001; Nooney & Woodrum, 2002; Pargament, Koenig e cols., 2001; Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001; Tarakeshwar & Pargament, 2001). Todavia, isoladamente, não têm sido considerados como os mais adequados para avaliar fenômenos tão complexos como a religiosidade e/ou espiritualidade dos indivíduos (Pargament & cols., 1992; Pargament, 1997; Pargament, Smith & cols., 1998; Pargament, Tarakeshwar & cols., 2001). Contudo, permanecem sendo critérios válidos, especialmente em estudos epidemiológicos ou quando conjugados com outras medidas. Analisando os dados, podemos verificar que esta amostra alcançou altos índices de religiosidade: alta freqüência a encontros religiosos coletivos (56,4%) fossem estes públicos ou privados (como templos, locais sociais ou lares), como também alta freqüência de tempo dedicado a atividades religiosas privativas individuais (45,5%). Comparando o restante dos índices averiguados, é interessante observar que o valor da freqüência altíssima de atividades religiosas privativas (29,4%) alcançou quase o dobro do valor da freqüência altíssima coletiva a encontros ou templos de natureza religiosa (15,8%). Nos dias atuais, em que a vida ocorre de forma acelerada e as exigências de tempo e produção são altíssimas e extenuantes, transformando por vezes o lazer em prazer (Grisci & Lazzarotto, 1998), é natural que atividades que podem ser realizadas a qualquer tempo e sem a necessidade de deslocamento, como as individuais e privativas, sejam as alternativas mais utilizadas (na soma das freqüências alta com altíssima). Doutrinas religiosas, como a espírita kardecista, que não exigem tanto formalismo ou rituais podem, desta forma, estar levando vantagem na preferência dos crentes, auxiliando a mudar o panorama da religiosidade para a espiritualidade. Como o segundo conceito transcende o primeiro,

parece ser uma evolução doutrinária através dos tempos. Recorrendo à história, vemos que exatamente a mesma diretriz do menor formalismo e dogmatização, em associação ao retorno aos preceitos filosóficos e morais do cristianismo, foi a base da Reforma que Martin Lutero, em 1517 (Arruda, 1979), empreendeu em relação à religião católica, com a abolição de imagens e do culto aos santos antes do culto a Deus, entre outras transformações, criando o protestantismo (religião evangélica luterana, a primeira das evangélicas tradicionais). A palavra reforma, então, era usada com o significado de purificação interior do crente e busca de regeneração da Igreja. Talvez seja esse menor formalismo na comparação entre ambas que, ainda hoje, no Brasil, vem angariando evasões da religião católica para a religião evangélica. Ainda assim, num mundo globalizado em constante crescimento e transformação, a tendência mais atual parece ser ir além de uma simples reforma em determinadas religiões, para a noção de uma espiritualidade transcendente que possa abarcar todas elas. O ecumenismo religioso relatado através dos dados empíricos desta pesquisa pode ser uma idéia seminal rudimentar individual referente aos primórdios desta tendência.

Somando-se os participantes com média, baixa ou nenhuma freqüência religiosa, obtêm-se 27,8% destas categorias na freqüência coletiva e 25,1% na freqüência individual. Ou seja, em torno de um quarto dos participantes têm freqüência religiosa média, baixa ou nenhuma. Mesmo assim, apenas 9,4% dos participantes (em torno de um décimo) declararam que a religião é apenas relativamente, pouco ou nem um pouco importante no geral de suas vidas. Então, entre os participantes que apresentam freqüência religiosa coletiva e individual média, baixa ou nenhuma, existem pelo menos dois terços que consideram a religião importante ou muito importante. Isto é, ponderam e valorizaram a sua importância, ainda que não o tenham demonstrado comportamentalmente através destas medidas específicas de freqüência. Isto quer dizer que tal importância pode estar se expressando de outras formas não avaliadas por estas duas medidas (QG13 e QG14), corroborando a menor sensibilidade de medidas com apenas um ou dois itens e o terreno fértil para a utilização da Escala CRE como um instrumento mais compreensível, sensível à adaptação de outras formas de expressão religiosa comportamental, sentimental ou cognitiva.

Ressalta-se também, que existem menos pessoas que declararam que a religião/espiritualidade ajuda mais ou menos, pouco ou nem um pouco a lidar com o estresse (8,5%), do que pessoas que consideraram a religião/espiritualidade relativamente, pouco ou nem um pouco importante para lidar com o estresse (12,5%). Daí se deduz que, mesmo entre aqueles que não contam com esta dimensão como ferramenta importante para

o manejo do estresse, há os que nela encontram ajuda efetiva. Tal fato sugere que a assunção quanto à especificidade do evento definida por Lewin (2001) – ou seja, o crescimento no uso de CRE em face de situações de crise (Carver & cols., 1989; Koenig & cols., 1995; McIntosh & cols., 1993; Pargament & Hahn, 1986; Pargament & cols., 1994; Park & Cohen, 1993; Siegel & cols., 2001; Tix & Frazier, 1998; Vitaliano & cols., 1985) – acontece não só entre os que já são religiosos, incrementando sua experiência de fé, mas mesmo entre aqueles que nunca foram muito crentes.

Conforme já dito, a freqüência religiosa apresentada pela maior parte dos participantes foi alta ou altíssima, tanto a templos ou encontros de natureza religiosa (72,2%), quanto de atividades religiosas privativas (74,9%). Independentemente de freqüentar ou não, a maciça maioria dos participantes considerou a religião importante ou muito importante, tanto no geral de suas vidas (90,6%), bem como para lidar especificamente com o estresse (87,6%). Quanto aos resultados desta última importância, 91,6% relatou que a religião tem ajudado ou ajudado muito no manejo das situações estressantes vivenciadas. Estes dados corroboram as conclusões acima apresentadas quanto às diferentes expressões da religiosidade, não apenas representada pela freqüência religiosa, já que um número maior de pessoas declarou que considera a religião como fator importante de suas vida, em comparação com as que efetivamente declararam freqüentar locais ou encontros religiosos, ou realizar atividades religiosas privativas. Tais resultados também são compatíveis com (1) a alta freqüência de atividades religiosas apresentadas pelos participantes através do índice IGAR, (2) a freqüência religiosa média-alta através do índice FREQREL e (3) a importância da religião alta-altíssima apresentada pelo índice IMPOREL.

Quanto ao Grau de Crescimento Espiritual, avaliado segundo o Índice CRESCESP, a maioria dos participantes revelou que têm crescido espiritualmente. Todavia, analisando as três questões que compõem este índice, percebe-se que, a medida em que a questão do crescimento espiritual vai se deslocando para crescimento com a ajuda de Deus e sucessivamente para crescimento com a ajuda da instituição religiosa, nota-se um gradual decréscimo na percentagem das pessoas que dizem ter crescido ou crescido muito (80,8% para 78,6% para 64,4%) e um considerável acréscimo na percentagem dos que dizem não ter crescido (de 3,1% para 6,2% para 16,2%). A baixa de 16,4 pontos percentuais é importante, pois corresponde a um decréscimo de 79,70%. Por outro lado, o aumento de 13,1 pontos percentuais corresponde a um acréscimo de 19,13%. Estes valores parecem revelar que a maioria das pessoas, apesar de estar sentindo que estão crescendo espiritualmente, em geral relacionam menos este crescimento à instituição religiosa freqüentada, local onde um sexto dos participantes afirmou não ter crescido. Este é um

dado importante, pois pode estar indicando que as instituições religiosas não estão correspondendo às expectativas de crescimento espiritual esperadas pelos participantes, freqüentadores e membros, que podem estar recorrendo a práticas ou locais não-institucionais para suprir ou complementar sua demanda individual. Este dado pode fazer crer que as instituições deveriam buscar uma reformulação em sua estrutura executiva e/ou doutrinária.

II-1.2 Aspectos de Saúde

Um número expressivo de participantes se considerou saudável (94,3%; QG22), classificando objetivamente sua saúde como boa ou muito boa (90,0%; QG21). Este dado parece chocar-se com aqueles que indicam que 39,8% dos participantes afirmaram ter problemas de saúde (QG23) e um número ainda maior ter declarado, em sua classificação de saúde subjetiva (QG20), ter problemas relativos a esta (50,6%). Ressalta-se a questão de que o número de participantes que declarou ter problemas de saúde através da classificação subjetiva foi maior do que na avaliação objetiva. Estas constatações fazem parecer que, quando os participantes avaliaram sua saúde geral, tenderam a responder de forma mais positiva do que quando responderam às questões de saúde mais específicas, que necessitavam de um maior detalhamento. Tal suposição é corroborada pelo fato de que, em resposta à WQ1 e WQ2 do WHOQOL-bref, que são questões sobre qualidade de vida e saúde gerais, 83,8% afirmou ter QV boa ou muito boa e 80,2% afirmou estar satisfeito ou muito satisfeito com sua saúde (percentuais válidos). Entretanto, em questões específicas como a WQ16, sobre o sono, um número menor afirmou estar satisfeito ou muito satisfeito com seu sono (64,3%) e salienta-se que já aparece um número maior de pessoas (21,8%) que responderam "nem satisfeitos, nem insatisfeitos". Na questão WQ4, ademais, 71,8% afirmou necessitar bastante ou extremamente de um tratamento médico para levar sua vida diária e, na WQ26, apenas 9,6% afirmou experimentar somente algumas vezes ou nunca sentimentos negativos, confirmando a tendência percebida de respostas gerais mais positivas que as específicas, em termos de saúde (avaliada pelo QG), também em termos de qualidade de vida (avaliada pelo WHOQOL-bref).

Salienta-se, também, o fato de que bem menos pessoas declararam ter problemas emocionais, ou emocionais acrescidos de físicos em sua CSS. Tal fato pode ter relação com a dificuldade geral das pessoas em se conscientizar e/ou perceber suas próprias dificuldades e sofrimentos psíquicos como uma questão de saúde, ou, então, por uma real maior incidência de doenças físicas. Um dado que corrobora com a primeira hipótese vem das freqüências de resposta à questão WQ26 do WHOQOL-bref, na qual 66,2% destes

mesmos participantes afirmaram ter, muito freqüentemente, sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade e depressão. Tal elucidação, entretanto, necessita de pesquisas com metodologia apropriada para ser confirmada. Posteriormente, outros aspectos quanto às questões de saúde serão discutidos em sua relação com o CRE, ao final deste capítulo.

II-2 Análise das Situações de Estresse Mencionadas na Escala CRE

As análises, apesar de confirmarem as situações de estresse como gatilho para uso do *coping*, não demonstraram nenhuma relação do tipo de situação de estresse vivenciada com as outras variáveis estudadas. O mesmo também aconteceu para o conceito que os participantes têm de Deus. Todavia, pela categorização das situações, pôde-se confirmar a assunção quanto à especificidade do evento (Lewin, 2001), ou seja, e o maior uso de estratégias de *coping* religioso/espiritual diante de determinadas situações de vida. A importância da religião, em especial diante de situações de crise, também foi evidenciada pelos resultados empíricos de outros estudos (Carver & cols., 1989; Koenig & cols., 1995; McIntosh & cols., 1993; Pargament & Hahn, 1986; Pargament & cols., 1994; Park & Cohen, 1993; Siegel & cols., 2001; Tix & Frazier, 1998; Vitaliano & cols., 1985). Corroborando com estes dados, nesta pesquisa pudemos encontrar a utilização do *coping* religioso espiritual frente a problemas relacionados à saúde, como doenças (22,46%) e morte (10,31%) que, juntamente com problemas relacionados à família (15,96%), obtiveram os maiores percentuais válidos de utilização. Situações de trabalho [atividades/demissão (9,60%)] e financeiras em geral, incluindo desemprego (9,18%) também merecem destaque.

Analisando as categorias que demonstraram menores percentuais, percebemos que, se somados os problemas amorosos/conjugais aos de relacionamento interpessoal não inclusos em outras categorias, chegamos a um percentual válido de 15,0% quanto a problemas de relacionamento – fora àqueles que possam estar incluídos como parte das outras categorias especificadas. Isto indica que a dificuldade do homem em se relacionar com seu semelhante persiste em atingi-lo na vida moderna. Outro fato interessante de sublinhar é que mudanças de vida em geral, sejam elas de residência, de cidade, de trabalho ou pessoais (internas ao próprio ser individual ou envolvendo escolhas e rumos a serem tomados/traçados), afetaram 9,7% dos participantes. Chamou a atenção perceber que o simples fato de "mudar" configura-se numa importante situação de estresse em si mesmo, acima de tudo quando se associa a eventos negativos de vida, mas ainda mesmo quando provocada por motivos benéficos ou positivos, como promoções ou melhora de

status financeiro. Já problemas relativos a estudos (escola, faculdade, concursos) afligiram 8,3% dos participantes. Tal, provavelmente, pode ter relação com o fato de 28,11% dos participantes terem sido abordados em universidades [13,50% no GG; 14,61% no GR/E (Faculdade de Teologia (Católica))].

II-3 Avaliação dos Parâmetros Psicométricos da Escala CRE: Validade e Fidedignidade

Conforme afirmam Beaton e colegas (2000), o terceiro passo do processo de adaptação transcultural de medidas de auto-relato inclui, num primeiro momento, a verificação das propriedades psicométricas do novo instrumento (*performance* e carga dos itens, validade e fidedignidade) e, num segundo momento, o estabelecimento de valores normativos para a nova versão em populações relevantes. Afirmam ser esta terceira etapa fundamental e totalmente aconselhável para que uma tradução transcultural mantenha a fidedignidade e a validade nos mesmos níveis do instrumento original, apesar da alteração nas propriedades psicométricas do instrumento traduzido, geradas pela existência de diferenças sutis nos hábitos de vida das diversas culturas.

Desta forma, neste subtópico, se estará discutindo a *performance* psicométrica da Escala CRE, que se configura no primeiro momento do terceiro passo de Beaton e colegas (2000), e, também, no sétimo passo de Geisinger (1994): pesquisas de validação. Este processo se desdobrou em vários estágios, onde foram empregadas algumas dentre as técnicas disponíveis para demonstrar a validade de uma escala. Esta pesquisa, portanto, segue a recomendação de Pasquali (2001), buscando garantia para a validade do instrumento traduzido e adaptado na convergência de resultados das diversas técnicas utilizadas. Ao todo, foram averiguadas a fidedignidade ou precisão (análises de consistência interna), a validade de construto (análises fatoriais e de consistência interna, validade convergente/divergente), a validade de critério (segundo local de origem da coleta e freqüência religiosa) e a validade de conteúdo (por verificação empírica das hipóteses teóricas) da Escala CRE.

II-3.1 Validade de Construto

II-3.1.1 Validade de Construto por Análise da Representação Comportamental do Construto (ARCC)

As análises fatoriais foram as primeiras a ser conduzidas para averiguar a validade de construto da Escala CRE, por serem as que determinam o número de fatores do

instrumento e seus respectivos itens componentes, sobre os quais são baseadas todas as outras análises. Talvez por isso, embora ainda esteja calcada na prerrogativa de que as relações entre as variáveis são estritamente lineares – fato que dificilmente acontece nas ciências sociais – a análise fatorial ainda é o melhor e mais utilizado método para verificar a hipótese de representação comportamental dos traços latentes (ou construtos) de um teste psicológico (Pasquali, 2001).

A análise fatorial inicial de todo o conjunto integrado de itens da Escala CRE ofereceu uma solução de 15 fatores – dois a menos que a fatorial original da RCOPE. Após, a análise induzida em dois fatores comprovou empiricamente a diferenciação entre os construtos CRE positivo e CRE negativo, definidas por hipótese teórica prévia. Desta forma, a opção pela divisão dos itens da Escala CRE em duas dimensões parece ter sido corretamente tomada, porque fundamentada em sólidas bases teóricas e empíricas. Foi após estas análises preliminares, descritas em detalhe no Capítulo Resultados, que se chegou na solução fatorial final de duas dimensões de *coping* religioso espiritual, a positiva com oito fatores (DiCREP) e a negativa com quatro (DiCREN). Tais soluções sustentaram razoavelmente a estrutura teórica da escala (conforme será discutido em maiores detalhes no subtópico "Validade de Conteúdo"). Já que, nestas soluções, os itens foram agrupados com base nos dados empíricos de 616 participantes, pode-se concluir que estes tenderam a direcionar melhor o ajuste da estrutura e do entendimento teórico prévio que antes se fazia dos construtos, proporcionando uma retroalimentação (*feedback*) da própria teoria. O importante, no caso, é que os novos arranjos sugeridos pelos dados empíricos sejam consistentes com a teoria de base, capacitando os pesquisadores a realizar um aprimoramento da mesma, refinando-a, calcados na realidade prática – o que se pretende poder ser alcançado com este estudo. Assim, não é surpresa que alguns itens tenham se disposto de forma um pouco diferente da suposta antes da verificação empírica, fato também ocorrido e relatado por autores de outras pesquisas (Zebrack & Chesler, 2001). Quanto à sugestão e utilização do critério que distingue a estratégia de CRE "Súplica" em positiva e negativa (melhor desenvolvida no capítulo Resultados, seção 3.1.1.1), esta deve ser teoricamente discutida entre os pesquisadores da área e posteriores estudos devem ser conduzidos para aprofundar a investigação empírica da hipótese teórica lançada, ainda que esta última tenha se baseado justamente nos dados empíricos e estatísticos desta pesquisa em particular.

Um aspecto a destacar é que a inclusão de itens de ação direta realizada na Escala CRE parece ter sido importante na medida em que, muitas vezes, o CRE é subestimado em sua utilização pelos teóricos, por muitas das estratégias serem utilizadas de forma complementar e secundária a outras estratégias de *coping* não religioso-espirituais. A

crescente procura de terapias alternativas podem ser um filtro para demonstrar quão atuantes no cotidiano das pessoas pode ser o *coping* religioso espiritual, para além do entendimento quanto ao significado ou do alcance de crescimento e conhecimento espiritual. As estratégias referentes a estas últimas finalidades não são menos importantes do que as primeiras, mas focar a investigação científica da religiosidade/espiritualidade apenas nos níveis afetivo e cognitivo parece ser uma atitude reducionista, obscurecendo a influência também direta e comportamental do CRE em nossas vidas diárias. Afinal, é disto que o *coping* trata: estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção – sendo que ambas podem se refletir em ações, pensamentos ou sentimentos. Além disso, o conceito de *coping* está inserido em uma base teórica cognitivo-comportamental.

A solução fatorial da Dimensão de CRE Positivo pareceu teoricamente adequada, embora o rearranjo dos itens, pois cada fator possui um tema central predominante sob o qual se reúnem e ao qual se referem todos os itens. Além disso, tais temas parecem uma evolução do arranjo teórico das finalidades gerais da religião e/ou espiritualidade em objetivos mais específicos e definidos das estratégias de CRE. Exemplificando, as subescalas de estratégias de CRE reunidas sob a finalidade teórica III-Deus (=Busca de Apoio em Deus), puderam ser distribuídas em temas mais específicos, como por exemplo: a estratégia era voltada para a busca de uma conexão espiritual com a espiritualidade se encaixou no fator Ações em Busca de Ajuda Espiritual (P2); a que buscava o apoio de Deus para perdoar outras pessoas carregou juntamente com os itens do fator Oferta de Ajuda ao Outro (P3); a que buscava Deus para desviar a atenção dos problemas juntou-se às de renúncia religiosa ativa do controle da situação, no fator Afastamento através de Deus, da Religião e/ou Espiritualidade (P8); e assim por diante. Outro exemplo que pode ser citado refere-se às estratégias classificadas teoricamente na finalidade IV–Busca de Apoio no Outro em Proximidade com Deus, que se separaram empiricamente conforme duas situações objetivas: a busca do outro institucional para receber ajuda (P6) e a busca do outro para oferecê-la (P3). Os temas pareceram igualmente significativos e funcionalmente orientados, acessando a diversos tipos de estratégias religioso-espirituais. Além dos temas-título já citados, ou outros fatores ofereceram estratégias de busca pessoal de crescimento (P5) e conhecimento (P7) espiritual, posicionamento positivo frente a Deus [P4, que juntou estilos de posicionamento (II-E) com posições procurando apoio e ligação com Deus (III-Deus)], e estratégias visando à transformação de si e/ou de sua vida (P1), bem em conformidade com a ética e a moral da sociedade atual.

A maioria dos fatores da DiCREP apresentou um conjunto de itens com cargas fatoriais satisfatórias. Em ordem decrescente: P2 (0,88 a 0,34); P3 (0,87 a 0,40); P4 (0,76 a 0,31); P6 (0,69 a 0,32); P1 (0,68 a 0,34); P8 (0,63 a 0,44); P7 (0,63 a 0,41); e P5 (0,47 a

0,30). Conforme o exposto, apenas o fator P5 apresentou um conjunto de itens composto apenas com cargas mais baixas. Embora com valores iguais ou acima do mínimo de 0,30 exposto por Pasquali (1999a), não apresentou nenhum item com carga acima de 0,50. Talvez, tal tenha ocorrido por este ter sido composto de apenas cinco sentenças – o menor fator entre os positivos em termos de quantidade de itens. Segundo a revisão de literatura, um pequeno número de itens no fator de um instrumento pode influenciar negativamente no desempenho psicométrico do mesmo. Como forma de aprimoramento sugere-se, em estudos futuros, a construção e averiguação do desempenho de outros itens, que, referentes ao tema central do fator P5, Busca Pessoal de Crescimento Espiritual, possam ser incluídos posteriormente na escala, dependendo da *performance* apresentada.

Já a solução fatorial da Dimensão de CRE Negativo da Escala CRE (DiCREN) pareceu suportar melhor do que a DiCREP o arranjo teórico hipotetizado, embora também tenha proporcionado a re-locação de alguns itens em proporção bem menor. Esta dimensão cobriu a maior parte das estratégias negativas de CRE utilizadas no dia-a-dia: revolta, mágoa ou questionamento na relação com Deus; posicionamento passivo frente a Deus quanto às situações; reavaliações cognitivas negativas dos porquês's das circunstâncias vivenciadas; e insatisfação, tanto com as crenças religiosas pessoais, quanto com a instituição religiosa e/ou seus representantes, membros e freqüentadores. Na dimensão negativa, o exemplo da evolução no arranjo empírico em relação ao teórico, partindo de finalidades da religião mais abrangentes para fatores de *coping* religioso espiritual mais específicos, refere-se às estratégias de reavaliação cognitiva negativa, teoricamente postuladas todas juntas na finalidade I-Busca de Significado. No arranjo empírico, aquelas que eram voltadas para as reavaliações de Deus se juntaram com as estratégias III-Deus que versavam sobre mágoa e revolta espiritual com Deus num fator que foi denominado Reavaliação Negativa de Deus (N1). As que se referiam à reavaliação negativa da situação como uma obra do mal, ou como uma punição pelos atos individuais, carregaram separadamente no fator N3 que recebeu o nome de Reavaliação Negativa do Significado.

O conjunto de cargas apresentado por cada fator negativo foi muito bom. Em ordem decrescente pela maior carga apresentada, encontra-se: N3 (0,80 a 0,47), N2 (0,79 a 0,46), N1 (0,73 a 0,53) e N4 (0,70 a 0,58). Em relação ao fato de não haver na dimensão negativa, seguindo a escala original RCOPE, nenhum item referente às estratégias de CRE visando às finalidades V-Transformação, VI-Ações Práticas e VII-Busca Pessoal (ver Tabelas 46 e 47, p.132), talvez fosse interessante averiguar mais a fundo se, realmente, não existem CRE's que, buscando atingir tais finalidades, acabem por se traduzir em conseqüências negativas.

Quanto aos índices de avaliação da Escala CRE, os índices básicos CRE POSITIVO e CRE NEGATIVO parecem obviamente adequados para fornecer uma avaliação do respondente em relação à quantidade de CRE positivo e negativo que este utiliza. Entretanto, pareceu que, considerando apenas estes dois índices básicos não se obteria um índice referente ao total de comportamentos utilizados por um mesmo indivíduo. Sim, porque é o mesmo sujeito que realiza, tanto comportamentos religiosos positivos para lidar com o estresse, quanto negativos. Desta forma, o índice geral CRE TOTAL vem preencher esta lacuna. Como as direções de CREP e CREN são exatamente opostas, não se poderia simplesmente somar os dois índices básicos para obter um valor total. Desta forma, as respostas aos itens da DiCREN devem ser recodificadas, revelando o índice CRE NEGATIVO INVERTIDO que, então, pode ser somado ao índice CRE POSITIVO – conforme Capítulo III.

Se o índice CRE TOTAL, por um lado, proporcionava auferir o total dos CRE's utilizados, não permitia, entretanto, averiguar a relação existente entre a quantidade de CRE positivo e a quantidade de CRE negativo empregados. Portanto, pareceu adequado também fornecer um índice relacionando às utilizações positivas e negativas do CRE. A lógica matemática faz deduzir que, se é o mesmo indivíduo que os emprega, na proporção entre as quantidades de um e de outro é que estaria a chave para determinar a positividade ou negatividade do conjunto de CRE's executados. Isto é, se, no geral, a pessoa está tendo conseqüências negativas ou positivas da utilização total que faz de *coping* religioso espiritual. Uma clara definição deste elemento parece ser extremamente importante para dirimir as ambigüidades dos dados encontrados por diferentes pesquisas quanto às conseqüências finais de pensamentos, sentimentos e atitudes religioso-espirituais, já que, enquanto existem inúmeras recentes pesquisas enfatizando o aspecto positivo, também pesa o cenário de muitas outras, especialmente na área clínica psiquiátrica e psicológica, lembrando a influência negativa que possam ter. O índice Razão CREN/CREP (Razão CREN/CREP), então, fornece tal proporção e postula-se, teoricamente que, a proporção mínima necessária para se obter um balanço positivo para o indivíduo seria de 1 CREN: 2 CREP, refletindo um valor Razão CREN/CREP=0,50. Para fornecer um valor mais próximo do necessário na realidade, contudo, serão necessárias pesquisas posteriores com metodologias que permitam, ou por delineamento longitudinal, ou por investigação retroativa (investigação atual de resultados quanto a eventos anteriores), checar a padronização deste índice em face de medidas de resultado, sejam de QV, de saúde ou outro critério externo. Em adição, os índices fatoriais proporcionam uma visão mais detalhada do conjunto de estratégias mais utilizadas pelo respondente.

Posteriormente, descobriu-se que o índice CRE TOTAL, apesar do valor diferente, apresentava idênticas correlações às do índice gerado pela diferença simples entre CRE POSITIVO e CRE NEGATIVO (=DifCREP-CREN), que seria outra forma alternativa à razão proporcional para relacionar os índices positivo e negativo. O uso deste, porém, não é recomendado, por sua menor sensibilidade (provavelmente devido às relações algébricas da DifCREP-CREN e geométricas da Razão CREN/CREP). Finalizando, pode-se dizer que a Escala CRE evidenciou validade de construto através das análises fatoriais realizadas e seus índices avaliativos vêm instrumentar a praticidade de sua utilização.

A Matriz de correlação de todas as variáveis da Escala CRE, conforme esperado, demonstrou que todos os fatores positivos correlacionaram entre si. A correlação mais alta (r=0,76) ocorreu entre os fatores P1(Transformação de si e/ou de sua vida) x P4 (Posicionamento positivo frente a Deus), indicando a maior relação destes, e a mais baixa (r=0,56) entre os fatores P7 (Busca pessoal de conhecimento espiritual) x P8 (Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade). Mostrou igualmente que os fatores negativos também se correlacionaram entre si, com o valor mais alto (r=0,49) entre N1 (Reavaliação negativa de Deus) x N3 (Reavaliação negativa do significado), e o mais baixo (r=0,29) entre N2 (Posicionamento negativo frente a Deus) x N4 (Insatisfação com o outro institucional). O índice Razão CREN/CREP correlacionou negativamente com todos os outros índices, afirmando sua relação inversa (valores baixos mais positivos). Entre os índices, a correlação mais baixa foi entre as duas dimensões (r=0,23), fato importante por afirmar que ambas, apesar de referirem-se a *coping* religioso espiritual e se correlacionarem, apresentam uma diferença marcante dada à oposição entre as conseqüências positivas e negativas que acarretam. A correlação mais alta entre os índices foi apresentada entre CRE TOTAL e Razão CREN/CREP, o que confirma a lógica, já que ambos são os que integram todos os itens da escala.

II-3.1.2 Fidedignidade e Validade de Construto por ARCC

Os conjuntos de itens da Escala CRE apresentaram excelentes níveis de fidedignidade: α=0,97 para o conjunto total (87 itens), α =0,98 para a DiCREP (66 itens) e α =0,86 para a DiCREN (21 itens). O valor levemente mais baixo do *alpha de Cronbach* apresentado pela DiCREN, em relação a DiCREP, se deve provavelmente ao seu menor número de itens. Todavia, uma possível posterior inclusão de novos itens na dimensão negativa deve obedecer a parâmetros racionais, ou seja, com o intuito de aumentar a precisão de fatores que efetivamente estiverem apresentando menores níveis de

consistência interna. Isto é, averiguado/analisado pela consistência interna de cada fator, as quais são discutidas a seguir.

Os fatores da dimensão positiva apresentaram *alpha's* entre 0,93 (P1; 14 itens) e 0,78 (P5; cinco itens), todos confirmando excelentes níveis de precisão e validade. A influência do menor número de itens no valor das cargas fatoriais influencia igualmente na consistência interna dos fatores. Deste modo, foi também o P5 que apresentou o menor α entre os fatores positivos. Tal fato, entretanto, não teve nenhuma influência negativa na fidedignidade apresentada pelo fator, já que sua consistência interna foi bastante alta e adequada, indicando a homogeneidade dos seus itens.

Quanto aos fatores da dimensão negativa da Escala CRE, constata-se, também, que os fatores N1 (α=0,83; oito itens) e N3 (α=0,75; cinco itens) alcançaram níveis muito bons de fidedignidade e precisão. Os fatores N2 e N4, entretanto, comparados aos outros fatores da Escala CRE, foram aqueles que apresentaram os menores valores de consistência interna. Ainda assim, o fator N2 demonstrou um bom nível de validade e precisão (α=0,68) e o fator N4, apesar de ter ficado abaixo do esperado (α=0,59), encontra-se bastante próximo do limite aceitável (0,60). Não coincidentemente, estes foram os únicos fatores da escala que contaram com apenas quatro itens.

Ao se analisar as correlações e associações apresentadas pelos índices, dimensões e fatores da Escala CRE com as outras medidas religiosas, com a Escala de Atitude Religiosa e com o instrumento WHOQOL-bref, logo se percebe que é sempre o fator N4 que, por vezes, não demonstra correlação entre as variáveis ou diferença significativa entre as médias dos grupos. Dado às menores cargas e à menor precisão deste fator em relação aos outros, não se pode afirmar se o tema das estratégias componentes do fator (insatisfação com o outro institucional) realmente não se correlaciona com as outras variáveis, ou se é este fator do instrumento que está necessitando um aprimoramento para estar sensível a estas correlações. Como a DiCREN é composta de apenas quatro fatores, a não correlação de um deles é suficiente para determinar a não correlação de toda a dimensão negativa com as variáveis investigadas. Contudo, o ajuste necessitado parece ser de pequena monta, já que, muitas vezes, este fator apontou correlações com as variáveis identificadas com coeficientes de significância *p* acima de 0,05; porém abaixo de 0,06. Tal ajuste talvez virá a aumentar a sensibilidade do instrumento em captar as correlações e/ou associações do índice CRE NEGATIVO, quando estas são esperadas.

Já que os dados apontaram que o CRE negativo tem relação inversa com a saúde e a qualidade de vida, parece importante incrementar a *performance* psicométrica desta dimensão. Todavia, as constatações apresentadas não invalidam os resultados de

fidedignidade e validade de construto da escala como um todo, nem de suas respectivas dimensões. Tais ponderações também não invalidam a utilidade do instrumento em sua estrutura atual, pois, apesar da menor consistência interna apresentada por este único fator, as diversas técnicas empregadas têm demonstrado e reafirmado a validade e fidedignidade da Escala CRE e, portanto, a viabilidade de sua utilização a partir dos parâmetros psicométricos definidos e investigados. Para futuras revisões desta escala, sugere-se, então, que sejam acrescentados pelo menos mais um novo item a cada um dos fatores N2 e N4, procurando aprimorá-los, a fim de que melhores índices α possam ser alcançados, e também ao fator P5, incrementando suas cargas fatoriais e, conseqüentemente, o desempenho psicométrico da escala como um todo. Uma sugestão interessante quanto ao fator N4 seria acrescentar itens de mágoa interpessoal não institucional, já que ele apenas compreende itens de mágoa com a instituição, membros institucionais ou com as crenças pessoais. Um exemplo seria: "Senti insatisfação com outras pessoas em termos de princípios religiosos/espirituais". Desta forma, o fator que tem como tema título "Insatisfação com o outro institucional" passaria a incluir também insatisfação religiosa/espiritual com o outro interpessoal.

II-3.1.3 Validade de Construto através de Análise por Hipótese

A validade de construto convergente/discriminante da Escala CRE foi averiguada através de vários estudos de *correlação Pearson* entre os índices desta com as variáveis de interesse, ou seja: índices de outras medidas globais e unidimensionais de religiosidade e espiritualidade, o índice multidimensional da Escala de Atitude Religiosa e os índices do instrumento WHOQOL-bref. Primeiramente, foi importante para a definição da validade convergente, a constatação de que os índices da Escala CRE, em geral, se correlacionaram bem com variáveis de construtos similares, ou seja, outras medidas religioso-espirituais. São estas: as Medidas Globais IGAR e IMPOREL, as Medidas Unidimensionais IMP/STRESS e AJU/STRESS e a Medida Global de Resultado Religioso quanto ao Grau de Crescimento Espiritual CRESCESP. Em segundo lugar, foi igualmente importante para a validação discriminante da Escala CRE que, dado ao fato destas outras medidas abrangerem apenas o aspecto positivo da religiosidade, a correlação com os fatores negativos da Escala CRE terem se mostraram menores, conforme esperado. Outro fato a comentar sobre estas correlações é que as medidas globais, em geral, obtiveram valores *r* mais altos que as medidas unidimensionais, demonstrando a esperada melhor *performance* psicométrica. Da mesma forma também se esperou que a Escala CRE depois apresentasse um desempenho psicométrico melhor do que estas medidas em relação às outras variáveis estudadas.

Quanto à validade convergente/discriminante da Escala CRE em relação à Escala de Atitude Religiosa (Escala AR), primeiramente salienta-se o fato desta última ser formada apenas por itens de atitudes religiosas positivas, diferentemente da Escala CRE, que apresenta itens de *coping* religioso positivo e negativo. Dito isto, o fato do ARTOTAL ter apresentado ótima correlação com a Dimensão de CRE Positivo (r=0,81) confirma a validade de construto convergente da Escala CRE com a Escala AR, e o fato do índice ARTOTAL não ter apresentado correlação com a dimensão negativa afirma a validade discriminante da Escala CRE, em relação à Escala AR (da mesma forma os fatores positivos terem demonstrado boa correlação com o mesmo índice e os fatores negativos terem apresentado correlação muito baixa ou nenhuma). Os valores da correlação do ARTOTAL com os índices Razão CREN/CREP (r=-0,61) e CRE TOTAL (r=0,72), que integram os itens positivos e negativos da Escala CRE, foram elevados considerando a diferença mencionada na composição dos itens entre as escalas.

A fim de comparar o desempenho correlacional da Escala CRE em relação à variável ARTOTAL, com o desempenho correlacional de outras medidas religiosas quanto à mesma variável, dado o fato daquela escala ser a única entre as medidas a contar com itens negativos, a comparação deve ser realizada através do índice CRE POSITIVO, que também não abrange CRE negativo. No geral, a correlação deste índice com o ARTOTAL foi maior do que as correlações obtidas pelas outras medidas religioso-espirituais globais e unidimensionais. Apenas o índice IGAR, surpreendentemente, obteve uma correlação alta comparável à obtida pelo índice CRE POSITIVO. Muito embora estes índices tenham obtido semelhantes níveis de correlação, a avaliação multidimensional da Escala CRE ainda demonstra uma vantagem clínica sobre a Medida Global IGAR, pois sua ampla gama de comportamentos religioso-espirituais abrangidos fornece uma idéia melhor, bem mais profunda e mais detalhada do indivíduo do que apenas as informações sobre sua freqüência religiosa e o quanto considera importante a religião. Desta forma, estes resultados demonstram que a Escala CRE vem ao encontro da necessidade internacional de instrumentos mais compreensivos e abrangentes que possam ser válidos e úteis em pesquisas, assim como significativos para a prática clínica, que se repete aqui no Brasil.

Concernente à relação CRE e QV, quase todas as variáveis da Escala CRE apresentaram correlação com as variáveis do instrumento WHOQOL-bref. Estas, entretanto, foram mais baixas do que as apresentadas entre a Escala CRE e as outras medidas religiosas/espirituais. Dada a maior semelhança destas últimas, em comparação com a pouca similaridade entre os construtos CRE e QV, entende-se como natural que estas correlações tenham girado ao redor de valores correlacionais um pouco inferiores,

mas ainda significativas sob este ponto de vista. Como houve correlação entre o índice CRE TOTAL (que computa tanto CRE negativo, quanto positivo) e todos os domínios do WHOQOL-bref (valores entre 0,20 e 0,44), fica comprovada a correlação positiva geral entre CRE e QV. O índice CRE NEGATIVO ($-0,24 \leq r \leq -0,40$) e todos os fatores negativos da Escala CRE ($-0,14 \leq r \leq -0,34$) se correlacionaram negativamente com todos os domínios do WHOQOL-bref, corroborando os resultados de correlação negativa entre CRE Negativo e QV dos estudos de Pargament, Smith e colegas (1998) (CRE NEGATIVO: r=-0,27) e de Koenig e colegas (1998) (Fatores Negativos: $-0,10 \leq$ *std beta* $\leq -0,21$). O índice inverso Razão CREN/CREP apresentou a mesma correlação negativa com QV, mostrando que quanto mais a pessoa usa o CRE Negativo em relação ao seu uso de CRE Positivo, pior sua qualidade de vida, e vice-versa: quanto mais usa CRE Positivo em relação ao Negativo, melhor sua qualidade de vida. O índice CRE POSITIVO ($0,11 \leq r \leq 0,21$) e de alguns fatores positivos (P3, P4, P5) da escala CRE ($0,09 \leq r \leq 0,31$) se correlacionaram positivamente com a maioria dos domínios do WHOQOL-bref, dirimindo dúvidas anteriores e corroborando a associação positiva entre CRE Positivo e QV encontrada por Koenig e colegas (1998) (Fatores Positivos: $0,11 \leq$ *std beta* $\leq 0,16$). Conforme se esperava, a partir do uso de diferentes instrumentos de QV, as correlações apresentaram valores maiores, apontando para a consistência dos resultados encontrados.

Como a revisão de literatura apontou pouquíssimas pesquisas investigando a correlação específica entre os construtos CRE e QV, as correlações encontradas são importantes, porque vêm a confirmar com maior consistência alguns resultados apontados pela literatura e dirimir dúvidas em relação a outros. Como a Escala CRE, através de seus índices dimensões e fatores, foi sensível às correlações esperadas, a partir de outros dois estudos relatados, reafirmou-se a validade de construto convergente deste instrumento, em relação à avaliação de qualidade de vida realizada pelos domínios e índice *OVERALL* do WHOQOL-bref, bem como se afirmou a ampliação de suas possibilidades de utilização.

Examinando mais detalhadamente a correlação entre os índices CRE TOTAL e Razão CREN/CREP com os índices WHOQOL-bref, percebe-se que as correlações mais altas (independentemente do sinal) foram alcançadas com o Domínio Psicológico (DOM 2), apontando para a importância deste domínio na relação CRExQV, e as menores com o índice *OVERALL*. O índice da dimensão de CRE negativo (CRE NEGATIVO) obteve quase os mesmos níveis correlacionais com os domínios Psicológico (DOM 2), Físico (DOM1) e Meio Ambiente (DOM4). Considerando que, no WHOQOL-bref, o DOM3 (Relações Sociais) é composto de apenas três itens e o índice *OVERALL* de dois, pode-se supor que os menores valores correlacionais por eles apresentados sejam em função da menor

sensibilidade apontada por estes índices do WHOQOL-bref, e não em função de uma real menor correlação entre os construtos. Já o índice da dimensão positiva (CRE POSITIVO) só apresentou uma melhor correlação com o DOM2, tendo apresentado pouca com DOM1 e DOM3 e nenhuma com o DOM4 e o *OVERALL*. Dos positivos, apenas os fatores P3, P4 e P5 apresentaram correlação positiva com todos os índices do WHOQOL-bref, sendo as maiores correlações com o domínio psicológico. Isto indica que as estratégias de CRE positivo que mais podem ter influência na QV são Oferta de ajuda ao outro, Posicionamento positivo frente a Deus e Busca pessoal de crescimento espiritual. Já os fatores negativos (N1 a N4) correlacionaram com todos os índices do WHOQOL-bref com valores bastante uniformes, indicando que todas as estratégias de CRE negativo avaliadas podem vir a influenciar a QV.

Desta forma, conclui-se que, nesta amostra, os índices de CRE Negativo correlacionaram negativamente com a variável QV em níveis mais altos do que as correlações positivas apresentadas entre os índices de CRE Positivo e QV. Isto quer dizer que a influência nociva do CRE negativo encontrada foi maior e mais prejudicial do que a influência benéfica do CRE positivo na qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, baseados nestes dados empíricos se faz a proposição teórica de que, para se obter um efeito benéfico geral do *coping* religioso espiritual na qualidade de vida, é necessário que cada participante apresente valores maiores de CREP em relação aos de CREN, pelo menos na proporção 2:1 (2CREP:1CREN), ou seja, índice Razão CREN/CREP com valores iguais ou abaixo de 0,5. Dados empíricos desta própria pesquisa (diferença significativa no índice Razão CREN/CREP entre os grupos QV-Alta e QV-Baixa), discutidos mais adiante, corroboraram esta proposição.

Quanto às correlações entre fatores e domínios, apontaremos aqueles que obtiveram correlações acima de 0,30, por indicar quais estratégias de CRE tem maior relação com quais domínios da qualidade de vida. Este dados pode ser relevantes para pesquisadores da área ou para a prática clínica. As estratégias de CRE que melhor correlacionaram com a QV psicológica foram: oferta de ajuda ao próximo (P3), positivamente; e, reavaliação negativa de Deus (N1) e reavaliação negativa do significado (N3), negativamente. As variáveis religiosas/espirituais que melhor correlacionaram com este domínio foram ARTOTAL (Atitude Religiosa Total) e CRESCESP (Grau de Crescimento Espiritual como Resultado Religioso). A estratégia de CRE que mais se correlacionou negativamente com a QV ambiental foi a que promove uma reavaliação negativa do significado (N3). Por fim, as estratégias que mais se correlacionaram negativamente com a QV total foram as duas reavaliações negativas, de Deus (N1) e do significado (N3), e a insatisfação com o outro institucional (N4) – ou seja, três dos quatro fatores negativos.

Considerando todas as correlações (incluindo as abaixo de 0,30), conclui-se que os fatores da Escala CRE que demonstraram maior correlação com qualidade de vida foram, entre os positivos, P3 (oferta de ajuda ao outro) e P4 (posicionamento positivo frente a Deus), e entre os negativos, N3 e N1 (reavaliação negativa do significado e de Deus, respectivamente). E, o domínio que melhor correlacionou com todas as variáveis da Escala CRE foi o Psicológico (DOM2). Já que este foi o que também correlacionou melhor com as outras medidas R/E, o domínio psicológico confirma-se, realmente, como o mais correlacionado e em melhores níveis com as medidas religioso-espirituais como um todo, indicando que este domínio da qualidade de vida das pessoas tem uma relação mais estreita com a religiosidade/espiritualidade das mesmas.

II-3.2 Validade de Critério

A validade da Escala CRE foi estabelecida a partir de dois critérios diferentes. O primeiro utilizado foi "Local de Origem da Coleta". Dividindo a amostra em dois grupos, o religioso/espiritual (GR/E) e o geral (GG), conforme descrições no Capítulo III, esperava-se encontrar uma maior uso de CRE no GR/E. O segundo critério foi "Freqüência Religiosa (FR)". Utilizando o índice FREQREL (relatado no Capítulo II), dividiu-se a amostra em *tercis* e comparou-se os dois grupos extremos: Freqüência Religiosa Alta (FR-Alta) e Baixa (FR-Baixa). Este segundo critério foi utilizado em adição ao primeiro, pois o Grupo Geral, como o próprio nome já diz, poderia incluir pessoas de todos os níveis de freqüência religiosa, já que estas poderiam ir a locais e encontros religiosos em outro momento que não aquele no qual foram abordadas em universidades, clínicas de cuidado à saúde e espaço *web*. Seguindo o mesmo raciocínio do critério anterior esperava-se encontrar uma média de utilização de CRE maior no grupo FR-Alta.

Para ambos os critérios empregados, primeiramente, realizaram-se análises caracterizando os grupos resultantes formados segundo cada um deles em particular. Usou-se o seguinte raciocínio: se há a utilização de um critério para divisão da amostra, faz-se importante saber quais as características apresentadas pelos grupos arbitrariamente criados, para melhor compreender os dados encontrados. Após, então, realizou-se os *testes de Qui-Quadrado* e *t de Student* para averiguar a validade da Escala CRE segundo estes critérios específicos. Neste subtópico em particular, serão discutidos apenas os dados que se referem às pesquisas de validação, deixando os dados de caracterização dos diferentes grupos para outro momento.

II-3.2.1 Critério "Local de Origem da Coleta (QV)": GR/E x GG

Utilizando as médias de CRE TOTAL e dos outros índices da Escala CRE, *testes t* demonstraram que o GR/E não só obteve uma média significativamente maior de CRE

TOTAL (μ=3,90) que o GG (μ=3,47), confirmando a validade de critério segundo local de origem da coleta da Escala CRE, como apresentou uma média maior no índice CRE POSITIVO e menor no índice Razão CREN/CREP. Isto significa que o GR/E não apenas utiliza mais *coping* religioso espiritual, no geral, mas utiliza mais CRE positivo (μ=3,48) que o GG (μ=2,60) e, proporcionalmente, menos CRE negativo (em virtude da menor Razão CREN/CREP, já que as médias de CREN são praticamente iguais). Assim, ainda que o GR/E tenha utilizado um pouco mais de CRE negativo que o GG através das estratégias presentes nos fatores N2 e N3, a proporção de uso de CRE negativo para CRE positivo é menor, estando abaixo de 0,50 no GR/E (0,49) e acima disso no GG (0,69). Isto pode indicar que a participação em um grupo religioso-espiritual pode incrementar um melhor uso do CRE. Aproximadamente, os valores alcançados determinam que as pessoas do GG utilizam mais de dois CRE's negativos para cada 3 CRE's positivos empregados. Já os participantes do GR/E utilizam pouco menos de 2 CRE's negativos para cada 4 CRE's positivos. Tal dado é importante na medida em que os estudos de correlação anteriormente realizados indicaram que a influência negativa do CRE negativo é maior e mais prejudicial do que a influência benéfica do CRE positivo na qualidade de vida. Então, quanto maior a diferença proporcional entre os valores CRE POSITIVO e CRE NEGATIVO, ou seja, quanto menor o índice Razão CREN/CREP, maior será o efeito benéfico geral do *coping* religioso espiritual na qualidade de vida. Os dados do *Teste de Qui-Quadrado* reforçaram os resultados dos *Testes t* quanto ao índice CRE TOTAL, mostrando que o Grupo Religioso/Espiritual apresentou um número significativamente maior de pessoas na Faixa de CRE TOTAL Alto (64,6%), e o Grupo Geral, em contrapartida, mais pessoas da Faixa de CRE TOTAL Baixo (98,5%).

Um dado que realmente chama a atenção entre estes grupos é que o GR/E apresentou uma freqüência e uma diversidade de problemas de saúde bem maior, assim como uma freqüência maior de problemas de saúde graves, como cardiovasculares e neuropsicológicos. Através da Classificação Subjetiva de Saúde também se percebe que no GR/E têm mais pessoas "com problemas de saúde física" (23,3%), ou "física e emocional" (7,0%), comparado ao GG, enquanto que, neste último, tem uma concentração maior de pessoas "sem problemas de saúde" (23,7% Boa, 23,7% Ótima ou boa por cuidados pessoais e/ou espirituais). Tal corrobora o dado de que quanto pior o estado de saúde, maior o uso de CRE (Koenig & cols., 1998). No entanto, percebe-se que estes grupos não se diferenciam em termos de qualidade de vida, nem em níveis de saúde objetiva, de acordo com os índices do WHOQOL-bref e CSO. Uma hipótese explicativa seria que, talvez, a maior religiosidade-espiritualidade do GR/E possa atuar como um fator de proteção à saúde, aumentando o bem-estar físico e psicológico, que se traduz num nível de QV comparável aos níveis do GG, que apresenta menos problemas

de saúde. Tais dados reforçam a idéia de que a auto-avaliação/classificação de saúde objetiva é realizada mais em termos gerais e a auto-avaliação/classificação de saúde subjetiva em termos mais específicos e relacionados com os problemas de saúde.

II-3.2.2 Critério "Freqüência Religiosa (FR)": FR-Alta x FR-Baixa

Comparando os grupos FR Alta e Baixa, percebe-se que, apesar da diferença no uso de CRE negativo não ter se revelado significativo, o grupo FR-Alta teve uma média (μ=3,58) significativamente maior no índice CRE POSITIVO do que a média (μ=2,46) do grupo FR-Baixa. Isto indica que, aqueles participantes que apresentam alta freqüência a encontros ou locais religiosos utilizam mais CRE positivo do que aqueles com freqüência baixa, influenciando no maior uso geral de CRE (>CRE TOTAL) e na menor proporção CREN/CREP (<Razão CREN/CREP). Em adição, pode-se dizer que o grupo FR-Baixa apresentou médias mais baixas do que o FR-Alta em todos os fatores positivos da Escala CRE e em dois dos três fatores negativos com os quais se correlacionou, comprovando que o grupo que freqüenta menos também emprega menos *coping* religioso espiritual no total. Todos estes dados confirmam a validade de critério da Escala CRE segundo a freqüência religiosa, corroborando com os dados encontrados segundo o primeiro critério analisado, apresentando em relação a este, conforme esperado, uma intensificação na diferença entre as médias (devido a este novo critério "limpar" o fator de confusão de que algumas pessoas no GG poderiam freqüentar grupos religiosos ou espirituais fora do ambiente geral no qual foram acessados) .

Em relação ao instrumento WHOQOL-bref e às outras medidas religiosas/espirituais, o grupo FR-Alta apresentou melhor qualidade de vida psicológica (>DOM2) e maiores valores em todas as medidas R/E, em relação ao grupo FR-Baixa. Isto indica que as pessoas com alta freqüência religiosa praticam mais atitudes religiosas, dão mais importância para a religião no geral, bem como para a religião e a espiritualidade no manejo com o estresse, tendo se beneficiado mais da ajuda destas neste mesmo manejo e tendo crescido mais espiritualmente, como resultado religioso, do que as pessoas que apresentam freqüência religiosa baixa.

II-3.3 Validade de Conteúdo

II-3.3.1 Validade de Conteúdo Aparente

A Escala CRE demonstrou validade de conteúdo aparente segundo as análises informais dos líderes religiosos e dos respondentes da mesma. Muitos destes últimos, entretanto, reclamaram do grande número de repetição de itens bastante similares. Tal fato ocorreu em virtude da estrutura original da Escala RCOPE. Na realidade, esta tem um

número ainda maior de repetições: cinco itens similares para cada estratégia de CRE abrangida. Uma diminuição para três repetições por estratégia já foi realizada na Escala CRE durante a adaptação do instrumento, mas o número total de itens do teste de campo (92) permaneceu próximo ao original (105) pelo acréscimo dos itens nacionais (33: 11 x três repetições). Como se sabe, qualquer fator que possa gerar uma resistência do respondente à escala, e uma conseqüente falta de colaboração ou sinceridade nas respostas, deve ser cuidadosamente ponderado. Além disso, sabe-se que aqui no Brasil a cultura de participar e responder a pesquisas científicas não é tão difundida quanto nos Estados Unidos. Sendo assim, sugere-se como continuação deste estudo a montagem/construção de uma Escala CRE Abreviada, com um menor número de itens e repetições, empregando os itens com as melhores cargas fatoriais e revisando sua validade e fidedignidade. A brevidade no número de itens também servirá para incrementar a utilidade prática da Escala CRE em pesquisas, especialmente naquelas em que muitos instrumentos são utilizados – quando, é claro, o interesse não for obter uma análise clínica mais compreensiva e abrangente do respondente.

II-3.3.2 Validade de Conteúdo Propriamente Dita, por Confirmação Empírica das Hipóteses Teóricas

A importância de realizar a validação de conteúdo propriamente dita, por confirmação empírica das hipóteses, mesmo em testes que não medem aptidão como as escalas, já foi salientada na revisão. A parte relativa às hipóteses teóricas foi realizada antes do teste piloto e antes da testagem de campo. O arranjo teórico da Escala CRE (assim como o da RCOPE) foi composto por subescalas referentes a estratégias de CRE, distribuídas em grupos segundo as finalidades teóricas das mesmas. Estes grupos tinham uma função análoga à dos fatores. Após a testagem de campo e as análises fatoriais, as subescalas e seus itens foram redistribuídos, revelando uma classificação em outros fatores para muitos itens. A análise desta distribuição empírica, em comparação ao arranjo teórico, foi exposta na seção de apresentação dos resultados.

A ocorrência de uma redistribuição empírica da estrutura teórica dos itens já foi relatada na literatura, tanto por outros pesquisadores (Zebrack & Chesler, 2001), quanto pelos próprios autores da RCOPE original (Pargament & cols., 2000). No caso das estratégias de *coping* religioso espiritual, acredita-se que ocorra em função de que muitas delas podem servir a mais de um objetivo. Inclusive, muitas vezes, estas são utilizadas em combinação – como quaisquer outras estratégias de *coping* geral. Ao fazer a distribuição dos itens da Escala CRE, com base nas hipóteses teóricas, foram classificadas e anotadas aquelas

estratégias em que já se percebia, antes mesmo da aplicação de campo, outras alternativas de classificação nos grupos por finalidades (~ fatores). Com relação a este aspecto, o importante é que se possa discutir a classificação fatorial dos itens em termos de adequação e coerência, conforme salientam Zebrack e Chesler (2001). É o que se pretende realizar neste momento.

II-3.3.2.1 Arranjo com Base em Hipóteses Teóricas *versus* Arranjo Empírico-Fatorial

A discussão destas análises quanto à distribuição das hipóteses teóricas *versus* o arranjo empírico-fatorial irá centrar-se em duas situações: (1) comparação das (re)distribuições das escalas RCOPE e CRE; (2) comparação das distribuições teórica e empírica da Escala CRE. Estas considerações são tecidas em referência aos dados das Tabelas 44, 45, 46 e 47 (pp. 128, 129 e 132).

II-3.3.2.1.1 Primeira Situação: RCOPE x Escala CRE

Neste subtópico, se realizará uma comparação da redistribuição empírica de ambas escalas. Para cada fato relevante observado, se fará uma pequena descrição sobre como se comporta cada escala e, após, se farão comentários examinando a relação entre as descrições.

A) O primeiro fato que chama a atenção é que a redistribuição da Escala CRE foi repartida em duas dimensões, uma só com fatores de CRE positivo (P1 a P8), outra só com fatores de CRE negativo (N1 a N4). Já a redistribuição da RCOPE, em 17 fatores (F1 a F17), foi realizada com os fatores de CRE positivo (10) e CRE negativo (sete) na mesma solução fatorial. Sobre este fato pode-se tecer os seguintes comentários:

(a) A definição das análises fatoriais em duas dimensões distintas de CRE trouxe maior definição para a distribuição dos itens quanto às conseqüências positivas ou negativas das estratégias de CRE utilizadas. Isto aprimorou a classificação, antes apenas realizada em relação aos objetivos/finalidades visados e não aos resultados que se possa alcançar através do CRE;

(b) As soluções fatoriais a partir da testagem empírica de campo parecem ter organizado os itens e subescalas em finalidades mais específicas do que as da distribuição teórica. Estas últimas parecem ser mais gerais, amplas, ou menos direcionadas. O tema-título do fator seria a finalidade específica do mesmo. Pode-se analisar esta suposição já tecida anteriormente neste texto a partir de dois tipos de raciocínio. Primeiramente, utilizando o dedutivo, partir-se-á das finalidades (geral) para entender os fatores (particular/específico). Por exemplo, algumas das estratégias pertencentes à finalidade IV-Outros (Busca de apoio no outro em proximidade com Deus), podem ser usadas para diferentes fins específicos como a procura do outro nas instituições religiosas ou através de práticas/figuras

institucionalizadas (P6), ou mesmo encontrando proximidade e apoio justamente ao ofertar ajuda a este outro (P3). Também a finalidade VI-Ações (Busca de controle direto através de ações religiosas e/ou em direção à religiosidade) pode ser implementada nos âmbitos da busca de crescimento espiritual (P5), de ajuda espiritual (P2) ou do outro institucional (P6). Em segundo lugar, utilizando o raciocínio indutivo, partir-se-á dos fatores (particular/específico) para tentar explicar as finalidades (geral). Se observarmos cada fator, veremos que cada um junta sob seu tema-título várias estratégias de subescalas diferentes (Ver SIGLAS) que, contudo, podem ser usadas para atingir aquele mesmo objetivo. Dois fatores são exemplos típicos disto. O P4, por ter atingido a maior coesão teórica concentrando itens de diferentes subescalas e finalidades. Neste, todos os itens relacionam-se com Deus e com estilos de posicionar-se em relação a Ele, ainda que provenham de subescalas das finalidades II-Estilos ou III-Deus. O P5, por ser aquele que tem a maior combinação de diferentes subescalas: sob o tema-título "Busca Pessoal de Crescimento Espiritual" encontram-se estratégias de reavaliação cognitiva positiva da situação, ações religiosas/espirituais na busca de controle direto (que poderiam, talvez, ser classificadas como estratégias de *coping* focadas no problema), práticas religiosas/espirituais não institucionalizadas (algumas focadas na emoção), e busca de conexão com Deus.

B) Outro fato é que na Escala CRE houve uma combinação maior dos itens, gerando menos fatores. São 12 ao todo (oito positivos + quatro negativos). Na RCOPE houve uma redistribuição menor das subescalas e itens, provavelmente em função do maior número de fatores (17). Quanto a estes aspectos, percebe-se que:

(a) Em geral, os fatores da RCOPE foram formados por apenas uma subescala (cinco itens), o que aconteceu com 11 dos 17 fatores: quatro negativos e sete positivos. Dos seis fatores restantes, um fator positivo foi formado pela junção de duas subescalas da mesma finalidade (V-Transformação). Cinco fatores, então, foram formados pela combinação de subescalas de diferentes finalidades. Na Escala CRE, dos oito fatores da DiCREP apenas um (P7) foi formado por subescalas provenientes da mesma finalidade (VII-P). Já dos quatro fatores da DiCREN, apenas um (N1) foi formado por combinação de subescalas de duas finalidades (III-D e I-R). No total, dos 12 fatores, oito foram formados por recombinação de itens;

(b) A questão da Escala CRE sempre ter reagrupado os itens em um menor número de fatores do que a RCOPE é considerado positivo, já que a própria base da análise fatorial está em que um número menor de traços latentes (variáveis-fonte) é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (itens) (Pasquali, 2001). Ou seja, a essência da análise fatorial é menos fatores com mais itens.

(c) A mesma questão também repercutiu no aumento da fidedignidade da Escala CRE em relação à RCOPE – versão abreviada de 63 itens [com 3 repetições de itens por subescala, como a escala CRE]. Esta última foi utilizada na amostra universitária do estudo de desenvolvimento e validação inicial da RCOPE (Pargament, Koenig & Perez, 2000), conforme revisão de literatura. Comparando os *alpha*'s *de Cronbach* entre as duas escalas percebe-se que: dos 17 fatores da RCOPE, três obtiveram *alpha* abaixo de 0,65 (17,64%), sete entre 0,65 e 0,79 (41,18%) e sete acima de 0,80 (41,18%); dos 12 fatores da Escala CRE um obteve *alpha* abaixo de 0,65 (8,33%), três entre 0,65 e 0,79 (25%) e oito acima de 0,80 (66,66%). Como se salienta, a Escala CRE teve um percentual mais alto de *alpha's* acima de 0,80 e um percentual mais baixo de *alpha's* abaixo de 0,65 e entre 0,65 e 0,79; comprovando sua maior precisão. Ressalta-se que a RCOPE de cinco repetições, com 105 itens, obteve desempenho superior.

D) Em relação às combinações de itens e subescalas em fatores, vê-se que na RCOPE ocorreram estas: as subescalas "T.Perdoar" e "D.Perdão" juntaram-se no F10; o fator F5 agregou itens das subescalas "E.Autodireção", "E.Colaboração" e "D.Apoio Espiritual" (finalidades II-E e III-D); o fator F1 agregou, entre outras, as subescalas E.Colaboração" e "D.Apoio Espiritual"; o fator F12 juntou toda subescala "D.Mágoa com Deus" e um item da "R.Poder". As combinações da Escala CRE foram: no fator P1 ocorreu a mesma combinação demonstrada no F10 da RCOPE, entre outras combinações; o fator P4 combinou ambos fatores F1 e F5 da RCOPE, além de outros itens compatíveis das mesmas finalidades "II-E" e "III-D"; o fator N1, entre outras combinações teoricamente significativas, também juntou todos itens da subescala "D.Mágoa com Deus" e um item da "R.Poder". Pode-se concluir que houve combinações na amostra brasileira, similares às ocorridas na amostra americana. Isto pode, ou estar revelando similaridades entre as duas culturas, ou estar demonstrando a consistência da base teórica compartilhada entre as escalas. No último caso, esta repetição de combinações reforça a validade de ambas.

E) Na Escala CRE as subescalas da finalidade III-Deus foram as que mais se desmembraram em fatores diferentes: 5 subescalas em 6 fatores. Na RCOPE também: 6 subescalas em 8 fatores. Olhando com mais cuidado, a finalidade III-Deus refere-se a "Buscar proximidade, conforto e o apoio de Deus". Este talvez seja o comportamento mais básico daquele que é religioso ou vivencia sua espiritualidade. Assim, esta finalidade pode se revelar como parte componente de várias estratégias de CRE e servir a uma ampla gama de outras finalidades mais específicas. Este fato reforça a suposição de que as finalidades teóricas estão definidas em bases mais gerais e que os fatores a partir da distribuição empírica tendem a refletir objetivos mais específicos.

F) Quanto aos índices avaliativos das escalas, no artigo da RCOPE (Pargament, Koenig & Perez, 2000), foi comentado sobre a escala "Likert" de 4-pontos usada para as respostas que variaram entre "0-*not at all*" e "3-*great deal*"; nas tabelas de correlações foram mostrados valores para cada fator e, na de análise de regressão, um valor para a escala como um todo. Daí presume-se a existência de um índice para cada fator e um índice total. Apesar disso, este artigo não deixou claramente explícitos os índices de avaliação da escala ou como são computados. Este estudo da Escala CRE, por outro lado, definiu claramente seus quatro índices de avaliação: dois para cada dimensão, um para a escala total e ainda criou um índice para comparar a proporção CREN : CREP – fora os índices fatoriais. Percebe-se que a definição explícita dos índices de uma escala pode gerar informações importantes para os leitores. Além disso, se nota que a criação dos índices básicos de avaliação CRE POSITIVO e CRE NEGATIVO e dos índices relacionais CRE TOTAL e Razão CREN/CREP, para além dos 12 índices de cada fator (P1 a P8 e N1 a N4), aumentou a capacidade avaliativa da Escala CRE, tornando seu uso mais atraente e pragmático. Também foi acrescentada clareza quanto ao resultado final positivo ou negativo alcançado por cada indivíduo, segundo sua prática de CRE.

II-3.3.2.1.2 Segunda Situação: Escala CRE x Escala CRE (Antes e Após Teste de Campo)

No Capítulo III, Resultados, foi abordada a questão de que algumas subescalas apresentavam, além da classificação original, uma ou mais classificações alternativas em outras finalidades do CRE. Treze subescalas foram identificadas com esta possibilidade, e suas classificações alternativas foram expostas. Até este momento, se esteve sempre comentando o rearranjo empírico da Escala CRE considerando a classificação original. Se, no entanto, for realizada uma reavaliação da distribuição empírica, considerando as classificações alternativas, veremos que a Escala CRE se apresentará com ainda mais coerência teórica, pois seis destas alternativas se coadunaram com o posterior resultado do arranjo empírico dos itens (ver segunda coluna das siglas das Tabelas 45 e 47). Ressalva-se que eram 13 alternativas propostas, sendo algumas para as mesmas estratégias e a distribuição empírica confirmou seis delas. Especificando-as: (1) a classificação alternativa V-Transformação para subescala "Perdão" (fator P1) a coloca em igualdade com as outras quatro subescalas desta finalidade; (2) a classificação alternativa VII-Busca Pessoal para as subescalas "Entidades" e "Conexão", no fator P5, faz com que este fator passe a ter uma maioria de itens desta finalidade (quatro de cinco); (3) a classificação alternativa VI-Ações para as subescalas "Mídia" e "Limite", no fator P6, faz com que este fator passe a ter uma homogeneidade maior apresentando quatro itens VI-A, cinco itens IV-O e um item VII-P, quando antes mostrava cinco IV-O, dois VI-A, dois VII-

P e um III-D; (4) a classificação das estratégias de "Renúncia ativa" como III-Deus, o que deixaria o fator P8 com estratégias apenas desta finalidade.

Analisando a classificação original, poderia se considerar como fator que fala a favor do rearranjo empírico o fato de que, através deste, dois fatores positivos da Escala CRE (P4 e P8) realizaram a mesma junção: itens e subescalas das finalidades II-E e III-D. Tal fato pode estar demonstrando que, realmente, ambas têm pontos em comum. Quanto à DiCREN, tem-se a destacar que a solução fatorial desta dimensão negativa foi extremamente consistente com a distribuição teórica hipotética. Esta diferença no arranjo empírico em relação ao teórico entre as duas dimensões pode estar relacionada ao fato de que se utiliza bem mais CRE positivo que negativo, e quanto mais estratégias, maior o número de combinações. Por outro lado, também pode estar significando que o CRE negativo é mais bem definido em termos dos objetivos visados.

II-3.3.2.2 Validade de Conteúdo Propriamente Dita: Conclusões

Embora a redistribuição de subescalas e itens em uma nova divisão de fatores (em comparação com as finalidades), a verificação empírica suportou a base teórica geral, proporcionando alguns ajustes interessantes. O agrupamento de itens gerado nos fatores foi consistente em termos teóricos, embora diferente da divisão teórica suposta. No caso da Escala CRE esta base teórica foi dupla: a distribuição teórica da RCOPE e a distribuição teórica da Escala CRE com base nas hipóteses teóricas, considerando o acréscimo, modificação e exclusão de itens em relação ao instrumento original, realizada, tanto antes da aplicação piloto, quanto da testagem de campo. Ambas, mais a distribuição empírica da RCOPE, serviram de base para comparação. Todas as análises, em conjunto, demonstraram que a Escala CRE apresenta validade de conteúdo propriamente dita, pois, os resultados gerados a partir das técnicas de validação de construto foram soluções fatoriais com conteúdos que demonstraram adequação e coerência teórica e empírica.

II-4 Análises Descritivas

Analisando as médias e desvios-padrão dos diversos índices da Escala CRE e suas diferenças, salienta-se o fato de que os participantes, em média, demonstraram utilizar mais CRE positivo (μ=3,26) do que CRE negativo (μ=1,66) – corroborando dados de literatura (Pargament, Smith, & cols., 1998). Tal ocorreu numa proporção não ideal, mas ainda aceitável, demonstrada pelo índice Razão CREN/CREP=0,54. Este índice indicou uma proporção média de 1,08CREN:2,00CREP, bem próxima da proposta mínima necessária (1CREN:2CREP) para o efeito total ser positivo para o indivíduo, segundo parâmetros

teoricamente propostos neste trabalho. Novos estudos, considerando medidas de saúde com delineamento experimental a partir de intervenções religiosas ou espirituais segundo algum modelo teórico da literatura da área, poderiam ser úteis para a definição/confirmação empírica deste parâmetro, e de sua aproximação, ou não, com o proposto.

Em termos de uso total de *coping* religioso espiritual (tanto negativo, quanto positivo), os participantes deste estudo variaram, considerando a média e o desvio-padrão, entre utilização alta e média de CRE (μCRE TOTAL de 4,22 a 3,38, em escala de 1,00 a 5,00). Considerando que 74,5% da amostra foi colhida em locais de encontro religioso, institucionais ou não, esta média parece condizente. No entanto, não se têm parâmetros para a população brasileira para poder dizer se esta é realmente adequada ou para compará-la a outros grupos. Uma padronização e normatização para nossa população fazem-se sentir necessárias neste momento, sendo uma indicação para questão de pesquisas futuras.

Os dados sobre os fatores que alcançaram as maiores e menores médias entre os participantes da amostra são bastante significativas sob o ponto de vista qualitativo. As médias mais altas indicaram que as estratégias de CRE que se configuram em posicionamentos frente a Deus são as mais utilizadas, tanto os posicionamentos positivos (P4), quanto negativos (N2). Tal fato pode estar indicando que, antes de tudo, a pessoa se posiciona frente a Deus e à espiritualidade, e esta posição, se suficientemente relevante, pode vir a influenciar as outras estratégias. Também que, com relação a este posicionamento, dado a maior média, tanto no posicionamento positivo, quanto no negativo, pode haver uma labilidade ao longo da vida e/ou de situações. Para comprovar tal hipótese, seria necessário comparar a média destes dois fatores em cada indivíduo, para se saber se são pessoas diferentes ou as mesmas que utilizam ambas. Além disso, deve-se considerar o fato de que tal posicionamento nasce de uma pulsão interior do ser, podendo esta estratégia ter uma estreita relação com o conceito de *locus* de controle, já que este se refere ao fato das pessoas atribuírem a causa e o controle dos acontecimentos de suas vidas a alguma fonte, intrínseca ou extrínseca, para manter ou intensificar o significado de suas existências, segundo quatro dimensões de controle percebido: interno, outros poderosos, acaso e Deus (Levenson, 1974, citado em McIntosh & Spilka, 1990; Welton e cols., 1996). Conforme a situação, poderia variar a percepção da dimensão de controle, afetando, em conseqüência, o posicionamento frente a Deus. No entanto, estas últimas são elucubrações que necessitam análises mais aprofundadas e estudos mais específicos.

As médias mais baixas foram coerentes com certos aspectos. A população brasileira, no geral, tem um nível de escolaridade baixo e o hábito de leitura não faz parte da vivência da maioria. A mídia impressa de revistas periódicas ou televisiva, apenas

recentemente começou a tomar maior força e a ter maior representatividade em número de canais. Pode-se tomar como exemplo o fenômeno do Pe. Marcelo, que vem trazendo a retransmissão ao vivo de missas para a cultura da Igreja Católica, mas apenas de poucos anos para cá. Por outro lado, muito destes canais de TV que transmitem programas religiosos 24 horas por dia são pagos. Então, é logicamente compreensível, pelas circunstâncias ambientais, culturais e também econômicas, que a "Busca pessoal de conhecimento espiritual" (P7) seja o tema das estratégias menos utilizadas entre as de CRE positivo. Já a questão das estratégias que revelam uma "Reavaliação Negativa de Deus" (N1) terem obtido média baixa pode ser olhada sob a ótica de que, numa população com alta freqüência de crentes em Deus, e sendo Ele a figura principal à qual o crente se refere e com a qual pode contar, reavaliações negativas d'Este parecem ser ameaçadoras ao bem-estar psicológico do indivíduo. Daí a suposição de que elas tenham um tempo de utilização curto, temporário, coincidindo com as crises de fé ou as existenciais em função de situações ou resultados desfavoráveis.

O fato da maior média de qualidade de vida, avaliada pelo WHOQOL-bref, ter sido obtida pelo índice *OVERALL* (μ=16,02, em escala de 4 a 20), e considerando que este índice é o que apresenta pior desempenho psicométrico no WHOQOL-bref (por ter apenas dois itens), é compatível com a observação realizada neste trabalho sobre as pessoas tenderem a realizar avaliações de saúde mais positivas em questões mais amplas, de caráter geral. O índice WQTOTAL, que computa igualmente os domínios, com questões específicas, foi um pouco menor (15,31). A variação foi maior, em relação ao construto CRE, de média a muito alta QV. Entre os domínios, o Físico obteve a média maior, o que é surpreendente numa amostra onde - como já comentado - quase 40% segundo avaliação objetiva, ou 50% segundo avaliação subjetiva, apresenta problemas de saúde, em sua maioria físicos. Já não é surpresa o domínio Meio Ambiente ter alcançado a média menor (μ=14,39), dadas as condições de segurança, saúde e transporte de nosso país – citando apenas algumas das variáveis de uma lista sem fim.

As médias de outras medidas religiosas/espirituais apontaram que os participantes apresentaram um nível médio de atitudes religiosas no ARTOTAL. Já o Grau de Crescimento Espiritual, avaliado pelo índice CRESCESP, revelou um alto de crescimento espiritual. Como tais resultados são referentes à mesma amostra, pode-se pensar que um nível apenas médio de atitudes religiosas englobando freqüência pública e privada, importância da religião, comportamentos, pensamento e sentimentos religiosos, pode resultar num alto grau de crescimento espiritual, indicando que a relação custo-benefício da religiosidade/espiritualidade pesa a favor daquele que a vivencia.

II-5. Análise das Relações entre *Coping* Religioso Espiritual (CRE), Qualidade de Vida (QV) e Saúde, através dos Instrumentos e Variáveis Investigados Neste Estudo

A questão das relações acima citadas tem sido objeto de discussão teórica em nível inter, multi, ou transdisciplinar. No mesmo sentido de nossas observações anteriores neste texto, Ness (1999) aponta para as conseqüências negativas e positivas que as crenças e comportamentos religiosos podem ter na saúde física e mental das pessoas. Ressalta que existem muitos caminhos geradores de impacto negativo, como o fanatismo violento, o asceticismo embaraçador e o tradicionalismo opressivo – exemplos em nível social. Mas, assinala também a existência de muitas áreas de influência positiva, como o papel das práticas religiosas na saúde, o impacto do sacerdócio social na comunidade de saúde e a complementaridade das idéias religiosas de salvação com as concepções médicas de saúde nas concepções contemporâneas do bem-estar humano. Assim, este autor salienta a religião como mediadora entre as dimensões individuais e sociais de bem-estar.

Tal idéia pode ser um divisor de águas na questão do preconceito científico que ainda se faz presente quanto à relação entre estes temas. Se a comunidade científica puder estar aberta e alerta, tanto para a positividade, quanto para a negatividade da religião/espiritualidade, menos receios se farão presentes quanto à exploração de novas perspectivas, libertas do peso das velhas desconfianças. Isto reforça a importância do construto *coping* religioso-espiritual e da Escala CRE, que permitem a avaliação de ambos aspectos. Relacionado a isto, vários autores têm salientado a necessidade de novos modelos e novos paradigmas na área da saúde que transcendam quaisquer barreiras ainda presentes. Neste sentido, destacam-se duas sugestões que podem ser úteis na condução deste caminho. Willis (2000) aponta para a mudança paradigmática nos serviços de saúde, identificando e advogando seis novos paradigmas positivos para estes: 1) o paciente como um convidado, antes que um cliente; 2) a valorização da "cicatrização" (*healing*), antes da cura (em analogia da preocupação com o todo ao invés da parte); 3) ver o paciente como elemento de uma comunidade e não como um indivíduo isolado; 4) a maior preocupação com o sofrimento, antes da dor; 5) o conceito de um Deus transcendente, antes que iminente, uma teologia de Deus mais engajada e menos distante do processo de cicatrização; e, 6) a participação ativa do paciente, antes que um sofrimento passivo. Outro autor, Epperly (2000), ressalta que a parede entre espiritualidade e medicina está ruindo, e que os médicos têm descoberto a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa para aumentar a saúde física e mental, bem como para responder a situações estressantes de vida, ou seja, para o *coping* (apontando novamente para a importância do CRE). A partir daí, propõe a necessidade de um novo modelo metafísico para substituir o

modelo dualístico newtoniano-cartesiano na biomedicina. Segundo ele, a metafísica processualmente relacionada é um bom modelo alternativo que suporta a parceria espiritualidade-medicina, através dos seguintes postulados: 1) a natureza relacional da vida; 2) o relacionamento essencial entre mente, corpo e espírito; 3) a natureza causal multifatorial em termos de saúde e doença; 4) a afirmação da criatividade e da redefinição dos poderes divinos e humanos em termos de parceria. Esta nova fundamentação metafísica, segundo este autor, poderia prover uma base para incluir os aspectos espirituais no cuidado dos pacientes, na educação dos médicos e no cuidado profissional do *self*.

Em relação aos estudos sobre qualidade de vida, a noção da importância e o envolvimento das questões espirituais nesta área de conhecimento já parecem bem mais desenvolvidos do que no campo teórico/prático da saúde. Felizmente, os estudos de QV têm se realizado, especialmente, justo nas áreas ligadas à saúde. Desta forma, imagina-se que dois fatores contribuirão para que o campo da qualidade de vida se torne um mediador entre o campo da saúde e o das questões religioso-espirituais. Primeiramente, porque, enquanto a preocupação com a saúde vem de tempos imemoriais (só o pai da Medicina *Moderna*, Hipócrates, viveu entre 460-355 a.C.), a preocupação com a qualidade de vida faz parte da sociedade contemporânea, alimentada também pela maior longevidade das pessoas. Por ser mais recente, o campo da qualidade de vida é mais aberto a explorações de idéias e perspectivas e menos comprometido com soluções teóricas já amarradas ou práticas que se perpetuem através dos tempos, como o campo da saúde – e assim, menos carregado de preconceitos que possam evitar, entravar ou enviesar a interpretação de qualquer dado. Além disso, por ser um campo mais amplo, já que o conceito de qualidade de vida transcende o de saúde, incluindo outros aspectos que influenciam a vida e sua qualidade, pode vir a contribuir com outros fatores que podem estar influenciando a própria saúde e que, no entanto, não façam parte direta desta área de conhecimento – como as questões espirituais, sociais, ambientais, nutricionais, etc. Além disso, um campo mais amplo, especificamente como o da QV, permite o engajamento de profissionais de várias áreas, tornando-o, por enquanto, multidisciplinar. No que nossa própria sociedade for se desenvolvendo, e os campos de conhecimento se integrando cada vez mais na prática do atendimento àquele que é o objeto de todos os envolvidos, o ser humano, a área da qualidade de vida pode vir a tornar-se transdisciplinar.

II-5.1 Relações entre CRE e QV

Conforme explicado no Capítulo III, na primeira parte das investigações da relação entre CRE e QV, a amostra total foi dividida segundo o índice WQTOTAL em dois

grupos: QV-Alta e QV-Baixa. Antes de passar à discussão dos resultados do testes realizados segundo esta divisão, revisar-se-á as razões para a criação e utilização de um novo índice de avaliação para o instrumento WHOQOL-bref. Relembrando, este foi criado a fim de fornecer um índice que abrangesse todas as questões daquele instrumento (diferentemente das medidas existentes) que fosse comparável ao índice CRE TOTAL. Como todos os domínios do WHOQOL-bref supõem-se correlacionados entre si na composição do construto QV, tal fato viabilizaria a composição deste índice total. Espera-se que a ponderação da importância de cada domínio e das questões gerais quanto à qualidade de vida tenha sido preservada com a utilização da sintaxe original respectiva de cada um dos mesmos na composição do índice WQTOTAL.

É verdade que o WHOQOL-bref já contava com um índice geral, o *OVERALL*. No entanto, este é formado por apenas dois itens e, tanto a literatura, quanto o desempenho deste índice nesta pesquisa, em comparação ao dos domínios, demonstraram que este tinha uma menor sensibilidade. Além disso, o *OVERALL* é composto apenas de índices gerais de QV. São os domínios que possuem os itens de QV específicos para cada tema (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Pesquisas têm demonstrado que instrumentos que aliam os dois tipos têm melhores desempenhos (Robbins & cols, 2001). Através da criação e do uso do WQTOTAL obteve-se um índice de avaliação do instrumento WHOQOL-bref que levou em conta, tanto as questões gerais, quanto às específicas, e todas as facetas importantes para o construto QV. Deste modo, também se optou por este para servir de critério para a definição desta amostra parcial.

Em relação ao resultado dos testes ($p \leq 0,0001$), o grupo QV-Alta apresentou um uso significativamente maior de CRE TOTAL do que o grupo QV-Baixa, comprovando a associação benéfica geral entre CRE e qualidade de vida. Como o grupo QV-Baixa apresentou médias mais altas de CRE negativo (através do CRE NEGATIVO e todos fatores N), e o grupo QV-Alta apresentou médias mais altas de CRE positivo (através do índice CRE POSITIVO e P3 a P8), fica demonstrada a associação positiva entre CRE positivo e QV e a associação negativa entre CRE negativo e QV. Desta forma, o malefício ou o benefício da associação entre *coping* religioso espiritual e qualidade de vida depende da quantidade de CRE negativo e positivo utilizados, mas, acima disto, depende da proporção entre estes num mesmo indivíduo. A direção da associação entre CRE e QV não foi possível de averiguar dada a transversalidade do estudo, mas estima-se que ela possa ser bi-lateral. Como os participantes da amostra, corroborando dados de literatura, utilizam mais CRE positivo, que negativo, tal fato deve ter influenciado na associação positiva geral entre CRE e qualidade de vida. Ou seja, os dados também apontaram que, no total dos

coping's utilizados, o uso de CRE parece ser benéfico à qualidade de vida, reforçando a correlação positiva encontrada entre CRE e QV.

Salienta-se que o grupo QV-Alta, em média, além de realizar mais *coping* religioso espiritual (μCRE TOTAL=4,05), realiza mais CRE positivo (μCRE POSITIVO=3,54) e menos CRE negativo (μCRE NEGATIVO=1,44) do que o grupo QV-Baixa (μCRE TOTAL=3,50; μCRE POSITIVO=3,15; μCRE NEGATIVO=2,16). Desta forma, de acordo com os valores da Razão CREN/CREP, o uso de CREN passa dos 70% do uso de CREP no grupo QV-Baixa, enquanto que no grupo QV-Alta o uso de CREN está cotado apenas em 43% do uso de CREP, estando abaixo dos 50% propostos teoricamente como o máximo para a obtenção de um efeito benéfico total. Esta análise é importante, pois é um primeiro dado empírico que corrobora o parâmetro teórico postulado em relação a um resultado positivo externo, no caso, a qualidade de vida dos participantes de amostra.

Além disso, em comparação, o Grupo QV Alta realiza mais atividades religiosas (>ARTOTAL e >IGAR) e dá mais importância à religião, tanto no geral (>IMPOREL), quanto para lidar com o estresse (>IMP/STRESS). Também obtém melhores resultados da religião, auferindo maior ajuda da mesma no manejo do estresse (>AJU/STRESS) e um maior grau de crescimento espiritual (>CRESCESP). Também, apresenta um melhor índice objetivo de saúde (COS entre "boa" e "muito boa") do que o Grupo QV Baixa (entre "nem ruim, nem boa" e "boa"). Todos estes dados demonstram que o grupo que apresenta maior qualidade de vida também apresenta mais comportamentos religiosos/espirituais e, provavelmente em função disso, também recebe maior benefício da religião/espiritualidade. Desta forma, através de outros índices que não o *coping* religioso espiritual, fica comprovada a associação entre QV e aspectos religiosos/espirituais em amostra brasileira.

Analisando fator a fator em relação à qualidade de vida, podemos observar que os fatores P1, P2, P7 e P8 não foram sensíveis à diferença significativa entre os grupos QV Alta e Baixa. A partir destes dados, as estratégias de CRE buscando transformação de si e/ou de sua vida, ajuda espiritual, conhecimento espiritual ou utilizando Deus, a religião e/ou a espiritualidade para realizar um afastamento da situação estressora, aparentemente, não têm influencia numa melhor ou pior qualidade de vida. Já as estratégias positivas que mostram associação com QV são: ofertar ajuda ao outro (P3); buscar pessoalmente o crescimento espiritual (P5); agir em busca do outro institucionalmente representado (P6); e, posicionar-se positivamente perante Deus (colaborando com Deus, fazendo por si, suplicando positivamente por ajuda divina, buscando conexão com Deus ou vendo-o como uma fonte de amor e força ou como ponto de apoio e proteção) (P4). Por outro lado, todas as estratégias de CRE negativo, como revoltar-se, magoar-se, questionar-se em relação a

Deus, esperar passivamente que Ele dê conta da situação ou suplicar negativamente por sua ajuda, sentir-se punido por Ele ou ameaçado por forças do mal e sentir-se insatisfeito com suas crenças ou com seu grupo/instituição religiosa (N1 a N4), mostraram associação negativa com a qualidade de vida.

Tentando constatar a direção da associação CRE-QV, também se dividiu a amostra pela quantidade de CRE empregada pelos participantes, gerando os grupos CRE TOTAL Alto e Baixo, e realizaram-se *testes t* para averiguar os níveis de qualidade de vida. Os resultados, mostrando que quem usa mais CRE apresenta melhor qualidade de vida, não puderam esclarecer esta dúvida, mas puderam reafirmar a associação CRE-QV. Ficou comprovado que o grupo que utiliza mais *coping* religioso espiritual possui melhor qualidade de vida física, ambiental, total e geral, mas, especialmente, melhor qualidade de vida psicológica e nas relações sociais, já que estes foram os domínios que apresentaram maior diferença nas médias entre os dois grupos. Além disso, o grupo que utiliza mais CRE TOTAL também apresenta melhor saúde, classificada objetivamente (resposta em termos gerais). Outro fato interessante, é que o grupo que usa mais CRE também apresentou uma média de idade maior (μ=46,09), e a idade esteve associada, tanto a maiores problemas de saúde, segundo os *testes t* para grupos com e sem PS, quanto, especificamente, a problemas de saúde física, segundo os *testes de qui-quadrado* para a classificação subjetiva de saúde (resposta em termos específicos), os quais apresentaram diferença significativa em relação à todos os outros problemas, com exceção dos emocionais+físicos.

O grupo CRE TOTAL Alto também apresentou médias mais altas em todas as medidas religiosas espirituais. Isto vem a confirmar a lógica, pois se espera que as pessoas que freqüentam mais grupos ou locais religiosos, consideram a religião mais importante e consideram mais a ajuda desta para lidar com o estresse, apresentem maior número de *coping* religioso espiritual em suas vidas. Desta forma, utilizam mais CRE os que acreditam mais fortemente que seja importante e possa ajudar. Pode-se averiguar parcialmente se esta crença se reflete realmente em resultados positivos, através da análise da medida global de resultado religioso CRESCESP. Esta indicou que o grau de crescimento espiritual do grupo de pessoas que usa mais CRE no total (μ=4,45: situada entre "tenho crescido" e "tenho crescido muito" espiritualmente) é significativamente maior do que o crescimento espiritual daqueles que utilizam menos CRE TOTAL (μ=2,65: situada entre "tenho crescido um pouco" e "tenho crescido mais ou menos" espiritualmente), demonstrando que aqueles que usam mais CRE têm resultados religiosos positivos significativamente mais altos em termos de crescimento espiritual do que aqueles que utilizam menos CRE. Tais achados, porém, devem ser ponderados, já que a medida de

resultado utilizada tem relação direta com a espiritualidade, que é parte do construto de CRE. Em outros estudos, talvez até com delineamentos experimentais, possa-se tentar averiguar a influência do CRE em termos de resultados outros, como de saúde ou de qualidade de vida.

Uma ANOVA demonstrou que a qualidade de vida (através do WQTOTAL) não acusou interação com a idade dos participantes (através da variável Faixa de Idade), mas o *coping* religioso espiritual (CRE TOTAL) acusou. Os resultados mostraram que o uso de CRE, em geral, tende a aumentar com a idade. Todavia, como este é um estudo de delineamento transversal, não se pode afirmar se os sujeitos que hoje apresentaram um maior uso de CRE também apresentavam-no ou não em sua juventude. Estudos longitudinais podem dirimir tal dúvida, confirmando ou não a tendência percebida.

Finalizando, como não se pôde afirmar qual a direção das associações encontradas, ou seja, se a QV é mais alta por causa de um uso maior de CRE ou se a QV mais alta proporciona um maior uso de CRE, sugerimos que, para esclarecer esta questão, deveriam ser implementadas pesquisas com metodologias que possibilitem e/ou permitam averiguar a relação causal, como estudos longitudinais.

II-5.2 Relações entre Classificação Objetiva de Saúde (COS), CRE e QV

Os resultados mostraram que o *coping* religioso espiritual negativo (CREN) se associa negativamente com a saúde conforme a classificação objetiva desta (COS). Este resultado se soma à associação negativa já relatada entre CREN e qualidade de vida. O CRE TOTAL, no entanto, se associa positivamente à COS. Contudo, os valores destas correlações não são muito expressivos. Todavia, se for levado em conta o *teste t* realizado para os grupos de CRE TOTAL Alto e Baixo, indicando que existe diferença significativa entre esses grupos quanto à Classificação Objetiva de Saúde, vê-se que as pequenas correlações aqui apresentadas podem refletir em diferenças significativas – levando em consideração, ainda, que o índice CRE TOTAL foi aquele que, numericamente, apresentou a menor correlação com COS, dentre as variáveis CRE.

As variáveis do instrumento WHOQOL-bref correlacionaram bem e positivamente com a classificação objetiva de saúde, o que é esperado, dado que a QV engloba o conceito de saúde. É de se salientar que a correlação maior é justamente com o índice *OVERALL* (0,62), o qual 50% se refere à pergunta sobre a saúde geral do participante. Revela-se aqui, novamente, a tendência percebida da pessoa auto-avaliar sua saúde em nível geral mais positivamente que em nível específico.

O Domínio 3, das relações sociais, foi o que apresentou a menor correlação (0,22) com COS, indicando que o âmbito das relações sociais é o que menos tem relação com a saúde classificada objetivamente, dentre os domínios de qualidade de vida. As correlações para os domínios 4 e 2 também não foram tão altas, considerando a similaridade dos construtos. Que o meio ambiente não tenha uma relação tão direta com a saúde pode-se até supor, mas, com relação à qualidade de vida psicológica, esperava-se uma correlação maior com a classificação objetiva da saúde. Salienta-se que este último domínio foi o que melhor correlacionou com as variáveis CRE e outras medidas religiosas/espirituais. Conclui-se que a Classificação Objetiva de Saúde, com apenas um item a responder em escala Likert de 5-pontos, não é um bom parâmetro discriminativo e percebe-se a necessidade de outro instrumento para avaliar saúde em pesquisas futuras. Por fim, as correlações aqui apresentadas corroboram as diferenças significativas encontradas para os grupos QV Alta e Baixa, e CRE TOTAL Alto e Baixo, expostas no subtópico anterior. Salientamos ainda que, quem respondeu que tem a saúde "muito boa" apresentou menor idade do que os aqueles que responderam "Boa" ou "Nem ruim, nem boa", indicando que a variável COS pode ter uma boa influência do fator idade.

II-5.3 Relações entre Problemas de Saúde (PS), CRE e QV

Nenhum índice geral ou dimensional da Escala CRE mostrou diferença significativa quanto a ter ou não problemas de saúde, mas alguns fatores, isoladamente, sim. Isto significa que determinadas estratégias de CRE são mais utilizadas pelas pessoas que possuem algum problema de saúde. Daí conclui-se que, poder afastar-se um pouco do problema com a ajuda de Deus, da religião e/ou espiritualidade, buscar ajuda espiritual ou oferecer ajuda aos outros são estratégias positivas das quais aqueles que têm problemas de saúde lançam mão. Talvez, quem tenha mais problemas de saúde se solidarize mais com o outro, assim como mais necessita de sua ajuda, fato que pode ter relação com o *wake-up call* e o crescimento espiritual alcançados e relatados por pessoas que sofrem de alguma doença, em vários estudos (Hansel & cols., 2004; Mohr & cols., 1999; Wagner, 1999). Ao mesmo tempo, para transcender a situação problemática de saúde, que pode estar ou não acrescida de outra, a estratégia de afastamento deste problema através da aproximação a Deus, às questões religiosas ou espirituais pode se configurar numa válvula de escape positivamente utilizada, evitando uma obsessividade quanto ao tema da doença em si.

Quanto ao fator negativo que demonstrou diferença significativa entre os grupos com e sem PS, posicionamento negativo frente a Deus, pode-se pensar duas alternativas. Por um lado, se pode imaginar que um posicionamento negativo perante Deus, de forma

passiva ou através de súplica negativa, se associa com o fato da pessoa ter problemas de saúde. Por outro lado, podemos pensar que, quem tem problemas de saúde costuma esperar mais de Deus a seu favor e a suplicar mais por um milagre divino.

Análises e testes para a segunda parte descritiva da QG23, relacionada a qual o tipo de problema de saúde apresentado, não mostraram resultados significativos. Conclui-se que, ter ou não ter problema de saúde pode influenciar no uso de determinado CRE, mas qual o tipo de problema de saúde, não. Este dado é interessante se comparado ao campo da qualidade de vida onde, diferentemente, têm crescido o número de instrumentos relacionados a doenças específicas, por estas influenciarem em certas particularidades da vida cotidiana.

Com relação ao instrumento WHOQOL-bref, todas as variáveis apresentaram diferenças significativas, demonstrando que aqueles que têm problemas de saúde apresentam uma qualidade de vida significativamente mais baixa do que aqueles que não têm. Quanto à questão CRE x PS x Idade, um *teste t* mostrou que o grupo sem Problemas de Saúde apresentava uma média de idade significativamente menor (μ=36,53) do que aqueles participantes que tinham PS (μ=48,66). Testes do subtópico anterior demonstraram que o uso de CRE tende a aumentar com a idade. A variável idade, então, pode estar enviesando os resultados encontrados entre as variáveis da Escala CRE e as variáveis de Saúde, intensificando ou atenuando suas relações.

II-5.4 Relações entre Classificação Subjetiva de Saúde (CSS), CRE e QV

Na Classificação Subjetiva de Saúde os participantes responderam descritivamente em termos de possuírem ou não problemas de saúde gerando sete categorias. Nas análises, os dados indicam que as pessoas com problemas de saúde física utilizam muito o CRE, especialmente o positivo. Este dado, em adição ao fato do grupo de participantes "Com Problemas de Saúde" ser mais velho (apresentou maior idade que cinco das outras seis categorias de idade avaliadas), pode revelar que não é o maior uso de CRE que influi na saúde mais comprometida, mas, antes disso, o participante utiliza mais CRE para dar conta das debilidades especialmente físicas que vão aumentando com a idade. Por outro lado, os resultados indicam que pessoas com problemas emocionais utilizam menos o *coping* religioso espiritual, mas quando usam, em proporção, usam mais CREN do que CREP, obtendo menos benefícios positivos deste uso. Talvez este uso negativo ocorra pela dificuldade emocional de lidar com as questões religiosas, assim como com as outras questões importantes de vida. Ou, porque os problemas emocionais geram dificuldades cognitivas e comportamentais prejudicando o uso de estratégias para lidar com o estresse e

com os problemas de vida (*coping*). Também observou-se que as pessoas que apresentaram um nível intermediário de uso de CRE TOTAL e da proporção CREN/CREP tenderam a apresentar menos problemas emocionais. Se todas estas relações percebidas se repetem na população geral ou se são uma peculiaridade desta amostra em particular é fato que merece ser investigado em estudos futuros.

Foi através da análise de Qui-quadrado dos dados da Classificação Subjetiva de Saúde que percebeu-se que quanto maior o CRE TOTAL (maior uso de CRE) e menor a Razão CREN/CREP (maior uso de CRE positivo em relação ao negativo), maior a freqüência de pessoas que apresentavam problemas de saúde física. Tal fato leva a se pensar nos problemas físicos como motivadores e educadores do uso do *coping* religioso espiritual. Por outro lado, quanto menor o índice de CRE TOTAL (menor uso de CRE) e maior a Razão CREN/CREP (maior uso de CRE negativo em relação ao positivo), mais problemas de saúde emocional as pessoas apresentavam, acrescidos ou não de problemas físicos. Assim, pode-se concluir que problemas emocionais dificultariam o bom uso do CRE, indicando que intervenções em nível psicológico poderiam facilitar o uso do CRE, potencializando sua influência positiva na saúde e QV. Tal poderia ser realizado em tratamentos psicológicos convencionais, ou, como se propõe, através de grupos terapêuticos enfocando o *coping* com a doença (incluindo o CRE), ou de grupos terapêuticos enfocando diretamente questões religiosas/espirituais. Este tipo de abordagem, que requer pouco investimento de capital não-humano, poderia ser facilmente desenvolvida nos atendimentos em nível de saúde pública, contribuindo para a maximização de resultados e minimização de custos de tratamentos de saúde e para uma potencial melhora na qualidade de vida da população.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se insere, essencialmente, nas áreas da Psicologia da Religião, do *Coping* e da Avaliação Psicológica. Em suas ramificações, aborda as áreas da Saúde e dos estudos de Qualidade de Vida. Enquanto a Avaliação Psicológica é um campo com certa tradição no Brasil e com importância estabelecida, por serem os psicólogos os únicos profissionais com autorização legal para manipular os testes psicológicos, os campos da Psicologia da Religião e do *Coping* são relativamente recentes em nosso país. Se, por um lado, isto cria dificuldades, pois ainda há muito caminho teórico a percorrer e muitas barreiras a ultrapassar, por outro, abre inúmeras possibilidades de investigação. E, se há alguma coisa que um pesquisador gosta de realizar é trabalhar com idéias e responder questões, de forma segura e útil. O campo da Qualidade de Vida também está em franca fase de crescimento, configurando-se numa nova abordagem da Saúde, mas muito mais do que isso, um debate e colaboração entre diferentes áreas do conhecimento.

No Brasil, a pesquisa científica sobre a influência da religião/espiritualidade na vida psíquica, na saúde e na qualidade de vida das pessoas está em ponto ainda de afirmar-se enquanto campo de interesse científico. Tal esforço ocorreu nos Estados Unidos desde há uns dez ou mais anos atrás, quando os pesquisadores, especialmente da área da saúde, como médicos e psicólogos, começaram a fazer pesquisas sobre a influência da prece na recuperação de pacientes, por exemplo, cardíacos (Harris & cols., 1999). Este esforço continua até hoje, e Hill e Pargament (2003) citam algumas razões que fizeram (ou ainda fazem) com que a religião e a espiritualidade fossem (ou ainda sejam) pouco estudadas na psicologia e disciplinas relacionadas: 1) religião e espiritualidade são menos centrais e importantes para os psicólogos e outros pesquisadores da saúde do que para o público como um todo, 2) são erroneamente assumidas por alguns como fora do escopo do estudo científico, e 3) são consideradas por alguns, contrariamente ao que os dados sugerem, como um retrocesso numa era que reflete o ápice da ciência e da iluminação racional. Apesar disso, naquele país e em alguns outros, a associação e a influência da religião/espiritualidade em diferentes áreas já está, de certa forma, estabelecida, existindo muitas pesquisas e artigos publicados que formam uma linha de base para a comparação de novos estudos, que podem, então, se aprofundar nas questões de interesse, nas ainda não respondidas ou nas que suscitam dúvidas. Mas a grande questão americana, hoje em dia, passou de ontológica à epistemológica.

Ou seja, transcendeu a pergunta "o que é?", do campo teórico, para a pergunta "como?", tanto no campo teórico, quanto no aplicado.

Em relação ao "como?" no campo teórico, Hill e Pargament (2003) apontam que, apesar da literatura falar da importância da religião e espiritualidade, deixa não respondidas questões cruciais sobre porque e como as mesmas influenciam a saúde. Alertam que algumas explanações não espirituais têm sido propostas (mediadores sociais, psicológicos e fisiológicos, estilos de vida, etc); entretanto, por se basearem tão pesadamente em índices globais, indicam que os pesquisadores têm subestimado a complexidade destas variáveis e ignorado a possibilidade de que algo inerente à própria experiência espiritual religiosa possa contribuir ou denegrir a saúde física e mental. Para investigar estas possibilidades, afirmam, são necessários instrumentos de medida da religião e da espiritualidade mais compreensivos, sensíveis e confiáveis – um dos objetivos que esta pesquisa procurou atingir.

Em relação à pergunta "como?" no campo aplicado, milhares de profissionais, e não apenas cientistas e pesquisadores acadêmicos, se perguntam sobre como inserir a dimensão espiritual nos atendimentos clínicos, hospitalares e de saúde pública. O que fazer para os dados encontrados se tornarem úteis no dia-a-dia, transpondo a teoria à prática. Como usar este conhecimento, por exemplo, em políticas governamentais que beneficiem a população atendida, gerem novos postos de trabalho e, de quebra, diminuam os pesados custos da área da saúde. Muitos ponderam que a forma como a religião e a espiritualidade venham a ser abordadas tem importante influência nos resultados que serão obtidos. Mas, a grande maioria, parece ainda não ter respostas sobre como juntar, na prática, estas áreas do conhecimento. Para a maioria dos pacientes, no entanto, estas sempre estiveram juntas, embora de forma dissociada, pois, se falavam com os profissionais da saúde sobre o corpo e/ou sua mente, só com os amigos, familiares e membros da comunidade religiosa falavam sobre seu espírito/alma, sobre Deus e sobre como usar a espiritualidade para entender ou combater sua doença. De qualquer forma, hoje em dia se disseminou o interesse no tema. Já existem inclusive *sites* na internet de associações governamentais e não governamentais que abordam temas relevantes para determinadas doenças, que expõem comentários e informações sobre a religião e/ou a espiritualidade no tratamento das mesmas. É o caso do *site* oficial do *National Cancer Institute*, do *U. S. National Institutes of Health* (www.cancer.gov), que apresenta uma versão para leigos e outra para profissionais da saúde sobre o tema "Espiritualidade no tratamento do câncer".

Dada a enorme dificuldade apresentada na resposta à questão "como?", a necessidade de construção de um modelo que seja teoricamente amplo, mas que possibilite

intervenções pontuais é crucial para estabelecer uma estrutura capaz de organizar questões pendentes. Vários são os autores que têm debatido esta questão. Gleason (1999), por exemplo, aponta para as duas maiores forças que trouxeram o acesso e o cuidado espiritual para o foco: a mudança para a ênfase no estar bem, antes do que na doença e no estar doente, e a aumentada atenção para a medicina alternativa e para a anteriormente desconhecida junção da saúde holística com os serviços de saúde tradicionais. O autor completa, chamando a atenção para a necessidade de um modelo de serviço/cuidado espiritual que seja simples, fácil de usar, inclusivo, válido, confiável, preciso, útil para diagnóstico, para prevenção e que tenha resultados mensuráveis – com o que se concorda.

Já Connelly e Light (2003) assinalam que áreas como a Medicina, a Enfermagem e o Serviço Pastoral têm desenvolvido ferramentas para abordar e avaliar a espiritualidade. Entretanto, destacam para a necessária cautela sobre como fazer isso, pois enumeram três perigos: 1) a falta do consentimento informado; 2) a falta de treinamento da maioria dos provedores de serviços de cuidado à saúde, como médicos e enfermeiros, para estarem adequadamente educados para prover tal cuidado; e, 3) a falta de coordenação entre os provedores de cuidado à saúde quanto a esta dimensão/aspecto, pois ainda não foi clarificado o papel que os vários provedores de cuidados de saúde possuem, o que põe em perigo a coordenação da qualidade no cuidado espiritual.

Hill e Pargament (2003) alertam que pesquisadores da Psicologia da Religião têm feito progresso na avaliação da religiosidade, e têm descoberto que a religião e a espiritualidade são processos longe de serem uniformes. Na verdade, são variáveis complexas envolvendo as dimensões cognitivas, emocionais, comportamentais, interpessoais e psicológicas. Infelizmente, apontam que muito do trabalho empírico dos psicólogos da religião não estão bem integrados na pesquisa que conecta saúde e religião/espiritualidade. Pesquisadores da saúde não estão bem familiarizados com o estudo psicológico da religião, que compõe uma literatura muito mais volumosa do que muitos psicólogos poderiam imaginar. Os achados empíricos ainda não foram largamente disseminados, em parte porque muitas das pesquisas são publicadas em *journals* especializados no estudo científico da religião, não familiares à maioria dos psicólogos. Assim, a religião (sem ser seu aspecto patológico) não está bem representada nos livros-texto da psicologia ou no currículo educacional. Por outra parte, porque muito do trabalho anterior sobre a conceitualização e avaliação da religiosidade cresceu no interesse de entender as ligações perturbadoras entre religião e preconceito, em particular, o anti-semitismo. Este panorama, segundo estes autores, tem começado a mudar, pois avanços nos conceitos e medidas da religião/espiritualidade têm sido realizados funcionalmente

relacionados à saúde física e mental – objetivo que esta pesquisa também procurou alcançar.

Discutindo algumas diretrizes sobre como os psicólogos clínicos podem integrar as questões religioso-espirituais na terapia psicológica, Martin (2003) salienta que a espiritualidade, assim como a diversidade cultural até a década passada, não tem sido focada de maneira positiva em nosso treinamento clínico. Até recentemente, espiritualidade e crenças religiosas eram tidas como meios de identificar aspectos patológicos dos pacientes, e o comprometimento com crenças religiosas era visto como defensivo por natureza. Se fosse avaliado como excessivo, era sinal da necessidade de uma intervenção psicofarmacológica. Contudo, congratula a decisão de incluir aspectos psicoreligiosos e psicoespirituais no DSM-IV como representação de um esforço para dar conta deste importante aspecto da vida dos pacientes. Relembram que, em 2001, a APA publicou sugestões de intervenções religiosas e espirituais para serem utilizadas pelos psicólogos americanos. Estas incluem o uso do consentimento informado e a evitação de impor os próprios valores e crenças religiosas/espirituais aos pacientes. Martin ressalta que, para garantir que isso ocorra, os terapeutas necessitam de treinamento.

Sigmund (2003) aborda que veteranos de guerra com desordem de estresse pós-traumático podem se beneficiar com a integração das questões espirituais como parte do seu plano geral de tratamento de saúde mental, e que o clero poderia ser usado para provê-lo (*Chaplains Services*). Em especial, apontou a necessidade de estudos controlados para verificar a utilidade da avaliação e intervenção espiritual com os pacientes e reivindicou uma análise mais rigorosa de como o clero poderia melhor servir no tratamento a esta população.

Profissionais de outras áreas estão investigando o uso da prece como terapia da subsíndrome de ansiedade e depressão menor em adultos idosos e a efetividade desta intervenção espiritualmente baseada para o alívio destes sintomas. Como resultado, 22 asilados comunitários diagnosticados com depressão menor apresentaram diminuição da ansiedade e tendência a diminuição da depressão. Aqueles que continuaram a usar a técnica demonstraram diminuição nos escores de depressão comparados ao aumento destes escores naqueles que finalizaram o pacote de sessões. Já McCollough (1999) aponta que não existem evidências indicando que as abordagens amoldadas à religião, no aconselhamento para depressão, sejam mais ou menos eficazes que as abordagens padrão e que a escolha de usar abordagens religiosas com clientes religiosos, provavelmente, é mais uma questão de preferência do cliente, do que de diferença na eficácia.

No Brasil, Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha (2003) apontam para problemas metodológicos nos estudos da relação entre saúde e religiosidade, destacando diferenças genéticas, comportamentais e variáveis como idade, sexo, educação, etnia, nível socioeconômico e estado de saúde como variáveis que podem intervir e constituir vieses nestes estudos. Então, enfatizam a necessidade de pesquisas bem conduzidas para orientar as condutas baseadas em evidências também nesta área. Tal recomendação, se seguida à risca, desmistifica o receio de alguns quanto a perda da objetividade científica em estudos religiosos, e de outros, quanto à cientifização da religião. Particularmente, imagina-se que não existe o perigo de transformar a religião em ciência, nem de transformar a ciência em metafísica. Estas são estruturas separadas que podem encontrar pontos comuns em suas trajetórias.

Fleck e colegas (2003) evidenciam como um primeiro problema metodológico nesta área a questão de como "medir" a religiosidade. Reafirmam que, em geral, esta tem sido avaliada em relação à filiação, à prática religiosa e à freqüência a cultos – estratégias conhecidamente limitadas para dar conta de uma variável tão complexa. Afirmam que não existem na literatura instrumentos para avaliar a religiosidade que sejam ao mesmo tempo facilmente aplicáveis, satisfatórios aos aspectos mais genéricos das religiões (presentes em todas ou na maioria delas), e capazes de incorporar realidades específicas de determinadas religiões. Poucos instrumentos são desenvolvidos, na maioria das vezes, em um único país (em geral, Estados Unidos) e pouco válidos para estudar prática religiosa em diferentes culturas. Em função disto, revelam que a OMS incluiu o domínio "religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais" no seu instrumento genérico de QV, composto por quatro questões que, todavia, se mostraram insuficientes em testes de campo realizados em vários centros, o que levou à necessidade de desenvolver um módulo específico para o WHOQOL-100 no intuito de avaliar esta dimensão da qualidade de vida numa perspectiva transcultural.

É justamente neste ponto que se encontra a importância do presente trabalho como contribuição que pode preencher a lacuna de instrumentos para avaliar a religiosidade aqui no Brasil. Nesta pesquisa, mais especificamente, procurou-se gerar um instrumento que fosse utilizável para a maior parte das religiões, com aspectos genéricos, mas, ao mesmo tempo, incorporando comportamentos religiosos específicos – inclusive daqueles sem religião, mas espiritualizados. Em seu tema central, procura avaliar as formas como as pessoas utilizam a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse, abrangendo estratégias de *coping* ativas, passivas e interativas, inclui as abordagens focadas no problema e na emoção, cobre os domínios cognitivos, comportamentais, interpessoais, afetivos e espirituais. Isto faz com que este possa ser utilizado como instrumento de

pesquisa ou como instrumento clínico, no atendimento público ou privado, em consultório ou em ambiente hospitalar. Desta forma, pode vir a se tornar um auxiliar na resposta à questão "como?" aqui no Brasil, assim como para a questão "o quê?", contribuindo para a definição do campo religioso-espiritual como de interesse científico. Também pode vir a auxiliar a realização de programas de intervenção religioso/espirituais, proporcionando uma das possíveis formas de avaliação, ou para a realização de estudos comparativos entre as religiões.

Assim, a Escala CRE parece ter cumprido as quatro assunções que geraram o desenvolvimento da original RCOPE: ser compreensiva, ser teoricamente baseada e funcionalmente orientada, ser aberta a ambos lados positivo e negativo da religião e ser empiricamente baseada, mas clinicamente válida e significativa. Prevê-se, a partir da revisão realizada sobre esta área de pesquisa, que as próximas questões a serem debatidas neste campo serão "quem?" e "para que?". Ou seja, quais os profissionais da saúde, ou não, que proverão o cuidado espiritual (médicos, psicólogos, teólogos, etc) e a serviço de qual ética estarão os interesses ao abordar uma questão que pode ser tão importante ou mesmo essencial aos atendidos: ao uso científico, humanitário, político, ou outro?

Deve-se atentar, no entanto, para a parcimônia que se deve ter na utilização de escalas, em virtude da magnitude das diferenças que podem aparecer em função de outras variáveis que não tenham sido controladas na amostra, como regionalismos, educação, gênero, história médica, entre outros, e do caráter dinâmico-empírico da elaboração destes instrumentos. Daí a necessidade de maiores estudos, especialmente para a realização de uma padronização/normatização da Escala CRE em nível nacional. Este, inclusive, foi o único aspecto dos três passos de Beaton e colegas (2000), para a adaptação transcultural de medidas de auto-relato, que não pôde ser alcançado neste estudo. Os dois primeiros passos, referentes à tradução e adaptação lingüístico-cultural do instrumento, e a primeira etapa do terceiro passo, os processos de validação e fidedignidade, foram cumpridos nesta etapa de acordo com os dois primeiros objetivos traçados inicialmente. Através de procedimentos específicos, a Escala CRE evidenciou validade de construto e fidedignidade, alcançando boa solução fatorial e bons níveis de consistência interna através do *alpha de Cronbach*. Também demonstrou validade de construto convergente com a medida religiosa multidimensional Escala de Atitudes Religiosas, com as medidas religiosas/espirituais globais de Importância da Religião e Índice Global de Atividades Religiosas, com as medidas unidimensionais sobre a importância e a ajuda da religião para lidar com o estresse, e com o instrumento WHOQOL-bref, que avalia qualidade de vida. Demonstrou igualmente validade de critério segundo o local de origem da coleta de dados (religioso/espiritual ou geral) e segundo a freqüência

religiosa dos participantes. Também houve o cuidado de se realizar a validade de conteúdo, examinando-o atentamente durante toda a consecução do trabalho, isto é, na tradução, adaptação, elaboração de itens nacionais, revisão após o piloto e após o teste de campo.

Quanto ao terceiro e último objetivo específico traçado para esta pesquisa, se espera ter alcançado, pelo menos na parte que os instrumentos e variáveis avaliados neste estudo permitiam, averiguar as relações entre *coping* religioso espiritual, qualidade de vida e saúde em amostra brasileira. Além de contribuir com o primeiro instrumento de avaliação de CRE no Brasil, este trabalho espera poder ter contribuído ao expor um pouco das relações entre *coping* religioso espiritual e qualidade de vida. Isto é, sobre a associação positiva geral entre CRE e QV, a associação positiva entre CRE POSITIVO e QV e a associação negativa entre CRE NEGATIVO e QV. Como nesta amostra, os índices de CRE NEGATIVO correlacionaram negativamente com a variável QV em níveis mais altos do que as correlações positivas apresentadas entre os índices CRE POSITIVO e QV, atestando a maior e mais prejudicial influência negativa do CRE negativo do que a influência benéfica do CRE positivo na QV, propôs-se uma proporção mínima de 2 CREP : 1 CREN, isto é, índice Razão CREN/CREP≤0,5 para a obtenção de um efeito benéfico geral do *coping* religioso espiritual na qualidade de vida.

Além disso, este estudo expôs sobre as estratégias de CRE que parecem influenciar a QV positivamente (ofertar ajuda ao outro, buscar pessoalmente o conhecimento espiritual, agir buscando o outro institucionalmente representado e posicionar-se positivamente perante Deus) e negativamente (todas as estratégias de CRE negativo, como revoltar-se, magoar-se, questionar-se em relação a Deus, esperar passivamente que Ele dê conta da situação ou suplicar negativamente por sua ajuda, sentir-se punido por Ele ou ameaçado por forças do mal e sentir-se insatisfeito com suas crenças ou com seu grupo/instituição religiosa). Apontou-se, igualmente, que quem usa mais CRE também tem melhor qualidade de vida física, ambiental, total e geral, mas, especialmente, melhor qualidade de vida psicológica e nas relações sociais. Sobre CRE e saúde, este trabalho evidenciou a associação positiva entre CRE e Saúde Objetiva (COS), e a associação negativa entre CRE NEGATIVO e Saúde Objetiva. Ainda ressaltou-se que determinadas estratégias de CRE são mais utilizadas pelas pessoas que possuem algum problema de saúde, como se afastar do problema com a ajuda de Deus, da religião e/ou espiritualidade, buscar ajuda espiritual ou oferecer ajuda aos outros, entre as estratégias positivas, e posicionamento negativo de forma passiva ou através de súplica negativa perante Deus, entre as negativas. Ainda foi apontado que o tipo de problema de saúde não têm influência num uso diferenciado de CRE e que aqueles que usam mais CRE, têm resultados religiosos positivos significativamente mais altos em termos de

crescimento espiritual. Quanto à relação CRE x Saúde Subjetiva (CSS), concluiu-se que, quanto menor o CRE TOTAL e maior o Razão CREN/CREP, mais as pessoas apresentam problemas emocionais, acrescidos ou não de problemas físicos, e quanto maior o CRE TOTAL e menor a Razão CREN/CREP, mais as pessoas têm problemas de saúde física. Este último pode ser um motivador do uso de CRE total e maior uso de CRE positivo em relação ao negativo (baixa Razão CREN/CREP). Por último, que aqueles que têm problemas de saúde apresentam uma qualidade de vida significativamente mais baixa.

Como foi percebido que a idade é uma variável interveniente na relação CRE x Saúde, recomenda-se estudos com metodologia capaz de controlar seus efeitos. Assim, se terá uma idéia mais clara e precisa das verdadeiras relações entre *coping* religioso espiritual e saúde, que podem estar sendo atenuadas ou acentuadas por esta variável de desenvolvimento. Entende-se, também, que algumas alterações possam vir a ser operadas futuramente na Escala CRE, a fim de incrementar ainda mais seus adequados níveis de validade e fidedignidade. Entre elas estariam: acrescentar itens aos fatores P5, N2 e N4 – especialmente itens sobre mágoa interpessoal não institucional, neste último.

Com esta escala, espera-se que possa aumentar o número de pesquisas na área da Psicologia da Religião, contribuindo para que este campo teórico e empírico no Brasil tenha um crescimento como o verificado nos Estados Unidos, mas, também, que outras áreas da psicologia e de outras disciplinas, possam se fazer beneficiar com o seu uso. Pasquali (2003), por exemplo, recentemente criou uma teoria de personalidade dentro da qual o ser humano é descrito em termos de uma matriz geradora da personalidade, composta de três eixos gerais, os seres, e três eixos específicos, as funções. Então, o ser físico, o ser psicológico e o ser espiritual se cruzam com as funções do conhecer, sentir e agir, proporcionando ao homem a sensação, o pensamento, a contemplação, a emoção, o sentimento, a união mística/êxtase, os atos instintivos, os atos livres e o *ágape*. Estes últimos seriam relativos às faculdades humanas do sentido, intelecto, fé, sistema neuroendócrino, senso de valor, esperança, instintos, vontade e caridade, respectivamente. Já que até na área da personalidade o ser espiritual está sendo levado em conta, uma escala de *coping* religioso espiritual poderia ser de utilização prática na verificação empírica de tais teorias psicológicas.

Quanto às fraquezas e limitações deste estudo, identifica-se a falta de um pareamento quantitativo de algumas variáveis e a falta de uma amostra representativa da realidade brasileira em termos de religião professada pelos participantes, já que nesta pesquisa houve um número bem maior de espíritas (31,5%) do que o verificado na

população brasileira (1,33%). Este fator pode estar enviesando alguns dos resultados encontrados.

Como sugestões para estudos futuros, além daqueles recomendados para incremento psicométrico adicional da escala, figuram-se estudos mais aprofundados, de caráter experimental e, se possível, com delineamento longitudinal, para se investigar mais minuciosamente as relações CRE x Saúde, e CRE x Qualidade de Vida – inclusive em termos de resultados. Especialmente, na área da psiconeuroimunologia, a qual parece ser uma área promissora, não só pela utilidade científica devido à possibilidade de se encontrar resultados, mas pela utilidade pública, social e humanitária que estes estudos possam vir a ter – incluindo, aí, a prática clínica psicológica.

Outro estudo futuro fortemente recomendado é a continuação deste trabalho, no sentido da construção de uma Escala CRE Abreviada, dada a necessidade de instrumentos compreensivos, multidimensionais, mas parcimoniosos (Lewin, 2001; Pargament & cols., 1990) e de rápida aplicação (Fleck & cols., 2000), que facilitem a pesquisa, a utilização integrada com outros instrumentos e a boa aceitação por parte dos respondentes.

REFERÊNCIAS

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective.* New York: Guilford Press.

Aldwin, C. M. (2000). Preface to the paperback edition. Em C. M. Aldwin (1994), *Stress, coping and development: An integrative perspective* (pp. iv-xii). New York: Guilford Press.

Alves, A. T. (1956). *Dicionário moderno da língua Portuguesa.* São Paulo: Edições Úteis.

Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica.*Porto Alegre: Artes Médicas.

Antoniazzi, A. S. (1999). *Desenvolvimento de instrumentos para a avaliação de* coping *em adolescentes brasileiros.* Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

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

Arruda, J. J. de A. (1979). *História moderna e contemporânea*. São Paulo, SP: Editora Ática (10ª Ed.).

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE, 24*, 3186-3191.

Bergin, A. E., Stinchfield, R. D., Gaskin, T. A., Masters, K. S. & Sullivan, C. E. (1988). Religious life-styles and mental health: An exploratory study. *Journal of Counseling Psychology, 35*(1), 91-98.

Bjorck, J. P. (1995). A self-centered perspective on McIntosh's religious schema. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *5*(1), 23-29.

Boudreaux, E., Catz, S., Ryan, L., Amaral-Melendez, M. & Brantley, P. J. (1995). The Ways of Religious Coping Scale: Reliability, validity, and scale development. *Assessment, 2*(3), 233-244.

Brink, E., Karlson, B. W. & Hallberg, L. R. M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: Factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health and Medicine, 7*(1): 5-16.

Browne J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., McDonald, N. J. & Joyce, C. R. B. (1997). Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Quality of Life Research, 6*, 301-309.

Carone Jr., D. A. & Barone, D. F. (2001). A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 21*(7), 989-1003.

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(1), 184-195.

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.

Cattel, R. B. (1966). The meaning and strategic use of factor analysis. Em R. B. Cattel (Org.), *Handbook of Multivariate Experimental Psychology* (pp. 174-243). Chicago: Rand McNally.

Clark, K. A., Bormann, C. A., Cropanzano, R. S. & James, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment, 65*, 434-455.

Coelho, R., Amorim, I. & Prata, J. (2003). Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. P*sychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 44*(4): 312-318.

Connelly, R. & Light, K. (2003). Exploring the "new" frontier of spirituality in health care: Identifying the dangers. *Journal of Religion and Health, 42*(1), 35-46.

Cronbach, L. J. (1996a). Como julgar os testes: Fidedignidade e outras qualidades. Em L. J. Cronbach (Org.), *Fundamentos da testagem psicológica* (pp. 197-201). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cronbach, L. J. (1996b). Como julgar os testes: Validação. Em L. J. Cronbach (Org.), *Fundamentos da testagem psicológica* (pp. 138-175). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cronbach, L. J. (1996c). Capacidades múltiplas e seu papel no aconselhamento. Em L. J. Cronbach (Org.), *Fundamentos da Testagem Psicológica* (pp. 320-348). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin, 52*, 281-302.

Dela Coleta, J. A. (1980) *Atribuição de causalidade em presos, cegos e amputados.* Tese de Doutorado não publicada. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, RJ.

Dell'Aglio, D. D. (2000) *O processo de* coping*, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes.* Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Demerath III, N. J. (1999). The varieties of sacred experience: Finding the sacred in a secular grove. *Presidential Address: Society for the Scientific Study of Religion* (pp. 1-11). Boston, M. A.: Journal for the Scientific Study of Religion.

Dull, V. T. & Skokan, L. A. (1995). A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues, 51*(2), 49-64.

Endler, N. S., Parker, J. D. A. & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment, 10*(3), 195-205.

Epperly, B. G. (2000). Prayer, process, and the future of medicine. *Journal of Religion and Health, 39*(1), 23-37.

Fachel, J. M. G. & Camey, S. (2003). Avaliação psicométrica: A qualidade das medidas e o entendimento dos dados. Em J. A. Cunha & colaboradores (Orgs.), *Psicodiagnóstico-V* (pp. 158-170). Porto Alegre: Artmed Editora.

Fan, V. S., Curtis, J. R., Tu, S. P., McDonell, M. B. & Fihn, S. D. (2002). Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with Obstructive Lung Diseases. *CHEST, 122*, 429-436.

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

Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group. (2003 (1999)). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A report of a national working group.* Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.

Flannelly, L. & Inouye, J. (2001). Relationships of religion, health status and socioeconomic status to the quality of life of individuals who are HIV positive. *Issues in Mental Health Nursing, 22*(3), 253-272.

Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G. & Rocha, N. S. da (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública, 37*(4), 446-455.

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

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 839-852.

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

Folkman, S., Lazarus, R. L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003.

Folkman, S., Lazarus, R. L., Gruen, R. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 571-579.

Fraga, A. A., França, J. S., Aquino, T. A. A. (2002, setembro). *Validação da Escala de Atitude Religiosa*. Sessão de pôster apresentado no I Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo, SP.

Francis, L. J. & Kaldor, P. (2002). The relationship between psychological well-being and Christian faith and practice in an Australian population sample. *Journal for the Scientific Study of Religion, 41*(1), 179-184.

Freud, S. (1916/17). 23ª Conferência de introdução à psicanálise: Os caminhos da formação do sintoma, V. XVI. Em S. Freud (1980), *Edição* standard *brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (pp. 222-242). Rio de Janeiro: IMAGO Ed.

Freud, S. (1929/30). O mal estar na civilização, V. XXI. Em S. Freud (1980), *Edição* standard *brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (pp.73-148). Rio de Janeiro: IMAGO Ed.

Ganzevoort, R. R. (1998). Religious coping reconsidered – Part 2: A narrative reformulation. *Journal of Psychology and Theology, 26*(3), 260-275.

Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment, 6*, 304-312.

George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G. & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*(1), 102-116.

Ghorbani, N., Watson, P. J., Ghramalecki, A. F., Morris, R. J & Hood, Jr., R. W. (2002). Muslim-Christian Religious Orientation Scales: Distinctions, correlations and cross-cultural analysis in Iran and the United States. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *12*(2), 69-91.

Giacomoni, C. H. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Gimenes, M. G. G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp.171-195). Campinas: Editorial Psy.

Grisci, C. L. I. & Lazzaroto, G. D. R. (1998). Psicologia social no trabalho. Em M. G. C. Jacques, M. N. Strey, M. G. Bernardes, P. A. Guareschi, S. A. Carlos & T. M. G. Fonseca (Orgs.), *Psicologia social contemporânea: Livro-texto* (pp. 230-240). Petrópolis, RJ: Vozes.

Grupo WHOQOL no Brasil. (1998). *WHOQOL-bref: Instrumento de avaliação da qualidade de vida* [On-line]. Disponível: http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol7.html, acessado em fev/2004.

Guadagnoli, E. & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin, 103*, 265-275.

Gleason, J. J. (1999). The four worlds of spiritual assessment and care. *Journal of Religion and Health, 38*(4), 305-317.

Hall, T. W. & Edwards, K. J. (1996). The initial development and factor analysis of the Spiritual Assessment Inventory. *Journal of Psychology and Theology, 24*(3), 233-246.

Hall, T. W. & Edwards, K. J. (2002). The Spiritual Assessment Inventory: A theistic model and measure for assessing spiritual development. *Journal for the Scientific Study of Religion, 41*(2), 341-357.

Hansel, N. N., Wu A. W., Chang, B. & Diette, G. B. (2004). Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Quality of Life Research, 13*, 639-652.

Harris, W. S., Gowda, M., Kolb, J. W., Strychacz, C. P., Vacek, J. L., Jones, P. G., Forker, A., O'Keefe, J. H. &. McCallister, B. D. (1999). A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit. *Archives of Internal Medicine*, *159*(19), 2273-2278.

Hathaway, W. L. & Pargament, K .I. (1990). Intrinsic religiousness, religious coping and psychosocial competence: A covariance structure analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion, 29*(4), 423-441.

Hill, P. C. & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist, 58*(1), 64-74.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. (2000). Tabela 1.1.2: População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo a religião. *Censo demográfico 2000: Resultados da amostra*. Brasil: Autor.

Koenig, H. G. (1995). Religion as cognitive schema. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *5*(1), 31-37.

Koenig, H. G. (2000a). Psychoneuroimmunology and the faith factor. *Journal of Gender-Specific Medicine*, *3*(5), 37-44.

Koenig, H. G. (2000b). Religion and Medicine I: Historical background and reasons for separation. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *30*(4), 385-398.

Koenig, H. G. (2001a). Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *31*(1), 97-109.

Koenig, H. G. (2001b). Religion and Medicine III: Developing a theoretical model. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *31*(2), 199-216.

Koenig, H. G. (2001c). Religion and Medicine IV: Religion, physical health, and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *31*(3), 321-336.

Koenig, H. G. (2002). An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *Journal of the American Medical Association, 288*(4), 487-493.

Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Kudler, H .S., Krishnan, K. R. R. & Sibert, T. E. (1995). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics, 36*(4), 369-375.

Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Pieper, C., Meador, K. G., Shelp, F., Goli, V. & DiPasquale, R. (1992). Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1693-1700.

Koenig, H. G., Larson, D. B. & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Annals of Pharmacotherapy, 35*, 352-359.

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

Larson, D. B. & Larson, S. S. (1992). *The forgotten factor in physical and mental health: What does the research show?* Arlington, VA: Authors.

Larson, D. B., Swyers, J. P. & McCullough, M. E. (1997). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report.* Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.

Lawler, K. A. & Younger, J. W. (2002). Theobiology: An analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of Religion and Health, 41*(4), 347-362.

Lazarus, R. S. (1993) Preface. Em C. M. Aldwin (1994), *Stress, coping and development: An integrative perspective* (pp. xiii-xiv). New York: Guilford Press.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lewin, F. A. (2001). Investigating religious and spiritually oriented coping strategies in the Swedish context: A review of the literature and directions for future research. *Illness, Crisis & Loss, 9*(4), 336-356.

Lewis, C. A. (2002). *The Psychology of Religion* [On-line]. Disponível: http//:www.calewis.uk, acessado em agosto/2002.

Lilliston, L. & Klein, D. G. (1991). A self-discrepancy reduction model of religious coping. *Journal of Clinical Psychology, 47*(6), 854-860.

Lipp, M. E. N. & Rocha, J. C. (1994). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: Um guia de tratamento ao hipertenso.* Campinas: Papirus.

Martin, M. (2003). Bridging the Mental Health/Spirituality divide: Appropriate spiritual interventions can aid therapists. *Behavioral Health Management, Nov-Dez,* 40-41.

Martin, P. D., Catz, S. L., Boudreaux, E. & Brantley, P. J. (1998). Ways of Religious Coping Scale. Em C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources,* Vol. 2, (pp. 337-352). Lanham, MD: Scarecrow Press.

McCollough, M. E. (1999). Research on religion-accommodative counseling: Review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 46*(1), 92-98.

McGee, H. M., O'Boyle, C. A., Hickey, A., O'Malley, K. & Joyce, C. R. B. (1991). Assessing the quality of life of the individual: The SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychological Medicine, 21*, 749-759.

McIntosh, D. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *5*(1), 1-16.

McIntosh, D. & Spilka, B. (1990). Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. *Research in the Social Scientific Study of Religion, 2*, 167-194.

McIntosh, D., Silver, R. C. & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 812-821.

Miner, M. H. & McKnight, J. (1999). Religious attributions: Situational factors and effects on coping. *Journal for the Scientific Study of Religion, 38*(2), 274-286.

Mohr, D. C., Dick, L. P., Russo, D., Pinn, J., Boudewyn, A. C., Likosky, W. & Goodkin, D. E. (1999). The psychosocial impact of multiple sclerosis: Exploring the patient's perspective. *Health Psychology, 18*(4), 376-382.

Müller, M. C. (2004). Introdução. Em E. F. B.Teixeira, M. C. Muller & J. D. T. da Silva (Orgs.), *Espiritualidade e qualidade de vida* (pp. 9-10). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Musick, M. A., Traphagan, J. W., Koenig, H. G. & Larson, D. B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development, 7*(2), 73-86.

Ness, P. H. V. (1999). Religion and public health. *Journal of Religion and Health, 38*(1), 15-26.

Neznanov, N. G. & Petrova, N. N. (2002). Quality of life as a measure of the effectiveness of patient rehabilitation. *International Journal of Mental Health, 31*(1), 38-48.

Nooney, J. & Woodrum, E. (2002). Religious *coping* and church-based social support as predictors of mental health outcomes: Testing a conceptual model. *Journal for the Scientific Study of Religion, 41*(2), 359-368.

Paiva, G. J. (1990). Algumas relações entre psicologia e religião. *Psicologia USP, 1*(1), 25-33.

Paiva, G. J. (1998). AIDS, psicologia e religião: O estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14*(1), 27-34.

Paloutzian, R. F. & Smith, B. S. (1995). The utility of the religion-as-schema model. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *5*(1), 17-22.

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice.* New York: Guilford Press.

Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Haitsma, K. V. & Warren, R. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion, 18*(6), 504-513.

Pargament, K. I. & Hahn, J. (1986). God and the just world: Causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study of Religion, 25*(2), 193-207.

Pargament, K. I., Ishler, K. Dubow, E. F., Stanik, P., Rouiller, R., Crowe, P., Cullman, E. P., Albert, M. & Royster, B.J. (1994). Methods of religious coping with the Gulf War: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal for the Scientific Study of Religion, 33*(4), 347-361.

Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J. & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion, 27*(1), 94-104.

Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*(4), 519-543.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Archival of International Medicine, 13*(27), 1881-1885.

Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. S. & Haitsma, K. V. (1992). God help me (II): The relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion, 31*(4), 504-513.

Pargament, K. I. & Park, C. L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues, 51*(2), 13-32.

Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*(4), 710-724.

Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G. & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion, 40*(3), 497-513.

Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J. & Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology, 54*(1), 77-89.

Park, C. L. & Cohen, L. H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 561-577.

Pasquali, L. (1999a). Escalas psicométricas. Em L. Pasquali (Org.), *Instrumentos Psicológicos: Manual prático de elaboração* (pp. 105-127). Brasília: LabPAM; IBAPP.

Pasquali, L. (1999b). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. Em L. Pasquali (Org.), *Instrumentos Psicológicos: Manual prático de elaboração* (pp. 37-71). Brasília: LabPAM; IBAPP.

Pasquali, L. (2001). Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. Em L. Pasquali (Org.), *Técnicas de Exame Psicológico – TEP – Volume I: Fundamentos das Técnicas de Exame Psicológico.* São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.

Pasquali, L. (2003). *Os tipos humanos: A teoria da personalidade.* Petrópolis, RJ: Vozes.

Patterson, J. M. & McCubbin, H. I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence, 10*, 163-186.

Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L. & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic

Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine, l 24*(1): 49-58.

Povey, R. (2002). *Quality of Life* (4/9/2002) [On-line]. Disponível: http//:www.staffs.ac.uk/ schools/sciences/psychology/coursematerials/healthypsychology/qualityoflife2002, acessado em 28/07/2004.

Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C. & Lavizzo-Mourey, R. (2002). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Journal of Religion and Health, 41*(2), 153-166.

Robbins, R. A., Simmons, Z., Bremer, B. A., Walsh, S. M. & Fischer, S. (2001). Quality of life in ALS is maintained as physical function declines. *Neurology, 56*(4), 442-444.

Roberto, G. L. (2004). Espiritualidade e saúde. Em E. F. B.Teixeira, M. C. Muller & J. D. T. da Silva (Orgs.), *Espiritualidade e qualidade de vida* (pp. 151-163). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Rocha, N. S. da (2004, agosto). *Qualidade de vida e religiosidade*. Estudo apresentado na XXII Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica e II Encontro Ibero-americano de Qualidade de Vida, Porto Alegre, RS.

Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*(2), 256-263.

Sandoval, J. & Durán, R. P. (1998). Language. Em J. Sandoval, C. L. Frisby, K. F. Geisinger, J. D. Scheuneman & J. R. Grenier (Editors), *Test interpretation and diversity: Achieving equity in assessment* wording (pp. 181-211). Washington, DC: American Psychological Association.

Savóia, M. G., Santana, P. R. & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP, 7*(1/2), 183-201.

Schaefer, C. A. & Gorsuch, R. L. (1993). Situational and personal variations in religious coping. *Journal for the Scientific Study of Religion, 32*(2), 136-147.

Schnittker, J. (2001). When faith is enough? The effects of religious involvement on depression. *Journal for the Scientific Study of Religion, 40*(3), 393-411.

Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. Em M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 107-132). New York: Wiley.

Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research, 11*, 193-205.

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*(3), 225-234.

Seidlitz, L., Abernethy, A. D., Duberstein, P. R., Evinger, J. S., Chang, T. H. & Lewis, B. L. (2002). Development of the Spiritual Transcendence Index. *Journal for the Scientific Study of Religion, 41*(3), 439-453.

Siegel, K., Anderman, S. J. & Schrimshaw, E. W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health, 16*(6), 631-653.

Siegel, K. & Schrimshaw, E. W. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion, 41*(1), 91-102.

Sigmund, J. A. (2003). Spirituality and trauma: The role of Clergy in the treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Religion and Health, 42*(3), 221-229.

Skevington, S. M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research, 11*, 135-144.

Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R. N. & Catchlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Diseases, 34*, 585-597.

Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 892-906.

Tamayo, A. (1989). Validade fatorial da escala Levenson de *locus* de controle. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 5*, 111-122.

Tarakeshwar, N. & Pargament, K. I. (2001). Religious coping in families of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 16*(4), 247-260.

Tix, A. P. & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 411-422.

Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues, 51*(2), 33-48.

Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research, 20*, 3-26.

Wagner, G. B. (1999). Cancer recovery and the spirit. *Journal of Religion and Health, 38*(1), 27-38.

Waldron, D., O´Boyle, C. A., Kearney, M. Moriarty, M. & Carney, D. (1999). Quality-of-Life measurement in advanced cancer: Assessing the individual. *Journal of Clinical Oncology, 17*(11), 3603-3611.

Weaver, A. J., Samford, J. A., Larson, D. B., Lucas, L. A., Koenig, H. G. & Patrick, V. (1998). A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991-1995. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(3), 187-189.

Welton, G. L., Adkins, A. G., Ingle, S. L. & Dixon, W. A. (1996). God control: The fourth dimension. *Journal of Psychology and Theology, 24*, 13-25.

WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). Em J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp.41-60). Heidelberg: Springer Verlag.

Willis, R. W. (2000). Positive paradigm shifts in health car. *Journal of Religion and Health, 39*(4), 355-365.

Wong-McDonald, A. & Gorsuch, R. L. (2000). Surrender to God: An additional coping style? *Journal of Psychology and Theology, 28*(2), 149-161.

Worthington, E. L., Kurusu, T. A., McCullough, M. E. & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic process and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin, 119*(3), 448-487.

Zebrack, B. J. & Chesler, M. A. (2001). A psychometric analysis of the Quality of Life-Cancer Survivors (QOL-CS) in survivors of childhood cancer. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 10*(4), 319-329.

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DE K. I. PARGAMENT QUANTO À RCOPE SCALE (por *e-mail*)

----- Original Message -----
From: "Kenneth I. Pargament" <kpargam@bgnet.bgsu.edu>
To: "Denise Ruschel Bandeira" <drbandei@zaz.com.br>
Sent: Thursday, January 22, 2004 11:33 AM
Subject: Re: RCope, Brazil

Dear Dr. Bandeira:
You have my permission to translate the RCOPE into Portuguese and publish it. Please send me a copy of the instrument when you have completed the translation. The measure has been translated now into other languages as well: Slovakian, Hebrew, Spanish. Thank you for your interest in this work.
Best regards,
Ken Pargament

> ---------Included Message----------
> Date: 22-Jan-2004 06:41:09 -0500
> From: "Denise Ruschel Bandeira" <drbandei@zaz.com.br>
> To: <kpargam@bgnet.bgsu.edu>
> Subject: RCope, Brazil
>
> Dear Dr. Kenneth Pargament,
>
> My name is Denise Ruschel Bandeira, I am professor at Institute of
> Psychology of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brasil. I
> would like to thank you for the papers you've sent to my student, Raquel
> Panzini, last year. They were very useful to us. Here in Brazil there are
> very few studies about religious coping. So, we are translating RCOPE
> Scale to Portuguese and intend to conduct its adaptation and validation
> to Brazil. The study, called "Spiritual and Religious Coping Scale (CRE
> Scale): translation, adaptation and validation of RCOPE Scale" have been
> accepted for be conducted by Raquel to her master's degree. To continue
> our work, we would like to know if you have interest in and authorize us
> to make this translation and adaptation to Portuguese. This authorization
> is necessary to us, so we can publish the scale on our country. If you
> want more details about the project, we would be glad to send to you.
> We are trying to contact the coauthors Mr. Koenig and Mrs. Perez as well.
> Thanks for your return. Best wishes,
>
> Denise Ruschel Bandeira
> Vice-Director of the Development Psychology Post-Graduation Program
> Rio Grande do Sul Federal University
> Psychology Institute
> Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Sala 120
> Porto Alegre/RS - BRASIL
> CEP 90035-003
>
> Mail to: drbandei@zaz.com.br
> Or: ragepa@yahoo.com.br

ANEXO B

ESCALA DE ATITUDE RELIGIOSA

(Fraga, França & Aquino, 2002)

Nº

Leia atentamente as frases abaixo. Assinale com um círculo o **número** que expressa **o quanto você faz o que as frases dizem** no seu dia-a-dia. Não necessita ser todos os dias, mas se em algum momento do seu cotidiano tal atitude faz parte de sua vida. Seja sincero e marque apenas um número em cada alternativa. Por favor, não deixe nenhuma resposta em branco.

EXEMPLO:

Acredito em Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** acredita em Deus, **nem um pouco**, faça um círculo no número (**1**)
Se você acredita **um pouco**, circule o (**2**)
Se você acredita **mais ou menos**, circule o (**3**)
Se você acredita **bastante**, circule o (**4**)
Se você acredita **muitíssimo**, circule o (**5**)

1) Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2) Costumo ler livros que falam sobre Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3) Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos de minha religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4) Participo de debates sobre os assuntos que dizem respeito à religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5) Converso com minha família sobre assuntos religiosos.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6) Assisto programas de TV ou rádio que tratam sobre assuntos religiosos.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7) Converso com meus amigos sobre minhas experiências religiosas.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8) A religião influencia nas minhas decisões sobre o que devo fazer.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9) Participo das orações coletivas de minha religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10) Freqüento as celebrações de minha religião (missa, culto, sessões).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11) Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12) Ajo de acordo com o que minha religião prescreve como sendo o correto.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13) Sinto-me unido a todas as coisas.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14) Quando entro numa Igreja ou Templo despertam-me emoções.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15) Sinto-me unido a um "ser maior".
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

ANEXO C

QUESTIONÁRIO GERAL

Nº

(Dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde)

1) DATA: _____/_____/2004 **2) IDADE** _____ **3) SEXO**: 1 ( )M 2 ( )F

4) Qual o seu nível de escolaridade?
1 ( ) fundamental incompleto (fiz até ____ série); 5 ( ) ensino superior incompleto;
2 ( ) fundamental completo; 6 ( ) ensino superior completo;
3 ( ) ensino médio incompleto; 7 ( ) pós-graduação incompleta;
4 ( ) ensino médio completo; 8 ( ) pós-graduação completa.

5) Aproximadamente, qual a renda mensal de sua família?
1 ( ) 1 salário mínimo 4 ( ) entre 5 e 10 salários mínimos
2 ( ) 2 à 3 salários mínimos 5 ( ) mais de 10 salários mínimos
3 ( ) até 5 salários mínimos 6 ( ) mais de 20 salários mínimos

6) Qual seu estado civil?
1 ( ) Solteiro 2 ( ) Casado 3 ( ) Divorciado 4 ( ) Viúvo 5 ( ) Outros. Qual?_____

7) Para você, o que é Deus?_____
_____
_____
_____

8) Você acredita em Deus (poder, espírito, inteligência ou força superior, etc)? 1 ( ) Sim
2 ( ) Não

9) Se sim, há quanto tempo? 3 ( ) há 5 anos
1 ( ) sempre acreditei 4 ( ) há 10 anos
2 ( ) há 1 ano 5 ( ) há mais de 10 anos

10) Com relação à sua religião/doutrina/seita/crença, você se considera...
1 ( ) Ateu (não acredita em Deus)
2 ( ) Sem religião, mas espiritualizado (acredita em Deus, mas não pertence a nenhuma religião)
3 ( ) Católico 6 ( ) Espírita 9 ( ) Judeu
4 ( ) Protestante 7 ( ) Budista 10 ( ) Muçulmano
5 ( ) Evangélico 8 ( ) Umbandista 11 ( ) Outro. Especifique: _____

11) Alguma vez você mudou de religião/doutrina/crença ao longo da vida?
1 ( ) Não 2 ( ) Sim, mudei de _____ para _____

12) Quão importante tem sido a religião/espiritualidade para lidar com os fatores estressantes atuais de sua vida?
1 ( ) Não é importante 3 ( ) Relativamente importante
2 ( ) Um pouco importante 4 ( ) Importante
5 ( ) Muito importante

13) Qual a freqüência com que você freqüenta igreja/templo/centro/terreira/sinagoga ou quaisquer outros encontros de natureza religiosa?
1 ( ) Nunca 5 ( ) Duas vezes por mês
2 ( ) Raramente 6 ( ) Uma vez por semana
3 ( ) Uma vez por ano 7 ( ) Mais de uma vez por semana. Quantas?_____
4 ( ) Uma vez por mês 8 ( ) Uma vez ao dia

14) Quanto tempo você dedica para atividades religiosas privativas, como oração, meditação ou estudo de livros sagrados (tipo Bíblia, Talmud, Alcorão, etc.) ou outros livros de caráter religioso?
1 ( ) Nunca 5 ( ) Uma vez na semana

2 ( ) Raramente 6 ( ) Duas a três vezes na semana
3 ( ) Uma vez por ano 7 ( ) Uma vez ao dia
4 ( ) Uma vez ao mês 8 ( ) Mais de uma vez ao dia

15) Independentemente de você freqüentar ou não encontros de natureza religiosa, quão importante é a religião para você?

1 ( ) Não é importante 3 ( ) Relativamente importante
2 ( ) Um pouco importante 4 ( ) Importante
5 ( ) Muito importante

16) O quanto a religião/espiritualidade tem lhe ajudado a manejar ou enfrentar as situações estressantes que você vive/viveu?

1 ( ) Não tem ajudado. 3 ( ) Tem ajudado mais ou menos.
2 ( ) Tem ajudado pouco. 4 ( ) Tem ajudado.
5 ( ) Tem ajudado muito.

Pense em si mesmo, no modo como você tem se modificado em função do(s) evento(s) estressante(s) que você viveu e responda qual seu grau de concordância com as seguintes frases:

17 – Eu tenho crescido espiritualmente.

1 ( ) Não tenho crescido. 3 ( ) Tenho crescido mais ou menos.
2 ( ) Tenho crescido um pouco. 4 ( ) Tenho crescido.
5 ( ) Tenho crescido muito.

18 – Eu tenho crescido junto a Deus.

1 ( ) Não tenho crescido. 3 ( ) Tenho crescido mais ou menos.
2 ( ) Tenho crescido um pouco. 4 ( ) Tenho crescido.
5 ( ) Tenho crescido muito.

19 – Eu tenho crescido junto a minha instituição religiosa (minha igreja, templo, centro, terreira, sinagoga, mesquita, entre outras)

1 ( ) Não tenho crescido. 3 ( ) Tenho crescido mais ou menos.
2 ( ) Tenho crescido um pouco. 4 ( ) Tenho crescido.
5 ( ) Tenho crescido muito.

Considerando seu corpo e sua mente, responda as perguntas abaixo:

20 – Como você avalia a sua saúde? (Descreva ou explique com suas palavras)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

21 – Como você classificaria sua saúde?

1 ( ) Muito ruim 2 ( ) Fraca 3 ( ) Nem ruim, nem boa 4 ( ) Boa. 5 ( ) Muito boa.

22 – Você se considera...

1 ( ) Saudável 2 ( ) Doente.

23 – Você tem algum problema de saúde?

1 ( ) Não 2 ( ) Sim, tenho _____
_____
_____

ANEXO D

PARECER DO PROF. DR. GERALDO J. DE PAIVA[1]

(Psicologia/USP)

Prezada Raquel, após considerar o seu projeto devo dizer que está bem fundamentado teoricamente, aliás muito bem. A proposta está bem articulada, os passos a serem cumpridos até a adaptação e validação igualmente. Aliás, você tem aí, no Instituto de Psicologia, uma bela tradição na área, e sei que qualquer dúvida será solucionada.

Minhas observações são relacionadas mais com o texto ou a tradução de algumas palavras. Você sabe quanto já hesitamos, por aqui, com respeito à tradução. O "espírito" americano é diferente... Nesse sentido, a *backtranslation* é um bom recurso, mas não é infalível...

1) Página 6: quadro, POSITIVOS: porque não continuar a lista com substantivos, em vez de passar para gerúndios (tipicamente americanos). Ex. Ajuda através da religião, em vez de Ajudando. Isso vale em geral, como na tradução preliminar (2.ª página): Delegação - Súplica - Procura de, etc.

2) Página 7: *surrender* é de difícil tradução. Eu não traduziria por resignação, porque resignação tem um sentido passivo, e *surrender* pode ser muito ativo: W.James fala do *surrender* como da única verdadeira atitude definitiva frente a Deus. Proponho, para consideração: rendição, entrega, capitulação... No item 2, da tradução preliminar, aliás, você escreve "rendição religiosa ativa"

3) Página 18: B2) – pequeno lapso: não se diz nunca "farão-se", mas far-se-ão ou, se quiser evitar a mesóclise, serão feitas as modificações necessárias. Na 3ª página da tradução preliminar, tenho dúvida se a frase "congregação religiosa", típica da organização religiosa americana, será bem entendida entre nós.

4) Na Escala de Atitude Religiosa (Fraga *et al*), na penúltima escala penso que se deve escrever igreja ou templo com minúsculas, porque se trata dos prédios religiosos e não das instituições.

5) No Consentimento Informado, talvez seja mais prudente dizer que "existem dados de pesquisas internacionais indicando que essas maneiras estão correlacionadas com a saúde, etc.", do que "podem ter efeitos". A primeira expressão é mais ampla e não exclui a segunda acepção.

Prezada Raquel, admiro seu empenho e os resultados até agora alcançados. Desculpe a parcimônia de minhas observações. Sei que a Prof.a Denise – a quem mando recomendações – dará a você uma mão segura.

Abraços,
Prof. Geraldo

[1] *E-mail* enviado em 31 de janeiro de 2003.

ANEXO E

TRADUÇÃO POR ESPECIALISTAS SINTETIZADA DA ESCALA RCOPE

1.Vi minha situação como parte dos planos de Deus*
2. Tentei encontrar uma lição de Deus no que aconteceu(m)
3. Tentei ver como Deus poderia estar tentando me fortalecer nesta situação(m)
4. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus
5.Tentei ver como a situação poderia ser benéfica espiritualmente*

6. Imaginei o que teria feito para Deus me punir
7. Conclui que Deus estava me punindo por meus pecados*
8. Senti-me punido(a) por Deus por minha falta de devoção*
9. Imaginei se Deus permitiu que isso acontecesse a mim por causa dos meus pecados(m)
10. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

11. Acreditei que o demônio era responsável por minha situação*
12. Senti que a situação era obra do demônio*
13. Senti que o demônio estava tentando me afastar de Deus(m)
14. Convenci-me que o demônio fez tudo isso acontecer(m)
15. Imaginei se o diabo tinha algo a ver com essa situação(m)

16. Questionei o poder de Deus*
17. Pensei que algumas coisas estão além do controle divino*
18. Percebi que Deus não pode responder a todas as minhas preces
19. Percebi que existem coisas que nem mesmo Deus pode mudar
20. Senti que até Deus tem limites*

---

21. Tentei colocar meus planos em ação junto com Deus*
22. Trabalhei em parceria com Deus(m)
23. Tentei dar sentido à situação através de Deus
24. Senti que Deus estava trabalhando junto comigo(m)
25. Trabalhei junto com Deus para aliviar minhas preocupações*

26. Fiz o melhor que pude e depois entreguei a situação a Deus(m)
27. Fiz o que pude e coloquei o resto nas mãos de Deus*
28. Controlei o que pude e deixei o resto com Deus*
29. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto
30. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

31. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim
32. Não tentei fazer muito, simplesmente esperei que Deus assumisse o controle*
33. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora
34. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle
35. Não tentei fazer muito, apenas acreditei que Deus tomaria conta disso*

36. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem
37. Rezei por um milagre
38. Negociei com Deus para fazer as coisas melhorarem*
39. Fiz um trato com Deus para que Ele fizesse as coisas melhorarem*
40. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

41. Tentei lidar com meus sentimentos sem a ajuda de Deus(m)
42. Tentei entender a situação sem contar com Deus*
43. Decidi o que fazer sem a ajuda de Deus*
44. Contei com minhas próprias forças sem depender do apoio de Deus
45. Tentei lidar com a situação do meu jeito sem a ajuda de Deus

---

46. Procurei o amor e a proteção de Deus
47. Confiei que Deus estava comigo
48. Procurei em Deus força, apoio e orientação
49. Acreditei que Deus estava comigo*
50. Procurei pelo conforto de Deus*

51. Rezei para livrar minha mente dos meus problemas*
52. Pensei em questões espirituais para parar de pensar nos meus problemas(m)
53. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas
54. Fui a um templo religioso para parar de pensar nesta situação*
55. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

56. Confessei meus pecados*
57. Pedi perdão pelos meus erros
58. Tentei pecar menos*
59. Procurei o perdão de Deus(m)
60. Pedi para Deus me ajudar ser menos pecador(a) (m)

61. Procurei uma ligação maior com Deus
62. Busquei uma conexão espiritual mais forte com outras pessoas*
63. Pensei em como minha vida é parte de uma força espiritual maior*
64. Tentei construir uma forte relação com um poder superior
65. Tentei experenciar um sentimento mais forte de espiritualidade(m)

66. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado
67. Expressei raiva por Deus não ter respondido às minhas preces*
68. Questionei o amor de Deus por mim
69. Fiquei a pensar se Deus realmente se importa(m)
70. Senti raiva por Deus não estar lá para me ajudar*

71. Evitei pessoas que não compartilhassem da minha fé*
72. Apeguei-me aos ensinamentos e praticas da minha religião
73. Ignorei conselhos que não tinham relação com minha fé
74. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu
75. Fiquei longe de falsos ensinamentos religiosos*

---

76. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha congregação religiosa(m)
77. Pedi que outros rezassem por mim
78. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa
79. Busquei apoio dos membros de minha congregação*
80. Pedi ao dirigente espiritual de minha instituição que lembrasse de mim em suas preces*

81. Rezei pelo bem-estar de outros(m)
82. Ofereci apoio espiritual a minha família ou amigos(m)
83. Tentei dar força espiritual a outros*
84. Tentei confortar os outros através da prece*
85. Tentei proporcionar conforto espiritual a outros(m)

86. Não concordei com o que minha instituição religiosa queria que eu fizesse ou acreditasse*
87. Senti insatisfação com os religiosos de minha instituição(m)
88. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado
89. Senti que minha igreja (templo, centro, etc) parecia estar me rejeitando ou me ignorando(m)
90. Imaginei se minha instituição religiosa estava realmente do meu lado*

---

91. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida
92. Rezei para encontrar uma nova razão para viver*
93. Rezei para descobrir o objetivo de minha vida(m)
94. Procurei em Deus um novo propósito de vida*
95. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

96. Tentei encontrar um caminho completamente novo através da religião/espiritualidade*
97. Procurei por um total re-despertar espiritual
98. Rezei por uma completa transformação na minha vida*
99. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus
100. Desejei ardentemente por um renascimento espiritual(m)

101. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de minha raiva(m)
102. Pedi a ajuda de Deus para vencer minha amargura*
103. Pedi a ajuda de Deus para tentar perdoar outras pessoas
104. Pedi a Deus que me ajudasse a perdoar mais*
105. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos

106. Procurei diminuir minhas imperfeições através dos ensinamentos de minha doutrina*
107. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude
108. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo meus preceitos religiosos(m)
109. Pedi que Deus me mostrasse no que devia mudar para melhorar*
110. Através da religião, busquei compreender como contribuía para aquela situação, procurando modificar-me(m)

A) EXISTE ALGUMA PERGUNTA QUE VOCÊ NÃO ENTENDEU CORRETAMENTE? NUMERE E ESCREVA PORQUÊ.
B) EXISTE ALGUMA MANEIRA PELA QUAL VOCÊ LIDOU COM UMA SITUAÇÃO ESTRESSANTE ATRAVÉS DA RELIGIÃO QUE NÃO FOI CONTEMPLADA NESSAS AFIRMAÇÕES? ( ) SIM ( ) NÃO
SE SIM, QUAL?
C) QUE OUTRA(S) QUESTÃO(ÕES) VOCÊ JULGARIA PERTINENTE ACRESCENTAR?
D) AS NOMENCLATURAS UTILIZADAS PARA SE REFERIR A TEMAS RELIGIOSOS ESTÃO ADEQUADAS E/OU SÃO COMPREENSÍVEIS À RELIGIÃO DESTA INSTITUIÇÃO EM PARTICULAR?
E) SE VOCÊ TIVESSE QUE TIRAR DUAS FRASES DE CADA GRUPO DE CINCO FRASES, QUAIS RETIRARIA? (MARQUE COM UM X AO LADO DO NÚMERO)

---

* Frases que foram descartadas ao final da etapa de adaptação.
(m) Frases que sofreram alguma modificação.

ANEXO F

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS

ANEXO G

ESCALA CRE
(ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO E ESPIRITUAL)

Nº

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras: _____

_____

_____

_____

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima.

Exemplo:
Tentei dar sentido à situação através de Deus.
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (**1**)
Se você tentou **um pouco**, circule o (**2**)
Se você tentou **mais ou menos**, circule o (**3**)
Se você tentou **bastante**, circule o (**4**)
Se você tentou **muitíssimo**, circule o (**5**)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11.Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Procurei em Deus força, apoio e orientação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Percebi que Deus não pode responder a todas as minhas preces
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Desejei ardentemente um renascimento espiritual capaz de transformar minha vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Fui a um templo religioso
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25 . Apeguei-me aos ensinamentos e praticas da minha religião
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Busquei ver como Deus poderia estar tentando me fortalecer nesta situação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Senti que Deus estava atuando junto comigo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Orei para descobrir o objetivo de minha vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Procurei por um total re-despertar espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

49. Rezei por um milagre
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

50. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

51. Confiei que Deus estava comigo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

52. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

53. Procurei a misericórdia de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

54. Pensei que Deus não existia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

55. Questionei se até Deus tem limites
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

56. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

57. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

58. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

59. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

60. Pedi perdão pelos meus erros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

61. Participei de sessões de cura espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

62. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

63. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

64. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

65. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

66. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

67. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

68. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

69. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

70. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

71. Não me chateei de forma alguma, pois minha fé me ensinou que tudo tem seu lado bom
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

72. Procurei auxílio através da meditação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

73. Procurei ou realizei tratamentos espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

74. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

75. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

76. Tentei construir uma forte relação com um poder superior
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

77. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

78. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

79. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

80. Montei um local de oração em minha casa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

81. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

82. Procurei auxílio nos livros sagrados
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

83. Imaginei o que teria feito para Deus me punir
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

84. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

85. Procurei conversar com meu eu superior
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

86. Voltei-me para a espiritualidade
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

87. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

88. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

89. Questionei se Deus realmente se importava
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

90. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

91. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

92. Busquei uma casa de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

ANEXO H

Consentimento Esclarecido para Participantes

Estamos realizando um estudo para validar no Brasil um instrumento de medida de *coping* religioso/espiritual, que são maneiras como as pessoas utilizam a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em suas vidas. Dados de pesquisas internacionais indicam que essas maneiras podem ter efeitos na saúde física e mental do ser humano. Através desta escala poderemos pesquisar como tais aspectos se comportam na população brasileira, por isso **sua participação é importante**. Contamos com a sua colaboração para responder da forma mais honesta e atenta possível aos instrumentos que fazem parte desta coleta: 1) Escala CRE (de *Coping* Religioso Espiritual), 2) Escala de Atitude Religiosa, 3) Escala WHOQOL (de Qualidade de Vida) e um 4) Questionário Geral.

Sua participação é voluntária e você pode desistir de participar a qualquer momento. Os dados serão tratados com sigilo e analisados coletivamente, garantindo a confidencialidade das suas informações individuais. Além disso, nenhum protocolo será lido antes de ser destacada a identificação com o nome do participante, e este ser representado apenas por um número na página frontal dos instrumentos.

A psicóloga e pesquisadora Raquel Gehrke Panzini é responsável por esta pesquisa em nível de Mestrado, sob orientação da Profª Drª Denise Ruschel Bandeira. Quaisquer esclarecimentos que se façam necessários poderão ser solicitados a ambas no telefone 3316.5352 ou no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua Ramiro Barcelos, 2600 - sala 120.

Desde já agradecemos a sua participação.

⇧ (Destaque na linha pontilhada e fique com a parte superior desta folha para si) ⇧

Consentimento

Concordo em participar desta pesquisa, sobre c*oping* religioso e espiritual, sob responsabilidade da psicóloga Raquel G. Panzini.

Nº

Nome[2]:_____

(não preencha o nº)

Assinatura: _____ Data:_____

Endereço: _____

Telefone (onde possa ser encontrado em caso de necessidade de um futuro encontro): _____

[2] (Esta identificação será destacada pela psicóloga responsável **antes** da leitura das respostas. Para assegurar seu sigilo, você será representado apenas por um número na página frontal de cada instrumento)

ANEXO I

WHOQOL – ABREVIADO

(Versão em Português)
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, GENEBRA
Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck/UFRGS

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	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	(4)	5

Você deve marcar 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
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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 ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		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
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüente mente	muito freqüente mente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher **este** questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher **todos** os questionários? _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

ANEXO J

Autorização - Instituições

Estamos pesquisando as relações entre Psicologia e Religião. Nosso estudo visa validar para o Brasil um instrumento de avaliação de *coping* religioso e espiritual, que são as maneiras como as pessoas utilizam a religião e/ou a espiritualidade para lidar com o estresse em suas vidas. Dados de pesquisas internacionais indicam essas maneiras podem ter efeitos na saúde física e mental dos seres humanos. Através desta escala poderemos pesquisar como tais aspectos se comportam na população brasileira. Deste modo, a autorização para podermos coletar dados junto aos freqüentadores de sua Instituição **é de suma importância**, viabilizando o acesso aos participantes e a realização da pesquisa.

Os procedimentos a serem seguidos são: abordar os participantes coletivamente no local e momento a ser combinado com a direção desta Instituição, convidando-os a participar da pesquisa **voluntariamente**, orientando para que respondam aos instrumentos que fazem parte desta pesquisa: 1) Escala CRE (*Coping* Religioso Espiritual), 2) Escala de Atitude Religiosa, 3)Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) e um 4) Questionário Geral. Os participantes serão informados de que os dados serão tratados com sigilo e analisados coletivamente, garantindo a confidencialidade das informações individuais. Serão orientados para responder a todos os instrumentos, tomando o cuidado de preencher todos os itens.

A psicóloga e pesquisadora Raquel Gehrke Panzini (mestranda em Psicologia do Desenvolvimento) e a psicóloga e pesquisadora orientadora Profª Drª Denise Ruschel Bandeira, responsáveis por este Projeto de Pesquisa, desde já agradecem a colaboração e se colocam à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do telefone 3316.5352 ou na Rua Ramiro Barcelos, 2600 - sala 120, Porto Alegre/RS.

Autorização

Autorizo a realização desta pesquisa sobre *coping* religioso/espiritual, nas dependências da Instituição que represento/dirijo.

Assinatura: _____ Data:_____

Nome do responsável: _____ Cargo: _____

Nome da Instituição: _____

Endereço: _____Telefone : _____

ANEXO K

ESCALA CRE

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL

PANZINI E BANDEIRA (2005) - VERSÃO BRASILEIRA DA RCOPE *SCALE* (PARGAMENT, KOENIG & PEREZ, 2000)
DESENVOLVIDA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Nº

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras: _____

_____

_____

_____

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:
Tentei dar sentido à situação através de Deus.
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (**1**)
Se você tentou **um pouco**, circule o (**2**)
Se você tentou **mais ou menos**, circule o (**3**)
Se você tentou **bastante**, circule o (**4**)
Se você tentou **muitíssimo**, circule o (**5**)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11.Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Procurei em Deus força, apoio e orientação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Fui a um templo religioso
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Senti que Deus estava atuando junto comigo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Procurei por um total re-despertar espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Rezei por um milagre
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Confiei que Deus estava comigo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

49. Procurei a misericórdia de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

50. Pensei que Deus não existia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

51. Questionei se até Deus tem limites
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

56. Pedi perdão pelos meus erros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

57. Participei de sessões de cura espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

67. Procurei auxílio através da meditação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

75. Montei um local de oração em minha casa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

77. Procurei auxílio nos livros sagrados
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

80. Procurei conversar com meu eu superior
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

81. Voltei-me para a espiritualidade
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

84. Questionei se Deus realmente se importava
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

87. Busquei uma casa de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR!