



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO
CURSO DE DOUTORADO**

SÉRGIO DA CUNHA FALCÃO

**RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES
DE MEDICINA E TEOLOGIA**

RECIFE

2022

SÉRGIO DA CUNHA FALCÃO

**RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES
DE MEDICINA E TEOLOGIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito final à obtenção do título de Doutor em Ciências da Religião.

Linha de pesquisa: Campo Religioso Brasileiro, Cultura e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. José Tadeu Batista de Souza

RECIFE

2022

F178r

Falcão, Sérgio da Cunha

Religiosidade, ansiedade e depressão em estudantes de Medicina e Teologia / Sérgio da Cunha Falcão, 2022
337 f. : il.

Orientador: José Tadeu Batista de Souza

Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião.
Doutorado em Ciências da Religião, 2022.

1. Religião – Aspectos da saúde. 2. Estudantes de medicina.
3. Estudantes de teologia. 4. Religiosidade. 5. Espiritualidade.
6. Ansiedade. 7. Depressão mental. 8. Teodicéia. I. Título.

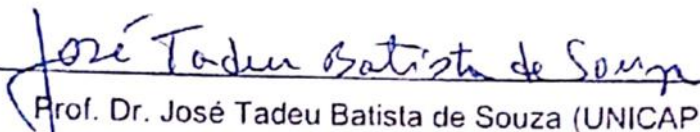
CDU 2

Luciana Vidal – CRB-4 / 1338

SÉRGIO DA CUNHA FALCÃO

RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE
MEDICINA E TEOLOGIA

Tese submetida como requisito final para
obtenção do grau de Doutor em Ciências da
Religião, no Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Religião da Universidade Católica
de Pernambuco, discutida, avaliada e
aprovada pela seguinte Banca Examinadora:


Prof. Dr. José Tadeu Batista de Souza (UNICAP)

Orientador e presidente da Banca



Prof. Dr. João Luiz Correia Júnior (UNICAP)


Titular Interno


Prof. Dr. José Afonso Chaves (UNICAP)

Titular Interno


Prof. Dr. Josemar Jeremias Bandeira de Souza (UFPB)

Titular Externo


Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino (UFPB)

Titular Externo

Recife, 23 de fevereiro de 2022

*Dedico esta tese ao Deus triúno:
Pai, Filho e Espírito Santo; pois, dEle, por
meio dEle e para Ele nós existimos e são
todas as coisas.*

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sua presença contínua em todos os momentos, alegres e aflitivos, da minha vida.

À minha amada esposa, que nunca me deixou sozinho nesses 36 anos de namoro e amor para toda a vida.

Aos nossos filhos, que só nos trazem alegria; incluindo a nossa saudosa filha Tereza que, em seus 10 anos de vida conosco, cumpriu a missão de provocar nossa comunhão com Deus e conseqüente encontro da soberana alegria n*Ele*.

Aos meus pais que, com muita luta me deram amor e educação. E, à minha irmã e ao meu irmão, pelo amor e apoio em todos os momentos da minha vida.

Aos meus amigos Prof. Dr. Josemar Jeremias Bandeira de Souza, Prof. Me. Luís Augusto de Mendonça Ribeiro e Prof. Dr. Sérgio Augusto de Queiroz, teólogos, docentes universitários e pastores da Igreja (Batista) Cidade Viva, pela amizade fraternal, pelo apoio espiritual e comunitário que sempre ministraram sobre mim e minha família.

Ao Prof. Dr. Luiz Alencar Libório, homem segundo o coração de Deus, padre, psicólogo, teólogo e estudioso da Filosofia e das Ciências da Religião, com o qual aprendi muito sobre Ética, Psicologia da Religião, Logoterapia e respeito à religião dos outros. Ao Professor Libório, eu sou extremamente grato por ele ter sido meu Orientador inicial dessa tese, por ter caminhado ao meu lado por mais de três anos.

Ao Prof. Dr. José Tadeu Batista de Souza, meu Orientador, que muito contribuiu e me incentivou à conclusão deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Sérgio Sezino Douets Vasconcelos, à Profa. Dra. Maria de Fátima Oliveira dos Santos e ao Prof. Thiago de Medeiros Dutra, que possibilitaram meu acesso aos participantes de pesquisa.

Aos Profs. Drs. Gilbraz de Souza Aragão, Luiz Carlos Luz Marques, Newton Darwin de Andrade Cabral, Zuleica Dantas Pereira Campos, demais Professores e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), que me acolheram e muito me ensinaram.

Aos colegas estudantes do Curso de Doutorado em Ciências da Religião da UNICAP, com os quais convivi durante as aulas e outros momentos, pela amizade e pelas respeitadas discussões acadêmicas.

Ao amigo psicólogo e graduando de Teologia Ramonielson Medeiros da Silva, que me ajudou no componente de revisão sistemática da pesquisa.

À amiga Ma. Maizza Micaelle Carlos Euclides Fernandes, que muito contribuiu na análise estatística dos dados da nossa pesquisa.

Aos Professores membros das Bancas para Exame de Qualificação e de Defesa Pública dessa Tese de Doutorado, Prof. Dr. José Tadeu Batista de Souza (UNICAP), Prof. Dr. João Luiz Correia Júnior (UNICAP), Prof. Dr. José Afonso Chaves (UNICAP), Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino (UFPB), e Prof. Dr. Josemar Jeremias Bandeira de Souza (UFPB), que gentilmente aceitaram o convite para participar e muito colaboraram para a conclusão acadêmica da pesquisa.

Aos meus alunos dos cursos de graduação em Teologia da Faculdade Internacional Cidade Viva (FICV) e em Medicina da UFPB, que me incentivam a descobrir e distribuir o amor misericordioso e a sabedoria transformadora que vêm de Deus.

"[...] Neste mundo vocês terão aflições; contudo, tenham ânimo! Eu venci o mundo".

Jesus Cristo (Jo 16,33)

RESUMO

A interação religião e saúde existe desde a pré-história humana. Com o objetivo de analisar a influência da religiosidade, como fator de proteção ou risco, na ansiedade e depressão, foram realizadas pesquisas teóricas exploratório-bibliográfica e de revisão sistemática da literatura; complementadas por estudo de campo para comprovar ou refutar hipóteses de graus de religiosidade, prevalências de sintomas daquelas doenças e correlação negativa entre religiosidades e ansiedade/depressão em estudantes universitários de Medicina e Teologia. Foi realizado estudo transversal quantitativo e comparativo em amostras de alunos desses cursos, de Recife e João Pessoa, Brasil, em 2019; e mensurações por escalas: Índice de Religiosidade Duke versão em português (P-DUREL), subdividido em religiosidades organizacional, não organizacional e intrínseca; Escala de Atitudes Religiosas com 20 itens (EAR-20), subdividida em conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade religiosos; e Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI; BDI), com valores de corte de 11 (BAI) e 14 (BDI) pontos. Análise estatística com SPSS versão 13.0 identificou distribuição normal; usado coeficiente correlacional de Pearson. A bibliografia explorada resultou em uma proposta de classificação das teodiceias. A revisão sistemática de 364 artigos resultou em 33 publicações: 24 com associação negativa (benéfica) entre religiosidade e depressão e 16 entre religiosidade e ansiedade; seis sem correlação estatística; e quatro com correlação positiva (maléfica). As hipóteses de maior grau de religiosidade e de menor grau de ansiedade e depressão nos alunos de Teologia (24% e 8% de prevalência dos sintomas), comparados aos de Medicina (45% e 25%), foram comprovadas. Na amostra total de 345 alunos, foi confirmada a hipótese de correlação negativa entre religiosidade, aferida pelas quatro atitudes da EAR-20 e três dimensões do P-DUREL, e ansiedade/depressão. A análise das subamostras de cada um dos cursos mostrou correlação negativa entre as quatro atitudes religiosas da EAR-20 e depressão, no curso de Medicina, e entre a atitude de conhecimento religioso e ansiedade/depressão no curso de Teologia. Correlação negativa entre as três religiosidades do P-DUREL e depressão foi observada no curso de Medicina, e apenas entre religiosidade intrínseca e ansiedade/depressão no curso de Teologia. A parte empírica da pesquisa teve sua limitação no fato de ter sido feito um estudo transversal; mas, traz uma metodologia sistematizada e replicável para ser usada em futuros estudos longitudinais que permitam melhor comparação entre alunos de cursos universitários diferentes e conclusões consistentes de causalidade.

Palavras-Chave: Religião. Religiosidade. Ansiedade. Depressão. Medicina. Teologia. Teodiceia.

ABSTRACT

The interaction of religion and health has existed since human prehistory. In order to analyze the influence of religiosity, as a protective or risk factor, on anxiety and depression, theoretical exploratory-bibliographic research and systematic literature review were carried out; complemented by a field study to prove or refute hypotheses of degrees of religiosity, prevalence of symptoms of those diseases and negative correlation between religiosities and anxiety/depression in university students of Medicine and Theology. A quantitative and comparative cross-sectional study was carried out in samples of students from these courses, from Recife and João Pessoa, Brasil, in 2019; and measurements by scales: Duke Religiosity Index Portuguese version (P-DUREL); Religious Attitude Scale with 20 items (EAR-20); and Beck Anxiety and Depression Inventories, with cutoff values of 11 (BAI) and 14 (BDI) points. Empirical data were analyzed using the SPSS version 13.0 statistical package, and Pearson's correlation coefficient. The bibliography explored resulted in a proposed classification of theodicies. The systematic review of 364 articles resulted in 33 publications: 24 with a negative (beneficial) association between religiosity and depression and 16 between religiosity and anxiety; six without statistical correlation; and four with a positive correlation (malefic). The hypotheses of a lower degree of religiosity and a higher degree of anxiety and depression in Medicine students (45% and 25% prevalence of symptoms) compared to Theology students (24% and 8%) were confirmed. In the total sample of 345 students, the hypothesis of negative correlation between religiosity, measured by the four attitudes of EAR-20 and three dimensions of the P-DUREL, and anxiety/depression, was confirmed. The analysis of the subsamples of each of the courses showed a negative correlation between the four religious attitudes of EAR-20 and depression in the Medical Course, and between the attitude of religious knowledge and anxiety/depression in the Theology Course. Negative correlation between the three religiosities of the P-DUREL and depression was observed in the course of Medicine, and only between intrinsic religiosity and anxiety/depression in the course of theology. The empirical part of the research was limited by the fact that it was a cross-sectional study; however, it brings a systematized and replicable methodology to be used in future longitudinal studies that allow better comparison between students from different university courses and consistent conclusions of causality.

Keywords: Religion. Religiosity. Anxiety. Depression. Medicine. Theology. Theodicy.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO BIOPSISSOCIAL AMPLIADO (BIOPSISSOCIOESPIRITUAL).....	43
FIGURA 2 – CAMINHOS CAUSAIS PARA A SAÚDE MENTAL NO HUMANISMO SECULAR.....	46
FIGURA 3 – CAMINHOS CAUSAIS PARA A SAÚDE MENTAL NAS RELIGIÕES OCIDENTAIS E ORIENTAIS.....	47
FIGURA 4 – ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E ANSIEDADE.....	49
FIGURA 5 – MECANISMOS CAUSAIS ENTRE ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E SAÚDE MENTAL.....	52
FIGURA 6 – ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E RELIGIOSIDADE.....	80
FIGURA 7 – RELIGIOSIDADE OU ESPIRITUALIDADE RELIGIOSA COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE.....	84
FIGURA 8 – ESPIRITUALIDADE ABRANGENTE (COMPREENSÃO MODERNA) COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE.....	85
FIGURA 9 – O FEITICEIRO, GRUTA DE LES TROIS FÉRES (FRANÇA).....	103
FIGURA 10 – <i>HOMEM E PÁSSARO</i> , GRUTA DE LASCAUX (FRANÇA).....	104
FIGURA 11 – SER HUMANO BIOPSISSOCIOESPIRITUAL: EIXO PESSOAL ESPIRITUAL-EXISTENCIAL, MENTE E CORPO.....	118
FIGURA 12 – ALOSTASE NORMAL E CARGAS ALOSTÁTICAS ANORMAIS.....	134
FIGURA 13 – PERÍODOS DE MAIOR INCIDÊNCIA PARA OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.....	141
FIGURA 14 – TEORIA DO ESTRESSE E <i>COPING</i> , DE LAZARUS E FOLKMAN..	152
FIGURA 15 – BREVE RCOPE: ITENS DAS SUBESCALAS DE CRE POSITIVO E NEGATIVO.....	162
FIGURA 16 – CLASSIFICAÇÃO DAS TEODICEIAS EM 10 TIPOS.....	184
FIGURA 17 – LIVRE ARBÍTRIO, PECADO, MAL E SALVAÇÃO, SEGUNDO SANTO AGOSTINHO.....	193
FIGURA 18 – FLUXOGRAMA DE REVISÃO SISTEMÁTICA: RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UNIVERSITÁRIOS.....	199

FIGURA 19 – PUBLICAÇÕES SOBRE CORRELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	200
FIGURA 20 – RELIGIOSIDADE E SUA CORRELAÇÃO COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ALUNOS DE MEDICINA E TEOLOGIA.....	215
FIGURA 21 – ESCALA DE ATITUDES RELIGIOSAS VERSÃO EXPANDIDA DE 20 ITENS (EAR-20).....	223
FIGURA 22 – ESTRESSE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA E USO DE DROGAS AO LONGO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	264

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PREVALÊNCIA OU SCORE MÉDIO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UNIVERSITÁRIOS NO MUNDO.....	208
TABELA 2 – AMOSTRA DE ALUNOS DOS CURSOS DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	216
TABELA 3 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE ALUNOS DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	233
TABELA 4 – GRAUS DE ATITUDES RELIGIOSAS (EAR-20): CONHECIMENTO, COMPORTAMENTO, SENTIMENTO E CORPOREIDADE, EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	236
TABELA 5 – GRAUS DE RELIGIOSIDADE ORGANIZACIONAL (RO), NÃO ORGANIZACIONAL (RNO) E INTRÍNSECA (RI) EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	237
TABELA 6 – GRAUS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	239
TABELA 7 – GRAUS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE CINCO INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS, MEDICINA DE JOÃO PESSOA E TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	239
TABELA 8 – GRAUS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	240
TABELA 9 – GRAUS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE CINCO INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS, MEDICINA DE JOÃO PESSOA E TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	241
TABELA 10 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	242

TABELA 11 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	243
TABELA 12 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE RELIGIOSIDADES (ORGANIZACIONAL, NÃO ORGANIZACIONAL E INTRÍNSECA) E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	244
TABELA 13 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE RELIGIOSIDADES (ORGANIZACIONAL, NÃO ORGANIZACIONAL E INTRÍNSECA) E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019.....	244
TABELA 14 – PREVALÊNCIA OU ESCORE MÉDIO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ALUNOS DE TEOLOGIA E MEDICINA NO MUNDO, BRASIL, JOÃO PESSOA E EM OUTROS PAÍSES.....	249
TABELA 15 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA 2019, COMPARADA COM OUTROS ESTUDOS.....	253
TABELA 16 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA 2019, COMPARADA COM OUTROS ESTUDOS.....	254
TABELA 17 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE TEOLOGIA DE JOÃO PESSOA 2019, COMPARADA COM OUTROS ESTUDOS.....	257

LISTA DE SIGLAS

ATP – Adenosina Trifosfato

BAI – *Beck Anxiety Inventory*

BDI – *Beck Depression Inventory*

CRE – *coping religioso espiritual*

DC – *District of Columbia*

DOI – *digital object identifier*

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DUREL – *Duke Religious Index*

EAR-20 – Escala de Atitudes Religiosas com 20 itens (versão expandida)

FICV – Faculdade Internacional Cidade Viva

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH – *Medical Subject Headings*

MJP1 – Medicina João Pessoa 1

MJP2 – Medicina João Pessoa 2

NLM – National Library of Medicine

OMS – Organização Mundial de Saúde

P-DUREL – Índice de Religiosidade Duke versão em português

PMID – *PubMed Unique Identifier*

PubMed – *Public/Publisher MEDLINE*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFC – Universidade Federal do Ceará

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNICAP – Universidade Católica de Pernambuco

UNIFESP-EPM – Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

WHOQOL – *The World Health Organization Quality of Life Assessment*

WHOQOL-SRPB – *World Health Organization's Quality of Life-Spirituality, Religion, and Personal Beliefs*

LISTA DE ABREVIATURAS BÍBLICAS

1 Coríntios – Primeira Epístola aos Coríntios
2 Coríntios – Segunda Epístola aos Coríntios
1 Crônicas – Primeiro Livro de Crônicas
2 Crônicas – Segundo Livro de Crônicas
Dt – Deuteronômio
Ec – Eclesiastes
Gl – Carta de Paulo aos Gálatas
Gn – Gênesis
Hc – Habacuque
Is – Isaías
Jo – João
Jz – Juízes
Mt – Mateus
Nm – Números
1 Samuel – Primeiro Livro de Samuel
2 Samuel – Segundo Livro de Samuel
Tg – Carta de Tiago
2 Tm – Segunda Carta de Paulo a Timóteo
Zc – Zacarias

LISTA DE OUTRAS ABREVIATURAS

a.C. – antes de Cristo

d.C. – depois de Cristo

Dr. – doutor

ed. – edição

(ed.) – editor(es)

et al. – e outros [do latim *et alii*]

Ma. – mestra

Me. – mestre

n. – número

org. – organizador(es)

p – valor p (probabilidade) [valor p igual ou menor que 0,05 sugere significância estatística]

p. – página

p. irreg. – paginação irregular [*e-book* sem paginação convencional]

Prof. – professor

sic – assim estava escrito [do latim *erat scriptum*]

v. – volume

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
A TESE.....	22
PROBLEMÁTICA E HIPÓTESES.....	30
JUSTIFICATIVA, IMPORTÂNCIA SOCIAL E ORIGINALIDADE.....	31
OBJETIVOS	35
REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
METODOLOGIA.....	56
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	59
1 RELIGIÃO, SAÚDE, DOENÇA E CURA.....	63
1.1 ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, RELIGIÃO E <i>COPING</i>	63
1.1.1 Definições para uso em pesquisas.....	64
1.1.2 Medindo religiosidade em pesquisas: escalas psicométricas.....	82
1.2 CIÊNCIAS DA RELIGIÃO E TEOLOGIA: ENTRE A CIÊNCIA E O MISTÉRIO DA FÉ.....	90
1.3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA RELIGIÃO E SAÚDE: <i>HOMO DIVINUS SCIENTIA RELIGIOSUS</i>	99
1.4 LOGOTERAPIA E ANTROPOLOGIA DA RELIGIÃO.....	116
2 RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	130
2.1 HOMEOSTASE, ALOSTASE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AFERIÇÃO.....	131
2.1.1 Ansiedade.....	137
2.1.2 Depressão.....	146
2.2 RELIGIÃO: PROTEÇÃO E RISCO PARA SAÚDE/DOENÇA.....	150
2.3 ENCONTRANDO SIGNIFICADO NO SOFRIMENTO: TEODICEIAS, PATODICEIAS, TEOPATODICEIAS.....	168
2.3.1 O que é o mal?.....	173
2.3.2 Classificação das teodiceias.....	183
3 RELIGIOSIDADE COMO FATOR PROTETOR E DE RISCO PARA ANSIEDADE E PARA DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA E TEOLOGIA.....	197
3.1 RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	197
3.1.1 Metodologia.....	197
3.1.2 Resultados e discussão.....	200
3.1.3 Conclusão.....	212
3.2 RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA E TEOLOGIA: PESQUISA DE CAMPO QUANTITATIVA TRANSVERSAL.....	213
3.2.1 Objetivos e hipóteses.....	214
3.2.2 Metodologia.....	216
3.2.3 Resultados.....	232

3.2.4 Discussão dos resultados.....	246
CONCLUSÕES DA TESE.....	259
LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	260
IMPLICAÇÕES DA PESQUISA PARA EDUCADORES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	263
REFERÊNCIAS.....	270
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE AFERIÇÃO DE RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	309
APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE INTERESSES CONFLITANTES.....	336
APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE APOIO FINANCEIRO.....	337

INTRODUÇÃO

É impressionante como a Arqueologia traz evidências de que religião e saúde sempre estiveram juntas na história humana. Assim, o homem pré-histórico da Idade da Pedra Lascada, por volta do ano 160.000 a.C., manipulava crânios humanos e os venerava como troféus místicos (FRAYER *et al.*, 2006; ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 91, 92). Também, alterações estruturais e pinturas em misteriosas cavernas de difícil acesso, datadas como cerca 70.000 a 10.000 a.C., mostram que rituais xamanísticos de cura e união da tribo aconteciam. Dançando e cantando sincronicamente ao redor de fogueiras, e buscando coletivamente ligação com o transcendente sobrenatural, encontravam como efeitos estados alterados de consciência, maiores laços de confiança intragrupo e potenciais benefícios de saúde e cura (ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 90, 93, 94). Com datação por volta de “10.000 a.C.”, existem esqueletos com craniotomias, expressando possíveis tentativas neurocirúrgicas de sacerdotes exorcistas tratarem doenças como epilepsias e psicoses (ELLIS; ABDALLA, 2019, p. 4; MADERA, 2019).

Da pré-história até hoje, muita coisa mudou, mas a religião e sua interação com a saúde e doença permanecem, como uma possível constante antropológica. Prova disso é que, no mundo, no Brasil, nos Estados de Pernambuco (PE) e Paraíba (PB), e nas cidades de Recife e João Pessoa, mais de oito em cada 10 pessoas expressam religiosidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012, 2017; PEW RESEARCH CENTER, 2012). Ao mesmo tempo, a era moderna tem sido chamada de “Idade da Ansiedade” (ROSMARIN; LEIDL, 2020, p. 41); que, desde o final do século XX, está se transformando em “Idade da Depressão” (HORWITZ, 2010, p. 114). Também, uma sensação de falta de sentido, acompanhada de “vazio existencial” tem acometido cada vez mais o ser humano moderno (FRANKL, 2017, p. 100). Vem ocorrendo um crescimento do número de pessoas no mundo que estão sendo acometidas de ansiedade e depressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p. xii). E, a prevalência de sintomas dessas doenças e de pensamentos suicidas aumentou ainda mais após o início da pandemia global provocada pelo SARS-CoV-2; inclusive no Brasil (DING *et al.*, 2021, KAPAROUNAKI *et al.*, 2020). Esse mal natural contagioso, que acometeu ou ceifou a vida de amigos ou familiares nossos, trouxe à

tona novas perspectivas sobre várias dimensões de religiosidade, comprometendo hábitos comunitários de tradições de fé testadas e aprovadas, com crenças e práticas salutares que moldam como nascemos, ficamos doentes, curamos, vivemos e morremos (KLASSEN *et al.*, 2022, p. 27; VANDERWEELE; CASE, 2021).

Embora nossa pesquisa tenha coletado dados empíricos antes do início da pandemia, a sua conclusão aconteceu nesse momento crítico, que envolve a fé da religião e a fé da ciência, na qual a religiosidade pode interferir, como fator de proteção ou de risco, para patologias psíquicas e somáticas. Contudo, na presente tese, foi feita uma abordagem teórica do tema religião, espiritualidade e saúde e uma focalização empírica da religiosidade como possível agente interferente, com efeito de diminuir a prevalência de sintomas de ansiedade/depressão, em estudantes de Medicina e Teologia. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo que mensurou os graus de religiosidade e as prevalências de ansiedade e depressão, seguido de uma análise de correlação.

Em minha vida, a religiosidade atuou como bom ânimo, como fator de reação favorável e de proteção contra emoções negativas. Entretanto, em algumas pessoas, a religiosidade é capaz de agir como aflição, como reação desfavorável aos infortúnios da vida e fator de risco para o surgimento de emoções e decisões negativas. Ou seja, em vez de saúde, em algumas situações, a religiosidade pode provocar doença (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 53).

Esse tema é fascinante, por representar um ponto de transição entre a concretude material do mundo visível em nós e à nossa volta, e o deslumbrante mistério do universo invisível que, mesmo quando teimamos em duvidar, um dia bate à nossa porta e nos faz rir e/ou chorar. No mundo, tivemos, temos e teremos aflições. Mas, quão tristes seríamos se, diante dos inevitáveis padecimentos da existência, não tivéssemos a esperança de encontrar bom ânimo para vencê-los, com a resiliência e a paz que excedem todo entendimento.

Assim, agora já nos meus cinquenta anos, decidi diminuir a velocidade na estrada da vida, fazer o retorno e me aprofundar no estudo salutar da busca por ligação ao *Mistério* e sua relação com o significado do sofrimento humano. Como expressão dessa busca, dentre as múltiplas formas de religiosidade, minha história ou anamnese religiosa pode explicar grande parte da motivação pessoal da presente tese. Nesse sentido, posso dizer que foi lá na antiga 4ª série do ensino escolar, aos meus 10 anos de idade, que uma semente de incentivo à atual pesquisa foi plantada; quando eu li a

frase: “[...] ‘Eu sou o caminho, a verdade e a vida.’ [...]” (Jo 14,6). Essa proposição me perseguia [no bom sentido], porém, o que se mantinha era apenas a crença de algo muito superior a tudo e a todos, ao qual para ser membro da Organização Mundial do Movimento Escoteiro, já na adolescência, prometi: pela minha honra, cumprir os deveres para com Deus, o próximo e a pátria.

No curso de Medicina, a bioquímica, a fisiologia e a biofísica me fizeram pensar que esse *Ser* era algo parecido com a energia da adenosina trifosfato (ATP), do ciclo de Krebs da respiração vital celular! Na época da residência médica em cirurgia geral e cirurgia plástica, na Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), tive o privilégio de orar e pedir a Deus para o qual, às vezes, eu pensava ser impessoal, a cura do meu cunhado em coma, por acidente vascular cerebral hemorrágico. E, já como médico, vi a ciência se calar e um milagre acontecer. No entanto, foi também nessa época, que convivi com o infortúnio do suicídio de dois médicos residentes, dentre eles um calouro proveniente de João Pessoa, e sobrinho de um grande amigo. Os temas religiosidade e sofrimento começavam a revelar-se em minha vida...

Pois, a vida não é um caminho só de flores e de espinhos na carne, fáceis de arrancar ou de resignar. Até pensei que assim o fosse, por me manter emocionalmente estável e inabalavelmente “forte”, mesmo diante de uma maravilhosa filha que nasceu e viveu 10 anos totalmente dependente de oxigenoterapia para respirar, de gastrostomia para se alimentar, de nossos braços para passear, e até de colostomia para evacuar... Antes dela, eu e minha esposa tivemos um filho que nasceu saudável e que muito nos honra. Depois, nasceu outra filha maravilhosa... com síndrome de Down. Maravilhosas sim, pois foi por meio delas e de várias ocasiões de sofrimento acentuado que compreendi a limitação e a finitude da suposta autossuficiência estoica e distração epicurista; e aprendi que a verdadeira paz incondicional somente é possível quando reconhecemos que dependemos e precisamos do *Ser Superior*. Sim, foi na dor que Deus se revelou de forma pessoal, que me arrependi de minha egolátrica presunção, e entrei em comunhão com *Ele*. É impressionante como, nessa peregrinação, o que era mal aos olhos humanos foi transformado em um bem infinitamente superior em minha vida e na vivência da minha família. Foi assim que, após esse renascimento espiritual, não consegui mais viver estudando e praticando somente Medicina/Cirurgia Plástica individualizada. Essa experiência do divino me motivou a tentar distribuir o amor incondicional e misericordioso de Deus para uma

maior quantidade de pessoas. Nesse novo rumo de vida, realizei mestrado em Saúde Pública e graduação em Teologia, e decidi empreender estudos relacionados ao sofrimento, às teodiceias e às Ciências da Religião.

Como membro de uma igreja cristã batista, médico, teólogo, estudante das Ciências da Religião e docente dos cursos de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Teologia da Faculdade Internacional Cidade Viva (FICV), tenho observado a religiosidade e a presença de sintomas de ansiedade e depressão em graduandos de Medicina e Teologia, e em médicos, diáconos, pastores, padres e outros líderes religiosos. E, sensibilizado com os possíveis efeitos bons e maus da religiosidade, fui motivado a aprofundar os estudos nessa área.

A escolha por participantes de pesquisa desses dois cursos teve como motivação pessoal minha experiência de ter visto esses alunos enfrentarem o risco de ansiedade e depressão. Por um lado, são dois contextos de ensino superior muito diferentes, por outro, ambos os cursos formam profissionais que irão cuidar de outras pessoas; seja por meio da medicina, seja por meio do aconselhamento espiritual e/ou liderança religiosa. Conforme exponho mais adiante, há uma grande lacuna na literatura no que diz respeito à descrição da religiosidade de estudantes dessas duas graduações e da prevalência de ansiedade e depressão nos cursos de Teologia do Brasil. Além disso, existe uma escassez de pesquisas que tenham analisado a correlação entre religiosidade e sintomas de ansiedade/depressão em discentes de Medicina e Teologia. Nesse sentido, a presente pesquisa utiliza conhecimentos das áreas de Medicina e Ciências da Religião em busca de reflexão e respostas para perguntas referentes ao não exaustivo tema religião, espiritualidade, religiosidade e saúde.

A TESE

Ao adentrarmos nesse âmbito de ciência e espiritualidade, é bom lembrarmos quão grande é a responsabilidade do cientista da religião e do teólogo, ao intentar tangenciar o *Mistério*, seja por meio de um olhar de fora (*outsider*), seja por um olhar de dentro (*insider*). Assim, na pesquisa aqui realizada, tentei integrar a empatia subjetiva e de respeito à experiência contextual do sagrado, de um *insider* “êmico”¹ pré-

¹ De acordo com Zinnbauer (2013, p. 76), a palavra êmico foi emprestada da Antropologia e linguística, para expressar análises descritivas feitas por *insiders* culturais, consistentes com as perspectivas subjetivas de um determinado indivíduo, grupo, cultura ou sistema religioso.

moderno, com o empirismo objetivo e pragmático de um *outsider* moderno, conforme descrito por Zinnbauer (2013, p. 76). Convidando-nos a aprender a viver como parceiros em um mundo de pluralidade religiosa e a encontrar boas respostas para o sentido da vida nas tradições sagradas, Smith (2006) afirma:

[...] acho importante que se entre neste estudo com o devido nervosismo. Convém que se compreenda aquilo que se vai empreender. Seria estulto entrar às pressas ali onde apenas os anjos transitam, embora os sábios talvez preservem sua dignidade se, conscientes de sua presunção, entrarem com cautela. (SMITH, 2006, p. 20)

Nessa jornada científica, segundo Zinnbauer (2013), o pesquisador interessado somente em descrições de fé tem uma tarefa muito mais fácil do que aquele que tenta diferenciar a religiosidade saudável da insalubre. Nesse sentido, ele alerta:

[...] sugerir que as visões de mundo, crenças sagradas ou tradições de outro são ‘saudáveis’ ou ‘insalubres’ é semelhante a entrar em um campo minado social, político e cultural. Um passo em falso e uma explosão de controvérsias e críticas é desencadeada: ‘Quem pode fazer esses julgamentos?’; ‘De que perspectiva?’; ‘Em que contexto?’; ‘Com que grupos ou indivíduos?’; e ‘Com que consequências?’ (ZINNBAUER, 2013, p. 71).

A religião, a espiritualidade e a religiosidade são constructos que representam uma qualidade exclusivamente humana, que apresentam múltiplas dimensões individuais (cognição, emoção, atitudes, falas, experiências, caminhos), mas também se manifestam sob diversos níveis de relacionamentos íntimos: sobrenaturais, familiares, organizacionais, institucionais, comunitários e culturais. É um fenômeno com valor múltiplo, pois funciona de forma boa, edificante e útil, ou de maneira ruim, destrutiva e prejudicial – “multivalente” (PARGAMENT *et al.*, 2013, p. 7). De qualquer forma, para a Psicologia da Religião, espiritualidade e religiosidade são dimensões psicológicas primárias, independentes de e não contidas por outros constructos humanos, como os representados, por exemplo, pelo modelo de cinco fatores de traços de personalidade – “the five factor model (FFM)” (PIEDMONT; WILKINS, 2013, p. 176). A autonomia desses dois constructos (espiritualidade e religiosidade), quando eles são mensurados por escalas não contaminadas por variáveis de outros constructos, redundam na avaliação adequada da plausibilidade causal da relação já comprovada

No Dicionário Michaelis, êmico “diz-se da forma que se utiliza e se estuda uma língua, considerando-a como um sistema em que a comunicação se faz por fonemas de acordo com sua função dentro desse sistema” (ÊMICO, 2022).

entre espiritualidade/religiosidade e desfechos mentais e físicos de saúde, doença e sobrevivência, como bem-estar, qualidade de vida, maturidade psicológica, capacidade de enfrentamento, boas ou más respostas a tratamentos de patologias, ansiedade, depressão e suicídio (PIEDMONT; WILKINS, 2013).

Todavia, uma das dificuldades para realizar pesquisas na área de religião e saúde ainda é a dificuldade de uma definição dos termos espiritualidade e religiosidade que seja amplamente aceita pela comunidade científica (HUFFORD, 2010, p. 82). Com base nas argumentações de Koenig (2011, 2012, 2018) e de Koenig, King e Carson (2012), consideramos que espiritualidade é um constructo de definição mais controversa, inclusiva, ampla e com forte sobreposição com as definições de constructos de saúde mental (sentido na vida, bem-estar, paz, harmonia) (KOENIG, 2018, p. 21). Isto é, embora seja de grande importância para muitas pessoas, o termo espiritualidade tem significado coisas diferentes para pessoas diferentes; na academia e fora dela. Para alguns, espiritualidade significa busca religiosa pelo divino, para outros exprime busca arreligiosa existencial, sem qualquer ancoragem com a crença no sobrenatural, no divino, no sagrado ou no mundo espiritual (PALOUTZIAN, 2016, p. 78).

Algumas escalas consideradas como mensuradoras do constructo espiritualidade, aferem bem-estar existencial não relacionado à crença ou à prática religiosa. De fato, revisão sistemática feita por Garssen, Visser e Meezenbroek (2016) constatou que quase 50% dos estudos relatando relações positivas entre espiritualidade e saúde mental usou instrumentos psicométricos de medição de espiritualidade contaminados por itens indicadores de boa saúde mental. Por isso, no presente estudo de tese, optamos por usar o constructo religiosidade na pesquisa empírica, considerando-o como sendo qualquer expressão humana observável de busca pelo transcendente religioso sobrenatural, sagrado ou divino. Ou seja, decidimos por utilizar o constructo religiosidade em nossa pesquisa pelo fato de a literatura científica apresentá-lo como de mais fácil mensuração que o constructo espiritualidade. Dentre os elementos observáveis no constructo religiosidade, nosso estudo analisou exclusivamente as seguintes dimensões:

- a) Religiosidades organizacional, não organizacional e intrínseca, conforme compreensão exposta no Índice de Religiosidade Duke (*Duke Religious Index*) versão em português (P-DUREL) (KOENIG; PARKERSON;

MEADOR 1997; KOENIG; BUSSING, 2010; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008; TAUNAY *et al.*, 2012);

- b) Conhecimento, sentimento, comportamento e corporeidade religiosos, de acordo com a Escala de Atitudes Religiosas de 20 itens (EAR-20), concebida e usada somente no Brasil (AQUINO; FRANÇA; SILVA FRANÇA, 2002; AQUINO, 2005; DINIZ; AQUINO, 2009; AQUINO *et al.*, 2013).

Dada a importância de uma adequada delimitação dos termos religião, espiritualidade e religiosidade, na seção 2.1.1, há uma discussão sobre as suas etimologias e definições para fins de pesquisa.

Muitos livros sagrados antigos, como o *Bhagavad Gita* do hinduísmo, a *Bíblia Hebraica* do judaísmo, a *Bíblia* do cristianismo e o *Alcorão* do islamismo, contêm textos que relacionam a fé no divino com a existência de saúde, alívio, paz e harmonia na vida (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 54, 55). A leitura dessas escrituras é uma das formas de religiosidade humana. Como os estudantes de graduação em Teologia, normalmente, buscam conhecimentos em um desses livros e são incentivados a outras práticas de fé, presumimos que eles têm alta religiosidade. Por outro lado, como os alunos de Medicina, geralmente, enfrentam elevada carga horária de estudos que os sobrecarregam, devem ter dificuldade para o exercício daquelas atividades.

Após realizarmos buscas em bases de dados científicos e em livros especializados, constatamos que a literatura é escassa em descrever e comparar o grau de religiosidade de discentes das duas graduações supracitadas. Assim, no Brasil, Machado *et al.* (2018), mensurou esse constructo apenas em graduandos de um curso de Medicina, encontrando médias de religiosidade organizacional e não organizacional de 4 (escala de 1 a 6), e de religiosidade intrínseca de 8,7 (graus de 3 a 15). Da mesma forma, Esperandio *et al.* (2021) identificou que os acadêmicos de Medicina de uma universidade privada do sul do Brasil apresentavam religiosidade no valor de 3,5, em uma escala de 1 a 5. Além disso, 64,1% afirmaram participar de cultos religiosos pelo menos uma vez por semana, 72,8% creem em Deus, 33,4% oram uma vez por dia e 55,1% acreditam na vida após a morte.

Em relação a cursos de Teologia no Brasil, não encontramos nenhum estudo que tivesse analisado o grau de religiosidade de seus discentes. Em outros países, encontramos apenas um estudo que descreveu e comparou a religiosidade entre dois

cursos: alunos da Harvard Divinity School identificaram-se como mais religiosos e espirituais do que estudantes da Harvard Medical School (MITCHELL *et al.*, 2016, p. 15). Ou seja, no contexto do Brasil, como Estado laico e país de grande diversidade religiosa, não havia sido realizada nenhuma pesquisa que descrevesse simultaneamente e comparasse o grau de religiosidade entre estudantes de Medicina e Teologia. A necessidade de realizar tal estudo descritivo reside no fato de que os futuros médicos, padres, pastores ou conselheiros pastorais necessitam desenvolver uma religiosidade em quantidade e qualidade suficientes para suportar seus próprios sofrimentos e cuidar das outras pessoas. Assim, eles precisam praticar empatia cognitiva e emocional adequada para prestar assistência àqueles que precisam de sua atenção, mas com atenuação dos efeitos colaterais sobre si mesmos, como a ansiedade, depressão, fadiga de compaixão e estresse pós-traumático.

Os transtornos clínicos de ansiedade constituem a classe mais comum de queixas de saúde mental (BLAKEY; ABRAMOWITZ, 2020, p. 3; MARI; LIMA, 2014, p. 1465). A ansiedade se apresenta com prevalência de 3,6% no mundo e atinge sua maior frequência (9,6%) no Brasil, dentre todos os outros países do globo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). Em alunos de Medicina brasileiros, essa prevalência é maior ainda, variando entre 30,8% e 41,4% (SACRAMENTO *et al.*, 2021). E, em estudantes desse curso, matriculados em uma universidade da cidade de João Pessoa (Paraíba, Brasil), foi encontrada prevalência de 60% de “alto nível de ansiedade” traço (LACERDA *et al.*, 2018, p. 93). Quanto a frequência dessa psicopatologia em graduandos de Teologia do Brasil, não encontramos nenhuma publicação científica que tenha realizado tal investigação; e, no exterior, identificamos apenas dois estudos desse tipo. Em uma amostra de 341 graduandos de uma universidade da Turquia, mas que incluía apenas 132 alunos de um curso de Divindades, foram encontrados na amostra total escores médios (pequenos) de ansiedade de 10,23 em uma escala de 0 a 46 (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012). Em estudantes mórmons de um curso de Educação Religiosa dos Estados Unidos da América (EUA), o escore médio de ansiedade traço não foi clinicamente significativo (39 pontos em uma escala de 0 a 80) (STEFFEN, 2014).

Sendo a segunda doença cuja prevalência foi estudada na presente tese de forma pioneira em estudantes de Teologia do Brasil, a depressão tem prevalência mundial de 4,4% e de 5,8% nos brasileiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). Essa “é a doença mais humana”, pois compromete a consciência da existência

do eu (SILVA, 2016, p. 218). Nessa patologia, essa consciência está diminuída (tristeza vital), e pode piorar até uma despersonalização, com ideias delirantes de estranheza de si próprio e de culpa excessiva (CHENIAUX, 2013). A depressão é fator de risco para suicídio que, em 2019, foi responsável por 1,3% das mortes no mundo, e foi a quarta causa global de morte na faixa etária de 15 a 29 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a). Em cursos de Medicina, 10% dos alunos têm depressão e 6% têm um história de ideação suicida (GOEBERT *et al.*, 2009; MENON *et al.*, 2018). Porém, especificamente no Brasil, entre 8,2% e 36% dos alunos desse curso apresentam depressão (SACRAMENTO *et al.*, 2021). Em relação à prevalência de depressão em estudantes de Teologia, somente encontramos três estudos dessa natureza (GUNAY *et al.*, 2011; KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012; STEFFEN, 2014). Assim, na Turquia, em amostras de 195 alunos de Teologia e 451 de Medicina, Gunay *et al.* (2011) encontrou prevalência de depressão de 21% nos discentes de Teologia e de 22% nos de Medicina; em uma universidade com conteúdo curricular teológico de confissão islâmica (ERCIYES UNIVERSITIES, 2021). Também na Turquia, em uma amostra de 341 graduandos, “muçulmanos”, mas que incluiu apenas “132 alunos de um curso de Divindades”, foram encontrados na amostra total escores médios (pequenos) de depressão de 14,19, em uma escala de 0 a 46 (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012, p. 538). Em estudantes de Educação Religiosa dos EUA, “membros da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias”, o escore médio da escala de depressão de Beck foi baixo (9,4 pontos em uma escala de 0 a 63) (STEFFEN, 2014, p. 948).

Até aqui, fica clara a lacuna da literatura no que diz respeito à descrição do grau de religiosidade e da prevalência de ansiedade e depressão em alunos de cursos de Teologia do Brasil, e a comparação com graduandos de Medicina brasileiros. Que “o curso médico é um agente estressor” é um fato documentado na literatura (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019; GOEBERT *et al.*, 2009; GUIMARÃES, 2012, p. 104; MENON *et al.*, 2018). Como o contato de estudantes com pessoas em sofrimento e morte, além da exaustão pelas demandas acadêmicas é maior no curso de Medicina do que no de Teologia, era possível que encontrássemos valores menores dessa prevalência no segundo curso. Nesse contexto, tendo por um lado a possibilidade de encontrarmos maior religiosidade nos discentes de Teologia e maior ansiedade/depressão naqueles de Medicina, ficou justificada a decisão de analisarmos também a correlação que poderia existir entre religiosidade e ansiedade/depressão.

Afinal, o simples fato da associação entre religião e saúde incluir questões práticas, “de alto valor na sociedade que têm relação com a mortalidade e a morbidade”, já é motivo suficiente para serem estudadas cientificamente (HUFFORD, 2010, p. 77). Mais ainda, por envolverem questões de vida e morte de grandes populações, como é o caso de mais de oito em cada 10 pessoas do mundo que expressam religiosidade, até mesmo correlações pequenas “podem ser extremamente importantes e afetar muitas vidas” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012, 2017; KOENIG, 2011, p. irregular; NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009; PEW RESEARCH CENTER, 2012).

A respeito da potencialidade real dessas associações, Rosmarin e Leidl (2020, p. 41, 42) analisaram as correlações entre espiritualidade/religião e ansiedade, examinadas em mais de 100 estudos empíricos realizados nos “últimos 20 anos”. Eles constataram que comportamentos religiosos observáveis ou religiosidade organizacional, como frequência a reuniões de culto, oração, estudo ou serviço religioso, são preditores fracos tanto de menor ansiedade, quanto de maior ansiedade. Por outro lado, estados intrínsecos, cognitivos e emocionais de religiosidade, como crenças e motivações, quando positivos (fé, confiança, gratidão ou apego a Deus), predizem consistentemente menos ansiedade. Mas, quando são negativos (avaliam Deus como injusto ou punitivo), estão associados a maior intensidade de sintomas de ansiedade, com tamanhos de efeito moderados a grandes.

Em revisão sistemática de pesquisas publicadas no período de 1872 a 2009, Koenig, King e Carson (2012, p. 197) descrevem que, em 299 estudos que examinaram a relação religião/espiritualidade e ansiedade, 67 foram classificados como de qualidade igual ou superior a sete (em uma escala de zero a 10). Dentre esses, 38 (57%) relataram que maior religiosidade esteve associada a menor ansiedade, sete estudos (10%) encontraram maior ansiedade nos mais religiosos, sete relataram resultados mistos ou complexos, e 15 não detectaram associação. Finalmente, dentre os 41 estudos experimentais ou ensaios clínicos que foram realizados, 29 estudos (71%) mostraram que uma intervenção de religião/espiritualidade reduziu a ansiedade.

Já no que diz respeito à depressão, a maioria dos estudos têm evidenciado que quanto maior a religiosidade, menores são os níveis de depressão e os pacientes recuperam-se melhor dos sintomas depressivos (MOSQUEIRO; PINTO; MOREIRA-ALMEIDA, 2020, p. 1). Essa afirmação é apoiada por estudos epidemiológicos que incluem delineamentos prospectivos. Nesse sentido, em revisão sistemática de 443

pesquisas quantitativas que examinaram associação entre religiosidade e depressão, publicadas antes de 2010, Koenig (2018, p. 194) analisou 178 estudos com melhor metodologia. Esse autor identificou que 68% (119/178) relataram relações inversas (salutares) entre religiosidade e depressão, enquanto 7% (13/178) encontraram relações positivas (insalutífera). Entre os 28 ensaios clínicos ou estudos experimentais que examinaram correlação, 61% (17/28) relataram benefícios significativamente maior do que o tratamento padrão ou grupo controle, enquanto apenas dois estudos (7%) descobriram que as intervenções religiosas/espirituais foram menos eficazes.

Em um estudo recente longitudinal, envolvendo 48.984 enfermeiras (41% católicas e 53% evangélicas), maior frequência de participação em serviços religiosos diminuiu o risco de incidência de depressão em até 12 anos de acompanhamento em cerca de 30% (LI *et al.*, 2016). Na mesma coorte, mas, com acompanhamento de 14 anos, entre 89.708 enfermeiras, com idade entre 30 e 55 anos, com análise de dados que excluiu aquelas com história prévia de depressão, câncer ou doença cardiovascular, a frequência de uma vez ou mais na semana a missas católicas ou cultos evangélicos foi associada à taxa de suicídio cinco vezes menor, em comparação com ausência de comparecimento (VANDERWEELE *et al.*, 2016).

No Brasil, em uma amostra de 143 pacientes gravemente deprimidos e internados, avaliados prospectivamente desde a admissão até a alta, religiosidade intrínseca foi associada a uma maior melhora dos sintomas depressivos, menos tentativas de suicídio e maior resiliência relatada, suporte social e qualidade de vida (MOSQUEIRO; ROCHA; FLECK, 2015).

No contexto mais específico dos estudantes de Medicina e Teologia, não encontramos na literatura nenhum trabalho de investigação, nacional ou internacional, que tenha comparado as correlações entre religiosidade e ansiedade/depressão em alunos desses cursos. Também, não identificamos estudos desse tipo com amostra de universitários de Teologia brasileiros. No entanto, encontramos pesquisa dessa natureza realizada em estudantes católicos ortodoxos de um curso de Teologia da Grécia (KIOULOS *et al.*, 2015), e em alunos mórmons de uma graduação em Educação Religiosa dos EUA (STEFFEN, 2014). Já no curso de Medicina, detectamos somente três trabalhos acadêmicos que analisaram covariâncias entre religiosidade e ansiedade/depressão em alunos de cursos médicos do Brasil (MACHADO *et al.*, 2018; MOUTINHO *et al.*, 2017; TAUNAY *et al.*, 2012).

PROBLEMÁTICA E HIPÓTESES

Da conjuntura exposta, surge a problemática principal da nossa pesquisa: será que quanto maior a religiosidade, menor será a prevalência de ansiedade e depressão em alunos de Teologia e Medicina?

Presumimos que estudantes de Teologia teriam maior religiosidade em relação a alunos de Medicina e, conseqüentemente, uma menor prevalência de ansiedade/depressão, e uma maior correlação negativa (salutar) entre religiosidade e ansiedade/depressão. As bases teóricas para essa hipótese geral, bem como para nortear os caminhos e perspectivas teóricas e empíricas que foram utilizados para responder à pergunta de pesquisa, estão expostas em um texto mais a frente, com o título referencial teórico.

Diante do panorama contextual apresentado e da pergunta e hipótese principais, nosso trabalho de tese traz respostas teóricas, fundamentadas no aprofundamento do tema perante à literatura e em revisão sistemática focalizada; e conclusões empíricas de um estudo quantitativo com amostra de estudantes de Medicina e Teologia. A partir das lentes das Ciências da Religião, tentamos aqui usar nossa formação nessa área do conhecimento, e em Medicina e Teologia, para avançarmos em aprendizagens que possam contribuir com a saúde física, mental, social e espiritual das pessoas.

A partir das evidências de pesquisas empíricas, expostas previamente, e da discussão das teorias com modelos explicativos da relação de causalidade entre religiosidade e saúde/doença, que estão apresentadas mais à frente no referencial teórico, supomos as seguintes hipóteses:

- a) Hipótese 1: os estudantes de Teologia têm maior religiosidade que os de Medicina;
- b) Hipótese 2: os estudantes de Teologia têm menor prevalência de ansiedade e depressão que os de Medicina;
- c) Hipótese 3: existe correlação negativa (efeito protetor/benéfico) entre religiosidade (variável de exposição) e ansiedade/depressão (variável de desfecho) em alunos de Medicina e de Teologia;
- d) Hipótese 4: há maior correlação negativa (efeito protetor/benéfico) entre religiosidade (variável de exposição) e ansiedade/depressão (variável de desfecho) nos alunos de Teologia em relação aos estudantes de Medicina.

JUSTIFICATIVA, IMPORTÂNCIA SOCIAL E ORIGINALIDADE

A importância de estudarmos religiosidade e saúde reside não apenas no fato de que evidências científicas têm mostrado, na maioria dos casos, relação favorável entre maior religiosidade e melhor saúde, mas também no fato de que as pessoas têm encontrado em suas crenças e práticas religiosas “um senso de controle” existencial/psicológico e fonte de suporte social (KOENIG, 2012, p. 67). Embora o campo científico da religião, espiritualidade e saúde ainda esteja na infância, muito trabalho considerável já foi feito, existindo boa razão para implantar parte do que já é conhecido na prática clínica. Essa aplicação clínica é por motivos bastante práticos: “muitos pacientes são religiosos, têm crenças religiosas e tradições relacionadas à saúde e problemas de saúde que, com frequência, dão origem a necessidades espirituais” (KOENIG, 2012, p. 23). Ao mesmo tempo, o envelhecimento populacional, com maior frequência de doenças crônicas/degenerativas, reforça a ideia de que seremos ou cuidaremos de pessoas com maior vulnerabilidade, exigindo uma saúde pública sustentável e que contemple o componente espiritual da existência humana, frente à terminalidade da vida e a maior quantidade de pessoas que necessitam de assistência domiciliar e cuidados paliativos (SCHNEIDER, 1999). Diante disso, o cuidado com nossa religiosidade e espiritualidade deve ser estimulado como parte de uma “[...] saúde integral do homem hodierno em seu deslocar-se para a plenitude, construindo sua história, eivada de feridas e curas, enquanto dura fenomenicamente sua finita existência” (LIBÓRIO; GUIMARÃES, 2015, p. 219, sic). Ademais, o cultivo de uma religiosidade salutar como necessidade sanitária se torna mais patente ainda com a existência de grande número de pessoas com sequelas do flagelo da recente pandemia de covid-19.

Por investigar de forma pioneira a influência da religiosidade na ansiedade e na depressão de estudantes de Medicina e Teologia, a relevância da presente pesquisa para as pessoas individualmente e para a sociedade como um todo está no fato de que a mesma pode ser reconhecida como um instrumento de busca por respostas frente às necessidades espirituais humanas, diante de possíveis situações de sofrimento relacionado à ansiedade e/ou depressão. Ao descrever o perfil da religiosidade, saúde mental e suas correlações, esse estudo está contribuindo para a implantação de futuras políticas de igualdade social comprometidas com o diálogo inter-religioso e melhoria do bem-estar da população brasileira.

Ademais, levando-se em conta que foram identificadas situações de maior vulnerabilidade entre os alunos, além de expressar compromisso intelectual com o respeito à dignidade da pessoa humana e com a justa igualdade de direitos sociais, essa investigação científica pode ser ponto de partida para a criação ou aprimoramento de projetos de intervenção terapêutica, voltados especificamente para os estudantes universitários de Medicina, Teologia e de outros cursos.

Segundo o Documento de Área, referente à Área Ciências da Religião e Teologia, código 44, “se estabelece uma relação multi/inter/transdisciplinar na área”, com suas oito subáreas, cada qual com seus temas correlatos, conforme o Quadro 1 da Diretoria de Avaliação (DAV) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2019, p. 8):

- a) Epistemologia das Ciências da Religião;
- b) Ciências Empíricas da Religião;
- c) Ciência da Religião Aplicada;
- d) Ciências da Linguagem Religiosa;
- e) Teologia Fundamental-Sistemática;
- f) História das Teologias e Religiões;
- g) Teologia Prática;
- h) Tradições e Escrituras Sagradas.

QUADRO 1 – ÁRVORE DO CONHECIMENTO DA ÁREA CIÊNCIAS DA RELIGIÃO E TEOLOGIA, COM SUAS OITO SUBÁREAS E SEUS TEMAS CORRELATOS

SUBÁREA	TEMAS CORRELATOS	SUBÁREA	TEMAS CORRELATOS
Epistemologia das Ciências da Religião	Reflexão teórico-metodológica ou metateórica; abordagens filosóficas sobre o conceito/definição de religião ou sua negação; psicologia da religião e fenomenologia da religião – em sentido sistemático.	Teologia Fundamental-Sistemática	Fundamentação da teologia e seu desenvolvimento coerente (sistemático); exposição do dogma (aspecto querigmático); defesa ou clarificação atualizada das doutrinas religiosas, espiritualidades, tradições de sabedoria específicas à tradição (aspecto apologético); teologia política, teologia filosófica; filosofia da religião.
Ciências Empíricas da Religião	Fenômenos religiosos, espiritualidades, tradições de sabedoria ou filosofias de vida no “campo”; disciplinas “... da religião”, em diálogo com teorias e métodos de outras ciências constituídas: Sociologia..., Antropologia..., Psicologia..., História..., Geografia ..., Fenomenologia... – em sentido descritivo.	História das Teologias e Religiões	Estudo histórico de ideias e doutrinas religiosas, espiritualidades, tradições de sabedoria (história intelectual), de sua(s) expressão(ões) ou arraigamento sociocultural.

Ciência da Religião Aplicada	Religião e espaço público, política, ética, saúde, ecologia, culturas; temas associados à diversidade, respeito e tolerância; diálogo inter-religioso; educação e religião.	Teologia Prática	Psicologia pastoral, teologia e saúde, ecoteologia, fé e política, homilética, relação entre teologia/culto/práxis, missão e inculturação, inclusão e direitos humanos, teologia e sociedade, ação, experiência e conhecimento prático, educação na respectiva tradição.
Ciências da Linguagem Religiosa	Métodos e fontes para o estudo das religiões, espiritualidades ou tradições de sabedoria, de suas línguas naturais, de seu vocabulário e gramática; relações entre linguagem religiosa, linguagem artístico-literária e linguagem em geral.	Tradições e Escrituras sagradas	Escrituras sagradas e relatos da tradição oral das diversas tradições religiosas, espiritualidades, tradições de sabedoria.

FONTE: BRASIL (2019, p. 3, 4)

Nesses termos educacionais da CAPES/MEC, a tese aqui apresentada tem relevância acadêmica porque, embora essa pesquisa tenha como ponto referencial as especificidades metodológicas das Ciências da Religião, ela também envolve a Teologia; ao investigar, de forma inovadora, a associação entre os eventos religiosidade, ansiedade e depressão em estudantes de graduação em Teologia, comparando-os aos do curso de Medicina. Além disso, estabeleceu relação das Ciências da Religião com Ciências da Saúde (Medicina, Psiquiatria, Epidemiologia) e Ciências Humanas (Psicologia, Bioestatística Humana), com ênfase em temas da Psicologia da Religião.

Afirmar que existe uma total novidade em um trabalho científico é difícil e muito relativo, “pois a ciência, sendo acumulativa, está sujeita a contínuas revisões” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 235). Os paradigmas passageiros das descobertas sobre transmissibilidade, tratamento, novas cepas, reinfecções, morbidade e mortalidade do novo coronavírus e a covid-19, juntamente com o desenvolvimento de novas vacinas, ilustra muito bem a temporalidade da ciência. Cada vez mais, no momento histórico em que vivemos, de desmaterialização de processos humanos substituídos por digitalização para o mundo cibernético, a velocidade das mudanças científicas e sua comunicação têm aumentado; às vezes até para a sobrevivência da humanidade global, como aconteceu com as pesquisas de vacinas contra o novo coronavírus. Assim, a comunicação de descobertas científicas tem ocorrido tanto sob

a forma de artigos em revistas indexadas às bases de dados, quanto sob formatos muitas vezes mais rápidos, como livros digitais (*e-books*), publicações em anais de eventos científicos (alguns *online*), em sites de associações de especialistas, e em mídias nem sempre confiáveis, como mecanismos de busca na internet (Google, Bing) e vídeos em redes sociais (Facebook, YouTube, Instagram). Alguns pesquisadores denominam essas fontes mais rápidas de dados de “*gray literature*”, literatura cinzenta (HEMPEL, 2020, p. 28).

Segundo Pereira (2011), a originalidade de uma pesquisa científica pode estar na ideia de uma pergunta nova; ou, na resposta antes nunca sugerida a uma boa pergunta já existente. É também original a investigação que, a partir de uma ideia central já publicada, apresenta uma nova metodologia para estudar aquela ideia, que preenche lacunas e acrescenta resultados ao que já existe na literatura científica (PEREIRA, 2011, p. 44).

Considerando que não existem prévios trabalhos científicos que compararam a relação entre os temas religiosidade, ansiedade e depressão entre estudantes de Medicina e Teologia, a originalidade da presente tese reside principalmente na ideia de responder à inovadora pergunta principal: qual é a influência da religiosidade na ansiedade e na depressão de estudantes universitários de Medicina e Teologia? O próprio fato de descrever e comparar, ao mesmo tempo, o grau de religiosidade e as prevalências de ansiedade/depressão em alunos de Medicina e Teologia já é original. Também, é singular o fato de o presente estudo envolver pesquisadores não somente da área de saúde, como tem sido visto na maioria das publicações (ESPERANDIO, 2014). A pesquisa foi realizada em um Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião, e o pesquisador, autor da tese, tem formação acadêmica em Teologia e Medicina.

Esse novo conhecimento proposto também está evidente no método da pesquisa, quando coletamos dados de amostra de graduandos de todos os semestres letivos dos cursos de Medicina e Teologia, em vez de alunos de poucos períodos isolados.

“Na religião, o objeto da transcendência é Deus, o Sagrado, ou o Infinito. [...] Na Psicologia, o objeto da transcendência é o mundo social, ou as outras pessoas e as dinâmicas sociais” (FARRIS, 2008, p. 170). Nesse sentido, o presente estudo que desenvolvemos é uma oportunidade de fornecer ao mundo acadêmico, sob a perspectiva das Ciências da Religião, da Psicologia da Religião e da Medicina,

respostas a perguntas relacionadas ao transcendental e humano, com tema associado à religiosidade e à saúde.

OBJETIVOS

O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a influência da religiosidade, enquanto potencial geradora de saúde (fator de proteção) e doença (fator de risco), na ansiedade e na depressão em estudantes universitários de Medicina e Teologia.

Os objetivos específicos foram:

- a) Apresentar um estado da arte sobre a relação histórica entre religião e saúde, com foco na Psicologia e Arqueologia da Religião, e Antropologia biopsicoespiritual de Viktor Frankl (capítulo primeiro da tese);
- b) Expor as evidências de literatura sobre a influência da religiosidade, como fator protetor (benéfico) ou fator de risco (maléfico), para ansiedade e depressão (capítulo segundo da tese);
- c) Realizar revisão sistemática da literatura para identificar, avaliar, reunir e sintetizar as publicações científicas que respondem como se apresenta o grau de religiosidade e sua correlação com ansiedade e depressão, especificamente em universitários (seção 3.1 do capítulo terceiro da tese);
- d) Mensurar o grau de religiosidade, a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, e avaliar e comparar as correlações existentes entre religiosidade e ansiedade/depressão em graduandos dos Cursos de Medicina e Teologia (seção 3.2 do capítulo terceiro da tese).

REFERENCIAL TEÓRICO

Toda pesquisa é ou, pelo menos, precisa ser teoricamente fundamentada. A pesquisa empírica não foge a essa regra. Embora a base teórica possa estar explícita na metodologia, ou apenas implícita na interpretação dos resultados de muitos trabalhos científicos, mesmo diante de evidências de pesquisas quantitativas e qualitativas de campo, é importante refletirmos sobre o “*porquê*” das relações entre religiosidade e saúde ou doença (LEVIN; CHATTERS; TAYLOR, 2011, p. 391, grifo do autor). No percurso pela busca de aspectos de “*como e por que*” interfaces da religião/espiritualidade são tão ricas com saúde mental, bem-estar e sofrimento,

devemos também levar em conta sobre “*para quem*” essas interfaces são mais relevantes (ROSMARIN; KOENIG, 2020, p. xvii, grifo do autor).

O presente trabalho de tese foi realizado com base em teorias sobre o amplo tema religião, espiritualidade, religiosidade e saúde. Mais especificamente, utilizamos teorias das áreas de Medicina, Psicologia e Psiquiatria da Religião; elaboradas principalmente por epidemiologistas, médicos, psicólogos e psiquiatras. Nesse sentido, às vezes de forma abrangente, às vezes de maneira focalizada, foram usadas as seguintes teorias:

a) Teoria da Multicausalidade de Rothman (1976), complementada pelo Modelo de História Natural da Saúde e Doença de Leavell e Clark (1976);

b) Modelo Biopsicossocial Ampliado ou Modelo Biopsicossocioespiritual (HEFTI, 2009, 2013), fundamentado na Antropologia Tridimensional e Filosofia Existencial de Frankl (1978, 2017, 2020);

c) Modelo Teórico de Caminhos Causais para a Saúde Mental e Física nas Religiões e no Humanismo Secular, idealizado por Koenig, King e Carson (2012). Entretanto, como o foco da nossa pesquisa está voltado para a religiosidade e sintomas de psicopatologias (ansiedade e depressão), abordaremos mais precisamente a subdivisão desse sistema, denominada Modelo Teórico de Caminhos Causais para a Saúde Mental nas Religiões (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Ademais, na seção 2.2 da tese, apresentamos com mais detalhes esquemas explicativos ainda mais específicos como: a Teoria Psicológica do Estresse e *Coping*, de Lazarus e Folkman, revisada por Folkman (1997, 2008, 2010); Teoria do *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), de Pargament (PARGAMENT, 1988, 1996; PARGAMENT *et al.*, 1998; PARGAMENT; RAIYA, 2007; PARGAMENT; MATON; HESS, 2011; TREVINO; PARGAMENT, 2017); e a Teoria de Construção de Significado, desenvolvida por Park (2010, 2020). Essas teorias também serviram de base para a realização da tese, pois mostram como a religiosidade pode atuar como fator de proteção ou risco para saúde/doença.

Esse grande número de teorias coaduna com o fato da multidimensionalidade dos constructos religião, espiritualidade, religiosidade e saúde; os quais não admitem reducionismos ou absolutismos teóricos ou empíricos. Entretanto, faz-se necessário registrar que o principal autor que serviu de base teórica e empírica para realizarmos a presente tese foi Harold George Koenig. Segundo o Department of Medicine Duke University School of Medicine (2022), esse autor tem sua pesquisa focada em estudar

os efeitos da religião e da espiritualidade na saúde. Ele é médico especialista em Psiquiatria, Medicina de Família, Medicina Geriátrica e Psiquiatria Geriátrica. Também, tem formação acadêmica em Bioestatística pela Duke University. Exerce a docência em universidades dos EUA, Irã, China e Arábia Saudita, e é autor de mais de 550 publicações acadêmicas científicas revisadas por pares, quase 100 capítulos de livros e 55 livros. Ademais, Koenig é o principal autor do *Handbook of Religion and Health*, com edições em 2001 e 2012, e com terceira edição (2021-2022) a ser lançada, com os professores Tyler VanderWeele (TH Chan School of Public Health at Harvard University) e John Raymond Petzet (Department of Psychiatry at Harvard).

Ao mesmo tempo que precisamos de teorias para supor e testar hipóteses de interferência entre dois eventos, após analisarmos se associações estatísticas são reais – não provocadas por erros/vieses sistemáticos ou devidos ao acaso da variação amostral –, necessitamos de teorias para confirmar a validade causal. Por sua vez, as associações reais entre causa (exposição) e efeito (desfecho) podem ser diretas ou indiretas. A suposta causa é indireta quando a relação entre ela e seu respectivo efeito é intermediada por uma outra variável, denominada causa mediadora, intermediária ou interveniente (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009, p. 154). Também, uma terceira variável pode atuar com outro tipo de efeito – moderador, afetando a direção e/ou a força da relação entre duas outras (BARON; KENNY, 1986). Em Epidemiologia, essa variável moderadora é conhecida como modificadora de efeitos (LEVIN; CHATTERS; TAYLOR, 2011).

Rothman (1976) idealizou um modelo de causalidade que traz uma concepção multicausal dos processos subjacentes às ocorrências de doenças e agravos em saúde. Segundo sua teoria, para a ocorrência de determinado desfecho é necessário um conjunto mínimo de causas componentes que seja suficiente para formar um mecanismo causal completo. Nessa concepção, “a força do efeito de uma causa depende da prevalência de outras causas componentes envolvidas na ocorrência de uma doença” (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009, p. 161). Hill (1965) propôs nove critérios a serem considerados na distinção entre uma associação causal daquela não causal:

- a) Força da associação: quanto mais forte, maior chance de ser causal, considerando que quando são fracas podem ter sido provocadas por variáveis de confusão ou vieses. “Entretanto, uma associação fraca não descarta a hipótese de causalidade” (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA,

2009, p. 157). Exemplos epidemiológicos de associações fracas que são aceitas como causais são o tabagismo e doença cardiovascular, o fumo passivo e câncer de pulmão. E, um exemplo de associação forte, mas que não é causal é a observada entre ordem de nascimento e síndrome de Down; que se trata na verdade de uma correlação explicada pela idade da mãe, a qual é mais elevada nos recém-nascidos mais tardios (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009). Quando lidamos com saúde ou doença, incluindo o risco de grave depressão e suicídio, “todas as causas componentes envolvidas no surgimento de um caso são igualmente importantes” para salvarmos a vida do nosso semelhante (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009, p. 161). Ou seja, mesmo quando determinada causa está ligada a uma proporção pequena de casos (fraca força de efeito), ela continua sendo importante quando pensamos em prevenir, atenuar ou tratar determinada patologia em nível individual. A noção de força de uma causa ou de seu efeito só faz sentido quando procuramos compreender a ocorrência das doenças e seus respectivos determinantes no âmbito populacional. Do ponto de vista biológico, o efeito de uma causa componente na provocação de uma doença não pode ser avaliado como forte ou fraco, mas sim como parte do mecanismo causal que leva ao adoecimento. Assim, a força do efeito de uma causa componente pode variar entre populações ou numa única população ao longo do tempo, na medida em que varia também a distribuição das outras causas componentes associadas à ocorrência de uma doença (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009, p. 161);

- b) Gradiente biológico: é mostrado por uma curva de efeito dose-resposta. Quando é observada uma frequência crescente de ocorrência de um desfecho à medida que se aumenta a dose ou nível de exposição é reforçada a hipótese de causalidade;
- c) Consistência: a repetição dos achados em diferentes estudos e em populações distintas reforça a hipótese de causalidade;
- d) Plausibilidade biológica: o efeito hipotético deve ter uma conexão lógica diante da compreensão atualmente aceita dos processos fisiopatológicos, estando de acordo com a filosofia vigente dominante no momento, como os modelos biomédico e biopsicossocioespiritual, por exemplo;

- e) Coerência: a associação encontrada é compatível com a história natural da doença, e a hipótese causal clínica ou epidemiológica não entra em conflito com teorias sólidas da área de conhecimento específico ou de áreas relacionadas, como física, química e biologia;
- f) Analogia: se é conhecido que certo fator de risco causa determinado efeito, talvez um outro fator similar que está sendo estudado também, poderia, por analogia, provocar o mesmo desfecho. Juntamente com a plausibilidade biológica e a coerência, esse critério não é essencial, pois ele depende do conhecimento disponível à época da pesquisa (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009, p. 161);
- g) Especificidade: acontece quando a introdução de um suposto fator causal é sucedida da ocorrência de um efeito, e sua remoção provoca a não ocorrência do efeito. Esse critério funciona para doenças infecciosas. Porém, muitas vezes, um único agente é causa de várias doenças, como é o caso do álcool e do fumo;
- h) Temporalidade: a causa deve necessariamente preceder o efeito. Apesar de não serem ideais como os estudos observacionais longitudinais/prospectivos e os experimentais, as pesquisas com delineamento transversal podem oferecer evidência, principalmente quando a exposição é uma característica constitucional, imutável ou uma atitude ou comportamento que não varia significativamente com o tempo. Pois assim é possível deduzir que a exposição aferida no momento da coleta dos dados é similar à que ocorreu no passado, antes da interação causa-efeito;
- i) Evidência experimental: acontece quando são realizados estudos experimentais (também chamados de intervenção), tanto em animais quanto em humanos. De acordo com o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2014), em seres humanos, quando são feitos ensaios clínicos randomizados, controlados e com duplo ou triplo cegamento de alguns membros aplicadores da equipe de pesquisa, estamos próximos ao padrão ouro. Entretanto, somente é eticamente aceitável testar se determinada exposição ou intervenção

provoca ou não efeitos em indivíduos quando existe “possibilidade plausível de benefício” (beneficência), de ausência de desfecho danoso (não maledicência), autonomia, e justa/imparcial distribuição dos riscos e benefícios da pesquisa nos participantes (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009, p. 159).

Para Nadanovsky, Luiz e Costa (2009, p. 159), quando os nove critérios de Hill “são satisfeitos, reforçam a hipótese de causalidade, mas quando não ocorre, não se deve descartá-la”. Embora esses três autores considerem o critério da temporalidade como condição *sine qua non* para julgar se uma associação é causal, nas palavras do próprio Sir Austin Bradford Hill:

Nenhum dos meus nove pontos de vista pode trazer provas indiscutíveis a favor ou contra a hipótese de causa e efeito, e nenhuma pode ser exigida como condição *sine qua non*. O que eles podem fazer, com maior ou menor força, é ajudar-nos a clarear as nossas mentes sobre a questão fundamental: existe alguma outra maneira de explicar o conjunto de fatos diante de nós, ou existe alguma outra resposta igualmente, ou mais, provável de causa e efeito? (HILL, 1965, p. 299).

Avançando nessa discussão sobre causalidade, faz-se mister apresentarmos o modelo epidemiológico explicativo de doenças em populações humanas, de Leavell e Clark (1976, p. 12), que afirma: toda condição de saúde e doença no homem tem sua origem em processos de “causalidade múltipla” que ocorrem antes que o homem seja envolvido, em um período denominado de pré-patogênese. Assim “fatores hereditários, sociais e econômicos, ou do meio ambiente, podem estar criando estímulos patogênicos muito antes que o homem e o estímulo [principal] comecem a interagir para produzir a doença” (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 14, interpolação nossa). Quando a interação entre o homem e um fator de risco pode acontecer, se não for feito nenhum tipo de prevenção de saúde (vacinas antivirais, por exemplo), surge o adoecimento e a fisiopatologia da história natural da doença vai acontecer, em um período chamado de patogênese; sem ou com exteriorização de sinais e sintomas da doença. Se não for realizado o diagnóstico, tratamento e reabilitação, o período clínico pode evoluir para o desenvolvimento de incapacidades e deficiências, culminando com a morte. Ao trazer a discussão sobre a ação de fatores sociais de risco ou de proteção, essa Teoria da História Natural da Doença de Leavell e Clark provocou o surgimento ulterior do Modelo Biopsicossocial da Medicina, idealizado pelo psiquiatra George Libman Engel. Ele afirma que seu sistema de compreensão permite “explicar por que alguns indivíduos

experimentam como ‘doença’ condições que outros consideram apenas como ‘problemas de vida’, sejam eles reações emocionais às circunstâncias da vida ou sintomas somáticos” (ENGEL, 1977, p. 133). A importância dos fatores sociais é patente na própria definição diagnóstica das doenças mentais do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-5*). Segundo esse manual, para que seja feito o diagnóstico de grande parte das psicopatologias, há a necessidade de os sintomas comprometerem os papéis e funções sociais do paciente, na família, trabalho e escola (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Contudo, apesar de ter sido fundamental para uma abordagem mais social na Medicina, o Modelo Biopsicossocial de Engel omite o componente mais humano dos seres humanos: a dimensão espiritual, que fundamenta a existência, e permite a ligação humana com si mesmo, com os outros e com o transcendente religioso-espiritual sagrado, sobrenatural e divino. Esse interesse por um modelo médico que valorizasse a religiosidade/espiritualidade foi externado por McKee e Chapell (1992), bem como por King e Bushwick (1994), mas somente foi publicado com maior argumentação por Sulmasy (2002). Possivelmente, por trazer à tona a preocupação com o sentido da vida e da morte, a preocupação com a dimensão espiritual de pessoas em cuidados paliativos por câncer terminal fez surgir a teoria de um modelo mais abrangente de compreensão do paciente e da doença. Assim, baseado na filosofia apresentada em um livro publicado em 1957 por Lonergan (2010), Sulmasy (2002, p. 24) anunciou a proposta de “um modelo biopsicossocioespiritual para o cuidado de pacientes em final de vida”. Para esse autor, todas as coisas existem em relacionamentos complexos, seja um *quark*, um vírus, uma galáxia ou um paciente. “A pessoa humana é um ser em relacionamento – biologicamente, psicologicamente, socialmente e transcendentemente” (SULMASY, 2002, p. 32). Logo, a doença é uma ruptura no conjunto de relacionamentos que geram homeostase.

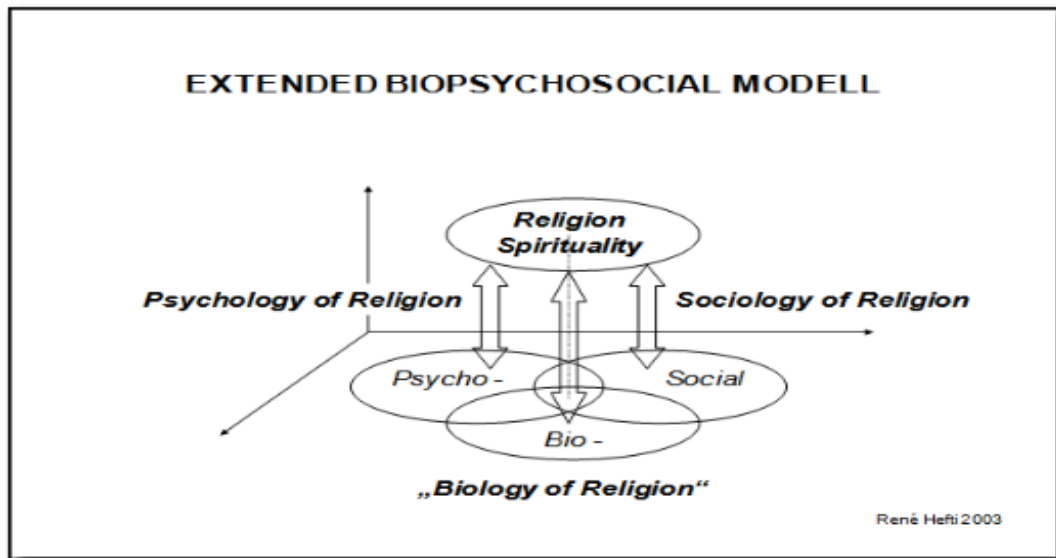
Para os povos antigos, a tarefa do xamã era restabelecer o relacionamento entre os seres humanos e o cosmos ou deuses, e a cura era um ato religioso. A doença desequilibra relações intrapessoais entre a mente e o corpo, e entre partes do corpo, órgãos e processos fisiológicos e bioquímicos celulares; e, extrapessoais, com o meio ambiente físico, família, amigos, comunidades e com o transcendente. Na visão de Sulmasy (2002), o biológico, o psicológico, o social e o espiritual são dimensões distintas, mas nenhum aspecto pode ser desagregado do todo. “Cada aspecto pode ser

afetado de forma diferente pela história e doença de uma pessoa, e cada um dos aspectos pode interagir e afetar outros aspectos da pessoa” (SULMASY, 2002, p. 27). Para esse autor, independente da história espiritual do paciente, a proximidade da morte provoca autorreflexão sobre o valor (dignidade?), o relacionamento (perdão?) e o significado (esperança?) da sua vida e morte. Cada pessoa vive e morre “de acordo com a resposta que dá a questão de saber se a vida ou a morte tem um significado que transcende a vida e a morte” (SULMASY, 2002, p. 26). Segundo Dorothea Luddeckens e Thomas Luddeckens (2022), a história da Psiquiatria e da Psicologia levou ao estabelecimento de fronteiras entre os campos médicos e terapêuticos e a religião. Apesar da plausibilidade não reducionista do modelo biopsicossocioespiritual, evidenciado em práticas terapêuticas integrativas, “a religião/espiritualidade foi e ainda é frequentemente negligenciada como um aspecto relevante da vida dos pacientes e de seus históricos médicos (LUDDECKENS, D.; LUDDECKENS, T., 2022, p. 1111).

Além de Sulmasy, Hefti (2009, p. 25) também trouxe a teoria de um modelo biopsicossocioespiritual, que ele preferiu chamar de “Modelo Biopsicossocial Ampliado”, no qual ele considera a religião e a espiritualidade como um quarto fator independente (HEFTI, 2009, p. 247). Hefti (2009, 2013) e Hefti e Esperandio (2016) registram que essa teoria foi publicada inicialmente no ano de 2003, na revista *Infomagazin da Clínica SGM*, em Langenthal, na Suíça, em um artigo com o título em alemão: *Unser Therapiekonzept (Nosso conceito de terapia)*². Em artigo publicado posteriormente, de maneira mais fundamentada, Hefti (2013) integrou a dimensão espiritual ao Modelo Biopsicossocial de Engel (1977), baseando-se principalmente na Filosofia existencial e Antropologia tridimensional de Viktor Frankl. Assim, idealizou um novo modelo holístico denominado de Modelo Biopsicossocial Ampliado (“*Extended Biopsychosocial Model*” – *EBM*) ou, em outros termos, o Modelo Biopsicossocioespiritual (“*Bio-Psycho-Socio-Spiritual Model*” – *BPSSM*) (HEFTI, 2013, p. 120). Para esse autor, essa quarta dimensão adicional pode causar, mediar ou moderar fatores sobre saúde e doença mental, da mesma forma que fatores biológicos, psicológicos e sociais, constituindo “biologia da religião, psicologia da religião e sociologia da religião” (HEFTI, 2009, p. 247, sic). Ver Figura 1.

² No momento em que escrevemos o presente texto, essa obra não estava acessível pela internet.

FIGURA 1 – MODELO BIOPSIKOSSOCIAL AMPLIADO
(BIOPSIKOSSOCIOESPIRITUAL)



FONTE: Hefti (2009, p. 247, 2013, p. 121)

De acordo com a Antropologia existencial de Frankl (2020), o homem não é uma coisa qualquer que se relaciona com as outras coisas apenas com tropismos ou instintos, mesmo que voltados para um equilíbrio homeostático. O ser humano é uma pessoa espiritual que “tem’ um psicofísico” e estabelece a unidade e totalidade do ente humano, “como sendo biopsíquicoespiritual” (FRANKL, 2017, p. 23). Frankl (2020) ratifica essa compreensão, falando que essa terceira dimensão especificamente humana permite ao homem buscar o dever ser do sentido da vida e a transcendência. Esse autor denomina essa dimensão de espiritual ou noológica:

[...] o homem é mais que psiquismo: o homem é espírito. Por meio do ato de sua própria autotranscendência, ele deixa o plano do meramente biopsíquico e adentra a esfera do especificamente humano, a dimensão noológica. A existência humana é, em sua essência, noética. O ser humano não é uma coisa entre outras coisas: coisas determinam-se umas às outras, mas o homem se autodetermina. Na verdade, o homem é livre e responsável, e esses constitutivos de sua espiritualidade, isto é, liberdade e responsabilidade, jamais devem ser obscurecidos pelo que se chama de reificação ou despersonalização do homem (FRANKL, 2020, p. 69).

Frankl (2014, 2020, p. 103) conta que, em um dos campos de concentração onde esteve preso durante o holocausto nazista, encontrou duas pessoas que se queixavam de que não esperavam mais nada da vida; “determinadas a cometer suicídio”. Naquela

situação, Frankl tentou deixar claro para elas que, em vez de esperar algo da vida, “a vida é que aguardava algo deles”. Todo ser humano deve perguntar: o que a vida espera de mim? “[...] quem ou o que espera por mim – um homem, uma obra, uma pessoa ou uma coisa? E: quem espera algo de mim [...]”? (FRANKL, 2014, p. 150). Nessa compreensão, como seres responsáveis e livres, nós é que temos que responder a algo ou a alguém na vida, assumindo a responsabilidade de atender ao chamado atrativo do valor da própria vida. A vida convoca cada ser humano para uma missão a realizar que é somente dele, como ser essencial e existencialmente único, “nem descartável, nem substituível” (FRANKL, 2020, p. 54). Mas, e se, para aqueles prisioneiros, essa espera provasse não ter nenhuma perspectiva de realização? Há situações em que é certo que um homem jamais retornará a um trabalho ou verá novamente certa pessoa, de forma que seja verdade que nada e ninguém já espera por ele. Frankl (2020), então, responde:

Contudo, ainda assim, ocorre que na consciência de cada ser alguém estava presente, estava invisivelmente ali, talvez já sem vida, mas presente e à disposição, de alguma forma, ‘ali’ como o Tu do mais íntimo diálogo. Para muitos, era o primeiro, o último e definitivo Tu: Deus. Mas quem quer que seja o ocupante desse lugar, o importante era perguntar O que ele espera de mim – isto é, que tipo de atitude me é exigida? Então a questão derradeira era o modo pelo qual a pessoa entendia como sofrer ou sabia como morrer (FRANKL, 2020, p. 104).

Naquele contexto tenebroso dos campos de concentração nazistas, o que valia era o preceito: “*primum philosophari, deinde mori* – primeiro filosofar, depois morrer”. Isto era o válido: prestar contas a si mesmo sobre a questão do sentido último e, depois, conseguir andar de cabeça erguida e morrer a morte exigida do mártir (FRANKL, 2020, p. 104).

Em relação à religiosidade humana, Frankl (2014) afirma que, mesmo nos momentos de sofrimento, o “homem religioso” é capaz de encontrar sentido e é, de certa forma, “imune ao desespero: pois ele sabe que mesmo neste caso Deus ainda espera algo dele”, como “um espectador invisível” (FRANKL, 2014, p. 151). Assim, a pessoa espiritual é acionada “pelo ‘supersentido’, por um absoluto”, e pelo mundo objetivo do sentido (FRANKL, 1978, p. 155). Segundo esse autor, o homem religioso vivencia a existência como tarefa concreta, mas também como “*missão pessoal*” (FRANKL, 2014, p. 147, grifo do autor). Relatando o caso de uma paciente que reacendeu a religiosidade que estava latente e conseguiu melhorar de uma depressão, Frankl (2020, p. 170) afirma que “é como se outro sentido fosse adicionado aos cinco:

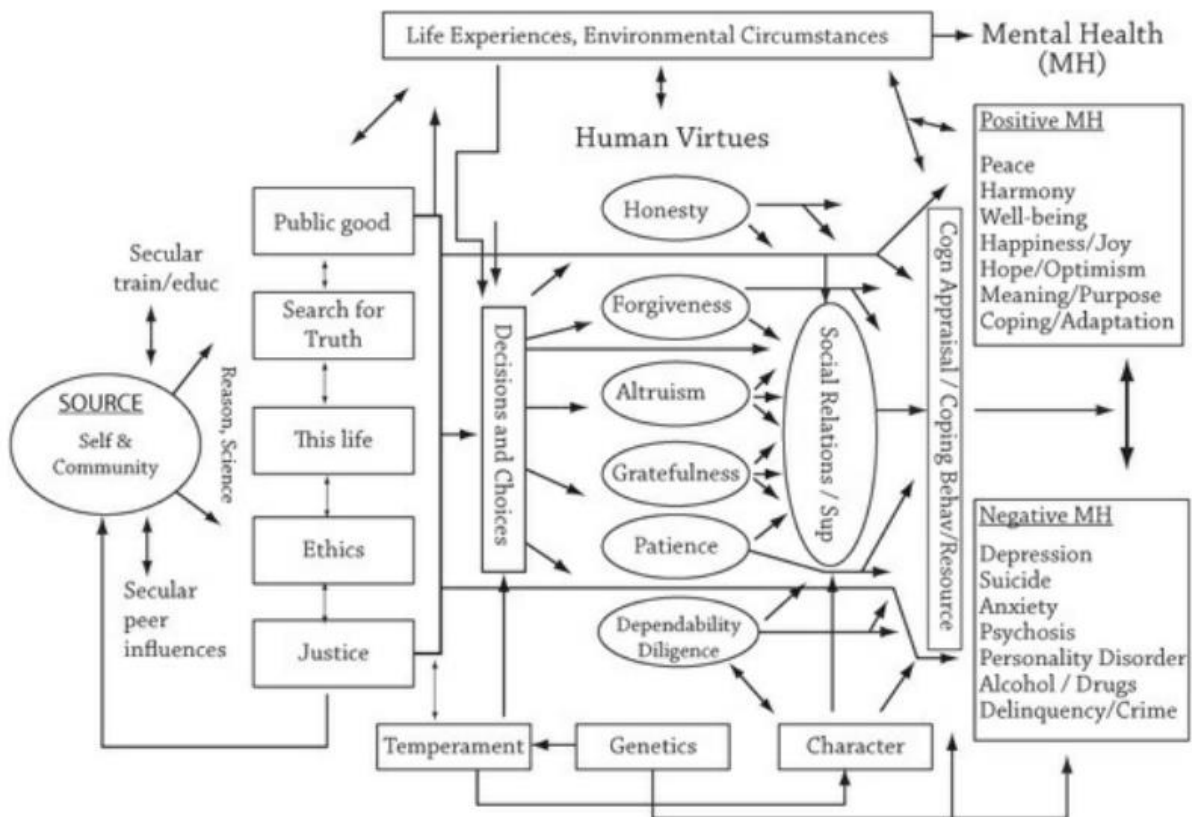
experienciar Deus, assim como ouvir ou enxergar”, tatear, cheirar e saborear. Frankl (2017) fala também da importância de uma ascensão da existência para a transcendência de si mesmo, não somente em direção a um sentido a realizar ou uma pessoa a encontrar, mas também a uma fala intrapessoal ou diálogo interno; religioso ou secular:

[...] ultimamente retomei várias vezes uma definição de Deus que, lembro-me bem, elaborei aos quinze anos. Essa definição operacional diz que Deus é o parceiro dos nossos mais íntimos diálogos conosco mesmos. Na prática, isso significa que sempre que estivermos totalmente a sós conosco, quando estivermos dialogando conosco na derradeira solidão e honestidade, é legítimo denominar o parceiro desses solilóquios de Deus, independentemente de nos considerarmos ateístas ou crentes em Deus (FRANKL, 2017, p. 112, 113).

Contextualizando as teorias vistas até agora para o tema mais específico de nossa pesquisa, “a metáfora da jornada” pode ser útil para ilustrar a maneira como as múltiplas manifestações de religiosidade são capazes de provocar efeitos salutares ou insalutíferos em nível individual e populacional (CHATTERS, 2000, p. 351). Assim, entre a religião e a saúde ou doença, há um percurso de fatos que demarcam o processo de história natural das relações de causalidade entre a religiosidade e a ansiedade/depressão em alunos de Medicina e Teologia, de forma direta e/ou, indireta, por meio de caminhos que envolvem fatores biopsicossocioespirituais.

Nesse sentido, considerando que nossa pesquisa abordaria o tema religião, espiritualidade, religiosidade e saúde, a partir das perspectivas das Ciências da Religião, Psicologia da Religião e Medicina, a principal base teórica foi o Modelo Teórico de Caminhos Causais para a Saúde Mental e Física nas Religiões e no Humanismo Secular, idealizado por Koenig, King e Carson (2012). Aqui abordaremos com maior prioridade o componente do modelo referente à saúde mental nas religiões. Esse modelo explicativo para saúde e doença mental pode ser aplicado no contexto das religiões monoteístas ocidentais, nas religiões mono/politeístas, panteístas e não teístas orientais, e no humanismo secular. Entretanto, essa última vertente irreligiosa não será explanada no presente texto (ver Figura 2).

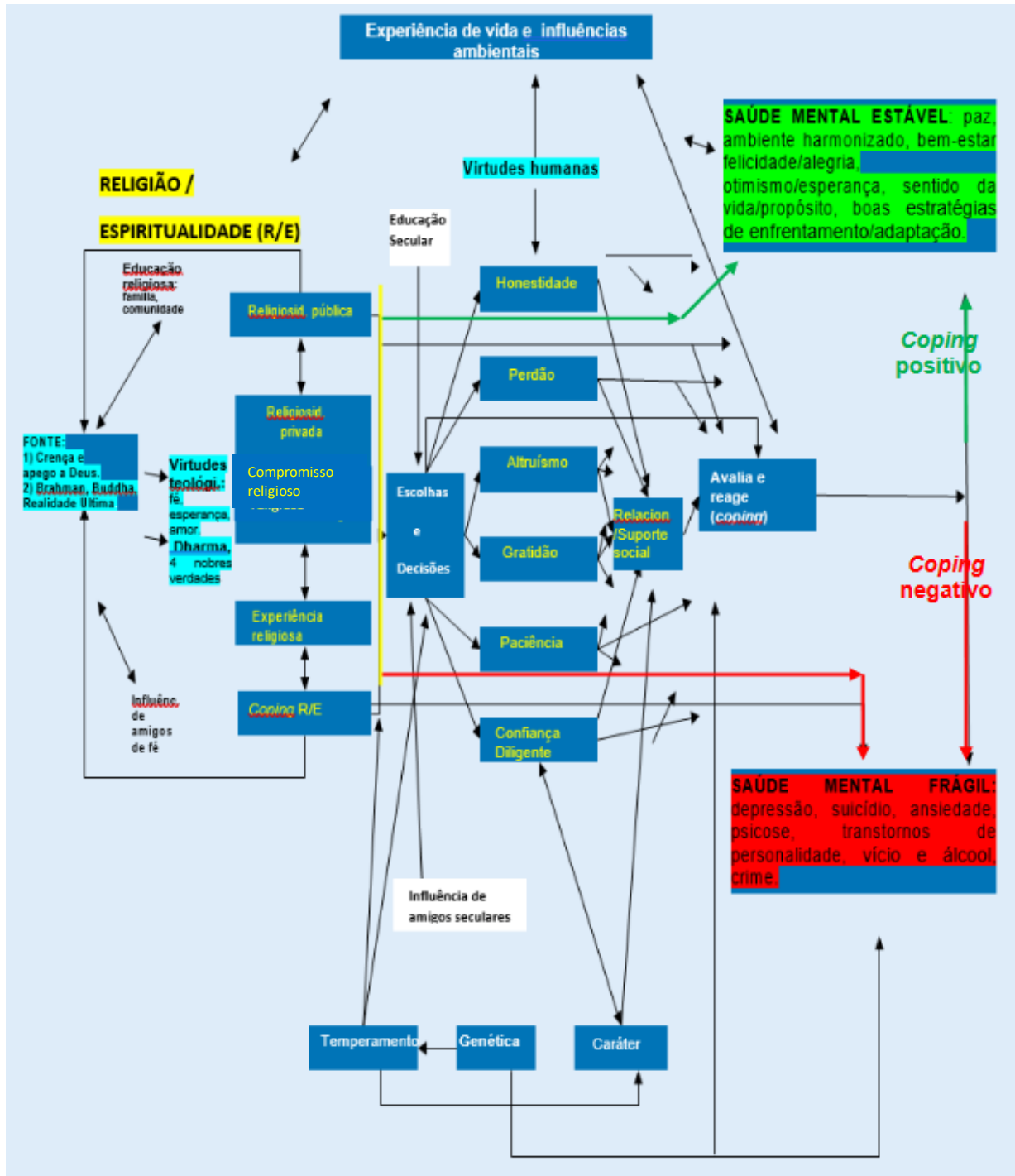
FIGURA 2 – CAMINHOS CAUSAIS PARA A SAÚDE MENTAL NO HUMANISMO SECULAR



FONTE: Koenig, King e Carson (2012, p. 310)

O modo como se conhece a Deus é objeto de estudo da Teologia e transcende os limites espaço-temporais, dos quais depende a medição empírica (SULMASY, 2002). Contudo, embora muitos dos fundamentos da religião sejam metafísicos e envolvam “influências sobrenaturais que estão além da investigação científica”, a Epigenética, a Psiconeuroimunologia, as Neurociências e a Medicina Psicossomática estão lançando luz sobre mecanismos fisiológicos pelos quais fatores (epi)genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e individuais podem atuar como mediadores secundários à religiosidade, ou moderadores, e impactar a saúde mental e física (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 604; KOENIG, 2018). Ver Figura 3.

FIGURA 3 – CAMINHOS CAUSAIS PARA A SAÚDE MENTAL NAS RELIGIÕES OCIDENTAIS E ORIENTAIS



FONTE: adaptado de Koenig, King e Carson (2012, p. 307, 309) e de Utsch (2016, p. 1158)

De acordo com o ilustrado na Figura 3, a partir da exposição do ser humano à religiosidade (linha amarela), o resultado primário desse modelo é a saúde mental, a qual tem dimensões positivas/salutares (seta e quadro verdes) e negativas/insalutíferas (seta e quadro vermelhos). Os transtornos mentais (aspectos negativos da saúde mental) são caracterizados por ausência de emoções positivas (paz, harmonia, bem-

estar, esperança) e uma carência de boas estratégias de reação/enfrentamento e adaptação. Qualquer coisa relacionada à saúde mental positiva estará forte e inversamente relacionada a transtornos mentais, como depressão, ansiedade, suicídio, psicoses, transtornos de personalidade, abuso de substâncias e crimes.

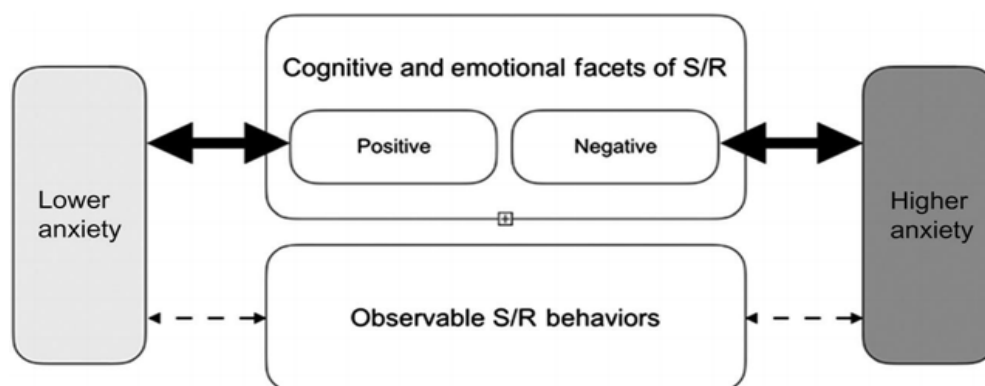
Para fins de ilustração e simplicidade, a maioria das setas na Figura 3 vai em uma única direção (da esquerda para a direita), rumo à saúde mental. Entretanto, algumas vezes e em algum grau, essas correlações são provavelmente bidirecionais. Essas associações negativa e positiva são muito encontradas entre diferentes formas de comportamento religioso (religiosidade organizacional/pública por exemplo) e ansiedade, em “diferentes indivíduos ou grupos de indivíduos” (ROSMARIN; LEIDL, 2020, p. 43).

Nesse sentido, a relação entre religiosidade e ansiedade tem se mostrado muito diversificada, fazendo lembrar um antigo ditado (atribuído a Reinhold Niebuhr) de que a religião “conforta os aflitos e aflige os confortáveis” (KOENIG, 2018, p. 199). Isso também pode acontecer na depressão; entretanto, as evidências empíricas da relação entre religiosidade e os sintomas depressivos são muito mais consistentes e delimitáveis. Assim, por sua capacidade de neutralizar o estresse da vida, a religiosidade pode ajudar a prevenir o início da depressão e, se a depressão se desenvolve, a religiosidade pode facilitar uma adaptação mais rápida e encurtar o tempo para a resolução da doença (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 162). Em contraste, as crenças e ensinamentos religiosos também podem criar altos padrões de exigência de conduta que os crentes fiéis têm dificuldade em viver, resultando em sensação de fracasso, culpa excessiva, baixa autoestima e isolamento social (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 147). A depressão pode afetar a vontade e a capacidade de se envolver em atividades religiosas, sugerindo que as organizações religiosas precisam acompanhar membros anteriormente ativos que repentinamente param de comparecer (KOENIG, 2018, p. 196). Porém, em geral, níveis mais elevados de religiosidade são associados com níveis mais baixos e melhor recuperação dos sintomas depressivos (MOSQUEIRO; PINTO; MOREIRA-ALMEIDA, 2020, p. 1).

Na óptica de Rosmarin e Leidl (2020, p. 55), ainda dentro do modelo abrangente de Koenig, King e Carson (2012), mas agora focado na religiosidade e ansiedade, conforme a Figura 4, os comportamentos religiosos observáveis (frequência a rituais religiosos, missas ou cultos; reuniões de grupos de oração ou de estudo das escrituras) – denominados por alguns pesquisadores como religiosidade organizacional –

geralmente apresentam fraca correlação negativa (saudável) ou positiva (insalubre) com ansiedade. Aparentemente isso porque os contextos interno e externo para tais comportamentos religiosos variam amplamente de pessoa para pessoa, de situação para situação e entre religiões diferentes. Rosmarin e Leidl (2020) afirmam que uma das explicações é que algumas pessoas que já têm muitos sintomas de ansiedade podem procurar participar de mais atividades religiosas em grupo com o objetivo de enfrentar a ansiedade; o que pode ser interpretado como uma associação positiva espúria entre religiosidade e ansiedade. Segundo Rosmarin e Leidl (2020, p. 51), entre cristãos protestantes, “30 anos de pesquisa” têm mostrado consistentemente que motivações religiosas intrínsecas predizem menos sofrimento mental. Por outro lado, nessa mesma população, religiosidade extrínseca está associada a maior sofrimento mental. As motivações intrínsecas envolvem crenças e valores pessoais, com adesão a práticas religiosas a partir de uma ordem interna enraizada nesses valores. As motivações extrínsecas envolvem benefícios sociais ou funcionais da fé, referindo-se a identidades ou atividades voltadas para o interesse próprio, como status, sociabilidade, recreação, autojustificação, consolo e segurança da comunidade.

FIGURA 4 – ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E ANSIEDADE



FONTE: Rosmarin e Leidl (2020, p. 42)

Voltando ao modelo causal da Figura 4, em contraste com os comportamentos observáveis, as facetas religiosas cognitivas (crenças, pensamentos) e emocionais (motivações, emoções, apego, gratidão) são fortemente (setas grandes) conectadas à ansiedade de duas maneiras (ver Figura 4):

- a) Crenças e sentimentos religiosos positivos (confiança em Deus como pai amoroso e solidário, apego religioso seguro, gratidão e motivação religiosa intrínseca) preveem menos ansiedade (são salutares);

- b) Crenças e sentimentos religiosos negativos (raiva e desconfiança de Deus, como punitivo, crítico, destrutivo ou malévolo; apego religioso inseguro ou evasivo, motivação religiosa extrínseca) estão associados a maior ansiedade.

Rosmarin e Leidl (2020) citam estudos, incluindo pesquisas neurobiológicas, que mostram que um dos mecanismos envolvidos com a diminuição da ansiedade provocada por crenças e emoções positivas sobre Deus é o de tolerância à incerteza, quando indivíduos lutam para aceitar situações em que o resultado é incerto ou não confiável. Assim, a confiança em um Deus amoroso e solidário parece ser um esquema adaptativo nessas situações e prevê menos preocupação, bem como não ativação do córtex cingular anterior do cérebro, que é uma conhecida área que dispara em eventos de ansiedade. Da mesma forma que crianças se desenvolvem de maneira psicologicamente saudável quando são cuidadas, entendendo que podem contar com seus pais ou outros cuidadores para segurança e apoio (ausência de medo ou rejeição), os crentes podem se tornar pessoas saudáveis ou não, dependendo do tipo de “apego a Deus” (ROSMARIN; LEIDL, 2020, p. 50).

Considerando principalmente as hipóteses de caminhos causais da esquerda para a direita, o modelo da Figura 3 explica que o relacionamento e o apego a Deus, que dependem da teologia de cada religião (caixas de texto com fundo azul oceânico), mas são encontrados com mais facilidade nas religiões ocidentais, são as fontes que iniciam e provocam o desenvolvimento de práticas religiosas públicas (culto, reuniões de comunhão e/ou estudo) e privadas (oração, leitura de livros sagrados, estudos por internet, rádio e televisão), compromissos religiosos (devoção e confissão de uma fé pública, privada e intrínseca), experiências religiosas e uso da religião e da espiritualidade como mecanismos de reação/enfrentamento (*coping*) do estresse. A teoria do apego tem sido estudada na área de Ciências da Religião. Assim, segundo Granqvist, Mikulincer e Shaver (2020), muitas pesquisas têm sido realizadas para analisar se o relacionamento percebido de um crente com Deus atende aos critérios de definição para laços de apego e, portanto, que Deus pode servir como um protetor e suporte figura de apego. Mais ainda, em pessoas com experiências de insegurança com pais ou cônjuges, foi sugerido um modelo teórico psicológico de compensação, sugerindo que o apego a Deus pode funcionar como uma substituição saudável de apegos inseguros. Enfim, para esses autores, existe suporte empírico substancial para afirmar que há um caminho causal entre experiências com cuidadores sensíveis e

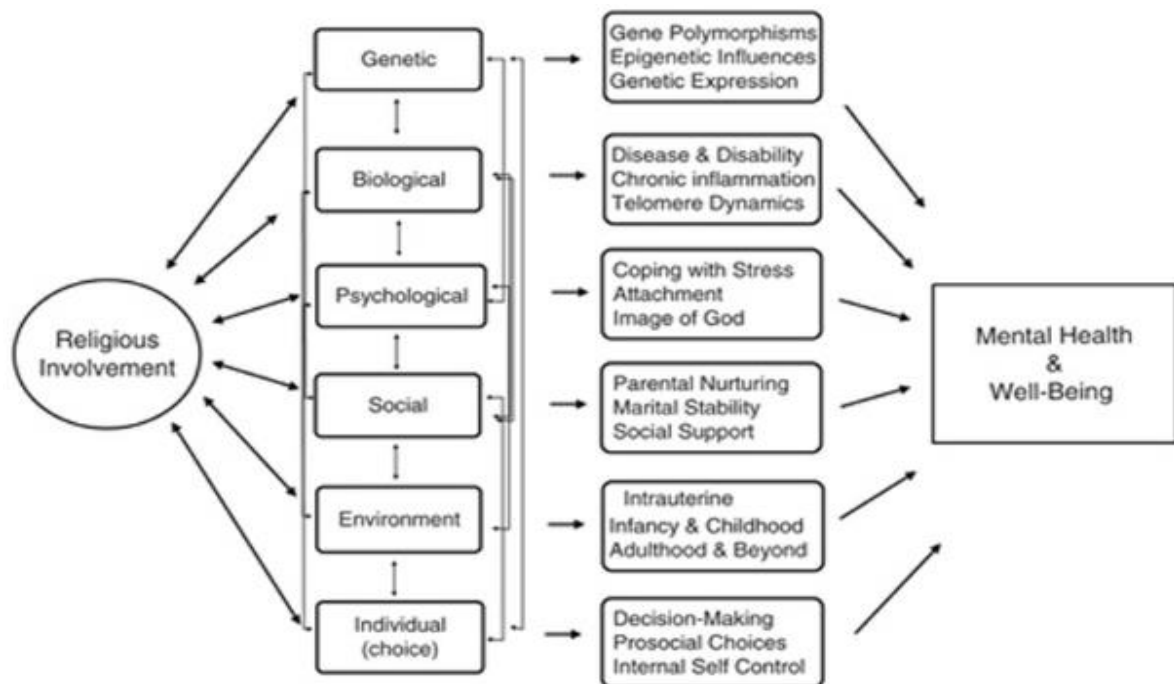
religiosos e o desenvolvimento de uma religiosidade caracterizada por apego confiante a Deus, como figura amorosa e pronta para o socorro diante das aflições (GRANQVIST; MIKULINCER; SHAVER, 2020, p. 182).

Ainda relacionado às doutrinas específicas de cada tradição de fé, as virtudes teológicas, como a liberdade responsável do judaísmo, a fé, a esperança e o amor do cristianismo, e a submissão à Deus do islamismo, orientam muitos dos valores morais dos adeptos, gerando comportamentos; que podem ser saudáveis quando é enfatizado o perdão e a confiança da presença ajudadora de Deus, por exemplo. Outros exemplos são o darma e as quatro nobres verdades do budismo, como os ensinamentos morais e o caminho a seguir na vida, recomendados por Buda: “existe sofrimento, existe uma causa ou origem para o sofrimento, existe a cessação do sofrimento e existe um caminho para abandonar o sofrimento, que é o Óctuplo Caminho” (SUMEDHO, 2007, p. 13).

Na busca de ajuda para superar crises e sofrimentos, os pesquisadores da área de saúde acordaram para a importância da herança cultural das seis virtudes fundamentais das principais religiões do mundo: “sabedoria/conhecimento, coragem, amor/humanidade, justiça, moderação e Espiritualidade/Transcendência” (UTSCH, 2016, p. 1156, sic). No modelo amplo de Koenig, King e Carson (2012), Figura 3, constam também virtudes denominadas de humanas. Na ilustração, tomei a liberdade de colocar um realce azul na expressão virtudes humanas, considerando que todas as culturas, até mesmo as não religiosas, apresentam “atitudes fundamentais morais”, consciente ou inconscientemente, fundadas na moralidade das grandes religiões (KUIPER, 2019, p. 278). De qualquer forma, o impacto da religiosidade nas escolhas de vida e no desenvolvimento das virtudes humanas é influenciado pela educação e treinamento secular, influências de amigos religiosos ou não, e por experiências e circunstâncias ambientais de vida.

Em um livro mais recente (*Religion and mental health*) do que o *Handbook of Religion and Health* (KOENIG; KING; CARSON, 2012), Koenig (2018) apresenta uma ilustração que resume os mecanismos teóricos pelos quais a religiosidade pode afetar a saúde mental. Ele divide esses mecanismos em seis determinantes de saúde (ou doença) mental: genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e individuais (ver Figura 5).

FIGURA 5 – MECANISMOS CAUSAIS ENTRE ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E SAÚDE MENTAL



FONTE: Koenig (2018, p. 363)

As crenças e práticas religiosas provavelmente influenciam a saúde psíquica desde antes do nascimento, no período pré-natal, devido às influências da religiosidade na saúde mental e física dos pais, principalmente a da mãe. Além disso, essas influências podem advir até mesmo de alterações epigenéticas que nossos bisavôs tenham adquirido do meio ambiente. Também, as predisposições genéticas de temperamento e caráter vão agir como fatores causais de saúde mental (KOENIG, 2018). Segundo Vance (2010, p. 347), estudos de “genética do comportamento”, alguns feitos com gêmeos homozigotos (genes iguais), mostraram influência genética em alguns aspectos da religiosidade, principalmente de adultos. Pesquisa feita com 2.537 adultos jovens, constatou que, apesar de serem menos propensos a ter o genótipo protetor SLCA4 SS/SL, os adolescentes religiosos ainda eram menos propensos a usar drogas (DEW; KOENIG, 2014).

No que diz respeito a fatores biológicos, ao melhorar o enfrentamento do estresse, o envolvimento religioso está relacionado a níveis mais baixos de marcadores inflamatórios (reduzida inflamação sistêmica) e retardo da velocidade da degeneração dos telômeros cromossômicos, os quais estão associados à diminuição de doenças emocionais, doenças físicas (aterosclerose coronariana ou cerebral, diabete, asma,

artrite) e doenças relacionadas à idade. Ademais, foram encontradas alterações de áreas cerebrais em adultos com alta religiosidade, que “provavelmente protegem contra sintomas depressivos em indivíduos de alto risco” (KOENIG, 2018, p. 363).

Como terceiro mecanismo pelo qual a religiosidade pode afetar a saúde, os fatores psicológicos se destacam. Para Koenig (2018), um desses fatores é a hierarquia de prioridades na vida. Uma prioridade primária de um indivíduo pode ser uma outra pessoa (membro da família, amigo, amante), uma habilidade ou ocupação, o desejo de se livrar de um problema de saúde ou de qualquer coisa que ela está tentando desesperadamente evitar. Quando a perda ou mudança dessa pessoa, posse ou situação que está no centro do palco acontece, podem surgir sofrimento, ansiedade, depressão e dor emocional. Nesse aspecto específico, o budismo traz uma mensagem de desapego para evitar o sofrimento. Para os budistas, as quatro nobres verdades são que o sofrimento existe, surge do apego a coisas impermanentes, cessa quando cessa o apego, e a libertação do sofrimento é possível, seguindo o caminho óctuplo; que envolve desapego, compaixão, vida correta, meditação, atenção plena etc. Também, ao ensinarem que amar a Deus sobre todas as coisas é o “primeiro mandamento”, as religiões monoteístas (judaísmo, cristianismo, islamismo), enfatizam que, como todos os outros apegos são secundários, a perda ou mudança desses causa menos sofrimento (KOENIG, 2018, p. 363).

Como parte dos fatores psicológicos envolvidos no modelo que estamos descrevendo, o *coping* religioso é uma reação ao estresse que utiliza recursos de religiosidade como resposta defensiva. Koenig (2012, p. 81) afirma que as relações salutaras entre religiosidade e saúde mental são “mais fortes entre pessoas submetidas a estresse”; estudos prospectivos em pacientes com diagnóstico de depressão demonstraram que o envolvimento religioso é indicador de remissão mais rápida, e ensaios clínicos mostraram que intervenções religiosas aceleram a remissão de sintomas em pessoas com ansiedade ou depressão.

Nessa perspectiva, existe um modelo teórico específico denominado Teoria do *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) de Pargament (PARGAMENT, 1988, 1996; PARGAMENT *et al.*, 1998; PARGAMENT; RAIYA, 2007; PARGAMENT; MATON; HESS, 2011; TREVINO; PARGAMENT, 2017). De acordo com este modelo, cada indivíduo tem um sistema de orientação ou forma de ver e responder ao mundo que inclui valores, relacionamentos, crenças e hábitos (TREVINO; PARGAMENT, 2017, p. 233). Assim, como uma das formas mais frequentes de influência da religiosidade na

saúde mental, o *coping* religioso-espiritual (CRE) tem sido estudado de maneira qualitativa e quantitativa, mostrando como crenças e práticas religiosas são mobilizadas em resposta a fatores de estresse. No entanto, tanto essa dimensão de religiosidade como o fato do apego primeiramente a Deus vão depender das crenças que uma pessoa tem sobre o Ser e os atributos do caráter de Deus. Se uma pessoa acredita que Deus é poderoso, forte e transcendente, e também é amoroso, atencioso, misericordioso, prontamente disponível, responsivo (sensível, compassivo) e deseja o melhor para o indivíduo, essa imagem de apego seguro provavelmente terá um efeito de impacto positivo (salutar) na saúde mental e bem-estar; bem como funcionará como um suporte na adversidade e “motivação para amar e cuidar de outras pessoas” (KOENIG, 2018, p. 363).

Essa situação descrita, de apego seguro a Deus, é um tipo de *coping* religioso “padrão positivo” (saudável) (PARGAMENT *et al.*, 1998, p. 710). Nesses casos, muitas vezes, o religioso usa como defesa contra o estresse o conhecimento de que o evento é parte de um plano transcendente/espiritual, e que Deus não permitirá um peso superior ao fardo que o indivíduo é capaz de carregar, sustentando a crença de que “a vida tem significado e que o sofrimento é de fato suportável (PARGAMENT, 1996, p. 223). Diferentemente, a crença em um Deus poderoso e forte, mas que é “controlador, policialesco, punitivo, implacável e vingativo” pode ter o efeito oposto na saúde e no bem-estar (KOENIG, 2018, p. 363). Da mesma forma, a crença em um Deus distante, indisponível e impessoal, no qual o indivíduo evita ou se esquia de buscar, como defesa contra a suposta rejeição (apego inseguro “evitativo”), ou em um Deus “inconsistente e imprevisível”, ou fraco e impotente (apego inseguro ansioso/ambivalente), estão relacionadas à saúde mental frágil (KOENIG, 2018; TREVINO; PARGAMENT, 2017, p. 234). Essas situações caracterizam um tipo de *coping* religioso negativo (insalubre) ou conflito religioso/espiritual (PARGAMENT *et al.*, 1998). Assim, o *coping* religioso, positivo ou negativo, tem “implicações espirituais, psicológicas, sociais e físicas” (PARGAMENT; RAIYA, 2007, p. 744). Inicialmente, Pargament (1988) descreveu três estilos de *coping* religioso: autodirigido, de delegação e colaborativo. Depois, foram encontrados mais dois estilos – de súplica, e de renúncia (PANZINI *et al.*, 2007; WONG-McDONALD; GORSUCH, 2000).

Em termos de fatores sociais determinantes da saúde, a maioria das grandes religiões promovem a procriação e enfatizam a importância de alimentar e educar os filhos em um ambiente familiar estável. Segundo Koenig (2018), o envolvimento

religioso está consistentemente relacionado a maior satisfação conjugal, estabilidade conjugal, menor possibilidade de abuso do cônjuge ou filhos. Pais com maior religiosidade têm menores taxas de depressão, ansiedade, uso e abuso de álcool e drogas, e maior bem-estar e felicidade; o que influencia na gestação e na disponibilidade de dedicação às necessidades emocionais dos filhos na infância, o que justificam menores taxas de delinquência e crimes em jovens religiosos ou criados em “famílias religiosas” (KOENIG, 2018, p. 363).

Em revisão sistemática de pesquisas quantitativas feita por Koenig, King e Carson (2012), a religiosidade esteve fortemente associada ao apoio social em 82% dos estudos que analisaram essa relação. Aqui vale lembrar a influência que o apoio social deve ter exercido nas menores taxas de suicídio em enfermeiras que frequentaram as missas e cultos com maior intensidade, ao longo de 14 anos (VANDERWEELE *et al.*, 2016; KOENIG, 2018, p. 363). Entretanto, como em qualquer grupo social, nas comunidades religiosas podem acontecer conflitos entre membros ou entre membros e líderes religiosos, os quais funcionam como fontes de angústia. Tais situações podem ocorrer, por exemplo, em atitudes paternalistas ou de demandas financeiras impositivas por parte da liderança (CHATTERS, 2000). Mas também, podem ocorrer quando membros se desviam das regras da tradição religiosa e necessitam ser disciplinados pela liderança - o que pode gerar mudança do membro para outras comunidades (trânsito religioso).

A religiosidade interfere no ambiente de vida das pessoas e pode interromper a teia complexa de causalidade que leva a ambientes estressantes e problemas de saúde mental. Quando uma criança é gerada em um ambiente intrauterino saudável de pais religiosos equilibrados, quando ela cresce e é educada nesse ambiente, há uma maior possibilidade de vir a ser um adulto emocionalmente saudável e com menor possibilidade de se envolver em acidentes ou violência, relacionados ao uso de álcool e drogas. Isso não significa que o envolvimento sempre produz melhores aspectos psicológicos, sociais e ambientes físicos; pois isso não acontece em ambientes de guerra religiosa, como os encontrados no Oriente Médio (KOENIG, 2018). No que diz respeito a fatores estritamente pessoais, ligados à capacidade de escolha, decisão e autocontrole, os valores morais religiosos ajudam a orientar as escolhas pessoais que, em última análise, afetam os ambientes psicossociais e físicos em que os indivíduos se encontram. Além disso, crenças e ensinamentos religiosos enfatizam escolhas pró-sociais que podem afetar a saúde mental do indivíduo e o florescimento de

comunidades que prestam assistência às pessoas em situações de vulnerabilidade (KOENIG, 2018).

METODOLOGIA

A presente tese envolveu três pesquisas:

- a) Um estudo bibliográfico exploratório inicial, exposto nos primeiro e segundo capítulos;
- b) Uma revisão sistemática da literatura, descrita na seção 3.1 do terceiro capítulo;
- c) E uma pesquisa empírica observacional – portanto, não experimental ou de intervenção –, quantitativo-descritiva, analítica, com um delineamento transversal (seccional, *cross-sectional* ou *survey*), comparativo e correlacional.

Assim, este trabalho teve um componente teórico de “estudo exploratório”, quando foi feito um levantamento de dados bibliográficos, para uma “investigação preliminar” do tema na literatura científica pertinente e recente (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 159; SIGNIFICADOS, 2021). Os dados levantados nesta primeira pesquisa da tese estão relacionados principalmente às Ciências da Religião, Psicologia, Psiquiatria e Metodologia de Pesquisa pertinente a essas áreas do conhecimento, incluindo uma exposição sobre escalas psicométricas de mensuração de religiosidade, ansiedade e depressão. Apresentado nos primeiro e segundo capítulos da presente tese, este estudo exploratório inicial contribuiu para a familiarização ou maior proximidade do pesquisador com a temática de estudo, definição dos termos referentes aos fenômenos e fatos que viriam a ser estudados, e proposição mais fundamentada das perguntas ou problemas de pesquisa da tese.

Entretanto, de maneira mais específica, complementar e delimitadora do tema de estudo, como segunda pesquisa da tese, realizamos uma revisão sistemática da literatura, que reuniu e sintetizou sistematicamente as evidências científicas existentes que responderam como se apresenta o grau de religiosidade e sua correlação com ansiedade e depressão em universitários. Segundo Hempel (2020, p. 4), as revisões de literatura são denominadas de sistemáticas quando “seguem uma metodologia de pesquisa padronizada, que reúne e sintetiza sistematicamente as evidências existentes” sobre determinado tema, para responder a uma pergunta de revisão,

fornecer o contexto para uma nova pesquisa ou identificar lacunas importantes na literatura existente. Dito de outra forma, revisões sistemáticas são fontes secundárias de evidência, que se apresentam como uma revisão de literatura original “que objetiva identificar, avaliar e sintetizar todas as evidências empíricas que vão de encontro aos critérios de elegibilidade para responder uma determinada pergunta de pesquisa” (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2022a, p. 1).

Diferentemente, as revisões de literatura chamadas de meta-análises “resumem estudos publicados estatisticamente, agregando dados entre estudos”, muitas vezes somando e analisando as amostras de participantes de pesquisas empíricas, como se fosse uma única grande amostra (HEMPEL, 2020, p. 4). Por sua vez, segundo a Biblioteca Virtual em Saúde (2022b, p. 1), bibliometria é “o uso de métodos estatísticos na análise de um corpo de literatura para revelar o desenvolvimento histórico de campos de assuntos e padrões de autoria, publicação e uso”; como, por exemplo, a frequência média que artigos de uma revista científica foram citados por outros artigos (fator de impacto de revistas). Para Quevedo-Silva *et al.* (2016, p. 247), técnicas de bibliometria vêm sendo usadas, principalmente, para identificar autores e periódicos “mais produtivos”, de onde partiram e como se relacionam entre si esses autores, e para encontrar paradigmas na ciência.

Diante dessas considerações sobre meta-análise e bibliometria, uma das pesquisas da presente tese, foi uma revisão sistemática, com um pequeno componente de análise bibliométrica; mas, nós não realizamos uma meta-análise. Assim, conforme está registrado na seção 3.1 do terceiro capítulo da presente tese, foi realizada uma investigação bibliográfica do assunto (religiosidade, ansiedade, depressão, universitários, correlação) em publicações de artigos científicos nacionais e internacionais, de forma estruturada e padronizada, possível de ser replicada. Sendo mais focada e delimitadora da proposta de investigação, essa revisão da literatura permitiu abalizada escolha do objeto de estudo, além da decisão sobre as questões que necessitavam maior atenção, e confecção de hipóteses factuais como “colocações conjecturais da relação entre” as variáveis religiosidade, ansiedade e depressão; todas estas discerníveis e passíveis de mensuração nos participantes de pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 129). Essa pesquisa reafirmou nossa motivação para a realização da pesquisa de campo focada em amostra de alunos de Medicina e Teologia, pois corroborou nossa compreensão introdutória de que há uma grande lacuna na literatura no que diz respeito à descrição da religiosidade, prevalência de

ansiedade e depressão, e estudo correlacional desses temas, em estudantes desses cursos de graduação.

Como terceira pesquisa da tese, foi realizada uma pesquisa de campo, observacional quantitativo-descritiva e de verificação de hipóteses, com descrição sociodemográfica e medição do grau de religiosidade, ansiedade e depressão em amostra de graduandos estudando em períodos diferentes dos cursos de Medicina e Teologia. Nos dizeres de Volpato (2011, p. 80), este terceiro trabalho da tese pode ser dividido em uma pesquisa descritiva, porque descreveu o grau de religiosidade e de sintomas de ansiedade/depressão em estudantes universitários, e em uma “pesquisa de associação”, porque, em seguida, analisou a possibilidade de relação entre religiosidade e ansiedade/depressão. Nesse sentido, conforme consta na seção 3.2 do terceiro capítulo, foi realizada uma observação instantânea desses participantes de pesquisa, no momento compreendido entre 1º. de outubro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020, caracterizando o delineamento desse estudo como sendo transversal, também chamado “seccional” (BLOCH; COUTINHO, 2009, p. 177). Esse delineamento, na língua inglesa, é denominado “*cross-sectional*, especialmente na área de saúde, e *survey*,” quando tem um sentido mais extenso e preferido na área de ciências sociais (KLEIN; BLOCH, 2009, p. 194).

Detalhes sobre a metodologia de mensuração dos constructos religiosidade, ansiedade e depressão, na pesquisa empírica, estão registrados na seção 3.2.2 da presente tese. Mas, desde já esclarecemos que somente utilizamos escalas com propriedades psicométricas robustas (confiabilidade, validade), devidamente validadas por meio de estudos estatísticos prévios em amostras de estudantes universitários brasileiros. No caso das escalas de origem internacional, além de serem validadas, elas foram adequadamente traduzidas e adaptadas transculturalmente. Assim, foram usados os seguintes instrumentos psicométricos:

- a) Escala de Atitudes Religiosas versão expandida (EAR-20) (AQUINO; FRANÇA; SILVA FRANÇA, 2002; AQUINO, 2005; DINIZ; AQUINO, 2009; AQUINO *et al.*, 2009; AQUINO *et al.*, 2013; CARNEIRO, 2009; PANZINI; BANDEIRA, 2005; NEPOMUCENO, 2011; NEPOMUCENO *et al.*, 2014; ALVES; AQUINO, 2017);
- b) Índice de Religiosidade Duke (*Duke Religious Index – DUREL*) versão em português (P-DUREL) (KOENIG; PARKERSON; MEADOR 1997;

KOENIG; BUSSING, 2010; LUCCHETTI *et al.*, 2012; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008; TAUNAY *et al.*, 2012);

- c) Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) (BECK *et al.*, 1988; CUNHA, 2001; DE LIMA OSÓRIO; CRIPPA, LOUREIRO, 2011);
- d) Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*) (BECK *et al.*, 1961; CUNHA, 2001; GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; GORENSTEIN *et al.*, 1999; GORENSTEIN *et al.*, 2011; GORENSTEIN; WANG, 2016b).

A análise dos dados coletados desses participantes de pesquisa ocorreu de forma comparativa, investigando semelhanças e diferenças entre as características dos alunos de Teologia e os de Medicina. Ademais, além do uso de estatística descritiva para expressar as características, graus de religiosidade, escores e prevalência de ansiedade e depressão dos participantes, foi feita análise de potencial correlação entre variáveis independentes, hipoteticamente causais, e variáveis dependentes ou de desfecho, por meio de estatística inferencial; incluindo testes de hipóteses.

Os detalhes metodológicos do delineamento da revisão sistemática e do estudo empírico em amostra de estudantes universitários estão registrados nas seções 3.1.2 e 3.2.2 dos capítulos correspondentes do presente trabalho de pesquisa.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Após aprovação pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), o projeto da presente pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa 5206 da UNICAP (Instituição Proponente) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa 5183 do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (Instituição Coparticipante). Identificado com as numerações de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 14515119.8.0000.5206 (UNICAP) e 14515119.8.3001.5183 (UFPB), o estudo foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil. Além dessas aprovações dos Comitês de Ética em Pesquisa da UNICAP e UFPB, considerando que a Faculdade Internacional Cidade Viva (FICV) ainda não tinha um comitê dessa natureza, foi feito um contato direto com o Diretor Acadêmico da FICV,

Professor Thiago de Medeiros Dutra, o qual autorizou a realização da pesquisa nos alunos dessa instituição universitária.

O estudo foi conduzido dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e suas revisões (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2001) e pelas Resoluções Números 466, de 12 de dezembro de 2012, e 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil (2013; 2016).

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE. Apêndice A), aceito por todos os participantes, os quais foram advertidos que se tratava de uma pesquisa científica com fins de publicação. No TCLE, cada participante foi esclarecido sobre o objetivo da pesquisa, caráter voluntário com direito de desistir a qualquer momento, possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação, e o anonimato das respostas. Caso não quisesse participar da pesquisa, não teria problema, não seria penalizado e sua recusa não traria nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Foi oportunizada ao participante a possibilidade de, a qualquer momento, tirar dúvidas conosco, com o pesquisador responsável pela pesquisa ou Comitês de Ética em Pesquisa das Instituições; tendo sido disponibilizados os números dos telefones do pesquisador e da UNICAP.

Os dados pessoais dos participantes de pesquisa foram tratados em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei Número 13.709, de 14 de agosto de 2018 (BRASIL, 2018). No TCLE, esclarecemos a cada participante que as informações sobre ele não serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação. Os dados coletados foram guardados de forma confidencial e sigilosa, e anonimizados sob a forma de omissão de detalhes que possam identificar o participante, codificação de informações, e restrição de acesso ao banco de dados do tipo Formulário Google controlada por esse pesquisador que vos fala.

Ademais, a pesquisa foi realizada em consonância com as “Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual”, constantes no Ofício Circular Número 2/2021/CONEP/SECNS/MS, publicado em 24 de fevereiro de 2021 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a).

Por dever de cautela, considerando que também fizeram parte da amostra total participantes de pesquisa do curso de Medicina de duas outras instituições de ensino superior da cidade de João Pessoa, diferentes da UNICAP e UFPB e, mesmo considerando que cada participante consentiu individualmente sua participação na

pesquisa, decidimos identificar essas duas faculdades com nomes fictícios, na presente pesquisa. Dessa forma, essas instituições estão identificadas como Medicina João Pessoa 1 (MJP 1) e Medicina João Pessoa 2 (MJP 2).

As escalas psicométricas usadas nessa tese para aferir grau de religiosidade dos participantes da pesquisa empírica são de uso gratuito. No caso da Escala de Atitudes Religiosas EAR-20, nós fizemos contato por e-mail com o pesquisador idealizador desse instrumento – Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino –, o qual autorizou e nos forneceu orientações iniciais sobre seu uso em pesquisas.

Em relação às escalas usadas para medir ansiedade e depressão (Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck), considerando que, no Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) normatiza que sua comercialização e aplicação sejam feitas por psicólogos, participaram como pesquisadores auxiliares do presente estudo os psicólogos Prof. Dr. Luiz Alencar Libório e Ramonielson Medeiros da Silva; estando justificado o uso dos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck³. Ademais, em março de 2021, o plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) julgou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 3481 e declarou a inconstitucionalidade material do inciso III e dos §§ 1º e 2º do art. 18 da Resolução 2/2003 do Conselho Federal de Psicologia. Entretanto, se por um lado essa decisão judicial afirmou como mais importante a manifestação do pensamento e o acesso à informação, deixou claro que o mero acesso ao conteúdo de um teste psicológico, como a qualquer livro ou publicação científica, não habilita ninguém à prática de atos privativos dos profissionais inscritos no respectivo Conselho (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003; BRASIL, 2021b).

A presente pesquisa foi dividida em introdução, três capítulos, conclusões, limitações, implicações e considerações finais da tese. Os dois capítulos iniciais são de estudo teórico e apresentam um estado da arte sobre religião, saúde, doença e cura. O último capítulo tem um componente teórico, representado por uma revisão sistemática da literatura, e um componente empírico, sob a forma de um estudo de campo, observacional, descritivo e correlacional.

³ Aaron Tekin Beck era médico psiquiatra e professor emérito do departamento de psiquiatria na Universidade da Pensilvânia. Beck é conhecido como desenvolvedor da Terapia Cognitiva e inventor das vastamente utilizadas Escalas de Beck, incluindo o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Assim, no capítulo primeiro, foram apresentadas as definições delimitadoras dos temas de pesquisa e o conhecimento atual sobre os instrumentos psicométricos usados para medir religiosidade, espiritualidade e *coping* religioso-espiritual. Além disso, após uma reflexão sobre as fronteiras da ciência e do mistério da fé, é apresentado um panorama histórico da interação entre religião e saúde, com foco na Psicologia da Religião, descrevendo a religiosidade e mitologias desde o homem das cavernas até essas expressões no cinema. Ademais, a Psicologia da Religião também é ali mostrada na óptica da Logoterapia e Antropologia da Religião desenvolvidas por Viktor Frankl (FRANKL, 2017; MEIRELES, 2015).

No capítulo segundo, foi feita uma focalização dos temas religiosidade, ansiedade e depressão, iniciando com evidências das neurociências sobre os processos fisiopatológicos de homeostase e alostase orgânicos, envolvidos nos desafios e intempéries da vida humana. Também traz uma atualização sobre o que as pesquisas hoje nos mostram a respeito da influência da religiosidade, como fator protetor ou fator de risco, para a saúde humana; com ênfase e detalhamento aplicativo das teorias psicológicas do estresse e *coping*, de Lazarus e Folkman, revisada por Folkman (1997, 2008, 2010), do *coping* religioso-espiritual, de Pargament (PARGAMENT; MATON; HESS, 2011; TREVINO; PARGAMENT, 2017), e de construção de significado, desenvolvida por Crystal L. Park (PARK, 2020). Por último, na seção 3.3, objetivando tornar didática, andragógica e aplicativa as explicações sobre como as crenças religiosas e cosmovisões expressam compreensões sobre o sofrimento humano, trazemos uma proposta de classificação das teodiceias ou teopatodiceias.

Um enfoque mais específico e focalizado, como um recorte do tema investigado, foi feito no capítulo terceiro, no qual apresentamos uma revisão sistemática da literatura sobre a correlação entre religiosidade, ansiedade e depressão em estudantes universitários; como estudo bibliográfico replicável componente da presente tese. Ainda nesse capítulo, a tese culmina com a descrição de um estudo de campo que realizamos; no qual foi feita uma pesquisa empírica quantitativa que comparou a correlação entre religiosidade, ansiedade e depressão em amostras de estudantes de Medicina e Teologia. Por fim, são apresentadas as conclusões das pesquisas teórica e empírica que efetuamos, e as limitações, implicações e considerações finais deste estudo para os estudantes de Medicina e Teologia, bem como para adeptos e líderes de diferentes religiões, educadores, médicos, psicólogos e pacientes.

1 RELIGIÃO, SAÚDE, DOENÇA E CURA

Neste capítulo, em sua seção 1.1, são apresentadas as definições delimitadoras dos temas de pesquisa, abordando a história do vocábulo religião para, a partir desse ponto, apresentar as definições de espiritualidade, religiosidade, religião e *coping* religioso-espiritual que foram usados na presente tese. Também, discorreremos sobre os fatores que fazem parte do constructo multidimensional e operacional denominado de religiosidade, com exposição do conhecimento atual dos instrumentos psicométricos usados para medir religiosidade, espiritualidade e *coping* religioso-espiritual; permitindo quantificação e análises correlacionais.

Na seção 1.2 deste capítulo, apresentamos uma reflexão sobre as fronteiras da ciência e do mistério da fé no transcendente religioso. E, na seção 1.3, realizamos uma visão panorâmica da Psicologia da Religião a partir da perspectiva evolucionista e de evidências arqueológicas recentes dos primórdios da religião e do *sensus divinitatis* humano. Ali, descrevemos a religiosidade, espiritualidade e mitologias desde o *Homo divinus* ou *Homo religiosus* das cavernas até aquelas expressões no cinema contemporâneo. Nesse caminhar pela Psicologia evolucionista, mostramos o quanto religião, Arte, Medicina, Psicologia, doença e cura estão entrelaçados até hoje, na vida humana.

Por fim, na seção 1.4, a Psicologia da Religião é ali mostrada com foco nos elementos constitutivos ou essenciais da natureza da pessoa humana, principalmente sob a óptica da Logoterapia e Antropologia biopsicoespiritual desenvolvidas pelo médico neuropsiquiatra Viktor Frankl.

1.1 ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, RELIGIÃO E *COPING*

Segundo Paiva (2008, p. 36), há uma “confusão conceitual” em grande parte da literatura atual sobre a definição e a diferenciação de espiritualidade, religiosidade e religião. Apesar disso, na seção 1.1.1, iremos discorrer e propor delimitações conceituais que permitam, para fins do presente estudo, uma abordagem coerente com o método científico. Com esse objetivo, a partir da compreensão de Frankl (2017), Koenig (2018), Koenig, King e Carson (2012), Pargament (1999), Pargament *et al.* (2013) e Rosmarin e Koenig (2020), serão apresentadas as diferenças conceituais entre espiritualidade religiosa, espiritualidade não religiosa, religiosidade, religião e *coping*

religioso-espiritual. Serão apresentadas 17 formas de religiosidade, como expressões observáveis de espiritualidade religiosa e religião. A síntese dessa compreensão foi baseada principalmente no modelo conceitual de Freitas e Vilela (2017).

Na seção 1.1.2, com base principalmente em revisões sistemáticas da literatura, feitas por Forti, Serbena e Scaduto (2020) e Koenig (2018), veremos que a religiosidade é um constructo possível de ser mensurado por meio de escalas psicométricas.

1.1.1 Definições para uso em pesquisas

Na área de medicina e saúde, tem surgido muito a discussão sobre qual o melhor termo a ser utilizado: religião, religiosidade ou espiritualidade? Para fins de pesquisa, Balboni e Peteet (2017, p. 5), Koenig (2018, p. 37) e Koenig, King e Carson (2012, p. 37) têm preferido utilizar o termo “religião”, ou mais precisamente religiosidade, por essa ser considerada uma variável mais facilmente possível de ser isolada, quantificada e comparada em estudos acadêmicos replicáveis e escalonáveis; resguardando o uso do termo espiritualidade no lidar direto e clínico com os pacientes. Mesmo afirmando que o constructo religiosidade é muito mais fácil de ser conceituado estritamente e aferido de forma quantitativa, em segunda edição da obra *Handbook of Religion and Mental Health*, Rosmarin e Koenig (2020) optaram por incluir a palavra espiritualidade no título: “*Handbook of spirituality, religion, and mental health*” (ROSMARIN; KOENIG, 2020, p. xviii). Eles justificam tal inclusão no fato de que, enquanto a grande maioria dos habitantes do mundo continuam a professar afiliação religiosa, as nações ocidentais estão expressando uma transição para uma identidade menos religiosa, embora continuem a crer em Deus. Apesar dessa tendência de crentes sem vinculação religiosa, parece estar ocorrendo um despertar espiritual na saúde mental, incluindo uma grande maioria de publicações que preferem usar o termo espiritual, em vez de religião ou religiosidade. Ademais, para a maioria das pessoas, espiritualidade e religião são termos que se sobrepõem. Porém, para que possam ser estudados pelo método científico, devem ser claramente diferenciados em pesquisa:

Assim, a **espiritualidade** da maioria dos indivíduos – que se refere a qualquer forma de se relacionar com o que é percebido como sagrado – inerentemente contém temas de **religião** – que se refere a formas institucionalizadas ou culturalmente vinculadas de se relacionar com o que é percebido como sagrado. [...] Então, linguisticamente falando, **espiritualidade** é um termo amplo que tecnicamente refere-se a qualquer aspecto da vida que é percebido como divino ou qualidade metafísica; e **religião**, ao contrário, é um termo específico referindo-se

a tais aspectos da vida que são compartilhados com outras pessoas dentro de um grupo institucional/cultural (ROSMARIN; KOENIG, 2020, p. xix, grifos nossos)

Um dos principais motivos pela escolha mais popular do uso da palavra espiritualidade é o fato de se apresentar como um tema inclusivo ou universalista; mais abrangente, mais vago e mais fluido, que se refere ao comportamento humano em “busca de um sentido último, seja ele religioso ou secular” (PAIVA, 2008, p. 32). Balboni e Peteet (2017, p. 4) relatam que, desde a década de 70, tem havido um uso crescente do termo espiritualidade que, embora seja um termo reconhecido como “historicamente cristão”, tem sido muito usado em várias outras religiões, como por exemplo os adeptos do movimento da Nova Era, e, também, como constructo conscientemente distinto da religião. Assim como a distinção entre religioso e secular, o binário de religião e espiritualidade também é “historicamente constituído”, com suas próprias conotações contextuais de diferentes épocas e lugares (KLASSEN *et al.*, 2022, p. 33). Mas, apesar da dificuldade de definir espiritualidade, segundo Peteet e Balboni (2013, p. 280), “há um acordo geral de que ela se refere a uma conexão com uma realidade maior que dá sentido à vida”, vivenciada através da religião ou da cultura secular.

Na óptica de Paloutzian (2017, p. 5), nos últimos anos, a espiritualidade passou a se referir a uma vasta varredura de crenças e práticas, algumas das quais incluem e outras não incluem crenças sobre estados ou entidades de outro mundo. Para esse psicólogo, a necessidade de buscar por sentido baseia-se no princípio de que as pessoas precisam de um sistema de significado coerente e que funcione bem nos níveis biológico e psicológico. Um sistema amplo de significado permite a percepção de estímulos, a conceituação de si mesmo e dos outros, as relações interpessoais, a lembrança do passado e a imaginação e antecipação do futuro como comportamentos existenciais. Frankl (2017, p. 100) afirma que a necessidade de sentido é “a mais humana de todas as necessidades humanas”. Traz à tona a “fé como a preocupação final”, com a qual o relacionamento pode levar à realização final, muito enfatizada por Paul Tillich (1886-1965), em sua obra *Dynamics of Faith* (TILLICH, 1957, p. 1). Essa “preocupação última” ou propósito abrangente é a inquietação que mais nos interessa ou que estamos até dispostos a morrer, e que acabará produzindo seus próprios dogmas, práticas, rituais, símbolos, relacionamentos e estruturas de apoio institucional (BALBONI; PETEET, 2017, p. 3). Para Balboni e Peteet (2017), a espiritualidade, como esse algo que se apodera de nós, pode ser representado não somente por religiões

propriamente ditas, mas também por ideologias e cosmovisões nem sempre consideradas por seus fiéis como religião; ou, por outros sentidos de autorrealização humana.

Para o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2016, v. 1, p. 264), espiritualidade é “busca de sentido para a vida que pode ou não estar ligada a uma crença religiosa”. Também, na visão de Freitas e Vilela (2017, p. 97), a espiritualidade é um processo que movimenta o homem na direção da busca de sentido ou “demanda de sentido existencial”. Ou seja, atualmente, espiritualidade é compreendida como busca religiosa e/ou não religiosa pelo sentido da vida. Sendo assim, a espiritualidade pode ser categorizada em religiosa e/ou não religiosa⁴. Ambas têm em comum a busca por sentido da vida/existência, e se diferenciam pelo tipo de sistema de significado que usam nessa busca. Na espiritualidade religiosa, a religião é esse sistema; na espiritualidade não religiosa, o sistema de significado pode ser o humanismo, o secularismo ou qualquer outra cosmovisão arreligiosa. Aqui, faz-se importante lembrarmos que também são entendidas como religião expressões religiosas comunitárias ou individuais, híbridas/sincréticas ou não, como as religiões afro-brasileiras, espiritismo, astrologia, adivinhação, bruxaria, tradições folclóricas ou práticas de cura indígenas que envolvem espíritos invisíveis, forças espirituais ou impessoais (como o estado de nirvana do budismo), ou a simples busca/procura pelo sagrado ou transcendente divino.

Diferente de religiões são as crenças, práticas ou experiências categorizadas como propósitos de vida, humanismo ou filosofias humanísticas (humanitárias ou não), centradas de forma restrita na autodeterminação humana autônoma e que rejeitam justificativas transcendentais religiosas, como dependência da fé, do sobrenatural ou de textos revelados por meios divinos (KOENIG, 2012, p. 17). Essas últimas crenças irreligiosas são o fundamento para o que chamamos de espiritualidade não religiosa. Em geral, representam o humanismo naturalista e racionalista, o qual se baseia no princípio de que as necessidades espirituais e emocionais das pessoas podem ser satisfeitas sem seguir um deus ou religião (*HUMANISM*, 2021a). Atribui importância primordial aos assuntos humanos em vez de divinos ou sobrenaturais (*HUMANISM*,

⁴ Chatters (2000, p. 338) usa os termos “espiritualidade religiosa” e “espiritualidade não religiosa”, mas não os explica de forma mais detalhada. Koenig (2012, p. 19), faz menção à diferenciação entre espiritualidade religiosa e “espiritualidade não religiosa”.

2021b). Referem-se às doutrinas que afirmam estar o homem, e a condição humana, acima de todas as coisas (HUMANISMO, 2021), E, muitas vezes, advogam o secularismo: indiferença ou rejeição de religião ou considerações religiosas (SECULARISMO, 2021; HUMANISM, 2021c).

Segundo Koenig (2012), embora essa diferenciação entre espiritualidade religiosa e não religiosa seja importante para pesquisas, na avaliação clínica e tratamento de pacientes, não é necessário definir espiritualidade de forma tão precisa, exclusiva e reducionista, como na condução de pesquisa científica que objetiva determinar exatamente o que está afetando o quê. Em contextos clínicos, cabe uma segunda definição, mais utilitária, ampla e abrangente, que inclua tipos religiosos (espiritualidade religiosa) e não religiosos (espiritualidade não religiosa); e possa ser autodefinida pelos pacientes. Quando a **espiritualidade** é definida pelos próprios clientes, pode haver uma maximização da conexão e motivação na conversa com o terapeuta ou conselheiro (KOENIG, 2018). Nessa concepção abrangente, espiritualidade é “busca inerente de cada pessoa do significado e do propósito definitivos da vida”, encontrado na religião e/ou na relação com os outros, na natureza, arte ou pensamento racional (KOENIG, 2012, p. 13).

Para Esperandio (2014, p. 808), espiritualidade é a dimensão do ser humano que se preocupa com as questões mais profundas da existencialidade e da realidade última, envolvendo “busca de autointegração e de autorrealização; busca de relações humanas satisfatórias e de senso de conexão consigo e com os outros, com o universo e com a transcendência”. Essa espiritualidade ampla e integrativa, que inclui propósitos de vida seculares e religiosos, converge para o que Viktor Frankl (1905-1997) denomina de sentido na vida e do sentido da vida, mas também se refere ao sentido último ou suprasentido. Os dois primeiros dependem diretamente de o ser humano escolher este ou aquele sentido a se concretizar. Pode ser uma ação praticada, uma obra criada, amar alguém ou a própria vida, ou um legado que se quer deixar – **espiritualidade não religiosa**. Ou seja, na espiritualidade não religiosa, busca-se o sentido existencial por meio da crença na família, no naturalismo, no racionalismo, no humanismo, nas artes; ou, a partir de um conjunto de valores e princípios, ou por uma busca da verdade científica.

Por sua vez, quando surge a fé, há a crença em um sentido encoberto, mais elevado e mais profundo, situado em outra dimensão mais superior: um sentido infinito, o terceiro sentido, o sentido último, o “suprasentido” (FRANKL, 2017, p. 108). E, da

mesma forma que os outros dois sentidos não religiosos, também envolve decisão de responder ao sentido... de se reconhecer necessitado e dependente, de buscar ou aceitar uma ligação com o *Transcendente* divino, o *supra-Ser*, “o Ser último” (FRANKL, 2017, p. 109). Essa busca pelo sentido da vida, no próprio ser divino, caracteriza a **espiritualidade religiosa**. Nesse contexto, para os teístas não radicais, espiritualidade é a busca vital por sentido da vida e paz incondicional com Deus, consigo mesmo, com o próximo, com a vida e com o universo. Assim, algumas pessoas têm espiritualidade não religiosa e religiosa; outras podem habitar os extremos de ter apenas espiritualidade não religiosa/secular ou, somente, espiritualidade religiosa.

Entretanto, para Meireles (2015), inconsciente ou conscientemente, todo ser humano tem uma vontade de sentido último, que existe independente da pessoa optar por ela ou não, e que o capacita a lançar-se rumo a uma dimensão existencial-espiritual, por meio de uma autotranscendência vertical. Essa é uma fé no sentido último, ou presença ignorada de Deus, que permite o ser humano encontrar significado até no sofrimento, e faz até mesmo os ateístas não serem “menos capazes de encontrar um sentido em sua vida do que as pessoas que conscientemente se considerem religiosas” (FRANKL, 2017, p. 113). Essa preocupação humana universal, fé experiencial ou espiritualidade é o campo das indagações últimas pelo sentido, e é encontrada em todas as culturas, sociedades, cosmovisões, crenças e religiões (KOENIG, 2012). Queira ou não, o ser humano vive em busca de algo para amar, valorizar e acreditar, e que o ame, o valorize e com ele tenha fidelidade recíproca. Desde o momento em que nascemos, buscamos alguém (ou algo) para respeitar e honrar, e que tenha o poder [divino!] de sustentar nosso ser e nossa vida. Todos nós “procuramos dar um sentido espiritual a nós mesmos” (VALLE, 2008, p. 89). De acordo com Valle (2008), a pessoa humana resulta sempre de um desdobramento no tempo, com a potencialidade de construir uma paz pessoal e relacional, sem pactuar com a injustiça e a violência. Para esse autor, essa paz é possível por meio de um ousado e intransferível salto no escuro da fé e da promessa, em direção ao “Mistério no qual nos sabemos amados e, por isso, capazes de amar” (VALLE, 2008, p. 107).

Portanto, para fins clínicos ou de aconselhamento, uma definição ampla e irrestrita de espiritualidade permite oportunizar as pessoas a possibilidade de ter suas necessidades espirituais (religiosas ou não) identificadas e consideradas de forma respeitosa pelos seus cuidadores ou conselheiros; sejam médicos, psicólogos, cientistas da religião, teólogos, líderes religiosos ou irmãos de fé. Além disso, como

salienta Freitas (2017), a importância de considerarmos essa definição um tanto holística de espiritualidade, como demanda ou busca de sentido existencial, implica em melhor convivência social entre pessoas de diferentes concepções religiosas e irreligiosas, tendendo a uma “maior tolerância à diversidade, apontando simultaneamente para um possível fio condutor que as ligam entre si – a busca de sentido” (FREITAS, 2017, p. 102). Como fenômeno humano universal, individual e social, a espiritualidade traz à tona a necessidade de buscarmos significados dentro e por meio de relações com pessoas, objetos e ideias. Por meio desses significados podemos ser guiados ou orientados, pois neles podem ser identificados “centros de valor e poder que dão ordem e coerência à totalidade da vida, ou para os comportamentos específicos”, fundamentais para o processo de mudança na vida (FARRIS, 2008, p. 166).

Em relação à origem da palavra religião, há uma disputa pelos adeptos da versão de Marcos Túlio Cícero (106-43 a.C.), autor da obra *De Natura Deorum* (*Sobre a natureza dos deuses*), que usou a palavra *religio* como derivação do adjetivo de *relegere*; e aqueles que homenageiam a interpretação de Lucio Célio Firmiano Lactâncio (240-320 d.C.), autor de *Divinae Institutiones*: *religio* como derivado de *religatio*, substantivação de *religare* (SHPERL, 2018).

Smith (2006) afirma que, em seu poema de mais de seis mil versos, *De rerum natura* (*Sobre a natureza das coisas*), expondo sua visão epicurista e materialista do mundo, o poeta e filósofo romano Tito Lucrécio Caro (99-55 a.C.) emprega a palavra latina *religio* para se referir a algo de fora que impacta o ser humano, “como um ser celestial que olha ameaçadoramente para a humanidade” (SMITH, 2006, p. 33). O “poeta não ataca em si os deuses, a quem ele invoca, mas a maneira como as pessoas os têm adorado e temido”, fazendo nascer o conceito de religião como “um Ente Supremo” que gera temor (SMITH, 2006, p. 33). Curiosamente, “ele chama essas maneiras de ‘ímpias’”, além de descrever a piedade como “uma quietude quase mística na natureza” (SMITH, 2006, p. 33). Para Smith (2006, p. 190), Lactâncio interpreta aquele temor registrado por Lucrécio como uma resposta pessoal e reverencial a Deus, por meio de uma vida compromissada. Assim, em sua obra *Divinae Institutiones*, IV, 28, Lactâncio alegou:

E o que importa é o que você adora, não como você adora [...] O nome da religião dissemos é derivado do vínculo da piedade, porque Deus amarrou o homem a si mesmo e o atou por meio da piedade, pois devemos servir a ele como senhor e ser obedientes a ele como pai [...] (SMITH, 2006, p. 186).

Considerando que a palavra piedade tem ali o significado de devoção ou veneração respeitosa a um Ente Supremo, Lactâncio entende que “o termo religião foi derivado do latim *religio*, formado pelo prefixo *re* (outra vez) e o verbo *ligare* (ligar, unir)” (AQUINO *et al.*, 2013, p. 110). Essa interpretação etimológica, de perspectiva teológica, de que “*religio* é derivado de *religatio*, substantivação de *religare* (religar, vincular)” é também atribuída a Agostinho (354-430 d.C.), em sua obra *A verdadeira religião* (PIEPER, 2015, p. 393). Assim, Agostinho (1986, p. 145) afirma: “Que a nossa religião nos ligue” a Deus. Para Chauí (2000):

A palavra religião vem do latim: *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). A religião é um vínculo. Quais as partes vinculadas? O mundo profano e o mundo sagrado, isto é, a Natureza (água, fogo, ar, animais, plantas, astros, metais, terra, humanos) e as divindades que habitam a Natureza ou um lugar separado da Natureza (CHAUÍ, 2000, p. 380).

Isso permite definir religião como um elo que liga o sagrado ao profano (AQUINO *et al.*, 2013). Segundo Smith (2006, p. 38, grifos do autor), o título do livro de Agostinho *De Vera Religione* deve ser traduzido como “‘Sobre a religiosidade verdadeira’, no sentido de ‘Sobre a correta piedade’ ou ‘Sobre a genuína adoração’”; *vera religio* é a adoração do uno Deus verdadeiro. *Vera religione* significa “amar mais o que vale mais, e amar menos o que vale menos” (AGOSTINHO, 1986, p. 127). É a perfeita justiça, como “o ideal não realizado pelos filósofos” platônicos (AGOSTINHO, 1986, p. 41). Nessa concepção agostiniana, *religio* (religião) é o elo que une a criatura humana ao seu “Criador”, e à “Verdade, que é a luz interior por meio da qual nós o conhecemos” (SMITH, 2006, p. 39, sic). Enfim, esse relacionamento é procurar, em vez do “menos bom”, o melhor, “é atemporal: ‘existiu desde priscas eras e jamais esteve ausente desde os princípios da raça humana [...]’” (SMITH, 2006, p. 39). Esse vínculo ocorre quando o homem tem contato com a manifestação ou revelação do sagrado em uma coisa – hierofania – ou quando se relaciona com o que o ser humano entende como desvelamento histórico, aparição própria, pessoal e permanente do divino ou Deus – teofania (REINKE, 2019). Apesar do homem não religioso moderno considerar que existe um mundo puramente profano ou dessacralizado, “o sagrado e o profano

constituem duas modalidades de ser no Mundo, duas situações existenciais assumidas pelo homem ao longo da sua história”, que estão ligados mesmo sendo definidos como negação ou antítese do outro (ELIADE, 1992, p. 13-14).

Koenig (2012) traz uma discussão sobre o que é o sagrado, e propõe duas definições sobre espiritualidade: uma mais restrita para uso no campo das pesquisas científicas que envolvem o tema religião, e outra mais larga para ser utilizada na prática terapêutica e de aconselhamento. Koenig (2012) registra que os psicólogos Kenneth I. Pargament e Peter C. Hill, pesquisadores na área de saúde e espiritualidade, entendem espiritualidade “como uma busca pelo sagrado” (PARGAMENT, 1999, p. 12). Eles afirmam que o sagrado se refere às coisas separadas do ordinário, merecedoras de reverência, englobando conceitos de Deus, do divino, do transcendental, da Realidade Absoluta, mas também inclui objetos, atributos, qualidades ou “qualquer aspecto da vida” que se tornam santificados em razão de sua associação ou representação desses conceitos (KOENIG, 2012, p. 14). Pargament *et al.* (2013, p. 14) registra que o termo sagrado se refere não apenas a conceitos de Deus e poderes superiores, mas também para “outros aspectos da vida que são percebidos como manifestações do divino ou imbuídos de qualidades como transcendência, imanência, ilimitabilidade e infinitude”. Ademais, Pargament *et al.* (2013, p. 15) afirma que a espiritualidade representa “a função mais central para a vida religiosa institucional” e nenhuma outra instituição social tem a espiritualidade como objetivo principal. Koenig (2018) argumenta que o que é sagrado para uma pessoa pode ser bem diferente do que é sagrado para outra, tornando esse referencial altamente individualizado e com um conteúdo nem sempre religioso. Realmente, algumas pessoas tratam como sagradas, reverenciam e perseguem com zelo e emoção suas economias, investimentos no mercado de ações, carros, casas, empregos, hobbies, times esportivos, amigos, família, amantes e até mesmo seu desejo de vingança contra aqueles que os feriram, ou sua necessidade de dominar e controlar os outros. Ou seja, nesse entendimento, o sagrado pode ser representado por coisas materiais e concretas (imanentes), nem sempre transcendententes.

Diferente do que é somente imanente, o transcendente está para além da realidade concreta e visível do indivíduo e do mundo material. O transcendente é aquilo que está para além do tempo e do espaço, da limitação psicofísica e da individualidade humanas, e a transcendência acontece quando o ser humano se lança para fora de si, mas também para dentro de si mesmo; “permite que o homem ultrapasse o nível

biológico e emocional de suas vivências” (VALLE, 2008, p. 101) e acredite na “existência de um sentido e de uma finalidade da vida individual e do mundo” (PAIVA, 2008, p. 38). Segundo DuBose (2010), Immanuel Kant (1724-1804) definiu o transcendente como aquilo que está além do que nossa faculdade do conhecimento pode saber legitimamente – o que é importante em uma compreensão contemporânea de transcendência é entendê-la como uma experiência qualitativa, não replicável no tempo e espaço. Para esse autor, o transcendente não é algo que pode ser medido ou reduzido a um “Gene VMAT2!” (DuBOSE, 2010, p. 915). Assim, para fins de pesquisa, a espiritualidade precisa ser distinguida “de suas consequências – valores humanos, moral, significado, propósito, paz, conexão com os outros, sentimentos de espanto e admiração – por sua ligação com o transcendente” (KOENIG, 2018, p. 34). Então, aproximando-se do que pensa Hufford (2010), Koenig (2018, p. 21) fundamenta a espiritualidade no transcendente, compreendido como “aquilo que está fora da pessoa ou separado das necessidades do ego”. Para esse autor, a espiritualidade está intimamente ligada à essência da religião e é um processo experiencial humano, que envolve as decisões de acreditar, não acreditar, questionar, reverenciar um transcendente, conformar a vida e, em última instância, “entrega da vontade da pessoa à vontade do transcendente como entendida pelo indivíduo e sua comunidade religiosa” (KOENIG, 2018, p. 35).

Nas tradições ocidentais, *O Transcendente* é chamado de Elohim, Javé, Adonai, HaShem, D’us, Deus, Pai, Jesus, Espírito Santo, Alá, Poder Superior ou Olorum; e nas orientais, é denominado de Verdade ou Realidade Última/Suprema, Brahman, Dharma, Tao ou Buda. O transcendente, como ser pessoal ou como algo impessoal, está presente até mesmo em vertentes budistas que não creem em Deus(es), quando os adeptos experimentam a possibilidade de shunyata, ou o vazio, o nada, que transcende apegos e amarras às coisas visíveis, como um caminho na própria imanência rumo ao estado de iluminação ou nirvana (DuBOSE, 2010; WRIGHT, 2018).

Em síntese, como conceito de espiritualidade, Pargament *et al.* (2013, p. 14) fala em “busca pelo sagrado” e Koenig (2018, p. 34) em “ligação com o transcendente”. Ambos os pesquisadores se propõem a construir uma explicação mais objetiva do que podemos definir como espiritualidade, distinguível de outros constructos dentro do campo maior da psicologia, como bem-estar, comunidade, significado, esperança e autenticidade. Contudo, Koenig (2012, 2018) e Koenig, King e Carson (2012) preconizam uma restrição maior do conceito de espiritualidade para ser usado em

pesquisas. Com essa intenção, se referem à espiritualidade como uma forma do ser humano transcender a si mesmo, mas tendo como objeto da transcendência o transcendente especificamente religioso, representado por Deus, o Sagrado, o Infinito ou Algo similar que é maior do que eu próprio. Ou seja, Koenig (2012, 2018) e Koenig, King e Carson (2012) se referem ao que preferimos chamar de espiritualidade religiosa, como busca religiosa pelo sentido da vida/existência. Mas, e quanto à etimologia do vocábulo espiritualidade?

Sheldrake (2007, p. 2) afirma que “as origens da palavra *spirituality* encontram-se no latim *spiritualitas* associado com o adjetivo *spiritualis* (*spiritual*)”. Esses dois vocábulos “derivam do grego *pneuma*, espírito, e do adjetivo *pneumáticos*, como aparecem nas cartas de Paulo”, no Novo Testamento (SHELDRAKE, 2007, p. 3). Schneiders (2003) ratifica essa etimologia, afirmando que o adjetivo espiritual foi cunhado por São Paulo, que o usou para denotar o que é influenciado pelo Espírito Santo de Deus (1Co 2,13-15; Ef 1,3). E, “o substantivo ‘espiritualidade’, deriva desse adjetivo” (SCHNEIDERS, 2003, p. 166). Digno de nota também é o fato de São Paulo, em sua segunda carta ao discípulo Timóteo, usar o termo *theopneustos* para explicar que toda a Escritura é inspirada divinamente; foi soprada por Deus, que impeliu (do grego, *pheromenoi*) os autores a escreverem a Bíblia (2Tm 3,16). Assim, o termo espiritualidade, em português, vem das palavras latinas *spiritualitas* e *spiritualis*, as quais foram usadas na tradução do Novo Testamento, originalmente em grego, para se referir ao vocábulo *pneuma*⁵. Enfim, da mesma forma que a palavra hebraica do Antigo Testamento *ruash*, no contexto bíblico, a palavra grega *pneuma* expressa “vento, fôlego, respiração, vida e alma”; além de ser usada com os significados de espírito humano, obras de Deus, Espírito de Deus (*Ruash Elohim*) e Espírito do Senhor (*Ruash Yahweh*) (FERREIRA; MYATT, 2008, p. 681). Nesse sentido, Koenig (2018, p. 14) afirma que espírito é um termo distintamente religioso, sendo que “a primeira menção da palavra espírito está no livro de Gênesis 1,2 (‘E o Espírito de Deus se movia sobre as águas’⁶)”. Assim, o vocábulo espírito é tão antigo quanto *Gênesis* (*Bereshit*), o

⁵ Da palavra grega transliterada para o português como *pneuma* (sopro) derivam os termos pneumatologia, como a doutrina da Teologia que estuda o Espírito Santo, e pneumologia, como o estudo do aparelho respiratório, na Medicina.

⁶ Nessa terceira frase de Gênesis 1,2, o termo hebraico (transliterado para o português) como *Ruash Elohim* é traduzido para o português como Espírito de Deus nas versões bíblicas *Nova Versão Internacional*, *Nova Almeida Atualizada*, *João Ferreira de Almeida Atualizada*, *Almeida Revista e Atualizada*, *Nova Versão Transformadora*, e outras. Entretanto, na *Bíblia de Jerusalém*, *ruash Elohim* é traduzido como “um sopro de Deus”.

primeiro livro da *Lei* ou *Torá* do judaísmo (*Pentateuco* ou *Livros da Lei do Antigo Testamento*), escrito originalmente em hebraico, entre os anos 1.440 (teoria da tradição histórica) e 550 a.C. (teoria documentária literária JEDP), depois traduzido para o grego (*Septuaginta*) por volta do ano 200 a.C. (BÍBLIA DE ESTUDO ARQUEOLÓGICA NVI, 2013; BÍBLIA DE JERUSALÉM, 2002).

Dessa forma, com base na definição tradicional de espiritualidade, de Sheldrake, são consideradas espirituais as pessoas necessariamente religiosas e que, ao mesmo tempo, “têm a vida enraizada e dirigida por suas crenças” (KOENIG, 2011, 2018, p. 14). De qualquer forma, quer seja compreendida de maneira religiosa ou não religiosa, a palavra espiritualidade se refere a algo que envolve a dimensão humana denominada de espírito. O espírito possibilita a transcendência humana em direção a *Algo* que está para além da capacidade sensorial psicofísica, trazendo significado experiencial e sentido existencial e transformador à vida; chamando e impelindo o ser humano para um relacionamento com o *Mistério*, com as outras pessoas e com o mundo natural, cultural e social.

Diante dessas colocações, baseado na interpretação que Smith (2006) faz dos escritos de Lucrécio, Lactâncio e Santo Agostinho, o primitivo significado de *religio* como *religare* aplica-se ao que hoje, para fins de pesquisa, propomos denominar de **espiritualidade religiosa**, como a busca pelo sentido da vida por meio da relação pessoal com o *Transcendente* [escrito com letra t maiúscula]; necessariamente místico/sobrenatural, divino, sagrado, entes espirituais ou estado de iluminação espiritual, explícitos ou implícitos nas religiões. Tomo aqui a liberdade de propor o adjetivo religiosa para tentar delimitar o termo em pesquisas que envolvem o fenômeno religioso, distinguindo-o do uso isolado da palavra espiritualidade, a qual se refere a algo bem mais abrangente. Sendo espiritualidade, envolve a busca pelo sentido da vida, e, por essa busca ser religiosa, ela se volta para o sentido último, um sentido infinito que, para alguns, é conhecível não exaustivamente pela experiência de fé e pela Teologia, para outros, é incognoscível. De qualquer forma, esse “suprassentido” está “situado num outro plano, para dentro do qual devemos segui-lo”; cientes de que “o que é incompreensível não precisa ser inacreditável” (FRANKL, 2017, p. 107).

Voltando à discussão sobre o a origem e uso histórico da palavra *religio*, observamos que Smith (2006, p. 187), sugerindo “que se considere a possibilidade de que duas raízes (ou inclusive duas palavras originais?) podem ter se aglutinado na palavra latina *religio*”, nos lembra o fato de que, antes de Lactâncio e Santo Agostinho,

e talvez também antes de Lucrécio, Cícero usou a palavra *religio* como derivação do adjetivo de *relegere*, como oposto de *negligens*. Assim, para Smith (2006, p. 186), Cícero, em um trecho da sua obra *De Natura Deorum*, apresenta Balbo, o estoico, propondo uma derivação do adjetivo de *relegere*, implicando que uma pessoa religiosa [religente⁷] é uma pessoa “cuidadosa em sua adoração”, sendo, por assim dizer, o oposto de uma pessoa negligente, em seu culto aos deuses.

Smith (2006) afirma que Cícero apresenta os interlocutores de seu colóquio imaginário empregando a palavra *religio* tanto no sentido do(s) próprio(s) ritual(is), quanto no sentido mais específico da realização pessoal do ritual. Então, aqui a palavra designa as cerimônias e as atitudes, como expressões extrínsecas e intrínsecas de uma crença (SMITH, 2006, p. 33). Ademais, como o verbo *legere* refere-se ao ato de juntar, estudar ou ler, sua junção com o prefixo *re*, dá origem a palavra *relegere*; “que significa reler ou recolher-se para ler os textos sagrados” (AQUINO *et al.*, 2013, p. 110). Nessa forma, *relegere* se aproxima do que atualmente chamamos de **religiosidade**, como qualquer expressão ou manifestação humana, individual ou coletiva, de busca por ligação com o transcendente divino e/ou pertencimento a uma religião. A religiosidade é o que faz da religião um fenômeno, algo observável, como fato ou evento possível de ser descrito e analisado, a partir do que pensa, sente, fala e pratica um ser humano em relação ao que é religioso. Dito de outra forma, “se refere tanto ao nível de envolvimento religioso, quanto ao reflexo desse envolvimento na vida da pessoa, o quanto isso influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua relação com o mundo” (PONTES; AQUINO; CALDAS, 2016, p. 19). Valle (2008, p. 94) afirma que o componente da religiosidade examinável reside no “conjunto da autopercepção do homem enquanto ser-no-mundo”. O homem se torna religioso “só quando se encontra com o outro e, por essa via, com o Outro” (VALLE, 2008, p. 94).

Em seu livro *Religion and mental health*, Koenig (2018, p. 32) relaciona 17 “dimensões religiosas”, dimensões da religião, ou tipos de religiosidade, que podem ser mensuradas por meio de escalas, quando fazemos pesquisas nessa área:

- a) Denominação ou afiliação religiosa, referindo-se à identificação do indivíduo com uma determinada crença religiosa;

⁷ Objetivando uma didática adequada, proponho aqui esse neologismo na língua portuguesa, usando um novo vocábulo: “religente”, com significado de diligente com sua religião, que tem zelo, compromisso, cuidado, prontidão e atenção à sua religião.

- b) Crença religiosa ou ortodoxia. Pode ser avaliada globalmente com uma escala de item único (você tem alguma crença religiosa?), ou de uma forma mais contextual, usando uma escala de itens específica para uma religião em particular. Escalas de ortodoxia já foram descritas para judeus, cristãos, muçulmanos, budistas e hinduístas (KOENIG, 2018);
- c) Práticas religiosas públicas ou religiosidade organizacional. Incluem práticas coletivas, como participar de cultos, missas ou outras reuniões religiosas (frequência ou comparecimento religioso). Mas também, referem-se à participação em grupos sociais de oração, estudos de livros sagrados, e atividades assistenciais solidárias feitas com outras pessoas, em nome da comunidade religiosa. A maneira mais comum de avaliar esta dimensão da religiosidade é por uma escala de um único item que pergunta sobre frequência de participação (comparecimento) em serviços religiosos, com respostas variando de “nem um pouco” a “todos os dias”. Conforme nos lembra Koenig (2018, p. 57), existe uma escala, publicada originalmente por Thurstone e Chave, em abril de 1928 (THURSTONE; CHAVE, 1928), com 45 itens, que analisa a atitude em relação a instituições religiosas;
- d) Práticas religiosas privativas ou religiosidade não organizacional, como atividades pessoais de oração, meditação, assistir ou ouvir programas religiosos na televisão ou rádio, leitura de livros relacionados a sua crença; de maneira individual.
- e) Saliência religiosa (ou importância da religiosidade na vida diária). Pode ser avaliada por um único item, como: quão religioso você diria que é? Com respostas que variam de nada religioso a muito religioso;
- f) Motivação religiosa (religiosidades intrínseca e extrínseca). É uma das dimensões mais importantes da religiosidade. Um clássico estudo foi feito pelo psicólogo de Harvard, Gordon Allport, nas décadas de 1950 e 1960; no qual foram identificadas diferenças significativas entre pessoas intrinsecamente religiosas e pessoas extrinsecamente religiosas. Fazem parte do primeiro grupo aquelas que têm a religião como preocupação final e constroem suas vidas em torno de suas crenças religiosas. Já as do segundo grupo buscam a religião como meio para fazer novos amigos e obterem ganho social, ou para receber benefícios pessoais de paz,

felicidade, alívio, proteção e/ou financeiros. Essa pesquisa de Allport resultou na construção da clássica escala de orientação religiosa (*religious orientation scale – ros*), com 21 itens;

- g) Bem-estar religioso. É mais avaliado por escalas que medem espiritualidade, como a subescala de bem-estar espiritual de Paloutzian e Ellison, comentada em parágrafos anteriores;
- h) Enfrentamento ou *coping* religioso (geral e específico). Essa dimensão da religiosidade pode ser avaliada por meio de uma escala de item único com uma pergunta como: até que ponto você depende de suas crenças religiosas para lhe proporcionar conforto durante os momentos de estresse? (nem um pouco/ para muito). Ou, podem ser utilizadas escalas com vários itens, que envolvem medidas globais ou medidas que especificam exatamente como uma pessoa usa a religiosidade para lidar com a situação;
- i) História religiosa. É uma dimensão pouco encontrada em escalas de aferição de religiosidade. Entretanto, parece ter importância para ser usada em estudos que buscam correlação entre religiosidade e saúde; pois, a maioria dos estudos epidemiológicos que examinam fatores de risco ou proteção para a saúde avaliam intensidade/concentração e tempo de exposição a esses fatores. Por exemplo, na área de saúde física, o tabagismo como fator de risco para câncer de pulmão é medido por número de cigarros fumados por dia multiplicado por anos fumando. Koenig (2018) cita apenas uma escala que tenha algo parecido em relação à história religiosa, descrita por Linda George, em 1999, no *brief multidimensional measure of religiosity and spirituality (bmmrs)*, do Fetzer Institute (1999);
- j) Apoio religioso e conflito religioso (relacionado à igreja/sinagoga/templo/terreiro). Essa dimensão refere-se ao apoio dado ou recebido de membros da comunidade, como também interações negativas que envolvem conflitos com outros congregantes e/ou líderes religiosos;
- k) Experiência religiosa. Inclui testemunhos de conversão religiosa, experiências místicas e graus de sentimentos e relacionamento com Deus

ou outro poder superior. Existem várias escalas que medem essa dimensão;

- l) Apego religioso. Originalmente, a teoria do apego se concentrava na qualidade da relação pai-bebê, mas foi estendida para amizades e romances na idade adulta, e para um “relacionamento da pessoa com Deus” (GRANQVIST; MIKULINCER; SHAVER, 2020, p. 175). Essa teoria está crescendo em importância como um modelo para explicar experiências durante a infância que levam a problemas de relacionamento na idade adulta. Existem escalas que analisam aspectos negativos (apegos inseguros: ansioso, evitativo) e outras que analisam aspectos positivos (apego seguro) do relacionamento de uma pessoa com Deus;
- m) Doações religiosas (seja dando dinheiro ou doando tempo para causas religiosas). Tem a ver com gastar dinheiro (dízimos, ofertas) ou passar horas como voluntário em organizações religiosas ou por causas religiosas;
- n) Conhecimento religioso (livros sagrados). Para Koenig (2018), refere-se ao grau de conhecimento que uma pessoa tem sobre os ensinamentos presentes no livro sagrado de sua religião. Mas, a leitura em si desses livros também já é conhecimento ou, pelo menos, atitude religiosa cognitiva, como é descrita na escala de atitudes religiosas de Aquino e, também, como um dos componentes da religiosidade não organizacional;
- o) Esforço pela busca ou busca religiosa. A busca pela verdade religiosa é o cerne dessa dimensão. É uma dimensão que se refere principalmente as pessoas que se identificam como “espirituais, mas não religiosas”, que veem a religiosidade como um processo infinito de sondagem e questionamentos gerados pelas tensões, contradições e tragédias em suas próprias vidas e na sociedade. Koenig (2018, p. 68) cita uma escala desenvolvida por Batson e Schoenrade (1991a, 1991b);
- p) Desenvolvimento religioso (crescimento e maturidade). Refere-se à maturidade religiosa, envolvendo uma confiança flexível em sua própria fé religiosa e abertura à fé religiosa dos outros. Para essa dimensão, existem escalas que perguntam sobre o interesse no crescimento moral e grau do quanto uma pessoa está tentando entender melhor sua fé religiosa. Aqui,

Koenig (2018) cita a escala de maturidade de fé de 38 itens de Benson, e o índice de maturidade espiritual de 30 itens de Ellison;

- q) Compromisso religioso (geral). É uma medida de devoção religiosa. As escalas para aferir essa dimensão, geralmente, envolvem uma combinação de medidas de religiosidades organizacional, não organizacional e intrínseca (KOENIG, 2018, 2011).

Temos uma tendência a considerar a religiosidade apenas em sua dimensão institucional. Entretanto, ela é muito mais do que essa forma. Dessas 17 dimensões citadas acima, apenas três relatam formas institucionais de religiosidade (afiliação religiosa, religiosidade organizacional, apoio/conflito religioso).

Em nosso presente trabalho de pesquisa, foram coletados dados sobre a denominação religiosa dos participantes e utilizamos instrumentos que aferiram conhecimento, sentimento, comportamento e corporeidade religiosos, além de religiosidades organizacional (RO), não organizacional (RNO) e intrínseca (RI).

Pelo exposto, em sua origem histórica, a palavra religião significava uma experiência objetiva de culto/ritual individual e coletivo (*relegere*/religiosidade), replicada entre gerações de grupos étnicos; depois, definida “como uma relação pessoal com um Deus pessoal” (*religare*/espiritualidade religiosa) (GOMES, 2011, p. 92). Segundo Smith (2006), o termo religiões no plural somente surgiu no século XVII e se tornou comum na época do Iluminismo, em textos escritos por observadores externos às crenças (*outsiders*); convergindo para o conceito moderno (e contemporâneo) de **religiões** como sistemas organizados de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a aproximação ao transcendente (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG, LUCCHETTI, 2014; KOENIG, 2012). Mas, ainda antes, em 1508, há o relato de um livro sobre “as religiões do mundo”, escrito por cristãos católicos; seguido de obras contendo nomes próprios de religiões: “‘*Mahumetisme*’ (1597), ‘*Mahumetanism*’ (1612), ‘*Muhammedrie*’ (1613), ‘*Islamism*’ (1747), ‘*Musulmanism*’ (1818) [...] ‘*Boudhism*’ (1801), ‘*Hindooism*’ (1829), ‘*Taouism*’ (1839), ‘*Zoroasterianism*’ (1854), ‘*Confucianism*’ (1862), etc.” (SMITH, 2006, pp. 49, 65). Para Smith (2006), contrastando com o fato dessas literaturas terem sido escritas por *outsiders* (observadores externos), o Islã se apresentou como religião, a partir de uma concepção de dentro da própria fé (*insiders* – observadores internos), como se vê em versículos das 3^a. e 4^a. *Suratas* do seu livro sagrado:

Para Deus a religião é o Islam. [...] (ALCORÃO, 3:19)
 Hoje, completei a religião para vós; tenho-vos agraciado generosamente sem intenção de pecar, se vir compelido a (alimentar-se do vedado), saiba que Deus é Indulgente, Misericordiosíssimo (ALCORÃO, 5:3).

Atualmente, religiões são entendidas como instituições ou comunidades formadas por indivíduos que compartilham uma mesma crença ou fé, e um corpo de doutrinas (ESPERANDIO, 2014).

Essa dicotomia de sentidos, ora considerando a religião como realidades objetivas ou discursos exteriorizados pelo homem sobre o que ou quem é Deus (*relegere*: religião/religiosidade), ora como atitudes humanas subjetivas de reverência experienciadas singular e individualmente com Deus (*religare*: espiritualidade religiosa), permanece até hoje e, às vezes, se apresenta de forma agressiva e impositiva em relação a um lado ou outro. Tal postura arrogante facilmente pode provocar conflitos humanos evitáveis. Contra essa tendência perniciosa, o estudo científico das religiões, da religiosidade e da espiritualidade deve se apresentar como um instrumento não impositivo de pacificação. Antes de tudo, o estudo e o ensino sobre as religiões têm que motivar encontro e convivência inter-religiosa, estimulando a compreensão, tolerância, respeito, harmonia e fraternidade, entre indivíduos com experiências de fé diferentes e entre comunidades com crenças, cosmovisões, ideologias ou tradições cumulativas históricas de religiosidade contrapostas ou mutuamente excludentes.

A Figura 6, elaborada por Freitas e Vilela (2017, p. 97), expressa uma síntese das definições de espiritualidade, religiosidade e religião.



FONTE: Freitas e Vilela (2017, p. 97)

O conceito pós-moderno de espiritualidade nos lembra que o espírito, “como o vento, sopra onde quer e muitas vezes não se sabe de onde vem nem para onde vai...” (PAIVA, 2004, p. 125). Ao mesmo tempo, parafraseia Nietzsche: “Quem tem por que viver aguenta quase qualquer como” (apud FRANKL, 1994, p. 56).

Em síntese, para os fins do presente trabalho de tese, **espiritualidade** é busca **religiosa e/ou não religiosa** por sentido e paz para a vida; demanda de sentido. A espiritualidade é religiosa quando se busca o sentido da vida por meio da ligação ao transcendente religioso sobrenatural (sagrado/místico/divino). **Religião** é um sistema institucionalizado e compartilhado de busca por ligação com o transcendente sobrenatural (sagrado/místico/divino), com crenças, código moral, práticas e modo de vida. **Religiosidade** é qualquer expressão ou manifestação de busca por ligação com o transcendente religioso ou pertencimento a uma religião. Religiosidades são as diversas formas do ser humano manifestar sua espiritualidade religiosa ou sua religião.

O uso da religiosidade como mecanismo de manejar o estresse é um tipo de *coping* – palavra inglesa sem tradução literal em português que pode significar "lidar com", “manejar”, "enfrentar" ou "adaptar-se à" (FOLKMAN, 1997, 2008, 2010; PANZINI; BANDEIRA, 2005, p. 507). Alguns autores brasileiros traduzem a palavra *coping* como enfrentamento. Entretanto, o *coping* pode revelar-se também como fuga, evitação ou negação dos problemas (PANZINI, 2004). Por isso, optamos por não traduzir esse termo, evitando equívocos na compreensão e interpretação do conceito. O **coping religioso-espiritual** (CRE) descreve o modo como os indivíduos usam sua fé para lidar com os problemas de vida (PARGAMENT, 1988). Dependendo da forma como esse CRE é utilizado, pode gerar efeitos favoráveis ou desfavoráveis à saúde dos crentes — pode ser um CRE positivo ou negativo. De acordo com o nível de passividade ou atividade, o CRE pode ter um dos cinco estilos:

- a) Autodirigido — a pessoa confia mais em si mesmo e menos em Deus;
- b) De delegação ou evitação — o indivíduo não age e entrega seu problema a Deus;
- c) Colaborativo — o paciente age e pede a Deus que o ajude (PARGAMENT, 1988);
- d) De súplica — tenta-se influenciar a vontade de Deus (PANZINI *et al.*, 2007);

- e) De renúncia — após fazer tudo o que podia, o fiel renuncia a sua vontade e resigna-se à suprema vontade de Deus (WONG-McDONALD; GORSUCH, 2000). O último tipo de *coping* citado baseia-se no conceito bíblico cristão de autorrenúncia (PANZINI *et al.*, 2007).

1.1.2 Medindo religiosidade em pesquisas: escalas psicométricas

Segundo Gorenstein e Wang (2016a, p. irregular), “a psicometria como ciência remonta ao fim do século XIX”, mas a descoberta dos psicofármacos, na década de 1960, impulsionou a elaboração e a aplicação de instrumentos de mensuração, desenvolvidos por meio de pesquisas teórica e empírica, além de análises que utilizam técnicas estatísticas complexas. Escalas psicométricas têm sido idealizadas, traduzidas, adaptadas culturalmente e usadas principalmente por psicólogos, psiquiatras, psicofarmacologistas, sociólogos, cientistas da religião e teólogos. Segundo Pasquali (2016), a teoria e o modelo de elaboração de instrumental psicológico baseiam-se em procedimentos teóricos, empíricos e analíticos (estatísticos). O polo teórico enfoca o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como sua operacionalização em itens. Um fenômeno concreto pode ser reconhecido pela sua observação ou mensuração direta por meio de uma métrica estabelecida universalmente, tal como ocorre, por exemplo, com o peso, a altura, a distância, a velocidade ou a temperatura. Diferentemente, um fenômeno abstrato, como por exemplo, a depressão, necessita primeiramente ser descrito por conceitos teóricos e representado por evidências reais para que seja explorado empiricamente. Na óptica de Davoglio e Santos (2017), uma abstração ou um conceito teórico é reconhecido como um construto apenas se for passível de ser identificado por seus atributos e características singulares, que o tornam único e distinguível de outros. Todo construto tem que ter uma definição constitutiva (semântica/epistemológica) e uma definição operacional. Essa última o torna quantificável.

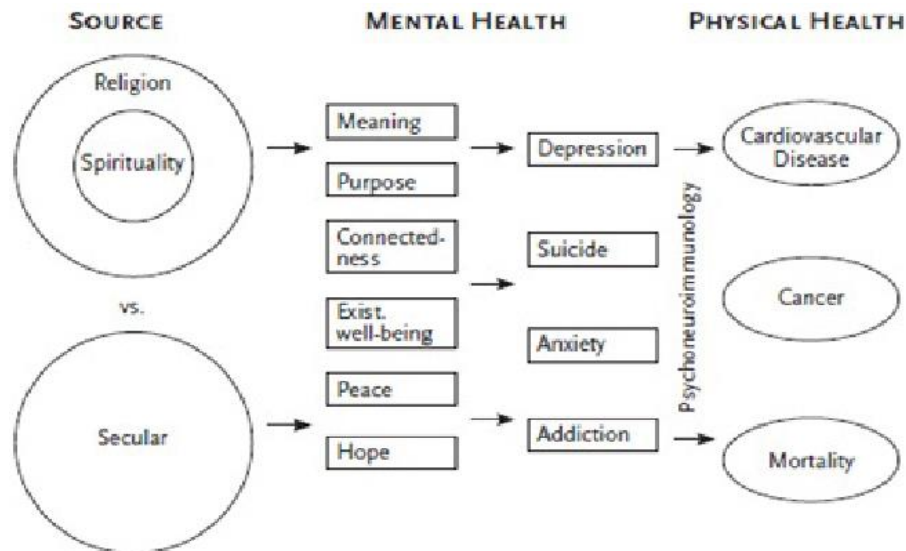
Para Pasquali (2016), no campo da teoria, a definição constitutiva (ou conceitual) de um constructo é representada por um conceito definido em termos de outros conceitos abstratos, e situa esse constructo dentro de sua teoria, delimitando suas fronteiras semânticas e indicando as dimensões que ele deve assumir. Esse polo utiliza a teoria do traço latente para explicitar os tipos e as categorias de comportamentos que

representam o mesmo traço. Na visão de Pasquali (2016), qualquer sistema ou objeto psicológico que possa ser expresso em termos observáveis é suscetível de mensuração. Entretanto, o que pode ser efetivamente medido são as propriedades, aspectos ou atributos que caracterizam singularmente um objeto e apresentem magnitudes, isto é, diferenças individuais, como graus de intensidade ou concentração, tempo de duração etc. O objeto de estudo específico da Psicometria são as estruturas latentes, os traços psíquicos ou processos mentais (cognitivos, emotivos, motores etc.). Instrumentos psicométricos podem ser usados para mensurar traços inatos de personalidade, que predisõem uma pessoa a se comportar de uma forma particular, processos ou estratégias de enfrentamento de situações, e estados transitórios situacionais de comportamento. Um instrumento de medida, já é uma operação concreta, empírica. Essa passagem do abstrato para o concreto é viabilizada pelas definições operacionais dos constructos. Uma definição do constructo ou traço latente do comportamento humano “é *operacional* quando tal constructo é definido em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos pelos quais se expressa” (PASQUALI, 2016, p. irregular). A definição operacional permite a confecção de escalas psicométricas que irão conter perguntas sobre o quanto um participante de pesquisa faz determinada ação (comportamento propriamente dito), ou se tem um comportamento desejável (atitude) ou característico (personalidade). O polo empírico, ou experimental, define as etapas e as técnicas de aplicação do instrumento-piloto e da coleta válida de informação para proceder à avaliação psicométrica do instrumento. O polo analítico estabelece os procedimentos de análises estatísticas de confiabilidade e validade a serem efetuadas sobre os dados para obter um instrumento válido, preciso e normatizado (PASQUALI, 2016).

Concordando com Koenig (2012, p. 17), se objetivamos detalhar, medir e pesquisar correlações entre espiritualidade ou religiosidade com outras variáveis, faz-se necessário considerar algo como espiritualidade [religiosa] ou religiosidade apenas quando existir alguma “conexão com a religião ou com o sobrenatural”, e envolver linguagem religiosa, como fé ou textos revelados por meios divinos. Aqui, considera-se religião não apenas as tradições históricas cumulativas, mas também as comunidades não tradicionais com um conjunto de crenças, rituais e código moral – astrologia, adivinhação, bruxaria, práticas de cura indígena, crenças de matriz africana, espiritismo, tradições folclóricas ou outras experiências que envolvem entidades ou “espíritos invisíveis e forças espirituais que estão fora do indivíduo” ou afetam a parte

intangível do humano – e os tipos pessoais e privados de crenças e de atividades não associadas ao culto organizado ou institucional (KOENIG, 2012, p. 17). Ver Figura 7.

FIGURA 7 – RELIGIOSIDADE OU ESPIRITUALIDADE RELIGIOSA COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE



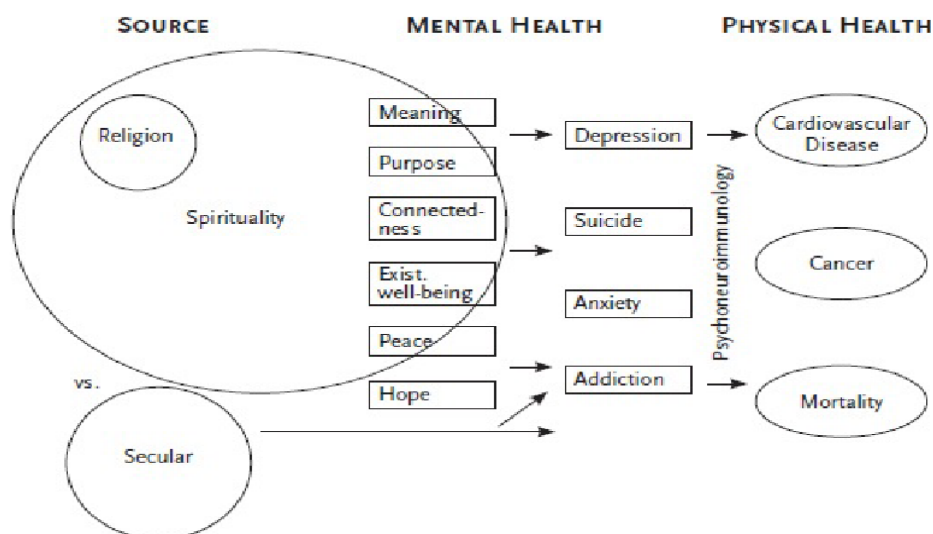
FONTE: Koenig (2011, p. irregular)

Mesmo que exista uma certa sobreposição entre os conceitos de espiritualidade religiosa e religiosidade, o uso de um termo ou outro não trará problemas para a pesquisa se considerarmos a necessidade desses dois conceitos incluírem alguma ligação com religião. Ou seja, para fins de pesquisa científica, recomendamos não incluir como espiritualidade religiosa ou religiosidade fenômenos sem alguma conexão com religião (tradicional ou não) ou com o sobrenatural. Ratificando Koenig (2012), lembramos que para chamar algo de espiritualidade religiosa ou religiosidade, “é preciso haver alguma conexão com religião” (KOENIG, 2012, p. 17). Segundo Koenig (2012, p. 12), a “maior parte da pesquisa de alta qualidade sobre religião”, espiritualidade e saúde mediu religião/religiosidade, inclusive muitas que usaram o termo espiritualidade no título ou na discussão dos resultados. Esse autor afirma que, de fato, realmente existe um elevado número de pesquisas metodologicamente corretas que evidenciaram associação benéfica da religiosidade com a saúde mental. Entretanto, também existem muitas pesquisas que afirmaram ter mensurado espiritualidade, quando na verdade, mediram bem-estar existencial ou boa saúde mental. Garssen, Visser e Meezenbroek (2016), em uma pesquisa exploratória de oito

periódicos bem citados, descobriram que 26 de 58 estudos usaram uma escala de espiritualidade (e não de religiosidade) que contém 25% ou mais de itens de bem-estar para examinar se a espiritualidade prediz bem-estar ou angústia.

Nesse sentido, nos estudos sobre religião e saúde, para quantificar o grau de espiritualidade religiosa ou religiosidade de uma pessoa e descrever de que formas ela é espiritual ou religiosa, a espiritualidade e a religiosidade precisam ser diferenciadas de outros conceitos psicossociais, como humanismo, bem-estar psicológico, altruísmo, perdão, conexão social e qualidade de vida. Ademais, “quando usada em pesquisa para estudar saúde, a espiritualidade ou religiosidade não pode ser definida em termos de estados psicológicos ou sociais positivos ou saudáveis” (KOENIG, 2012, p. 18). Esses quase indicadores de boa saúde mental não são espiritualidade religiosa ou religiosidade em si, mas podem ser frutos de uma vida espiritual, de espiritualidades praticadas com devoção, e inclusive terem causas seculares/não espirituais. Segundo Koenig (2011), tautologia é a palavra usada para denominar esse tipo circular de raciocínio; isto é, o processo de correlacionar algo com ele mesmo. Os investigadores que utilizam medidas de espiritualidade contaminadas com indicadores de saúde mental vão, naturalmente, encontrar correlações positivas entre espiritualidade e saúde mental; como também, com a saúde física, uma vez que uma boa saúde mental influencia positivamente a saúde física, por meio de processos psiconeuroimunológicos. Ver Figura 8.

FIGURA 8 – ESPIRITUALIDADE ABRANGENTE (COMPREENSÃO MODERNA) COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE



FONTE: Koenig (2011, p. irregular).

Muitos estudos publicados em periódicos acadêmicos de saúde mental relatando conexões positivas entre espiritualidade e saúde mental usaram escalas de espiritualidade que simplesmente avaliam bem-estar existencial ou a própria saúde mental (GARSSEN; VISSER; MEEZENBROEK, 2016; VISSER; GARSSEN; VINGERHOETS, 2017). Quando espiritualidade se torna sinônimo de boa saúde mental, sua relação com saúde mental “não pode mais ser examinada usando o método científico” (KOENIG, 2018, p. 30). Balboni e Peteet (2017) acrescentam:

Se todo o propósito [de vida] humano for considerado espiritualidade, então essa não é um fenômeno que pode ser estudado empiricamente. E, objetos de estudo nebulosos são difíceis de descrever corretamente, intensificam as objeções da comunidade científica e não conduzem a desenvolver intervenções futuras que sejam replicáveis ou escalonáveis (BALBONI; PETEET, 2017, p. 5, interpolação nossa).

Por isso, nas pesquisas epidemiológicas, nas quais se buscam associações e inferências causais entre religião e doenças mentais, são preferíveis as escalas que medem religiosidade, em vez de espiritualidade. Na presente tese, foram usadas duas escalas que aferem especificamente religiosidade, como comportamento e como atitudes. Concordando com Koenig (2018), de que a religiosidade é um constructo multidimensional, as duas escalas são formadas por vários itens que permitem a avaliação de algumas dessas múltiplas dimensões. Ademais, essas duas escalas foram ajustadas à realidade cultural da população brasileira e já tiveram suas características psicométricas (confiabilidade, validade e estrutura fatorial estatística) identificadas e publicadas; estando assim adaptadas e validadas para uso no contexto de estudantes universitários do nosso país.

Antes de falarmos sobre instrumentos que medem religiosidade, faz-se necessário apresentarmos os que aferem espiritualidade. Conforme comentamos anteriormente, as definições de espiritualidade têm sido muito abrangentes e se confundem com estados emocionais saudáveis, o que provocou o surgimento de muitas escalas de medição de espiritualidade contaminadas por perguntas que aferem saúde mental, em vez de características especificamente relacionadas à religião.

Pesquisa feita por Koenig (2018) mostrou que, entre os anos de 1929 e 2016, as seis **escalas de espiritualidade** que tiveram seus artigos originais citados com mais frequência foram:

- a) A Escala de Bem-Estar Espiritual, de Paloutzian e Ellison, concebida em 1982, citada 1245 vezes (PALOUTZIAN, 2016);

- b) *A Functional Assessment of Chronic Illness Therapy: Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-SP), de Peter, Fitchett, Brady, Hernandez e Cella, com 925 citações;
- c) A Escala de Transcendência Espiritual, de Piedmonte, 805 vezes;
- d) *A Daily Spiritual Experience Scale* (DSES), de Underwood e Teresi, 713 citações;
- e) A Escala de Envolvimento Espiritual e Crenças, de Hatch e coautores, com 328 publicações;
- f) O instrumento *World Health Organization's Quality of Life-Spirituality, Religion, and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB), idealizado por Saxena e vários outros componentes do WHOQOL SRPB GROUP (2006), 274 citações.

No Brasil, segundo Forti, Serbena e Scaduto (2020), entre os anos de 2000 e 2017, os métodos de aferição de espiritualidade mais utilizados foram: o WHOQOL-SRPB, usado na sua forma original completa de 100 perguntas em dois estudos, e de forma abreviada em 10 outros trabalhos; a Escala de Bem-Estar Espiritual, usada cinco vezes; a DSES, duas vezes; e a FACIT-SP, uma vez.

A Escala de Bem-Estar Espiritual, de Paloutzian e Ellison contém uma subescala com 10 itens de bem-estar existencial, que é uma medida de bem-estar psicológico, focado no significado e propósito na vida. Contém também uma válida subescala, de 10 itens, não contaminada pelo bem-estar psicológico, que afere bem-estar espiritual, avaliando a qualidade do relacionamento de uma pessoa com Deus (KOENIG, 2018, p. 62; PALOUTZIAN, 2016).

Em contraste com a espiritualidade, a religiosidade tem uma definição mais específica, distinguível e separada dos conceitos de saúde mental e social. Religiosidade é um constructo mais facilmente mensurável e quantificável, tem validade discriminante, permitindo o exame de possíveis relações com outros constructos quantificáveis. Portanto, pode ser examinada como um preditor de saúde mental e alvo potencial para intervenção, por meio do uso de escalas psicométricas. Como quase todas as religiões têm um conjunto de crenças, práticas e códigos morais relacionados ao transcendente religioso, as pesquisas nessa área conseguiram descrever e analisar várias dimensões que fazem parte do constructo religiosidade, as quais deram origem a escalas que medem vários tipos de religiosidade. Segundo Koenig (2018), os

sociólogos Charles Glock e Rodney Stark, em seu livro *Religion and society in tension*, em 1965, foram um dos primeiros acadêmicos a descrever a religiosidade em cinco dimensões:

- a) Crença religiosa (dimensão ideológica);
- b) Prática religiosa (dimensão ritualística);
- c) Sentimento religioso (dimensão experiencial);
- d) Conhecimento religioso (dimensão intelectual);
- e) Efeitos religiosos (dimensão das consequências).

Segundo Valle (2008), no estudo científico da religiosidade, nós sondamos as motivações, os sentimentos, os desejos, as compreensões e as atitudes, expressos nos comportamentos religiosos. Por esse prisma, a partir dos ensinamentos de Antoine Vergote, Valle (2008, p. 92) traz a concepção de religiosidade como sendo uma **atitude**, “uma maneira de ser diante de alguém ou de algo, ou seja, é uma disposição favorável ou desfavorável que se expressa por meio de palavras e de comportamentos”. Nessa compreensão, a atitude é composta por uma maneira consciente de ser própria ao homem, uma relação intencional com um “dado objeto (é uma ‘*re-ligatio*’)” e implica uma passagem à ação (VALLE, 2008, p. 92). Thurstone (1887-1955) foi um dos pioneiros da ciência de quantificação de comportamentos humanos (psicometria) e dos estudos das atitudes, tendo publicado, em janeiro de 1928, um artigo intitulado “*Attitudes Can Be Measured*” (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2009, p. 26; THURSTONE, 1928; THURSTONE; CHAVE, 1928). Nessa linha de compreensão teórica, Aquino elaborou e validou a Escala de Atitudes Religiosas EAR-20, como uma das primeiras escalas psicométricas de origem brasileira que medem religiosidade (AQUINO; FRANÇA; SILVA FRANÇA, 2002; AQUINO, 2005; DINIZ; AQUINO, 2009; AQUINO *et al.*, 2013). Essa escala é composta por 20 itens distribuídos equitativamente em quatro fatores atitudinais: cognitivo (conhecimento), afetivo (sentimento), comportamental (comportamento) e expressivo (corporeidade).

Pesquisa feita por Koenig (2018) mostrou que, entre os anos de 1929 e 2016, as seis **medidas de religiosidade** que tiveram seus artigos originais citados com mais frequência foram:

- a) A Escala de Orientação Religiosa, de Allport e Ross (1967);
- b) A Escala de Atitude em Relação à Igreja, de Thurstone e Chave (1928);

- c) A Escala de Orientação Religiosa Revisada (*Religious Orientation Scale-Revised – ROS-R*), de Gorsuch e McPherson (1989);
- d) A Escala de Religiosidade Intrínseca, de Hoge (1972);
- e) O Índice de Religiosidade Duke (DUREL), de Koenig *et al.* (1997). Essa medição envolve cinco itens que avaliam religiosidades organizacional, não organizacional e intrínseca;
- f) O Inventário de Compromisso Religioso, de Worthington Jr. *et al.* (2003).

No Brasil, com base em revisão sistemática sobre instrumentos de aferição de “espiritualidade/religiosidade” feita por Forti, Serbena e Scaduto (2020, p. 1465), combinada com dados que encontramos na literatura, os métodos de aferição de religiosidade mais utilizados em nosso país foram:

- a) A Escala de Atitudes Religiosas de Aquino (EAR-20). Essa escala foi originalmente descrita no Brasil, e contém 20 perguntas que aferem quatro atitudes religiosas: conhecimento, sentimento (afeto), comportamento e corporeidade (AQUINO; FRANÇA; SILVA FRANÇA, 2002; AQUINO, 2005; DINIZ; AQUINO, 2009; AQUINO *et al.*, 2013)⁸;
- b) O Índice de Religiosidade Duke (*Duke Religious Index*) versão em português (P-DUREL), encontrado em quatro artigos (KOENIG; PARKERSON; MEADOR 1997; KOENIG; BUSSING, 2010; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008; TAUNAY *et al.*, 2012);
- c) O *Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality* (BMMRS), presente em uma publicação da revisão. Esse instrumento é composto por subescalas curtas e longas que medem 12 dimensões de religiosidade/espiritualidade: experiências espirituais diárias, significado (ou sentido), valores/crenças, perdão, práticas religiosas particulares, superação ou *coping* religioso, suporte religioso, história religiosa/espiritual, comprometimento, religiosidade organizacional, preferência religiosa e autoavaliação global de religiosidade/espiritualidade (FETZER INSTITUTE, 1999; IDLER, 2003);

⁸ Forti, Serbena e Scaduto (2020) afirmam ter encontrado apenas uma publicação com a Escala de Atitudes Religiosas de Aquino. Entretanto, no artigo publicado por Aquino *et al.* (2013) constam, pelo menos, oito referências de publicações que usaram essa escala; inicialmente, com 15 itens, depois, expandida para 20 itens.

- d) O Inventário de Religiosidade Intrínseca, idealizado pelos brasileiros Taunay *et al.* (2012), encontrado em um artigo;
- e) A Escala de Orientação Religiosa de Allport e Ross (1967), descrita em um artigo escrito por Rodriguez-Rad e Ramos-Hidalgo (2017).

Na óptica do pesquisador de saúde e espiritualidade/religiosidade Harold Koenig (2018), para avaliar a religiosidade geral como um "traço" de personalidade individual, e não como um "estado" temporário, as melhores escalas são:

[...] quando há pouco espaço disponível no questionário, o DUREL de 5 itens é recomendado, pois cobre as três principais dimensões do envolvimento religioso (RO, RNO e RI). Se houver espaço para 10 itens, recomenda-se o BIAC (KOENIG *et al.*, 2015) ou o Inventário de Compromisso Religioso (WORTHINGTON JR. *et al.*, 2003). Quando o espaço não é uma preocupação, a versão de 31 itens do BMMRS Breve deve ser considerada (ou seja, a versão sem o perdão, os valores e as subescalas de significado) (KOENIG, 2018, p. 80).

No componente empírico da presente tese, com base nas evidências citadas na seção 3.2.2, usamos duas escalas de aferição de religiosidade: o Índice de Religiosidade Duke (*Duke Religious Index*) versão em português (P-DUREL), com cinco itens; e a Escala de Atitudes Religiosas com 20 itens (EAR-20), de Aquino.

1.2 CIÊNCIAS DA RELIGIÃO E TEOLOGIA⁹: ENTRE A CIÊNCIA E O MISTÉRIO DA FÉ

Segundo Aristóteles (2002a, p.980): “Todos os homens, por natureza, tendem ao saber”. Na visão desse filósofo, existiam três ciências teóricas (filosofia natural, matemática e teologia), uma ciência prática, chamada de ética, e várias ciências produtivas, denominadas de artes. Progressivamente, o homem deve estudar o material, finito, móvel e mutável (filosofia natural), passar às coisas imutáveis incorporadas à objetos materiais (matemática) e, então, prosseguir para as elevadas coisas divinas (teologia), “que eram imutáveis e completamente dissociadas da matéria”. Segundo Harrison (2017, p. 47 e 44), concordando com Platão, Aristóteles associava a matemática ao “verdadeiro e bom”; e argumentava que o objeto da filosofia era garantir os tipos de atributos morais que tornariam a pessoa “sumamente feliz”.

⁹ Usamos aqui o termo Teologia considerando a compreensão da CAPES, para a qual, além da Teologia cristã, existem outras Teologias inerentes à diferentes tradições religiosas (BRASIL, 2019, p. 5).

Os primeiros seres humanos e nós, seus descendentes, não somente nascemos com o desejo de conhecer as coisas visíveis do mundo a nossa volta, mas também buscamos compreender a realidade invisível transcendente e o sentido ou valor último da vida. Por mais que adquiramos conhecimento, sempre iremos nos deparar com o incognoscível, com o mistério que bate à nossa porta, para nos influenciar a decisões egoístas quando nos altivamos pela soberba, ou para nos assombrar e confortar quando rastejamos diante do sofrimento. No dicionário Michaelis, a palavra mistério é definida como tudo quanto a razão não pode explicar ou compreender, com causas ocultas ou que parecem inexplicáveis (MISTÉRIO, 2021). Para Ferreira e Myatt (2008), mistérios são segredos ainda não completamente revelados, são verdades com aspectos encobertos em luz inacessível. Muitos mistérios podem não ser claros para nós agora “porque nos falta a informação ou a perspectiva para entendê-los” (FERREIRA; MYATT, 2008, p. 46). Tentar compreender o mistério, tanto como observação histórica, filosófica, psicológica e sociológica das expressões religiosas dos outros, quanto pelo estudo a partir da nossa própria fé ou da Teologia da religião dos outros é um desafio, rumo ao diálogo, convivência, interação e encontro pacífico de um bem comum, capaz de gerar amor e perdão. É nessa fronteira entre ciência e religião que transitam os cientistas da religião e os teólogos, sejam ou não pessoas com experiências de fé e práticas religiosas. Ambos são simples seres finitos e imanentes, buscando conhecer o infinito e *O Transcendente*.

Segundo Incerti (2018, p. irregular), em diálogo com o cardeal Gianfranco Ravasi, o físico Marcelo Gleiser afirma que, nesse paradoxo da ilha de certeza da finita ciência e o infinito oceano do desconhecido que a circunda, o espírito singularmente humano pergunta: “de onde nós viemos: por que nós estamos aqui? Qual é o sentido da nossa existência?” Ravasi afirma que a maior tentação é a de afirmar que existe apenas um conhecimento válido, como se aprendêssemos sobre o mundo e sobre nossa essência através de um único canal, absoluto e reducionista. O conhecimento é por natureza polimorfo e pluralista. No contexto atual, o cientista observa os fenômenos e se pergunta: como ocorre tudo isso? Ele elabora hipóteses, testa-as e tenta deduzir conclusões. Mas, diante de categorias humanas, como a poesia, pintura, escultura, fotografia, música, dança, teatro, moralidade e, principalmente, crença em Deus e o sentido da vida e da morte, o cientista e o não cientista terão que pensar e transcender o natural.

Diante do que está para além da capacidade racional, o artista, o filósofo, o teólogo e o religioso mais facilmente podem encontrar respostas para a pergunta: que sentido há nisso tudo? Essa necessidade de transcender o que já foi e poderá ser descoberto pela ciência mostra que o ser humano não é um computador ou um robô, com inteligência artificial incompassível, amoral e irreligiosa. Longe disso, o olhar de um cientista apaixonado para sua amada não é somente aquele de alguém que simplesmente a conhece (INCERTI, 2018). Tanto o cientista quanto o poeta procuram conhecer e sentir alegria com sua amada, seus sistemas neurais e endócrinos aumentam a produção de endorfinas, norepinefrina, dopamina e ocitocina. Segundo Beit-Hallahmi (2021, p. 360), o amor maternal mãe-bebê e o amor romântico homem-mulher ativam áreas cerebrais que secretam neuro-hormônios relacionados às emoções positivas, “maior empatia e prontidão para o apego”, e supressão da atividade neural associada a negativas emoções e avaliações/julgamentos de outras pessoas. Além do mais, existe alguma coisa indecifrável e decisiva que aumenta o envolvimento amoroso e mantém unido o casal; o homem repleto de testosterona e vasopressina, e a mulher com mais serotonina e ocitocina. É dramático tanto para o cientista quanto para o poeta apaixonado se sua amada adquiere uma doença grave, ou o abandone, traia ou venha a perder a vida (BEIT-HALLAHMI, 2021; INCERTI, 2018).

Assim, nem só da objetividade concreta do mundo vive o homem! Pois, quando o empirismo é considerado como única prova para se chegar a uma verdade, facilmente o cientista cai na tentação do materialismo reducionista, que restringe o conhecimento a experiências replicáveis, e desestimula o espírito inventivo, a intuição e a imaginação de hipóteses. Ele esquece que existe “o mundo das coisas não materiais, o mundo dos valores, do bem e do mal, da lei e do costume, da religião e da moralidade [...] O homem não é apenas um ser intelectual, mas também um ser que deseja e sente”, tem um coração de vontades, desejos, sentimentos e paixões (BAVINCK, 2012, v. 1, p. 221). Por isso, para compreendermos que todo o magnífico mundo invisível é tão real quanto o mundo que percebemos com nossos sentidos, e que seu impacto sobre nossa vida e sobre a história é ainda muito maior sobre nós do que o de todas as coisas, há necessidade de refletir a experiência singularmente humana, a partir de perspectivas metodológicas que levem em conta:

- a) A teoria da existência (ontologia ou metafísica), que traz respostas sobre a natureza de Deus, do homem e do universo;

- b) A teoria do valor (axiologia), que nos responde o que é o sumo bem;
- c) A teoria da ação individual e social (ética);
- d) A teoria da beleza e harmonia das coisas (estética);
- e) A teoria do propósito ou o alvo da existência (teleologia) (FERREIRA; MYATT, 2008).

Ademais, comentando sobre a natureza singular do homem – “sua essência, peculiar, sua razão e sua vontade, seu pensamento e sua linguagem, sua religião e sua moralidade” –, Bavinck (2001, p. 218)¹⁰ nos lembra que, “o homem se coloca acima do plano animal. [...] o animal não pode entender o homem, apesar do homem poder entender o animal”. Esse autor traz uma reflexão interessante sobre a diferença entre a “consciência dos animais” e a consciência dos seres humanos:

Em todos os seus pensamentos e em todas as suas obras, em toda a vida e atividade do homem, fica claro que ele é uma criatura que não pode ser plenamente satisfeita com o que o mundo físico tem para oferecer. De fato, ele é um cidadão de uma ordem física, mas ele também se ergue acima dessa ordem para uma ordem sobrenatural. Com seus pés firmemente plantados no chão ele levanta sua cabeça e lança seu olhar para cima. Ele tem conhecimento de coisas que são visíveis e temporais, mas também tem consciência de coisas que são invisíveis e eternas. Seu desejo vai além do que é terreno, sensorial e transitório e alcança também os bens celestiais, espirituais e eternos (BAVINCK, 2001, p. 18).

Complementando Bavinck, Frankl (2017, p. 75) afirma que, “[...] assim como o animal não tem condições de entender o ser humano e seu mundo a partir do seu próprio *habitat*, também o ser humano não tem condições de apreender o supramundo, a ponto de entender Deus ou mesmo entender seus desígnios”. O sentido último, ou “suprassentido”, precedido pela crença em um “Ser último: pela crença em Deus”, está para além da compreensão intelectual e da lógica humanas (FRANKL, 2011, p. 181). Quando o homem sai desse solo puramente racional e caminha no solo existencial-espiritual, lança-se para fora de si, sem perder-se, por meio da autotranscendência vertical [voltada para o *Alguém* ou *Outro absoluto*]; o conhecimento se cala em sua inutilidade e surge a fé, pois “o que é incompreensível, não precisa ser necessariamente inacreditável” (FRANKL, 2017, p. 116). Frankl (2017) fala que, diferente do sentido na

¹⁰ O estudioso de línguas clássicas e religiões mesopotâmicas William Brede Kristensen (1867-1953) descreve Hermann Bavinck (1854-1921) como “um homem da ciência”, dedicado à teologia, filosofia, ciências sociais e literatura (KRISTENSEN, 2018, p. 42, sic). Bavinck traz uma visão ontológica que liga Deus, teologia, ciência e religião (SHANNON, 2020).

vida e do sentido da vida que dependem diretamente de o ser humano escolher este ou aquele sentido a se concretizar – uma ação praticada ou obra criada, amar alguém ou a própria vida –, o sentido último é um sentido mais abrangente, não apreensível somente pela razão, mas sim pela fé. É o sentido do todo, o sentido da vida como um todo. “Porém, quanto mais amplo for o sentido, menos compreensível será” (FRANKL, 2017, p. 104). E, “o sentido último existirá independente de o ser humano optar por ele ou não” (MEIRELES, 2015, p. 106).

Se imaginarmos a realidade como sendo tridimensionalmente constituída por dimensões visível, quase invisível e invisível, começamos a reconhecer o quanto são complexos os saberes humano, religioso e espiritual. Pensemos em algo como uma visão trialista¹¹ da realidade. A primeira dimensão como aquela que é visível a olhos nus ou com microscópios, telescópios, ou sondas espaciais. Essa, constantemente, está sendo desvendada pelos exames de imagem da Medicina (ressonância magnética, tomografia computadorizada), pela Biologia, Engenharia Aeroespacial, Astronomia e várias outras ciências. A segunda dimensão é quase invisível [pelo menos, por enquanto], e somente é possível ser estudada por aparelhos ligados à Biologia Molecular, Genética, Físicas Atômica e Quântica. É nesse mundo quase invisível do meio ambiente intracelular, de olhar em escala atômica, que a ciência epigenética vem desvendando rotas da dinâmica “indústria” das trilhões de células de um ser humano. Esse mundo intracelular apresenta: o citoplasma, com seus RNAs mensageiros e DNAs mitocondriais, sujeitos às influências boas e ruins do mundo externo; e, o núcleo, guardião do código genético de cada pessoa, contendo 25.000 genes, alguns “bons” e outros “ruins”, junto com as proteínas histonas, que formam a cromatina. Hoje, a epigenética já afirma que fatores ambientais (alimentação, atividade física, estresse) podem modificar o revestimento proteico do DNA celular (histonas), podendo alterar a atividade genética sem envolver mudanças na sequência do DNA nuclear. Por meio das divisões celulares (mitose, meiose) e fecundação, essas células alteradas são herdadas por gerações descendentes bem mais próximas – terceiro grau,

¹¹ Para diferenciar da visão dualista, uso aqui a palavra trialista, a qual é mais usada no contexto de linguagem jurídica da Filosofia do Direito, conforme encontramos no tomo 1 da *Enciclopédia Jurídica da PUCSP* (CAMPILONGO; GONZAGA; FREIRE, 2017, p. 8).

bisnetos – do que se falava na teoria evolucionista tradicional (MEYMANDI, 2010; WEISSMAN, 2008)¹².

Nessa visão dualista da realidade, a terceira dimensão é invisível, e é onde nos deparamos com as energias imateriais invisíveis, com as mentes animal e humana e com o mundo sobrenatural ou espiritual. Por mais que hoje possamos pesquisar a psiquê humana por meio da análise de atitudes, comportamentos, reações emocionais a estímulos experimentais, respostas hormonais e fluxo sanguíneo cerebral detectável por exames de imagem; a mente em si é invisível. Embora os estudos em Neuroanatomia, Neuropsicologia e Neurofisiologia tenham avançado muito, ao ponto de delimitarem um cérebro emocional, a Neurologia, a Psicologia e a Psiquiatria nunca conseguiram encontrar um lugar na matéria cerebral onde possam estar localizadas em sua completude a mente, a consciência e a experiência subjetiva humanas. Apesar da sonda neural do neurofisiologista conseguir definir a objetiva atividade elétrica de neurônios, descrevendo redes neurais, e do psicólogo identificar os aspectos objetivos da experiência subjetiva, ainda não há entendimento claro de como esses dois mecanismos estão ligados. Segundo Fenwick (2019), a ciência tem conquistado muito conhecimento sobre o funcionamento do cérebro; porém, não existe ainda nem mesmo uma explicação filosófica satisfatória sobre a natureza da mente, da experiência subjetiva, da experiência religiosa e muito menos da possibilidade de percepção extrassensorial (FENWICK, 2019, p. 169). Por exemplo, vislumbres de que nosso senso de identidade funciona separado do corpo físico são descritos em pesquisas feitas com pessoas que passaram por experiência de quase morte. Segundo Tassell-Matamua e Holden (2020, p. 52), “dependendo do estudo, cerca de 53% a 99% das pessoas que passaram por uma” experiência de quase morte relatam que, enquanto estavam perto ou no ponto de morte clínica, tiveram a percepção de estar fora do corpo e descrevem eventos, pessoas e ruídos, confirmados por pessoas credíveis.

Nesses fenômenos psicológicos anômalos, os indivíduos descrevem de maneira clara e, em geral, afetivamente positiva, uma transcendência de espaço, tempo e de um limite ou fronteira (real, como um rio, ou abstrata, como uma sensação); que, se cruzada, não conseguiriam mais “retornar ao corpo físico” (TASSELL-MATAMUA;

¹² Assad Meymandi é médico psiquiatra, com PhD em Bioquímica e Filosofia, amante das artes, filantropo e conhecedor da religião de seus ancestrais iranianos – zoroastrismo. Ele inicia o artigo fazendo uma analogia entre a história bíblica dos sete anos de fome e de plenitude no Egito, descrita nos capítulos 41 a 47 do livro de Gênesis, e a origem da epigenética (THIS MONTH'S featured psychiatrist..., 2010).

HOLDEN, 2020, p. 52). Refletindo sobre o que pertence, ao mesmo tempo, aos mundos da visibilidade e da invisibilidade, Zabatiero (2015) afirma que, no estudo das religiões, lidamos com invisibilidades sobrenaturais que, de formas distintas, se visibilizam como manifestações espectrais. Assim, quando as expressões do sagrado são estudadas nas Ciências da Religião, a partir da Antropologia, Sociologia, Psicologia, Psiquiatria ou Biologia do religioso, entramos “no fenômeno (visível) para nele enxergar o invisível, nome de tantos nomes, que dá sentido ao humano na diferenciação de e na comunhão com o divino, o nirvana, o axé, o absoluto, com o nome do deus de todos os nomes” (ZABATIERO, 2015, p. 245).). Mais ainda, denotando a existência de espíritos vivos e de espíritos dos mortos, “a espectrabilidade nos ajuda a estudar cientificamente a religião, ao mesmo tempo nos liberta da fé na ciência, visível deus invisível das sabedorias secularmente secularistas. Deus-ídolo” (ZABATIERO, 2015, p. 248).

Nesse sentido, segundo Incerti (2018, p. irregular), o físico Marcelo Gleiser afirma que a ciência é “uma janela que abrimos ao invisível, ao desconhecido, ao que está além da percepção, porque nossos cinco sentidos nos dão uma visão muito limitada acerca dos acontecimentos”. Para ilustrar esse pensamento, ele nos lembra que se tivéssemos instrumentos adequados, poderíamos ver trilhões de neutrinos, também chamados de partículas fantasmas, provenientes do sol e atingindo cada um de nós, viajando quase na velocidade da luz. Essas partículas são invisíveis, mas são reais! Da mesma forma, existem as ondas eletromagnéticas de rádio e de celular. Como também, fenômenos sobrenaturais podem existir nessa dimensão invisível da realidade; que nós não vemos, porque não temos os óculos adequados. Pensando nas criaturas invisíveis concebíveis em muitas religiões (anjos, demônios, divindades, entidades, espíritos, guias, orixás, eguns ancestrais etc.), surge uma pergunta que não quer calar: será que, nas culturas humanas, as experiências, crenças e práticas das muitas religiões representam pistas desse mundo imaterial de Deus, deuses e/ou espíritos?

A partir da perspectiva das Ciências da Religião e como resposta incompleta à indagação acima, a teoria de Rudolf Otto (1869-1937), publicada em 1917 (OTTO, 2007), afirma que quando o ser humano se encontra com o sagrado, acontece uma reação pessoal, um sentimento de criatura, que é um elemento central e vivo em todas as religiões; sem o qual não seriam religiões. Esse sentimento de criatura surge como reflexo da numinosa sensação de ser objeto na autopercepção. Para essa categoria peculiar à interação com o sagrado, Otto cunhou o termo “numinoso”, o qual hoje

encontramos nos dicionários não especializados como sendo: “diz-se de estado religioso da alma inspirado pelas qualidades transcendentais da divindade”. A palavra *nume*, derivada do latim, apresenta-se com o significado de: “ente ou ser divino; deidade, divindade. Espírito sobrenatural e superior” (NUME, 2021; NUMINOSO, 2021). Nesse sentido, esse estado de deslumbramento perante a sensação do sagrado ultrapassa nossa aquém capacidade racional e emocional da realidade sensível, avança para uma instância irracional, transcendente, e se mostra como o “*mysterium*”, o “*totalmente outro*”, o sobrenatural e supramundano “*numen*”; involuntariamente cativante. Esse *Mistério* é “*tremendum*”, é arrepiante, pois traz assombro e temor reverencial. Mas também é “*fascinans*”, majestoso, fascinante, avassalador e encantador (OTTO, 2007, p. 38, 44, 56).

A experiência religiosa interior dos místicos, como no *Cântico Espiritual*, de São João da Cruz (1542-1591), e no livro *A linguagem dos pássaros*, do muçulmano Farid al-Din Attar (1142? -1220), expressa de forma poética o “encontro interior unitivo do homem com a infinitude divina [...]”; essa “sede infinita da busca permanente de união e comunhão com a Energia benfazeja, que é a razão da mais profunda alegria” (TEIXEIRA, 2008, p. 18; FARID AL-DIN ATTAR, 2021). Também, esse Numinoso se apresenta como um chamado superior a qualquer suposta suficiência humana e, ao mesmo tempo, irresistivelmente pessoal, gracioso, afetuoso, esperançoso, necessário e eficaz.

No misticismo oriental (hinduísmo, budismo, taoísmo), os fiéis descrevem como “uma identidade total entre o indivíduo e a divindade, ou o espírito universal”. Alguns místicos modernos, não identificados com uma religião específica, experimentaram “aquilo que chamam de ‘consciência cósmica’, ‘sensação oceânica’ ou ‘osmose mental’” (GAARDER, HELLERN; NOTAKER, 2005, p. 31). De qualquer forma, o encontro místico traz surpresa, incomoda, alivia e impulsiona... Algo como a principal peça de um quebra-cabeças que o ser humano precisa encontrar para completar alegremente o jogo da vida. Essa interação dinâmica e de intensidade variável pode acontecer quando o homem da ciência racional se abre, se desarma, caminha tentando sentir o desconhecido deslumbrante e busca o mistério vital do sagrado, com sua expressividade múltipla, como origem de toda a religião.

Eliade (1992) afirma que o sagrado e o profano são duas modalidades do homem existir no mundo. Os fatos religiosos históricos, pertencentes a diferentes culturas, “partem de um mesmo comportamento, que é do *homo religiosus*” (ELIADE, 1992, p.

16, sic). Diante do ato misterioso de uma manifestação do sagrado (hierofania), o ser humano religioso entende que uma realidade que não pertence ao nosso mundo se revela em objetos que fazem parte integrante do imanente mundo natural e profano. Para o *Homo religiosus*, a pedra, a árvore, um lugar, um tempo, um rito e um mito podem ser sagrados. Ou seja, para aqueles que têm uma experiência religiosa, a natureza é suscetível de revelar-se como sacralidade cósmica, que permitirá a comunhão do homem com o sagrado e do sagrado como o homem (ELIADE, 1992). Nesse sentido, cada uma das religiões existentes no mundo pode ser identificada pelo que ela entende como hierofanias, expressas em suas crenças e práticas, que comunicam seus fiéis ao mistério transcendente e sobrenatural.

A respeito desse mistério histórico, cultural e existencial, numerosos estudos relataram influências genéticas na religiosidade, encontrando coeficientes de herdabilidade significativos para visões gerais sobre o valor da religião (BEIT-HALLAHMI, 2021). Também, há evidências científicas da ocorrência de um “desenvolvimento ontogenético de conceitos religiosos”, que se expressam na primeira infância – entre três e seis anos de idade – e diminuem na vida adulta. Estudos transculturais realizados com crianças na faixa etária de três a 12 anos indicam que elas possuem um “teísmo intuitivo” que diferencia a onisciência social e poderosa de agentes sobrenaturais a partir do conhecimento falível de agentes sociais naturais (ALCORTA, 2021, p. 109, tradução nossa)¹³. Asp, Ramchandran e Tranel (2012) idealizaram uma teoria de modelo neurobiológico do processo de crença e dúvida, propondo que o córtex pré-frontal é fundamental para a dúvida normativa quanto às representações cognitivas devidamente compreendidas. Eles levantaram a hipótese de que os pacientes com dano ao córtex pré-frontal teriam um déficit de dúvida e, em um estudo com participantes com dano bilateral do córtex pré-frontal medial, encontraram correlação positiva entre essas lesões e aumento na religiosidade do tipo crenças normativas, inclusive com maior autoritarismo, fundamentalismo e convicção religiosa específica. A doença de Parkinson, onde ocorre menor produção de dopamina, está associada à menor religiosidade. Tais evidências trazem apoio científico à teoria de que “por trás das diferenças individuais de religiosidade, bem como da ausência total de religiosidade em ateus, deve haver um substrato genético e cerebral” (BEIT-HALLAHMI, 2021, p. 361). No entanto, a demografia da religiosidade ao longo do

¹³ No original, está escrito: *ontogenetic development of religious concepts; intuitive theism*.

tempo e do espaço, e outras evidências históricas e culturais apoiam a afirmação de defensores da religião de que todos os seres humanos compartilham um “*sensus divinitatis*” (BEIT-HALLAHMI, 2021, p. 364).

Vários filósofos e teólogos antigos já pensavam sobre essa capacidade inata de busca pelo sentido último da nossa existência. Convergindo com esse pensamento, Santo Agostinho (2014, p. 214) escreveu que nós nascemos com um desejo, um anseio por Deus: “Eu te saboreei, e agora tenho fome e sede de ti. Tu me tocaste, e agora estou ardendo no desejo de tua paz”. Calvino (2002, v. 1, p. 56) chamava esse instinto natural de: consciência da divindade (*sensus divinitatis*) ou semente da religião (*semen religionis*). Bavinck (2012, v. 2, p. 67, 72, 73), denomina essa convicção “naturalmente congênita” de “conhecimento implantado por Deus”. Plantinga (2018, p. irregular) afirma que “a consciência de Deus é natural, disseminada, e não é fácil de esquecer, ignorar ou destruir”; é algo como uma capacidade com a qual já nascemos e que, com a maturidade, é transformada em verdadeiro conhecimento de Deus.

1.3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA RELIGIÃO E SAÚDE: *HOMO DIVINUS SCIENTIA RELIGIOSUS*

Apesar do evidente interesse contemporâneo para os temas religiosidade e saúde, a pesquisa histórica comparada mostra que a saúde tem sido uma preocupação própria das religiões desde os tempos mais remotos, e “não encontra em nenhum canto da terra um mundo religioso que não tenha também uma ‘função terapêutica’” (TERRIN, 1998, p. 151). A busca pelos primórdios da religião na história humana, à luz das Ciências da Religião, Artes Visuais, Arqueologia, Linguística, Etnologia, Antropologia, Psicologia da Religião, Psicobiologia, Teologia e outras ciências afins, tem evidenciado que linguagem, arte, religião, saúde e doença já surgiram inseparáveis (ARMSTRONG, 2011). Sob às lentes da teoria evolutiva da psicologia, essa realidade memorável aconteceu quando criaturas com postura ereta e cérebro grande (*Homo erectus*), descendentes de grandes símios, evoluíram até o surgimento do *Homo sapiens*, com características distintamente humanas (AYALA, 2007). Se por um lado as mudanças morfológicas até surgir o homem têm sido muito desvendadas, as alterações funcionais que fizeram o homem dar um grande salto de um animal para um ser humano propriamente dito permanecem sem explicação evolucionista. Alguns cientistas, como Pierre Teilhard de Chardin (1881-1955), autor do livro *O fenómeno humano* (CHARDIN,

1970), e Francis Sellers Collins, autor do livro *A linguagem de Deus* (COLLINS, 2007), apresentam teorias que permitem a possibilidade de equilíbrio entre evolucionismo e criacionismo bíblico (BARROS, 2009). Nessa concepção, Deus intencionalmente, dotou aquela criatura hominídea de faculdades racionais, morais, sociais e espirituais. Dessa forma, com sua livre consciência da existência de si mesmo e de um universo visível e invisível ao seu redor, o *Homo sapiens* tem a potencialidade de acreditar que é homem com ciência (*Homo scientia*) e com semelhança divina ("*Homo divinus*"), quando compreende que descende tanto do *Homo erectus* quanto da imagem e semelhança de Deus (CONNOLLY, 2016; STOT, 2005, p. 63; STUMP, 2020, p. 17). Na visão de Harrison (2017), Tomás de Aquino entendia que o ser humano tem virtudes intelectuais que incluem:

- a) Virtudes sobrenaturais (fé, esperança, amor);
- b) Os sete dons do espírito santo, citados no versículo 2 do capítulo 11 do livro bíblico Isaías (is 11,2):
 - Sabedoria (*sapientia*), como apreensão das causas superiores e da causa primeira (deus);
 - Entendimento dos primeiros princípios (*intellectus*);
 - Ciência (*scientia*), como verdades derivadas dos princípios;
 - Conselho;
 - Força;
 - Piedade;
 - Temor;
- c) Os nove atributos do fruto do espírito santo, descrito nos versículos 22 e 23 da carta de Paulo aos Gálatas (gl 5,22-23) – amor, alegria, paz, compaixão, amabilidade, paciência, fidelidade, mansidão e domínio próprio (HARISSON, 2017, p. 28, 29, 218).

Unindo ciência, religião e teologia, C. S. Lewis (2009a), traz poesia para essa concepção teísta evolucionista da origem e propósito da humanidade, em seu livro *O problema do sofrimento*, escrito em 1940:

Por séculos a fio, Deus aprimorou a forma animal que deveria tornar-se o veículo da humanidade e a imagem de Si Mesmo. Deu-lhe mãos cujo polegar poderia juntar-se a cada articulação e um cérebro suficientemente complexo para executar todos os movimentos materiais pelos quais o pensamento racional toma forma. A criatura pode ter existido por eras nesse estado antes que se tornasse homem. Pode até

mesmo ter sido inteligente a ponto de fazer as coisas que um arqueólogo logo aceitaria como prova de sua humanidade. Entretanto, era apenas um animal, porque todos os seus processos físicos e psíquicos estavam dirigidos a fins unicamente materiais e naturais. Então, na plenitude do tempo, Deus fez com que viesse sobre esse organismo, tanto em sua psicologia como em sua fisiologia, um novo tipo de consciência que poderia dizer 'eu' e 'a mim', que poderia olhar para si mesma como uma realidade, que conhecia a Deus, que podia tecer juízos acerca da verdade, da beleza e da bondade e que se achava tão acima do tempo que podia perceber o fluxo temporal passar (LEWIS, 2009a, 87, 88).

A respeito desses primórdios da humanidade, ainda não organizada e sem a invenção da escrita, a arqueologia tem trazido muitas descobertas interessantes dos Períodos da Pré-História¹⁴. Assim, datados com técnica de radioisótopos como existentes há cerca de 160.000 anos antes de Cristo (a.C.), e representando alguns dos fósseis mais antigos de *Homo sapiens sapiens*, foram encontrados três crânios na aldeia de Herto, deserto de Awash, porção central da Etiópia, África (ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 91; WHITE *et al.*, 2003, p. 742). Esses crânios apresentam evidências osteológicas de deliberada manipulação humana após a morte, por meio de incisões com ferramentas feitas de pedra, nas quais foram retiradas as partes moles. Esses achados de possíveis rituais fúnebres também foram encontrados em crânios da Caverna de Gough, na Inglaterra, norte da Europa Ocidental, datados como 12.000 anos a.C.; sendo que, nesse caso, existem indícios de que os tecidos carnosos foram arrancados dos ossos por mordeduras humanas, indicando a possibilidade de canibalismo. Além disso, tanto na África quanto na Inglaterra, foram encontrados sinais de raspagem ou polimento, manuseio e cuidado humano, sugerindo que aqueles crânios tenham sido guardados como troféus ou objetos de veneração (ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 91, 92). Mais ainda, outros crânios, encontrados em Krapina, Croácia, sudeste da Europa, datados como 130.000 anos a.C., mostram marcas que podem representar um tipo de comportamento fúnebre ritualístico-religioso (FRAYER *et al.*, 2006; ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 91).

Também, a arqueologia, neste caso associada à espeleologia, tem mostrado possíveis práticas religiosas de tribos primitivas, registradas em figuras nas paredes e tetos de cavernas. Aqui, as origens da arte e da religião expressivas se encontram,

¹⁴ Períodos da Pré-História: Paleolítico (Idade da Pedra Lascada), subdividido em Inferior (2,5 milhões de anos a 250 mil anos a.C.), Médio (250 mil anos a 50 mil anos a.C.) e Superior (50 mil anos a 12 mil anos a.C.); Neolítico ou Idade da Pedra Polida (12 mil anos a 6 mil anos a.C.); e Idade dos Metais (6 mil anos a 4 mil anos a.C.) (FERNANDES, 2022; HIGA, 2022).

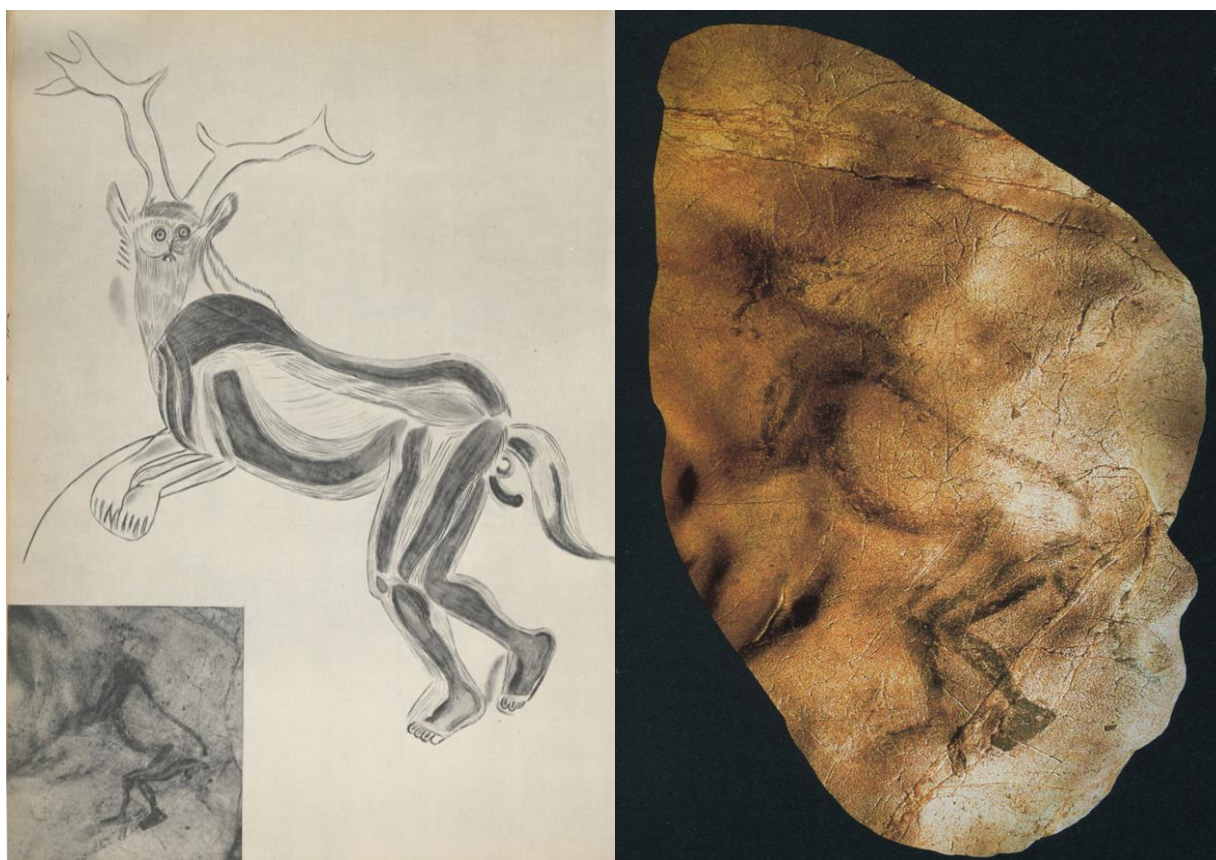
como primeiros sinais visuais de linguagem simbólica do *Homo sapiens* [*divinus scientia religiosus*]. Essa arte do homem da Idade da Pedra Lascada existe sob a forma de gravação de desenhos feitos com fissuras nas rochas. Mas também se apresenta como pinturas com pigmentos provenientes de argilas, carvão, ossos carbonizados ou plantas, misturados com sangue, clara de ovo, excrementos de animais, resinas vegetais ou saliva; que eram soprados, ou pincelados com ossos e pelos de animais ou com os dedos. Muitos desses materiais eram transportados por cerca de 80 Km até as grutas, as quais tinham, às vezes, 450 metros de passagem por túneis estreitos e 200 metros de profundidade; o que evidencia a importância que os homens do paleolítico davam a essa atividade. Eles se arriscavam e consumiam muito tempo, energia e recursos materiais, sem aparente ganho utilitário para a sobrevivência humana, compatíveis com o que os psicólogos evolucionistas, adeptos da teoria funcionalista, denominam de rituais humanos. Essas cerimônias coletivas de celebração da vida e da morte eram caracterizadas por danças, marchas e cantos emocionalistas e sincrônicos, ao redor do fogo, onde pintavam seus corpos na cor vermelho ocre e usavam colares e outros adornos de contas; feitas com a perfuração de conchas ou dentes de animais.

A Rhino Cave (Caverna do Rinoceronte), localizada no Female Hill (Monte Feminino), em Botswana, sul da África, datada como 70.000 anos a.C., é uma caverna extremamente sinuosa, com sinais de manipulação humana pré-histórica, para acentuar a sensação do formato de uma serpente estonteante (ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 87, 89, 90). Funcionando como uma porta para o (sub)mundo espiritual, esse lugar subterrâneo, soturno, visual e acusticamente indutor de transe, tem paredes quebradas, queimadas e pintadas com cores que podem mais facilmente desencadear estados alterados de consciência. Essas situações de êxtase, que também podem ser provocadas por bebidas enteógenas – como a ayahuasca das religiões Santo Daime e União Vegetal, mescalina do cacto peiote na Native American Church e México, psilocibina obtida de fungos dos EUA, México e América do Sul –, podem ser acompanhadas de fenômenos visuais que se passam no interior do olho humano provocados por excitantes, que facilitam a retratação de formas geométricas entópticas nas paredes e tetos das cavernas, cultuadas por clãs tribais africanos pré-históricos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 526; ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 91). O estudo transcultural de sistemas religiosos de civilizações antigas (Egito, Suméria, Mesopotâmia, Babilônia, Índia Védica, China pré-

budista e Mesoamérica pré-colombiana) encontrou evidências da possibilidade de que a crença humana na vida após a morte tenha origem relacionada às experiências místicas – como o transe xamânico – e às experiências de quase morte (TASSELL-MATAMUA; HOLDEN, 2020, p. 60).

Como vimos, os achados arqueológicos na África sugerem que o *Homo sapiens* se expressou como *Homo religiosus* primeiramente na África e, depois, levou essas práticas religiosas para a Europa. Contudo, em termos de arte mais expressivamente religiosa do homem das cavernas, as descobertas que mais têm chamado a atenção de cientistas da religião e especialistas afins são as duas pinturas denominadas de *O feiticeiro* e *Homem e pássaro*, encontradas nas cavernas de Les Trois Freres e Lascaux, respectivamente, na França. A primeira foi descoberta em 1914, por Bégouen (BÉGOUEN; BREUIL, 1958). Ambas as imagens ficaram famosas com os estudos científicos de Breuil (1952, 1969). Ver Figuras 9 e 10

FIGURA 9 – O FEITICEIRO, GRUTA DE LES TROIS FÉRES (FRANÇA)

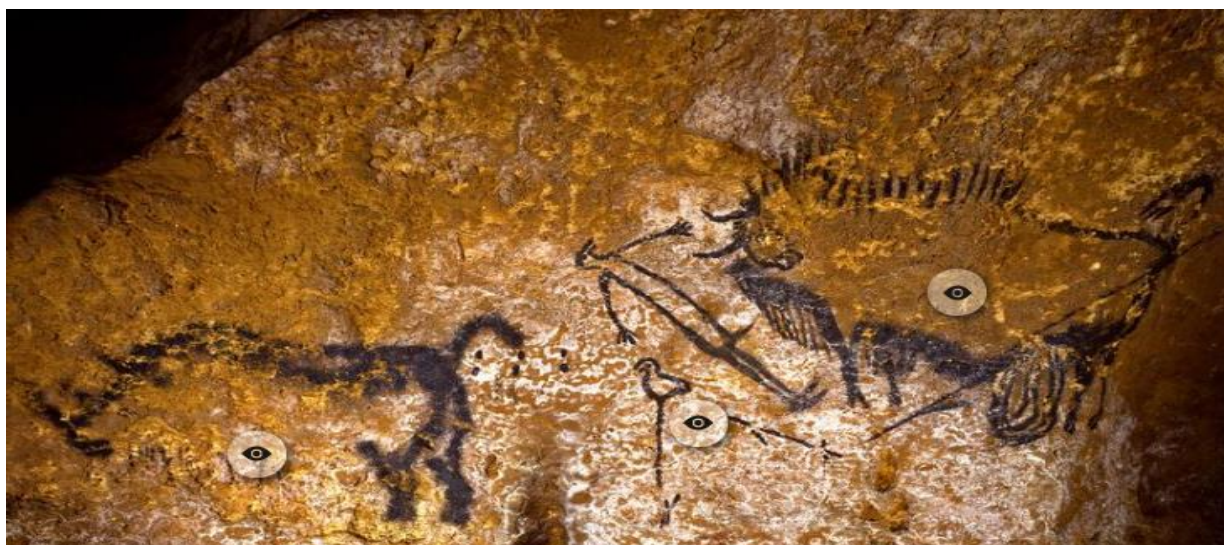


Fotografia da figura feita por J. Vertut, Collection Bégouen (HITCHCOCK, 2021).
<https://www.donsmaps.com/troisfreres.html#reference> Acesso em: 01 mai. 2021.

FONTES: Desenho feito por Breuil (1952).
<https://archives.library.wcsu.edu/omeka/items/show/2165>. Acesso em: 01 mai. 2021.

Muitos estudiosos interpretam a imagem do feiticeiro de Les Trois Freres – um homem vestido com parte da cabeça de um animal com chifres e com uma cauda longa – como sendo prova científica da existência de xamãs pré-históricos (40.000-10.000 anos a.C.). Essas pessoas expressavam a espiritualidade da tribo por assumirem a função de sacerdotes-artistas poderosos que se arriscavam adentrando nas cavernas, as quais, algumas vezes, somente eram acessíveis por meio de rios subterrâneos e até túneis longos que cabem apenas um homem deitado. Eles eram considerados representações de um Mestre Animal (ARMSTRONG, 2011, p. 28, 34; ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 90). Breuil (1952, 1969) interpretou essa figura de chifres como um xamã em veste cerimonial, ou como uma pintura mítica e híbrida de metamorfose homem-animal. À luz do xamanismo, ocorre o “voo da alma” e, no meio do transe, a alma do xamã deixa seu corpo e se une com a de um animal espiritualmente poderoso (ROSSANO; VANDEWALLE, 2021, p. 91). Como curandeiros, que, ao mesmo tempo são considerados por alguns como em crise psicótica eufórica, eles são chamados a tratar indivíduos com doenças hipoteticamente causadas pela fuga de partes do espírito em resposta a um trauma ou doença. Nessa *terapia espiritual*, envolvendo geralmente situações de transe, eles são transportados para fora de si e, alegadamente, sintonizam entidades ou divindades, com o objetivo de resgatar a alma do paciente; ou restituir a saúde de sua própria alma em sofrimento mental (LEEMING; MADDEN; MARLAN, 2010; WALLIS, 2019).

FIGURA 10 – *HOMEM E PÁSSARO*, GRUTA DE LASCAUX (FRANÇA)



FONTE: <https://archeologie.culture.fr/lascaux/fr/visiter-grotte-lascaux/puits/panneau-homme-blesse>

A visita virtual ao Musée D'Archéologie Nationale do Ministério da Cultura da França (SAGORY, 2021, sala 10/9) mostra que a figura *Homem e pássaro*, ou *Cena do poço*, tem chamado a atenção de muitos pesquisadores pela sua expressividade iconográfica e por ser a única representação humana do (possível) santuário pré-histórico de Lascaux. Parece ser a cena de um drama na antiguidade, pintado com giz negro em um fundo ocre dourado: um grande bisão de perfil, penetrado por uma azagaia – lança de madeira igual a de povos caçadores do sul da África –, desde o ânus até o genital e abdome, que se apresenta eviscerado; um homem caindo (em 45 graus) ou caído na terra, desenhado como em desenhos infantis, com mãos de quatro dedos, pernas e braços esticados, com a cabeça em forma de pássaro de bico longo, e com o pênis ereto; um pássaro, parecido com um pombo, empoleirado em um bastão; e um rinoceronte, num esboço pouco claro, se afastando e, talvez, defecando (HERBERT, 2021). Essas imagens foram interpretadas por Henri Breuil com sua teoria da magia simpática (ou lei da similaridade), na qual o homem mágico registra imagens teriantrópicas, imaginando possuir características de animais, com o objetivo de representar sua futura vitória nas caçadas e na fertilidade (BREUIL, 1969; HELENO, 1956; STRAUS, 1992). Essa concepção de uma mágica imitativa naquele contexto pré-histórico nos faz lembrar a terapêutica pelos semelhantes, usada inicialmente por Hipócrates (460-377 a.C.). Essa teoria dos semelhantes foi aplicada no uso de plantas medicinais e patogênese de sintomas pelo médico alemão Cristiano Frederico Samuel Hahnemann (1755-1843). Após realizar estudos observacionais experimentais em si mesmo e em amigos e familiares, Hahnemann apresentou a hipótese de possível ação curativa da “atividade energética das doses mínimas ou ‘infinitesimais’ do medicamento ‘semelhante’”. Em 1796, com base em relato de casos, ele publicou sua teoria “‘PRINCÍPIO DE SIMILITUDE’ segundo o qual pode-se curar uma doença por remédios que provocam no indivíduo sadio sintomas análogos àqueles da doença” (ROMANACH, 1981, p. 17, 18). Estava fundada a Homeopatia; hoje, ainda carente de evidências físico-química, biológica ou clínica que demonstrem de forma confiável que os produtos homeopáticos têm uma ação farmacológica definida (ALVAREZ GONZALES, 2008). Contudo, no Brasil, a Homeopatia é uma especialidade médica oficialmente reconhecida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Ainda em relação à interpretação religiosa do *Homem e pássaro* de Lascaux, vários cientistas da religião, antropólogos e arqueólogos, como Horst Kirchner, Herbert Kuhn, Mircea Eliade, Feng Qu, Peter Furst, K. C. Chang e Joseph Campbell,

entenderam que a simbologia do pássaro pode significar a ação desse ser como um psicopompo, um condutor espiritual, capaz de (re)ligar terra e céu, de atuar como veículo que faz os xamãs, bruxos ou sacerdotes voarem até a dimensão espiritual do cosmos (WALLIS, 2019). Como um antropozoomorfismo, a imagem de um corpo humano com cabeça de pássaro é vista na mitologia do período Dinástico Primitivo do Egito, por volta de 3.000 a.C., quando a tribo do norte, devota do deus Hórus, conquista a tribo do sul, devota de Set. Nessa concepção, Hórus, “o afastado, a altura”, era descrito principalmente como um homem com cabeça de falcão, que encarnava exclusivamente no faraó (REINKE, 2019, p. 85). Tendo rejuvenescido o ordeiro pai Osíris que, pela ação maligna de Set, estava no caótico mundo dos mortos, Hórus, como deus filho da ordem e do caos, trazia integração religiosa, política e social, ao manter uma reconciliação controladora com seu perverso tio Set. Assim, a boa religião de Hórus controlava a má religião que provinha de Set (PETERSON, 2018a; REINKE, 2019).

Essa descrição de parte dos deuses egípcios é um dos exemplos de como a história comparada das religiões evidencia que, na busca inerentemente humana pelo sagrado (*Homo religiosus*, de Mircea Eliade), nós vamos além do que os olhos veem e mergulhamos na linguagem mítica, que ultrapassa a razão e comunica pensamentos e sentimentos por meio de símbolos. Na Psicologia da Religião, Carl Jung teorizou os símbolos religiosos que os homens repetem constantemente como arquétipos, resíduos arcaicos presentes filogeneticamente em todos os seres humanos. É no símbolo que acontece a manifestação que revela o sagrado (hierofania) ou compreensão do *Mistério Totalmente Outro*. Como parte da cultura e cosmovisão de um grupo humano, os símbolos em forma de narrativas formam os mitos; os quais se apresentam como explicações de eventos significativos, como a origem do mundo e da presença do divino na história de um povo. Mas também, existem outras formas de contar o mito, como descrições que aparecem no meio de um debate entre sábios ou em encantamentos curandeirísticos.

Segundo Reinke (2019, p. 27), Ernst Cassirer (1874-1945) trouxe o entendimento do mito como uma forma “‘extra-científica’ da verdade”, como um meio além da ciência do homem estruturar e trazer significado as suas experiências e, assim, compreender a si mesmo e ao mundo da natureza. Assim, os mitos passaram a ser reconhecidos como interpretações, geralmente figuradas, do mundo e “da realidade transcendente, situada além do que pode ser percebido pelos sentidos, impelindo quem

o experimenta a saltar do plano existencial para o das essências” (REINKE, 2019, p. 27). Existindo em todas as civilizações, os mitos religiosos são tentativas de o homem buscar Deus ou deuses; ou, desse divino se comunicar com a humanidade. Por trás da linguagem simbólica mítica, podem existir verdades. Os mitos são necessários porque permitem ao ser humano encontrar sentido em Deus, no mundo, na vida, no sofrimento... e na morte!

Para a Psicologia da Religião, o mito é indispensável porque simboliza os desejos positivos e negativos da alma, possibilitando conscientizar significados essenciais, para prevenir desastres e acalmar a alma. Como psicoterapeuta, o médico vienense Sigmund Freud (1856-1939) deu o grande passo para elevar o mito de uma categoria imaginativa a ser substituída pelo cientificismo racionalista e materialista para uma realidade psicológica de expressão simbólica do inconsciente (BAILEY, 2010). Entretanto, desvendando o poderoso inconsciente, Freud manteve-o no reino do patológico; portanto, nem o mito nem a religião podiam expressar muito valor de verdade. Mas, diferentemente do seu mestre, Bruno Bettelheim (1903-1990), desenvolveu o princípio existencial de que os mitos dos contos de fadas, alguns com temas religiosos, ajudam as crianças a encontrarem significados esperançosos e de educação moral. Pois, as estórias ajudam as crianças a liberarem sentimentos sombrios reprimidos e, ao se identificarem com seus heróis, conseguem superar medos e aumentar a autoestima. Por sua vez, Carl Jung, forneceu a mais forte teoria do mito para a compreensão positiva da religião, compreendendo que o mito tem a função de revelar o inconsciente para a consciência. Aparecendo nas crenças e sonhos de crianças e adultos, os símbolos míticos religiosos são arquétipos ou formas de compreender e reagir às circunstâncias da vida desde o nascimento. Ao contrário de Freud, ele argumentou que não é a presença de imagens religiosas na psique, mas a sua ausência e falta de respeito consciente por elas que leva a neurose. Segundo Jung, o desafio da cura psicoterapêutica é identificar os arquétipos de influência de alguém, tornando-o consciente da ação desses no sentimento e comportamento, e estimulando-o ao autocontrole e fortalecimento de aspectos positivos (BAILEY, 2010; REINKE, 2019).

Seja como um gênero literário de linguagem figurada, trabalho narrativo de uma visão de mundo particular, ou construção cultural projetada para legitimar uma estrutura social, por meio da realização ritual periódica no culto, o mito tenta trazer ordem e significado diante do caos, e fortalecer uma tradição; trazendo-a simbolicamente de

volta a uma realidade transcendente e sobrenatural, relacionada a uma ou várias deidades primitivas (BUSTER, 2016). O hibridismo cultural que naturalmente ocorre entre grupos diferentes pode fazer com que mitos de heróis e deuses ganhem novos significados ao longo do tempo. Infelizmente, esses novos significados nem sempre trazem ordem, harmonia, equilíbrio e paz às civilizações.

A preocupação quanto a validade desses significados para a justiça e equilíbrio de uma sociedade foi descrita por Platão (1972), no final do Livro 2 e parte do Livro 3 de sua obra *A República*, na qual se refere a uma cidade ideal e usa como artifício literário um diálogo entre os personagens Sócrates, Glauco e Adimanto. Estabelecendo a ideia e dando origem à palavra *teologia*, Platão rechaça os ensinamentos de poetas consagrados, como Homero e Hesíodo, quando esses se põem a falar das divindades míticas da poesia grega antiga, maculadas por todas as formas de frouxidão e devassidão humanas. O cerne dessa crítica é expresso naquilo que Adimanto denomina, no final do Livro 2: “os modelos a usar quando se fala sobre os deuses (*hoi týpoi perì theologías*)’ (379a)” (BOLZANI FILHO, 2014, p. 260; JAEGER, 1952). Estabelecendo normativamente o conteúdo mais adequado à educação das crianças e dos guardiões e aproximando-os a Deus ou aos deuses (*theos*) por meio da racionalidade filosófica (*logos*) dos discursos acerca do divino, a principal objeção de Platão aos mitos não é a sua precisão ou falsidade, mas que muitos deles podem apresentar exemplos éticos errados, servindo de modelo de corrupção. Platão incorpora vários mitos em seus escritos, porém despreza aqueles sem princípios de virtude e justiça; como, por exemplo, o mito grego onde Zeus mata seu pai Cronos, pois poderia encorajar jovens a seguir esse mau modelo e matar seus pais também (BUSTER, 2016). Segundo Bolzani Filho (2014, p. 261, 262), Sócrates e Adimanto descrevem “deus” como “essencialmente bom (*agathòs ho theòs tô(i) ónti*) (379a)” e que “É impossível...que também um deus queira mudar a si mesmo (*adýnaton...kàitheô(i) ethélein autòn alloioûn*)”. Assim, na visão de Platão, essa caracterização do que seria um falar bem e com valor educativo da poesia mítica, segue para um chamamento à boa ação imitativa, referenciada no caráter moralmente bom e imutável do divino, e comumente incentivada na maioria das religiões.

Na contemporaneidade, muitos textos mitológicos das religiões foram atualizados da linguagem escrita para formas de expressão cultural diferentes, como cinema, literatura, teatro, novelas e séries televisivas, e revistas em quadrinhos. Assim, da segunda metade do século XX até o início do segundo milênio, apareceram muitos

filmes mitológicos, tais como: *Os filhos do trovão* (1962), *Édipo Rei* (1967), *Tróia* (2004), *Xena, a princesa guerreira* (1995), *Mulher-Maravilha* (2017), *A Odisseia* (1997), *Percy Jackson e o ladrão de raios* (2010), *Fúria de titãs* (2010). Muitas dessas produções artísticas míticas passaram a ser denominadas de ficção científica. Essas expressões míticas permitem promover diálogos entre ciência e ficção, fazendo lembrar o que afirma Foucault (2009):

O fictício não está nunca nas coisas nem nos homens, mas na impossível verossimilhança do que está entre eles: encontros, proximidade do mais longínquo, absoluta dissimulação lá onde nós estamos. A ficção consiste, portanto, não em mostrar o invisível, mas em mostrar o quanto é invisível a invisibilidade do visível. (FOUCAULT, 2009, p. 225).

Assim é o caso da história de um herói com o nome de Kal-El, que veio do céu, mandado por seu pai, Jor-El, foi adotado por uma família humana, cresceu, descobriu que tinha habilidades diferentes dos humanos, salvou muitas pessoas, morreu e ressuscitou; conhecido por Super-Homem (ou Kal-El). O detalhe do El no nome da família nos faz lembrar as palavras hebraicas transliteradas para o português como *El* e sua forma plural *Elohim*, traduzida para o português como Deus¹⁵. Superman foi idealizado por dois judeus (Joe Shuster e Jerry Siegel) e surgiu primeiramente como história em quadrinhos, no ano de 1938, na revista *Action Comics*, nos EUA (REINKE, 2019, p. 313; EURY; SANDERSON, 2021). Um outro exemplo de (pós)modernização extremamente criativa de narrativas religiosas que buscam trazer sentido à vida é a obra literária de C. S. Lewis e J. R. R. Tolkien. Ambos produziram muitos livros que misturam mitologia nórdica expressiva e cristianismo implícito. Tolkien gostava de histórias fantásticas, nas quais um aparente destino trágico era transformado em uma felicidade surpreendente. Nesses contos de fadas, é exaltada a possibilidade de salvação, da vitória do bem sobre o mal, como um vislumbre da suprema alegria que todo ser humano almeja. Tolkien chamava de *Eucatástrofe* a esse consolo do final feliz, de um mal inicial que vai resultar em um bem final na eternidade (REINKE, 2019, p. 314); sem deixar de ter passado por uma “*dyscatastrofe*” (KREEFT, 1995, p. 98, sic).

¹⁵ Há cerca de 2.000 anos a.C., os cananeus cultuavam a divindade *El*. Segundo a Bíblia, existiu um rei cananeu, chamado Melquisedeque (rei de justiça), rei de Salém, que era sacerdote de *El-Elyon* (Deus Altíssimo), o qual abençoou e comeu pão e vinho com Abrão, que cultuava *El-Shaddai* (Deus Todo Poderoso). Diferentemente, Abrão evitou comunhão com o rei de Sodoma, cujo povo era mau, perverso, pecador e portador de outra concepção divina (RICHARDSON, p. 30-37).

Apesar desses muitos mitos contemporâneos adaptados à linguagem cinematográfica, alguns mitos primitivos ainda são encontrados em tribos indígenas lanomânis, nas quais o xamã narra o mito de criação de sua cultura ameríndia (KAWAGUCHI, 2021). O ofício do xamã pré-histórico e do pajé ameríndio, com suas várias identidades “(chefe cerimonial, sacerdote, profeta, adivinho, curador, homem-deus, benzedor, *medicine-man*, feiticeiro, médico-feiticeiro e líder indígena, entre outras)”, é bastante emblemático para representar a relação histórica entre religião, saúde e doença (BOTELHO; COSTA, 2006, p. 935). Segundo Frances (2016, p. 61), “a palavra ‘xamã’ significa ‘aquele que cura’”, e ele (muitas vezes ela) atuava não somente como líder religioso, mas também como um protótipo de médico, psiquiatra, cirurgião e psicólogo. Era o único membro da tribo a ter um papel especializado fora das cotidianas caça e colheita. Ele permanecia no acampamento cuidando dos doentes, usando tranSES facilitados por cogumelos alucinógenos e plantas psicodélicas, rituais de cura com canto, tambores, chocalhos, fumaça, dança, jejum, suor e privação de sono. Mais ainda, tinham senso prático e conhecimento da floresta, usando plantas medicinais, muitas das quais são usadas até hoje e/ou se tornaram fonte de medicamentos indispensáveis.

Na linguagem mítica das civilizações antigas, no contexto dos encantamentos medicinais, vemos a origem do mundo sendo “invocada magicamente, uma vez que o objetivo da cura era restabelecer a ordem da criação, expulsando a dor e a doença como elementos do caos” (REINKE, 2019, p. 52). A esse respeito, a epopeia do rei Gilgamesh, cujo “poema sobre ele data de algo entre os séculos XIII e XII a.C.”, já expressava a possibilidade de a religião fornecer respostas para o “desejo pela vida e imortalidade e a impossibilidade de alcançá-la, já que reservada ao divino” (REINKE, 2019, p. 53, 54). Nesse mundo antigo, a civilização egípcia, com seu desenvolvimento anterior ao período Dinástico Primitivo, datado cerca de 3.000 a.C., apresentava uma medicina baseada nas mágicas religiosas sacerdotais, da mesma forma que seus contemporâneos mesopotâmicos. Mas, seus médicos estavam na dianteira da Antiguidade, exibindo manuais que versavam sobre anatomia, doenças, instrumentos cirúrgicos, oftalmologia, ginecologia, farmacopeia, circuncisão, e a mumificação por meio do embalsamento de cadáveres; tão importantes para o estudo histórico das doenças e práticas medicinais do Mundo Antigo – paleopatologia (REINKE, 2019).

Da transição do xamã nômade, pronto para curar em qualquer lugar, para o sacerdote urbanizado palaciano, no século VIII a.C, surgiram cerca de 300 templos

medicinais do deus Esculápio, espalhados por toda a Grécia antiga. Os “*asclepieia*” se situavam principalmente em locais remotos e belos, com fonte de água e vista das montanhas, e eram multiuso: “templo, hospital, hotel, *spa*, *resort*, centro de entretenimento e escola de medicina” (FRANCES, 2016, p. 64). Peregrinos doentes que ali chegavam passavam por um processo diagnóstico que eles denominavam de incubação, buscando um encontro da mente com um deus, na expectativa de terem visões ou sonhos reveladores, que seriam interpretados por um sacerdote; antecipando aspectos da psicanálise moderna. Além dessa compreensão religiosa, no século VII a.C., também na Grécia, surgiu uma explicação secular da realidade, baseada na observação rigorosa e detalhista do mundo natural. Assim, os gregos desenvolveram um modelo alternativo, aparentemente não religioso, “para explicar como o mundo funciona e por que adoecemos”, denominado de filosofia natural, fundamentada na “base científica das culturas babilônica, persa, egípcia e indiana” (FRANCES, 2016, p. 66). Mas, essa filosofia natural foi muito representada por práticas filosófico-terapêuticas das escolas filosóficas greco-romanas, as quais propunham transformações no modo de ver e de ser do indivíduo, por meio de disciplinados exercícios de memorização de afirmações sobre a existência humana. Assim, segundo Cárdenas (2016) e Harrison (2017), os estoicos acreditavam em uma ordem racional moral (*logos*) que permeava o cosmo. No livro XVII, divisão 87 de sua obra *Vidas e doutrinas dos filósofos ilustres*, Diôgenes Laêrtios (412 a.C.-323 d.C.), registra que, para Zenão de Eleia (490-430 a.C.), a vida virtuosa era o mesmo que a vida em consonância com a natureza (DIÔGENES LAÊRTIOS, 2008). Então, para os estoicos, o estudo da natureza “permitia ao indivíduo discernir o que poderia ser mudado e o que devia ser aceito com equanimidade” (HARRISON, 2017, p. 45). Já para os epicureus, mesmo sem crer em uma ordem moral que permeasse o cosmos, esses filósofos prescreviam exercícios mentais para que a boa vida fosse alcançada a partir do entendimento da natureza das coisas, sem temor à morte ou perspectiva de punição pós-morte (HARRISON, 2017). Para Harrison (2017, p. 41), as terapias dos cultos religiosos mitopoético de Asclépio, os exercícios filosóficos e a medicina racionalista (científica) grega coexistiram harmoniosamente nas mesmas regiões geográficas. Assim, ao mesmo tempo que Hipócrates (460-370 a.C.) apresentou um entendimento totalmente biológico das enfermidades mentais e físicas, o juramento médico de sua autoria evidencia a compatibilidade entre religião e ciência: “Juro por Apolo Médico, por Esculápio, por Higeia, por Panaceia e por todos os deuses e deusas, tomando-os como

testemunhas, obedecer, de acordo com meus conhecimentos e meu critério, este juramento [...]” (REZENDE, 2009, p. 35).

Assim, testemunhos arqueológicos atestam a existência de terapias, inclusive como peregrinações antes do cristianismo: à deusa Ísis para a tracoma; a Asclépio no templo/teatro da cidade de Epidauro; ao “profeta Jeremias cujo túmulo em Alexandria curava da picada mortal de serpentes [...]” (MESLIN, 2014, p. 210). Sobre religiosidade e saúde na antiguidade, Libório afirma:

A relação do homem das antigas religiões com o sagrado institucional ou instituído parece sempre contar com a presença e atuação de taumaturgos, xamãs, curandeiros, exorcistas, terapeutas e médicos, cujas funções são as mais diversas, às vezes, opostas e até sobrepostas.

De fato, a religiosidade humana, também na Antiguidade, está permeada de preocupações e atitudes diante de três companheiros inseparáveis do homem: o sofrimento, a doença e a morte (LIBÓRIO, 2010, p. 12).

Por volta de 313 d.C., o Império Romano se tornou cristão com o imperador Constantino Magno (272-337), que proibiu a perseguição dos seguidores do caminho ou do nazareno – como eram chamados os cristãos na igreja primitiva. Wright (2020), em seu livro *Deus e a pandemia*, afirma que, no fim do século IV d.C., o imperador Flávio Cláudio Juliano (332-363) tentou desconverter o povo, mas “reclamou que os cristãos eram melhores em cuidar dos doentes e dos pobres, muito mais do que a população não cristã em geral” (WRIGHT, 2020, p. 62). Afinal, nas epidemias antigas, como a de varíola, “entre os anos de 165 e 180”, e a de sarampo, setenta anos mais tarde, onde precários recursos higiênico-terapêuticos eram agravados pela ausência de vacinas, muitos cristãos perdiam a vida ao cuidar filantropicamente de enfermos pobres ou ricos, vitimados por pandemias calamitosas, e abandonados pelas famílias e comunidades (BLAINEY, 2012, p. 63; WRIGHT, 2020). Nesse contexto cristão, bem como das duas outras religiões monoteístas, judaísmo e islamismo, a etimologia das palavras salvação e saúde traz à tona a relação histórica e existencial entre religião e saúde.

Com base em estudos de Linguística e Antropologia, Richardson (2008) refere que a palavra *Salém* é da língua dos antigos habitantes da terra de Canaã (cananeus) – onde hoje é o Estado de Israel – e deu origem às palavras *Shalom* (hebraico/judaísmo) e *Salam* (árabe/islamismo). Também, como derivada de *salém*, surgiu a palavra Jerusalém (fundamento da paz), nome da cidade fundada pelo rei Davi,

no século X a.C., conforme evidências científicas arqueológicas da existência do Palácio ou Casa de Davi (INSTITUTE OF ARCHAEOLOGY LYNN H. WOOD ARCHAEOLOGICAL MUSEUM, 2009; TAL; HARAMATI; GIBSON, 2010). No Antigo Testamento, *shalom* é usada para significar paz, saúde e salvação. Essa expressão hebraica designa um estado de integridade, plenitude e bem-estar; algo como um livramento ou salvação dos perigos ou doenças que podem nos custar a vida, em direção aos braços do Messias e Príncipe da Paz, que trará paz sem fim (ALMEIDA, 2016). Segundo Correia Júnior (2005, p. 51), *shalom* é uma palavra que, na cultura judaica, designa o estado de bem-estar do ser humano, “em que se vive em harmonia consigo mesmo, com o outro, com a comunidade, com o ecossistema em que tal comunidade está inserida e com o Deus Eterno”. Na concepção cristã do Novo Testamento, a paz é demonstrada e oferecida a todos pela chegada do tão esperado tempo messiânico de cumprimento do plano da promessa de Deus, com chegada do Salvador e seus milagres de cura e restauração de vidas. Essa cultura religiosa judaico-cristã “tem ajudado mulheres e homens a encontrarem sentido na vida ao se empenharem na promoção da Paz” (CORREIA JÚNIOR, 2005, p. 62). Por sua vez, os termos *soter* (grego) e *salus* (latino) são usados para indicar tanto salvação como saúde, mostrando a integralidade e a totalidade da pessoa e, ao mesmo tempo, “identificando ‘aquilo que salva, o ‘salvífico’ com o ‘sagrado’” (PONTES; AQUINO; CALDAS, 2016, p. 21). Mais ainda, como a religião que mais cresce no mundo, o islamismo afirma que a palavra *islam*, frequentemente traduzida como rendição ou submissão a Alá, tem uma conexão linguística com o vocábulo *salam*. Nessa concepção, render-se à vontade de Alá é trazer harmonia e paz para o universo (ABU-RAIYA, 2013, p. 681).

No período entre a queda de Roma (século V) e a ascensão de Philippe Pinel (1745-1826), embora a teoria dos quatro humores ou equilíbrio da química corporal, defendidas por Hipócrates e Galeno (130-200 d.C.) predominasse no mundo ocidental e os centros educacionais com faculdades de Medicina dos mosteiros prosperassem, a deturpação da “teologia cristã, mesclada à demonologia pagã, criou um enredo que mostrava a doença mental como obra do diabo”, ou causada exclusivamente pelo pecado (FRANCES, 2016, p. 71). Mas, é bom lembrarmos que, desde o ano 372 d.C., os primeiros hospitais foram organizados na Europa por monges, frades, freiras e padres que, como forma de caridade e amor sacrificial pelo próximo, davam abrigo, refeição, preces e conforto espiritual aos insanos, aos fisicamente doentes, leprosos,

órfãos e pobres. Uma das habilidades inusitadas dos monges da Regra de São Bento de Núrsia (480-547 d.C.) era de fundar hospitais, cultivar plantas medicinais e realizar tratamentos cirúrgicos nas pessoas que procuravam os mosteiros para serem cuidadas. Na Idade Média (500-1500 d.C.), os médicos professores já ensinavam que era preciso excluir as causas naturais e humorais da loucura, antes de presumir uma possessão demoníaca. Assim, a Igreja continuou a construir e equipar hospitais em todo o mundo ocidental e foi responsável pela certificação de doutores para praticar Medicina, mostrando que nossa noção de saúde moderna tem suas raízes em organizações religiosas (FRANCES, 2016; KOENIG, 2007). Entrementes, no período entre 700 e 1.500 d.C., “antes de entrar em sua própria idade das trevas, quinhentos anos atrás”, o mundo árabe tinha liberdade intelectual e avançou na visão naturalística e biológica; foi o primeiro povo do mundo a introduzir a ciência experimental quantitativa, quando integraram e expandiram as ciências grega, indiana e persa (FRANCES, 2016, p. 74). “O primeiro estabelecimento específico para doentes mentais foi inaugurado em Bagdá no ano 705”, e os hospitais muçulmanos empregavam com frequência médicos judeus e cristãos (FRANCES, 2016, p. 74, 75).

O método científico indutivo baseado em generalizações provenientes de observações repetidas, idealizado por Francis Bacon (1561-1626) deu origem, no século XVII, à ciência experimental “e o que era comumente designado por ‘religião experimental’ – religião baseada em experiência e testes” (HARRISON, 2017, p. 169). A expressão “religião experimental” foi usada por Edwards (1703-1758), em sua obra *Um tratado sobre afeições religiosas*, publicado originalmente em 1746; no contexto da religião cristã:

É essa propriamente a experiência cristã mediante a qual os santos têm a oportunidade de saber, na qualidade de experimento e prova reais, se têm coragem de fazer a vontade de Deus e abandonar tudo o mais por Cristo. Assim como se chama filosofia experimental a disciplina que submete as opiniões e noções à prova dos fatos, assim também se chama propriamente de religião experimental aquela que submete as afeições e intenções religiosas ao mesmo tipo de prova (EDWARDS, 2018, p. irregular).

Para Freitas (2017), a primeira tentativa de se compreender psicologicamente o fenômeno religioso ocorreu com esse trabalho de Edwards. Consoante Edwards (2018), as afeições religiosas correspondem às inclinações ou disposições profundas da alma que, quando santas (não profanas), provêm de uma experiência genuína com Deus, e provocam amor a Deus (sentimentos), pensamentos corretos sobre Deus

(raciocínio) e ações coerentes com os mandamentos de Deus (comportamento). Ou seja, “fortes inclinações da alma manifestas no pensamento, no sentimento e na ação” (McDERMOTT, 2013, p. 183). Posteriormente, outros estudiosos se destacaram como fundadores da Psicologia da Religião, como Granville Stanley Hall (1844-1924) e o considerado pai da Psicologia Experimental Wilhelm Wundt (1832-1920). Porém, foi William James (1842-1910) quem ficou conhecido como principal pioneiro em Psicologia da Religião, com a publicação, em 1902, do livro *As variedades da experiência religiosa*, no qual enfatizava pesquisas sobre o significado e os frutos da experiência religiosa na vida das pessoas (FREITAS, 2017).

A partir da terceira década do século XX, no contexto da secularização, a religiosidade na saúde ocidental, principalmente nas áreas de Psiquiatria, Psicologia e Neurologia, passou por uma fase de negligência ou oposição, ao generalizar as experiências espirituais como psicopatologias ou obscurantismo, com base em crenças e opiniões pessoais reducionistas de Karl Marx (1818-1883), Friedrich Nietzsche (1844-1900) e pioneiros da área de saúde mental, como Sigmund Freud (1856-1939) e, inclusive, Stanley Hall. Essa postura antirreligiosa se fez presente até por volta de 1990, e hoje é sobrepujada por milhares de estudos científicos antagonistas, incluindo ensaios clínicos e meta-análises, provenientes não apenas da Europa e Estados Unidos, mas também da Índia, Oriente Médio e Egito, (FREITAS, 2017; KOENIG, 2007; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; PANZINI *et al.*, 2007).

Entretanto, a década de 60 já foi promissora para o avanço científico da área religião e saúde. Nessa época, Meissner (1961) publicou pesquisa na qual avaliou 26 seminaristas católicos que estavam cursando os estágios finais de sua formação em Teologia. Ele utilizou o instrumento *Loyola Test of Religious Attitudes* para analisar a percepção dos estudantes quanto à relação da Psiquiatria com a religiosidade, antes e após participarem de um programa teórico e prático no Saint Elizabeth Hospital, em Washington, D.C. Ademais, em 1961, foi fundada a revista científica *Journal of Religion and Health*, que reúne as perspectivas da Psicologia e da Religião e explora os modos mais contemporâneos de pensamento religioso, com ênfase particular em sua relevância para a pesquisa médica e psicológica atual (SPRINGER NATURE, 2021). Corroborando o entendimento acima, para Hufford (2010), a conexão espiritualidade, religiosidade e saúde ressurgiu na década de 1960, a partir da influência dos movimentos cristãos católicos carismáticos e evangélicos neopentecostais; nos quais a cura espiritual foi somada a outras demandas populares existentes na Medicina

complementar e alternativa. Ele acredita que a pequena quantidade de pesquisas nessa área, antes da década de 1960, tenha ocorrido não só por divergências entre o cientificismo e o componente metafísico das religiões, mas também pela suposta dificuldade metodológica da ciência estudar o fenômeno religioso. Para mostrar a importância do tema religiosidade e saúde, Hufford (2010) cita uma pesquisa feita com adultos americanos, pelo Princeton Survey Research, na qual 87% acreditam que Deus responde às orações, 82% oram para pedir saúde ou sucesso para uma criança ou um membro da família, e 79% dizem que Deus responde às orações para curar alguém com uma doença incurável. Para esse pesquisador, a questão não é se conexões entre espiritualidade e saúde existem e devem ser estudados, mas sim “o que existe de empírico nessas conexões” e em seus efeitos”, e “como o tema deve ser estudado” (HUFFORD, 2010, p. 77, 79). De fato, por envolverem características essenciais da natureza humana, como morbidade (sofrimento), moralidade (culpa e perdão), mortalidade e eternidade, essas indagações existenciais humanas precisam continuar sendo estudadas, como uma das formas da ciência e da religião ajudarem a humanidade a vencer, pelo menos, o vazio existencial e os conflitos religiosos, migratórios e epidemiológicos do século XXI.

1.4 LOGOTERAPIA E ANTROPOLOGIA DA RELIGIÃO

Reintegrando as “ciências da mente com a ciência do espírito”, a Psicologia da Religião vem se afirmando diante da necessidade legítima, clínica e ética de estudo dos problemas religiosos e espirituais (LEEMING; MADDEN; MARLAN, 2010, p. vii, viii). Assim, referente a uma possível constante antropológica religiosa, Carl Gustav Jung (1875-1961) a afirmou como uma experiência cósmica primordial, uma herança psíquica inconsciente coletiva e filogenética (GOMES, 2011, p. 93). Por sua vez, saindo de uma visão da religião como um fenômeno meramente psicológico - como pensavam William James (1842-1910), Jung e Eric Fromm (1900-1980) -, o psiquiatra, neurologista e terapeuta Viktor Emil Frankl (1905-1997) trouxe à tona uma nova compreensão da constituição humana e fundou a escola psicológica de caráter fenomenológico, existencial e humanista denominada de Logoterapia. Nessa psicoterapia do sentido da vida, esse autor traz a concepção de que cada ser humano é um ser único e constituído por dimensões somática (corpo), psíquica (mente) e noológica (espiritual). Essa última, também chamada de noética, está acima da

facticidade psicofísica e não se restringe às vontades impulsivas de prazer e poder (FRANKL, 1978, 2017).

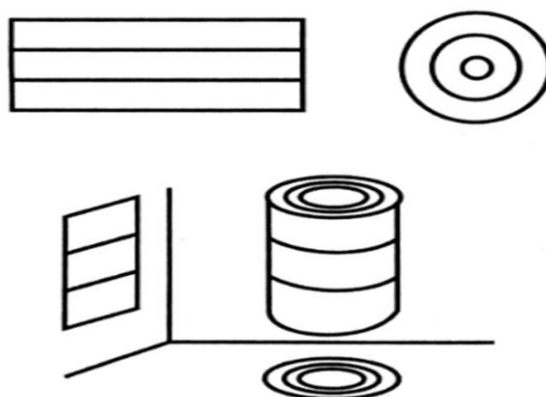
Algumas pessoas acreditam que o ser humano é uma unidade material/corporal ou ideal/mental; acreditam assim no monismo, no qual o corpo ou a mente é a única coisa que existe. Outros concebem que o homem é formado por duas partes (dicotomia ou teorias dualistas): uma parte material, física (corpo) e outra imaterial, não física (mente ou alma/espírito), que agem de maneira interativa, paralela ou como epifenômeno uma da outra (GEISLER; FEINBERG, 2016; GRUDEM, 2010, p. 388). Um terceiro grupo acredita na teoria tricotomista, na qual somos constituídos de corpo, mente e espírito, correspondendo aos termos, em hebraico, grego e latim, transliterados para o português como:

- a) *Basar* (hebraico), *soma* ou *sarx* (grego), *corpus* (latim) – corpo;
- b) *Nephesh* e *leb* (hebraico), *psykhé*, *kardia* ou *nous* (grego), *anima* (latim) – alma ou mente;
- c) *Rûach* (hebraico), *pneûma* (grego), *spiritus* (latim) – espírito (GRUDEM, 2010; MIELE; POSSEBON, 2012; ALMEIDA, 2016, p. 39-46).

Assim, a ideia de que temos três necessidades ou elementos existenciais inseparáveis tem sido estudada por filósofos, teólogos, psicólogos, psiquiatras e cientistas da religião, e “[...] é reconhecida pela maioria das religiões ditas ‘primitivas’ e orientais” (MIELE; POSSEBON, 2012, p. 409). Mas, essa é uma arena pouco explorada pelo conhecimento humano, porque ela carece de tangibilidade, e a imaterialidade é limitante, nos conduzindo, na maioria das vezes, ao campo da experiência pessoal (ALMEIDA, 2016).

Como grande novidade nas áreas de Psicologia, Psiquiatria, Filosofia e Antropologia da Religião, com a corrente de pensamento denominada de Logoterapia e Análise Existencial, o médico neuropsiquiatra Viktor Frankl integrou a terceira dimensão do homem na psicoterapia, que antes dele, “tinha sido literalmente uma psicoterapia ‘sem espírito’” (LUKAS, 1989, p. 30). Para Frankl, o ser humano é uma “pessoa espiritual”, com um eixo espiritual-existencial, que tem estratos concêntricos circundantes psíquico e físico (Figura 11). E, somente a pessoa espiritual estabelece a unidade e “totalidade tripla” que faz do homem um ser integrado “biopsicoespiritual”. Assim, manifestações espirituais, psíquicas ou físicas podem ocorrer nos níveis permeáveis consciente, pré-consciente e inconsciente (FRANKL, 2017, p. 23).

FIGURA 11 – SER HUMANO BIOPSIKOESPIRITUAL: EIXO PESSOAL ESPIRITUAL-EXISTENCIAL, MENTE E CORPO



FONTE: Viktor Frankl (2017, p. 24)

Assim, nessa antropologia tridimensional de Frankl, o ser humano apresenta três elementos:

- a) Um estrato corporal fisiológico (**corpo físico**), que também existe até mesmo em seres vivos estruturalmente bem mais simples, como os vegetais, vírus, bactérias e fungos, os quais têm propensão, tendência ou inclinação para direcionar-se para algo pré-determinado, como acontece com os tropismos positivos dos vegetais em direção à luz, à água, às substâncias químicas e ao contato físico;
- b) Um segundo tomo psíquico, psicológico e instintivo (**mente**), que compartilhamos com os animais irracionais. O físico e o psíquico [e o genético, e epigenético] não podem ser separados tão facilmente como facticidade biológica dos animais, com comportamentos característicos de cada espécie e direcionados a situações típicas. Ou seja, de acordo com os instintos de sua espécie, os animais reagem a certos sinais de seu meio ambiente segundo um esquema rígido, predeterminado filogeneticamente. Até mesmo algumas células humanas têm um tanto de esquema rígido de vida em certo sentido, como é o caso das plaquetas sanguíneas que vivem apenas cinco a 10 dias, morrem e são fagocitadas pelos macrófagos;
- c) E, um componente noológico (**espírito**) especificamente humano, que abrange não somente instinto vital de sobrevivência e procriação, proveniente do “seu psicofísico”; mas tem também uma consciência ética,

que permite ao homem existir como um “ser que decide”, um “ser separado”, um ser indivíduo. Se decide, é um “ser-responsável”, pois responde a algo ou alguém, usando sua consciência moral. Somente com essa dimensão espiritual, existencial e abrangente, que estabelece a unidade e totalidade do ente biopsicoespiritual humano, é que o homem tem autoconsciência para olhar para si mesmo, para os outros, para o mundo e para o transcendente invisível e conseguir dizer que “é espiritual” e “tem” uma condição psicofísica (e social) não absolutamente determinista. E, como dono dessa sua parte instintiva animal, aparentemente poderosa, ele a enfrenta com a força desafiadora do espírito, que dispõe da liberdade decisória e responsável do “eu” espiritual (FRANKL, 2017, p. 22- 23). Em resumo, a dimensão noológica, ou interior do espírito, contém o racional, o moral, o intelectual, o emocional e o existencial, peculiarmente constituintes do *Homo humanus* e *Homo patiens* que, ultrapassando o *Homo machine* e o *Homo natura*, usa a arte (literária, musical, escultura, pintura, dança, teatro...) ou a prece para comunicar o belo e o santo, e “dar um sentido à dor e sobreviver na esperança” (FRANKL, 2014, p. 69; XAUSA, 2017). Dentre os existenciais do ser humano estão:

- a espiritualidade, expressada como amor, religiosidade, consciência moral, criatividade estética, humor e poder consolador;
- a liberdade perante as pulsões, predisposições hereditárias e o mundo circundante;
- e a responsabilidade como resposta pessoal à própria liberdade de decidir, perante o que e quem, como reação ao poder atrativo dos valores ou caminhos que dão sentido à vida (FRANKL, 2014).

Segundo González (2015, p. 109), na Antiguidade, os filósofos e outros se referiam a alma (*anima*, em grego) como “o poder que dá vida a um corpo”. Nessa concepção, animais, vegetais e seres humanos possuem corpo e *anima*. No entanto, eles também afirmavam que, diferente dos outros seres vivos, que têm apenas corpo e *anima*, os seres humanos são constituídos de um terceiro elemento: o *nous* (o intelecto, a mente), “o espírito ou a ‘alma racional’”, com seu centro de consciência (GONZÁLEZ, 2015, p. 109, grifo do autor). Para Frankl (1978, p. 269), a dimensão noológica faz do homem um ser livre e “responsável por sua autodeterminação”. O ser humano nasce

essencialmente predisposto a relacionar-se para qualquer coisa diferente de si, e com vontade de sentido; de responder à pergunta: o que a vida espera de mim? É desse componente genuíno da personalidade humana que provêm nossas capacidades de busca de sentido, liberdade responsável, intencionalidade e preocupação com valores éticos e religiosos. Logo, como portador de uma dimensão espiritual, o ser humano não é um homúnculo, mas sim um *Homo humanus*, capaz de abrir janelas para uma autotranscendência pessoal e interpessoal (MEIRELES, 2015, p. 30). A interpessoalidade se expressa tanto no sentido horizontal, encontrando um legado a cumprir, uma causa para servir ou uma pessoa para amar; quanto no sentido vertical, que se dirige ao encontro do sentido último: suprassentido ou “significado último e absoluto” (MEIRELES, 2015, p. 44). Não se concebe o valor máximo como tal – o *summum bonum* – senão vinculado a uma pessoa, e a uma pessoa de sumo valor, “a *summa persona bona*”, *superpessoa*, valor absoluto, árbitro divino; o Totalmente Outro ou Deus transcendente (FRANKL, 1978, p. 261; KLINGBERG, 2010).

Suplementando a ontologia dimensional descrita previamente, Frankl (2017, p. 24) nos explica que tanto dentro do eixo nuclear pessoal espiritual-existencial, quanto nos estratos periféricos psicofísicos, “qualquer manifestação, seja ela espiritual, psíquica ou física, pode ocorrer em qualquer um dos níveis: consciente, pré-consciente ou inconsciente”. Diferente da nítida separação antagônica entre a esfera psicofísica instintiva (mente entremeada com corpo) e a esfera espiritual-existencial (espírito), esses três níveis se apresentam permeáveis (FRANKL, 2017). Também, é importante esclarecer que, embora a dimensão noológica possa ser chamada de espiritual, refere-se a uma conceituação antropológica e filosófica, muito mais do que teológica. Esse componente integrativo apresenta o homem como um ser em cuja essência há um inconsciente espiritual (eu espiritual), com uma religiosidade inconsciente; oculta ou reprimida em irreligiosos, mas capaz de prover ligação com o transcendente divino. Nessa intenção de firmar sua Logoterapia como psicoterapia não relacionada a nenhuma religião ou teologia específica, esse psiquiatra descreve três erros que devem ser evitados na interpretação de sua tese. Primeiro, ele adverte que essa “tendência inconsciente em direção a Deus” não significa dizer que o inconsciente humano é divino – como creem os panteístas (FRANKL, 2017, p. 58). O segundo equívoco seria achar que o inconsciente tem o saber divino da onisciência ou, pelo menos, um saber mais do que o eu. Como terceiro engano, seria entender que esse inconsciente age como um impulso religioso que impele ou obriga a pessoa à Deus. Assim, diferente de Carl

Jung, para Frankl (2017, p. 61), “a religiosidade nunca poderia se originar num inconsciente coletivo”, como um mundo arquetípico de imagens, inato e preso à nossa mente biológica, porque pertence “às decisões mais pessoais e próprias do eu, decisões essas que podem, de fato, ser inconscientes, mas nem por isso precisam fazer parte da esfera dos impulsos do id”.

Na visão de Frankl (1978, p. 261), a Antropologia tem de “deixar aberta a porta ao mundo, ao transmundo e “à transcendência”, por onde passa, contudo, a sombra do absoluto”. Essa postura de Frankl que traz o transcendente para a Psicologia da Religião mostra que a dimensão noética ou espiritual “oferece um elo conceitual entre a antropologia filosófica e a metafísica”, pois é pela estrutura ontológica espiritual, não ligada à contingência e à finitude humana, que o homem participa do modo infinito de ser (MEIRELES, 2015, p. 118). Sobre a origem e características dessa parte da essência da natureza humana, sendo o objeto de estudo invisível, é possível encontrar teses sobre esse tema na Filosofia, Teologia e livros sagrados de algumas religiões. Assim, González (2015) nos mostra que existem, pelo menos, quatro sistemas explicativos sobre o espírito ou alma¹⁶:

- a) Panteísmo ou monismo radical. A cosmologia neoplatônica de Plotino (205-270 a.C.) e a filosofia ocultista de seus alunos Pórfiro (233-309 a.C.) e Jâmblico (245-325 a.C.) representam a forma mais clara de panteísmo; inclusive influenciado pelos escritos orientais e ocultistas/mágicos atribuídos a Hermes Trismegistus. Essa visão afirma que o Uno impessoal, por meio de emanção, irradia e propaga sua substância divina em tudo o que existe; divinizando a totalidade do mundo. Não existe separação entre a essência do Criador e as coisas criadas, incluindo as criaturas. Nessa perspectiva, “a natureza impessoal do divino, encontrada em conceitos como ‘*chi, ki, prana e pneumo*’”, de religiões chinesas, japonesas, indianas e gregas, respectivamente, deu origem a vários seres espirituais; sendo que alguns assumiram corpos físicos (LARSON, 2010, p. 664). Isso inclui homens e animais, que estão ligados espiritual e biologicamente. Para o

¹⁶ Utilizo o vocábulo *alma* em respeito às citações originais dos autores; mas, esclarecendo que, em outros contextos, essa palavra é usada com o significado de “poder que dá vida a um corpo”, poder que anima (GONZÁLEZ, 2015, p. 109), ou como psique (mente). Wolff (2014, p. 28) refere que as “versões tradicionais da Bíblia traduzem a palavra hebraica *néfesh* como alma, da mesma forma como no francês, *âme*, e no inglês, *soul*, elas lançam mão da tradução de” *néfesh* por *psyché* na Bíblia grega e por *anima* na latina.

hinduísmo, a semente ou “*atman*” de Brahman, o tudo ou divino fundamento do ser, está implantada em cada alma humana; a qual deve evoluir do caos para a unidade, na história cíclica da “Grande Corrente do Ser”, ao longo de muitas vidas por meio da reencarnação, rumo a união com o Uno (FERREIRA; MYATT, 2008, p. 253). Embora nem sempre sejam consideradas panteístas, outras religiões e filosofias apresentam alguns elementos semelhantes em sua cosmovisão; às vezes sincretizada com o cristianismo ou teorias da física. Como é o caso da escala de purificação ou evolução espiritual kardecista, a disciplina de diminuição da personalidade individual rumo ao estado de nirvana budista, a hierarquia e animismo dos orixás e quase impessoalidade de Olorum do candomblé; e, o “Aquele que é sua Alma, o Controlador interior”, descrito nas obras de Fritjof Capra (FERREIRA; MYATT, 2008, p. 254). Para os budistas, por exemplo, a vida humana não começa na união de óvulo e espermatozoide, mas já estava presente em tudo o que existe;

- b) Preexistencialismo das almas. Segundo “a teoria de Platão”, antes de nascer neste mundo, as “almas racionais” ou espíritos das pessoas existem no mundo superior das ideias ou céu, muito antes dos corpos decaídos serem concebidos no ventre das mães (GONZÁLEZ, 2015, p. 114). Na Antiguidade, essa ideia foi defendida pelo teólogo cristão Orígenes (185-254 d.C.), que alegava as almas como intelectos caídos, para os quais Deus havia criado a morada temporária chamada terra. Entretanto, esse pensamento foi declarado anátema no Concílio de Constantinopla (Quinto Concílio Ecumênico, ano 553 d.C.) (GONZÁLEZ, 2015, p. 114). Hoje, essa teoria não tem apoio de teólogos católicos nem protestantes porque “não há sustentação para tal tese na Bíblia” (GRUDEM, 2010, p. 399);
- c) Criacionismo. Aqui, a compreensão é de que Deus diretamente dá existência a uma nova alma/espírito para cada pessoa humana, em algum momento entre a concepção do embrião (fecundação com formação do zigoto em 24 horas) e o aparecimento dos primeiros sinais de vida (GONZÁLEZ, 2015; GRUDEM, 2010). Essa é a compreensão aceita pela maioria dos cristãos, incluindo o entendimento oficial da Igreja Católica: a vida de uma pessoa começa já no zigoto (visão genética), quando o Criador dá origem a sua criatura. Para a embriologia, a vida começa na 3ª. semana

de gravidez, quando é estabelecida a individualidade humana, porque o embrião não é mais capaz de se dividir e dar origem a duas ou mais pessoas. Por ultrassonografia, é possível detectar batimentos cardíacos ainda na fase de embrião (entre a 5ª e 8ª semanas; medindo entre 4 milímetros e 1 centímetro); e, a neurologia consegue perceber atividade cerebral a partir da 8ª semana. Essa tese do criacionismo para a origem do espírito também é aceita no judaísmo, islamismo e na vertente hinduísta que crê na união de alma e matéria no momento da fecundação (MUTO; NARLOCH, 2016);

- d) Traducianismo [algumas publicações trazem como traducionismo]. Sustenta que a alma e o corpo da criança são herdados dos pais, no momento da concepção. É uma tese também principalmente cristã, que facilita a explicação do pecado original de Adão e Eva sendo transmitido hereditariamente por uma alma corpórea; justificando porque as criaturas humanas, embora sejam agentes livres, nascem com uma liberdade inclinada a desobedecer a lei do Criador (*non posse non peccare*, dos escritos de Santo Agostinho). Essa proposição foi defendida por Tertuliano de Cartago (150-220) e Martinho Lutero (1483-1546). Grudem (2010, p. 400) entende que é possível que Deus use causas intermediárias ou secundárias (a herança dos pais) na formação do espírito humano, sem deixar de acreditar que, ao mesmo tempo, Deus possa criar uma alma/espírito no momento de cada concepção humana (GONZÁLEZ, 2015; GRUDEM, 2010). Nessa compreensão que compatibiliza criacionismo e traducianismo, pode-se afirmar que, na óptica teológica cristã, com sua doutrina do pecado (hamartiologia), da mesma forma que Caim e Abel, todo ser humano nasce com a bondade moral da imagem e semelhança de Deus e, também, com a maldade da imagem e semelhança dos seus pais (PORTE JÚNIOR, 2016, p. 78).

Retornando a discussão sobre a importância da religião para a Psicologia humana, vemos que, contrariamente a Sigmund Freud (1856-1939), para o qual a religião era a neurose obsessiva da humanidade, produzida pelo desejo infantil de expressar amor ou ódio ao pai, Jung (1978) afirma que a religiosidade pode atuar como um meio defensivo contra um grave risco em uma pessoa portadora de neurose.

Ratificando Jung, Frankl (2017) afirma que a ausência de religião é que é a causa de neuroses. Ou seja, se o sentimento religioso inconsciente, que todo ser humano tem, for reprimido por uma racionalidade técnica despótica, ele atrofia e degenera-se em superstição ou “religiosidade psicologicamente doente”. Somente nesse sentido clínico de uma religiosidade “desventuradamente reprimida” é que, sendo inconsciente, “pode ser patogênica” (FRANKL, 2017, p. 64, 66). Em relação à religião ou irreligião, é tarefa da análise existencial, melhor comunicada como “análise dirigida à existência”, oportunizar o paciente o tempo necessário para que possa brotar espontaneamente a sua religiosidade, sem nenhuma pretensão de ser uma terapia confessional (FRANKL, 2017, p. 26, 69).

Na sua antropologia filosófica, existencial e psicológica do homem como um ser não apenas biopsico, mas também espiritual, Frankl usa os termos logos e Logoterapia no seu sentido platônico e aristotélico de “fato e consequências da razão humana”, conferindo ao espírito o atributo noético (*nôus*: inteligência, no grego, *intellectus* no latim) da existência humana (LISAGOR, 2010, p. 523). Mas, ainda naquela época grega, *nôus* era alma, experimentadora de sentido, de significado, de propósito, de *telos* (DuBOSE, 2010, p. 740). Além disso, a transcendência do termo logos remete ao seu sentido estoico, como ordem cósmica racional ou lógica divina dinâmica que age no mundo e em cada ser humano (LISAGOR, 2010, p. 523, 524; CÁRDENAS, 2016). Entretanto, longe da visão estoica de um destino impessoal, predeterminista e fatalista, que toma o lugar misterioso e transcendente do Ser divino, pessoal e provedor, e da imanente liberdade da vontade humana, o logos de Frankl lembra muito mais a palavra hebraica transliterada para o português como *ruash*. Esse vocábulo é usado no Antigo Testamento bíblico como um conceito teo-antropológico, com cinco designações:

- a) Vento, sopro de Deus, que paira sobre as águas (*Espírito de Deus*), e causa mudanças, às vezes tempestuosas. Mas, também é usado para se referir à respiração humana, sem a qual a vida é ceifada;
- b) Força vital, fôlego que vem de Deus, que cria vida e capacita o ser humano à ação;
- c) espírito (com letra “e” minúscula) como órgão do conhecimento, da compreensão e do juízo autônomo, autorizado e à disposição do Espírito de Deus. Em linguagem frankliana, podemos falar em consciência imanente com responsabilidade perante o transcendente;

- d) Temperamento ou estado de ânimo, que pode ser longânime/paciente (respiração longa), aflitivo (respiração curta) ou angustiado;
- e) Força de vontade, determinação e querer consciente para fazer o que deve ser feito perante a responsabilidade para com Deus (WOLFF, 2014).

Para Frankl, como toda liberdade tem um “de quê” e um “para quê”, a liberdade da vontade do ser humano é a capacidade pessoal que o “eu” tem de poder se libertar “diante de seu id”. É uma liberdade de... escolher não ser impulsionado por sua instintividade inconsciente de *non posse non peccare*. É a autodeterminação poderosa de dizer não aos impulsos e instintos. O “para quê” é sua responsabilidade perante a consciência, que é um fato psicológico imanente, mas também é um fenômeno transcendente, porque tem origem extra-humana, é “algo diferente, algo mais do que eu”; como modelo, “uma espécie de posição-chave a partir da qual se revela a transcendência essencial do inconsciente espiritual”. Em outras palavras, nós somos senhores de nossa vontade em nossa existência; e, somos servos de nossa consciência, porque ela é algo superior ao nosso eu, uma instância extra-humana e “onticamente irreduzível”, na qual “o dever precede ontologicamente ao querer” (FRANKL, 2017, p. 48, 50, 53, 55). Ademais, só posso escutar e ser responsável perante a “voz da consciência” quando o diálogo for verdadeiro, “mais que um simples monólogo, quando minha consciência for mais do que meu eu, quando for porta-voz de algo distinto de mim”, como “palavra referente ao tu de Deus” (FRANKL, 2017, p. 49, 55). Ou seja, nessa perspectiva, o homem tem uma consciência originada na “profundidade intuitiva e não racional do inconsciente espiritual” que o capacita “sintonizar a lei ‘eterna’, a ‘lei moral’, com a respectiva situação concreta de uma pessoa concreta”. Pelo exposto, “o ser humano propriamente dito começa onde deixa de ser impelido e cessa quando cessa de ser responsável” (FRANKL, 2017, p. 32, 33, 34, 21). Mais ainda, a própria vida chama o ser humano a responder por suas demandas, por sentidos a serem realizados; “e ao responder às questões que a vida lhe coloca, torna-se responsável” (AQUINO, 2014, p. 23). Como um bem precioso que permite ao homem encontrar sentido de vida incondicional até nos momentos mais angustiantes de sua vida finita e limitada, a liberdade do espírito humano, paradoxalmente, pode ser geradora do bem e do mal; como nos evidencia a experiência de Frankl como prisioneiro no Holocausto nazista:

No campo de concentração, por exemplo, nesse laboratório vivo e campo de testes que ele foi, observamos e testemunhamos alguns dos nossos companheiros se portarem como porcos, ao passo que outros agiram como se fossem santos. A pessoa humana tem dentro de si ambas as potencialidades; qual ser concretizada, depende de decisões e não de condições. Nossa geração é realista porque chegamos a conhecer o ser humano como ele de fato é. Afinal, ele é aquele ser que inventou as câmaras de gás de Auschwitz; mas ele é também aquele ser que entrou naquelas câmaras de gás de cabeça erguida, tendo nos lábios o Pai Nosso ou o *Shemá* Israel. (FRANKL, 1994, p. 114)

Em síntese, na concepção de Viktor Frankl, sendo diferente dos animais, o homem tem uma **liberdade da vontade**, que o capacita como um ser que decide, livre e responsável; mas também o motiva com uma **vontade de sentido**, uma sede e fome que o fazem ansiar pela água e pão da vida. Assim, aberto para o mundo, onde encontra razões para atuar, o ser humano se depara com o **sentido da vida**, na medida em que realiza valores e sentidos em sua existência. Nessa linha de pensamento frankliano, Aquino (2021) afirma que o que parecia ser apenas *Homo sapiens* se decompõe em:

- a) *Homo faber*, que inventa e produz algo novo;
- b) *Homo amans*, que encontra sentido no amor a alguém ou algo;
- c) e *Homo patiens* que, mesmo diante do sofrimento e de sua limitada finitude que o induz a lutar, fugir ou congelar, decide encontrar significado na vida.

Além disso, sendo também um ente espiritual, esse *Homo sapiens faber amans patiens* pode não se acomodar à imanente concretude do mundo visível, e avançar na busca de relacionamento com o “supra Ser”, como o sentido último da existência, sentido absoluto, metassentido, suprassentido; que fornece “sentido para os sentidos situacionais e pessoais” na vida (AQUINO, 2021, p. 529). Dessa forma, como *Homo religiosus*, o homem mergulha na transcendência vertical espiritual de um mundo que está para além do mundo humano, procurando relação pessoal com o *Tu absoluto*, o ser indizível e supranatural que, ao mesmo tempo, está perto e imanente e está longe e transcendente, rompendo a fronteira espacial e temporal da dimensão humana. Porém, ainda assim, o homem mantém a autonomia de poder decidir acreditar na visão “de que tudo é desprovido de sentido ou que há um sentido oculto” ou vontade secreta divina providencial por trás de todos os acontecimentos (AQUINO, 2021, p. 526, 525). E, se Agostinho de Hipona, João Calvino, Herman Bavinck, Pierre Teilhard de Chardin,

John Stot, Francis Sellers Collins, Alvin Plantinga e outros estudiosos das Ciências da Religião e Teologia estiverem certos, com sua livre consciência e instinto natural da consciência da divindade (*sensus divinitatis*), o *Homo sapiens sapiens* (homem que sabe o que sabe) tem a potencialidade de acreditar que é homem com ciência ("*Homo scientia*") e com semelhança divina ("*Homo divinus*"), porque pode descender tanto do *Homo erectus* quanto da imagem e semelhança de Deus (BAVINCK, 2012, v. 2, p. 67, 72, 73; BEIT-HALLAHMI, 2021, p. 364; CONNOLLY, 2016; PLANTINGA, 2018, p. irregular ; STOT, 2005, p. 63; STUMP, 2020).

À luz dessa última compreensão, o ser humano, como *Homo divinus* pode se permitir ser fabricado como nova criatura, que ama a Deus sobre todas as coisas e que encontra alegre significado e força que o faz florescer diante do sofrimento. Isso acontece quando o *Homo sapiens* aceita ser aceito como *Homo divinus*, que transcende e deriva-se do *Homo faber*, *Homo amans*, *Homo patiens* e *Homo religiosus*. Enfim, ainda como concepção frankliana, podemos dizer que o sentido último da existência, que está no supra *Ser* (Deus), se relaciona com o sentido do universo (visível humano e invisível supra-humano), que se relaciona com o sentido de uma vida humana em sua totalidade, que se relaciona com os sentidos na vida. Esses sentidos na vida são individuais, pessoais e situacionais, e se expressam na livre decisão de acreditar ou não, e buscar relacionamento com aquele *supra Ser*, e de produzir obras, amar e encontrar sentido no ou apesar do sofrimento.

Ainda a respeito da liberdade da vontade humana, a maioria das ciências afirmam que o ser humano tem o atributo da livre vontade de pensar, expressar e agir, que o capacita a aceitar ou tentar modificar suas predisposições genéticas (e epigenéticas) psicofísicas, sociológicas e religiosas (PEREIRA, 2015). Ademais, todo indivíduo se desenvolve sob a influência do meio ambiente familiar e cultural ao seu redor. Assim, na óptica da Psicologia Evolucionista da Religião, da interação entre heranças genética e epigenética transgeracional religiosa, liberdade individual de escolha e situação cultural, vai ocorrer a expressão fenotípica de religiosidade de uma pessoa que, também, pode variar com o tempo. O ateu de hoje poderá ser um convertido de amanhã; e vice-versa. A religiosidade tende a diminuir na vida adulta para, depois, aumentar com a idade. As mulheres, sejam crianças, adolescentes ou adultas jovens, são mais religiosas, em comparação com os homens, com razões variando de 1,05 no Brasil a 1,69 na Estônia. E, as mais velhas são significativamente mais religiosas do que os homens mais velhos (BEIT-HALLAHMI, 2021, p. 359). O estilo

cognitivo e a maneira como se processam as emoções variam entre as pessoas, sendo que aqueles que têm um pensamento mais intuitivo são mais religiosos, e os que são mais analíticos tendem a crer menos (BEIT-HALLAHMI, 2021, p. 362).

Nesse sentido, de forma individual (não organizacional) e/ou comunitária (organizacional), o ser humano tem o potencial de desenvolver maneiras intrínsecas ou extrínsecas de entrar em contato com o sagrado, através de meditação, oração, leitura e memorização de livros sagrados, lugares, músicas, danças, gestos corporais, rituais e sacramentos ou ordenanças.

Em seu livro *Religion and mental health*, Koenig (2018), relaciona 17 dimensões da religiosidade:

- a) Denominação ou afiliação religiosa;
- b) Crença religiosa ou ortodoxia;
- c) Religiosidade organizacional ou práticas religiosas públicas;
- d) Religiosidade não organizacional ou práticas religiosas privativas;
- e) Saliência religiosa (ou importância da religião na vida diária);
- f) Motivação religiosa (religiosidades intrínseca e extrínseca).
- g) Bem-estar religioso;
- h) *Coping* religioso [ou *coping* religioso-espiritual];
- i) História religiosa;
- j) Apoio religioso (relacionado à igreja/sinagoga);
- k) Experiência religiosa;
- l) Apego religioso (amor a deus);
- m) Doações religiosas;
- n) Conhecimento religioso (livros sagrados);
- o) Esforço pela busca ou busca religiosa;
- p) Desenvolvimento religioso (crescimento e maturidade);
- q) Compromisso religioso.

Dentre essas atitudes de interação com o sagrado, muito significativa é a música, geradora de corporeidade e memória emocional, encontrada em quase todas as religiões: toque de tambores e chocalhos em rituais xamânicos da Sibéria, ou nas religiões africanas e afro-brasileiras; dança do toré de índios brasileiros; o toque do chofar e a musicalidade dos Salmos, no judaísmo; o Canto Gregoriano e as partes cantadas da missa, no cristianismo católico; os momentos de louvor dos cultos cristãos

evangélicos; o canto sânscrito e da yoga, no hinduísmo; o canto lento, meditativo e desapaixonado, no budismo. Quando combinada com rituais comunitários, as músicas geram empatia e podem funcionar como poderosas forças motivacionais e pacificadoras, provocando sensação de felicidade, alegria e união; até mesmo entre pessoas com idiomas muito diferentes.

As músicas alteram funções do sistema nervoso autônomo, imunológico e neuroendócrino, incluindo a liberação de dopamina e de ocitocina; sendo esse último um neuropeptídeo fundamental para a confiança interpessoal e afiliação (LIDDLE; SHACKELFORD, 2021, p. 107). Infelizmente, esse poder motivador e mnemônico da música é utilizado perversamente por terroristas do deturpador movimento religioso e político denominado de jihadismo, que obrigam crianças escravas a cantarem canções de propaganda do Estado Islâmico após as orações matinais (ABI-HABIB, 2014).

Diante da maravilhosa diversidade do ser humano expressar, de maneira individual e coletiva, os pensamentos, atitudes, falas e ações de sua dimensão espiritual, sob a forma de vários tipos de religiosidades, vem à tona a pergunta de como a religião pode influenciar nas reações humanas ao sofrimento. Quais os processos mentais e corporais envolvidos na reação humana ao estresse? Qual a participação da religiosidade nessa reação? São perguntas que serão respondidas no próximo capítulo da tese e nos ajudarão a estruturar estratégias salutares de resposta aos infortúnios naturais de nossa existência.

2 RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Aqui no capítulo segundo, subdividido em três seções, focalizamos a discussão para a influência da religiosidade nas reações humanas ao sofrimento e na saúde humana, com ênfase na ansiedade e depressão. Na seção 2.1, trazemos um estado da arte sobre as principais evidências das neurociências sobre os processos fisiopatológicos de homeostase e alostase orgânicos envolvidos nas intempéries da vida humana. Ademais, como na presente tese nós usamos instrumentos psicométricos para aferir ansiedade e depressão em participantes de pesquisa, apresentamos aqui um panorama sobre o uso dessas escalas.

Na seção 2.2, o foco da pesquisa recai sobre a possibilidade de a religiosidade funcionar como fator protetor e/ou como fator de risco para a saúde dos seres humanos. Foi feito um detalhamento pragmático das teorias psicológicas do estresse e *coping*, de Lazarus e Folkman, revisada por Folkman (1997, 2008, 2010), do *coping* religioso-espiritual, de Pargament (PARGAMENT; MATON; HESS, 2011; TREVINO; PARGAMENT, 2017), e de construção de significado, desenvolvida por Crystal L. Park (2020).

Por último, na seção 2.3, objetivando tornar didática, andragógica e aplicativa as explicações sobre como as crenças religiosas e cosmovisões expressam compreensões sobre o sofrimento humano, trazemos uma proposta de classificação das teodiceias. Apesar de serem pouco comentadas na literatura de espiritualidade, religiosidade e saúde, todas as religiões têm suas teodiceias.

No dia a dia dos seus fiéis e no ensino de suas doutrinas, a pergunta sobre a onipotência e benevolência divinas, diante do sofrimento humano, surge como questão desafiadora para os que ensinam, para os que aconselham e para toda pessoa religiosa que está sofrendo. As teodiceias existem como pontes que permitem o trânsito da Teologia de cada religião em direção ao enfrentamento adaptativo ou desadaptativo do sofrimento. Em outras palavras, algumas teodiceias podem funcionar como religiosidade do tipo *coping* religioso-espiritual (CRE), quando contêm ensinamentos teológicos que confortam e dão força aquele que sofre, mas outras podem atuar como CRE negativo, provocando revolta e piora da angústia. Assim, na seção 2.3, tentamos trazer um pouco de sistematização das teodiceias, classificando-as em dez tipos.

2.1 HOMEOSTASE, ALOSTASE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AFERIÇÃO

Para Frances (2016), médico psiquiatra, líder da equipe que elaborou a antiga versão quatro do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-4*), somos programados com uma resiliência nata para agirmos em resposta às demandas biológicas, psicológicas e sociais; mas, dependemos de um equilíbrio que governa as formas de vida, denominado de homeostase - do grego, *homeo*, o mesmo, e *stase*, estável. Homeostase é o nome que o médico fisiologista francês Claude Bernard (1813-1878) deu ao estado de harmonia entre todas as funções fisiológicas. E, como intuía o filósofo holandês Baruc Spinoza (1632-1677), assim como o médico neurocientista português Antonio Rosa Damásio descreveu no final do século XX, há uma conexão entre as emoções e reações psicológicas no corpo, diante das exigências do nosso ambiente interno e externo (SERVAN-SCHREIBER, 2004).

Desde uma única célula até uma sociedade inteira, “a natureza está sempre tentando compensar todas as perturbações e restabelecer a estabilidade para retornar a qualquer que seja a faixa de função normal ou esperada” (FRANCES, 2016, p. 53). As interrupções dos mecanismos de retroalimentação homeostáticos, que normalmente mantêm o equilíbrio do corpo humano, são falhas da homeostase que levam ao mau funcionamento, doença e, por fim, à morte. O cérebro humano, com seus 100 bilhões de neurônios e 100 trilhões de conexões sinápticas, como “o objeto mais complexo que se conhece no universo”, é a mais grandiosa expressão da homeostase (FRANCES, 2016, p. 32). Essa, como equilíbrio compensatório interno humano de pensamentos, emoções, interações químicas metabólicas, colaboração entre órgãos e comportamentos, é o que nos faz sobreviventes e duros na queda. Ela expressa nossas semelhanças, mas também nossas diferenças individuais e culturais especializadas, com seus comportamentos diferentes. Diante dos infortúnios naturais da vida humana, “a homeostase e o tempo são grandes curadores naturais, e a maioria das pessoas usa resiliência, se ajeita e recupera o equilíbrio normal” (FRANCES, 2016, p. 55).

No entanto, na óptica de Frankl (2020, p. 34), “o ser humano não precisa de homeostase a qualquer custo”. Na atual era do vazio existencial, o perigo reside muito mais no fato de o homem não ser desafiado o suficiente. Os dois extremos podem resultar em patologia: “uma falta de tensão ou estresse pela perda do sentido é uma ameaça tão perigosa à saúde mental quanto uma tensão alta” (FRANKL, 2020, p. 34).

Um campo de tensão dinâmica existencial se estabelece entre o que o homem é e o que ele deve ser; então, ele é atraído à vida, e é ele que decide se sua vida deve ser estruturada pelo caráter de exigência de um sentido para sua existência. Fazendo uma analogia com a “doença da descompressão”, que acomete mergulhadores que são trazidos muito rapidamente da profundidade de alta pressão até à superfície, Frankl (2020, p. 114) nos lembra que alguns ex-prisioneiros de guerra, de campos de concentração e refugiados, assim que o estresse lhes foi retirado de maneira abrupta, evoluem com agravamento do sofrimento mental.

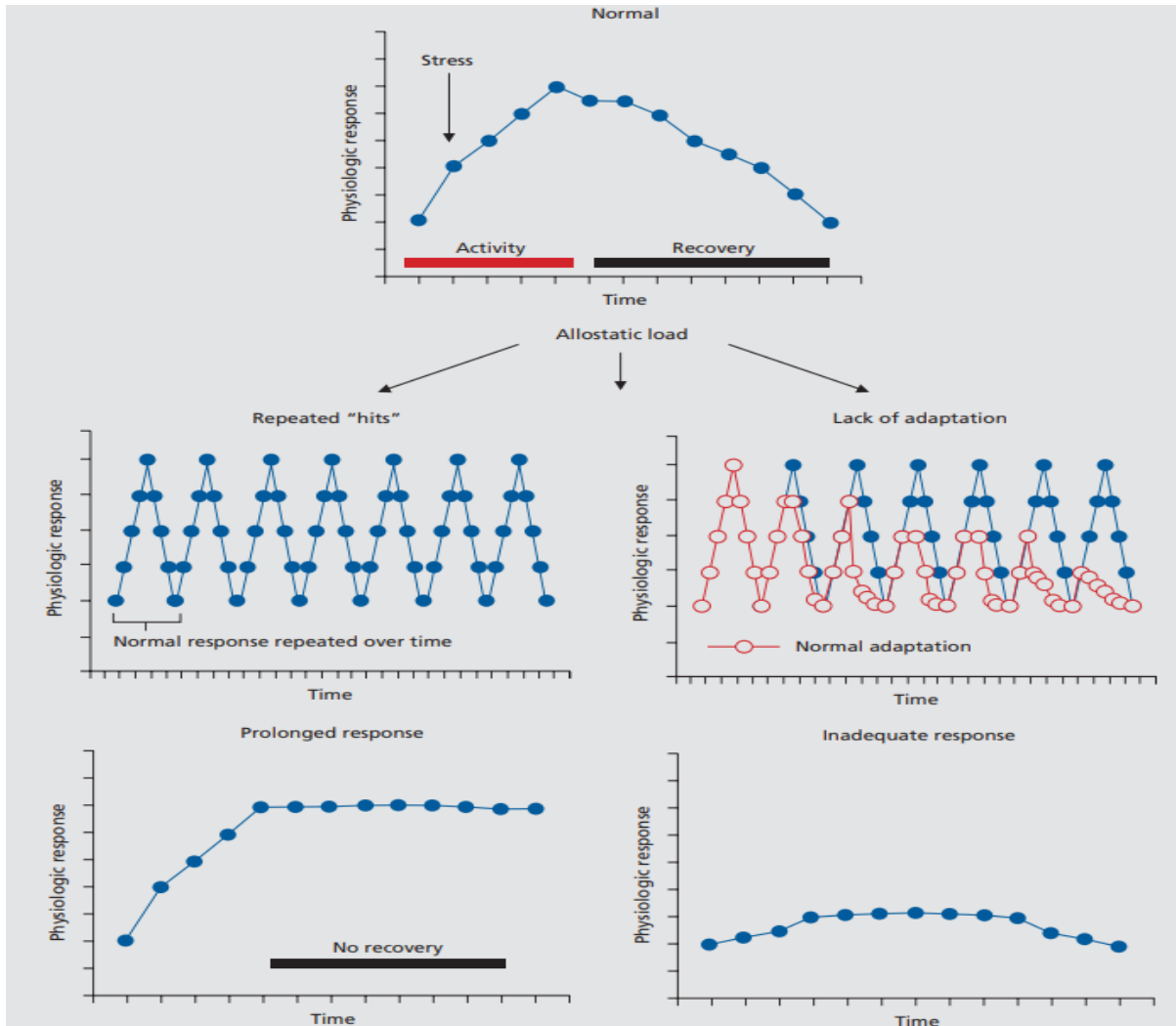
A vida é assim formada por momentos de tensão e de alívio, e a interação entre estímulos internos e externos, mente e cérebro, acontece a todo momento. É natural lidarmos com aborrecimentos diários, conflitos pessoais, doenças e, às vezes, tentarmos fazer muita coisa em pouco tempo. Como nos fala Silva (2011), podemos comparar a relação mente-cérebro com o que acontece entre a estrutura funcional/energética da luz e a estrutura física da lâmpada; sendo que a primeira depende da segunda para exercer sua função de “iluminar”. Essa “luz” mental gera mudanças principalmente nos sistemas nervoso (central e periférico), endócrino, imunológico e cardiovascular (SILVA, 2011, p. 171). “Experimentamos emoções em nosso corpo, não em nossa mente”, afirma Servan-Schreiber (2004, p. 45). Embora nós, seres humanos, tenhamos um cérebro cognitivo/racional (córtex pré-frontal) que nos torna seres singularmente morais e capazes de ter atenção, concentração, inibir impulsos e instintos, regular relações sociais e fazer planos para o futuro; nós também temos um cérebro emocional (límbico), mais primitivo, porém muito mais rápido e ágil para garantir nossa sobrevivência. Mais ainda, temos “minicérebros emocionais” fora do sistema nervoso propriamente dito, como acontece no aparelho digestivo e no coração, que têm redes neuronais com capacidade de percepção, processamento, reação “comportamental” e memória adaptativa. O coração, por exemplo, além de ter uma rede própria de neurônios semi-autônomo, é também produtor de hormônios (adrenalina, fator natriurético atrial e ocitocina) e tem um campo eletromagnético variável e possível de ser detectado a vários metros de distância do corpo; “mas cujo significado nós ainda não compreendemos” (SERVAN-SCHREIBER, 2004, p. 46). Além disso, é importante lembrarmos a influência do cérebro emocional nos outros sistemas corporais, como é o caso do sistema imunológico, que não somente está envolvido na defesa contra vírus e bactérias, mas também tem a importante ação de eliminar células cancerosas que se formam em nosso organismo.

Assim, diante dos desafios diários vitais, a mente e o cérebro decidem o que é estressante e determinam as respostas comportamentais e fisiológicas, protetoras ou prejudiciais à saúde. Ou seja, o corpo responde liberando hormônio, como o cortisol, e mediadores químicos, como as catecolaminas – a adrenalina das glândulas suprarrenais estimula o *locus ceruleus* cerebral a secretar noradrenalina –, que aumentam nossa frequência cardíaca e pressão arterial. Estudos em animais e com ressonância nuclear magnética funcional do cérebro humano evidenciaram que o acúmulo de cortisol em condições de estresse crônico provoca lesões de neurônios do hipocampo; o que pode gerar dificuldade de memorizar saudáveis fatos novos, e fazer prevalecer a reação mais instintiva da amígdala do sistema límbico cerebral, com suas lembranças antigas e, muitas vezes, tristes (SILVA, 2011, p. 175). Então, se a resposta ao estresse for cronicamente exagerada ao longo do tempo, poderão surgir distúrbios como ansiedade, depressão, hipertensão arterial, isquemia coronariana, acidente vascular cerebral, gastrite, intestino irritável, diabetes melito e câncer.

O ativo processo pelo qual o corpo responde aos desafios da vida diária para manter a homeostase ou equilíbrio interno é denominado alostase – “alcançar estabilidade através da mudança”. Esse termo foi introduzido por Sterling e Eyer. A intensidade da alostase é chamada de “carga alostática [...]” (McEWEN, 2006, p. 368). A alostase é conseguir a estabilidade ativando e desativando os sistemas alostáticos, incluindo o sistema imune, sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático) e sistemas neuroendócrinos (ALOSTASE, 2021). Assim, quando essa alostase se expressa por uma resposta fisiológica inicialmente alta no momento do estímulo tensor (aumento da frequência cardíaca, por exemplo), seguida de mais lenta diminuição até o ponto inicial, no momento de relaxamento (alívio: frequência cardíaca volta ao normal), estamos diante de uma alostase (ou carga alostática) normal. Ver Figura 12.

Se, com o passar do tempo, ao se expor a eventos estressores repetitivos, o organismo se adequar, diminuindo gradativamente a resposta fisiológica (menor aumento e diminuição lenta da frequência cardíaca até o limiar inicial), estará ocorrendo uma adaptação normal. Isso é claramente visto na adaptação a exercícios físicos aeróbios, nos quais, a longo prazo, o atleta passa a apresentar uma frequência cardíaca basal muito próxima ao valor normal mínimo de 60 batimentos por minuto (ver Figura 12).

FIGURA 12 – ALOSTASE NORMAL E CARGAS ALOSTÁTICAS ANORMAIS



FONTE: Bruce E. McEwen (2006, p. 369)

Entretanto, se o organismo não se adequar com o passar do tempo aos eventos estressores repetitivos, cargas alostáticas danosas irão ocorrer, sob a forma de falta de adaptação, resposta excessiva prolongada (simpaticotônica) ou resposta inadequada paradoxal (parasimpaticotônica). No primeiro caso, a acomodação não acontece, haverá, pois, uma falha de adaptação – uma carga alostática anormal (McEWEN, 2006). É possível que essa seja essa uma das fisiopatologias envolvidas no transtorno de ansiedade generalizada, no qual a preocupação com e intolerância às incertezas da vida são acompanhadas de irritabilidade, tensão muscular e distúrbios do sono; que, geralmente, melhoram com o treinamento de relaxamento muscular progressivo, incluído nos tratamentos cognitivo-comportamentais (RODEBAUGH; WEISMAN; TONGE, 2018, v. 1, c. 18, p. 445).

No segundo tipo de carga alostática patogênica, a resposta fisiológica se eleva a um patamar alto e prolongado, e ocorre um gerenciamento psicofisiológico ineficiente de alostase como, por exemplo, não desligar a resposta quando não for mais necessária. Algo parecido, provavelmente, acontece em uma crise de síndrome do pânico, na qual, de forma inesperada (ou provocada por uma hiperventilação), surge uma onda abrupta de medo intenso ou desconforto que atinge um pico em minutos, acompanhada de sintomas físicos como palpitação cardíaca, suor e tremor. Nessa situação, uma enxurrada de neuroimunomoduladores inunda o organismo, provocando interações bioquímicas e eletrofisiológicas excessivas, que cronicamente podem causar sérias doenças físicas e mentais. Por exemplo, a restrição de sono para quatro horas por noite aumenta a pressão arterial, diminui o tônus parassimpático, aumenta níveis de cortisol e insulina à noite, aumenta o apetite (facilitando obesidade) e traz prejuízo cognitivo (McEWEN, 2006; NARD, 1999; RODEBAUGH; WEISMAN; TONGE, 2018, v. 1, c. 18, p. 436).

Essa dinâmica fisiológica ou fisiopatológica de reação a eventos estressantes pode ser aferida pela dosagem salivar de cortisol (C) e seu antagônico dehidroepiandrosterona (DHEA), ambos secretados pelas glândulas adrenais. Essa medição já foi feita comparando, por exemplo, o efeito do riso de um tipo de exercício chamado “*laughter yoga*” (yoga do riso), que inclui riso simulado, respiração, palmas e alongamentos de pescoço e ombros, com o riso espontâneo provocado por um filme de humor. A complexidade de um simples sorriso ficou evidente quando a pesquisa mostrou que ambos os grupos mostraram significativa diminuição do cortisol. Mas, enquanto a yoga provocou uma resposta melhor (razão C/D menor) apenas imediatamente após o término do exercício, o filme de comédia causou uma boa resposta e perdurou 30 minutos após sua finalização. Ou seja, o efeito do riso espontâneo do filme de humor na dinâmica do cortisol durou mais do que o do riso simulado da yoga (FUJISAWA *et al.*, 2018, p. 6).

Por fim, uma terceira forma de carga alostática danosa acontece quando a mente e o cérebro reagem a um agente estressor com uma resposta fisiológica não adequada, com menor atividade simpaticotônica, inadequada secreção de glicocorticóides e catecolaminas das glândulas adrenais, excessiva reação parassimpática (nervo vago) e ação de citocinas inflamatórias produzidas por várias células do corpo, tais como, monócitos, fibroblastos, células endoteliais, ceratinócitos e células gastrointestinais (McEWEN, 2006). Um exemplo de alostase danosa é a resposta inflamatória aguda

sistêmica ou tempestade de citocinas, que pode acontecer em situações de queimaduras muito extensas e na sepse da covid-19, por exemplo. Essa interação entre estruturas anatômicas nervosas e resposta inflamatória tem sido mostrada em estudos que tentam desvendar os mecanismos envolvidos no milenar tratamento por acunpuntura, como é o caso de uma pesquisa feita na Universidade de Harvard e publicada na Revista Nature (LIU *et al.*, 2021).

É como se o corpo e a mente tentassem parar no tempo e no espaço, se fechando em si mesmo ou fingindo estar morto. O transtorno de ansiedade do tipo fobia específica é ilustrativo desse cenário. Nesse distúrbio, o objeto ou circunstância específica provoca medo acentuado ou ansiedade, desproporcional ao perigo real, e acontece um momento inicial de excitação psicológica, seguida por desaceleração da frequência cardíaca e diminuição da pressão arterial, levando à síncope ou pré-síncope (RODEBAUGH; WEISMAN; TONGE, 2018, v. 1, c. 18, p. 434). Em outras palavras, o temor do evento fóbico (sangue, injeção, ferimento, animal, situação) provoca uma reação vasovagal, com conseqüente vasodilatação sistêmica, queda da pressão arterial e da frequência cardíaca, falta de sangue no cérebro e desmaio. Como médico professor de cirurgia, com relativa frequência, em aulas práticas com cirurgias reais, tenho visto alunos de medicina apresentarem essa reação parasimpaticotônica ao participarem do ato operatório. Mas, na maioria das vezes, são eventos isolados, não necessariamente patológicos, nos quais tento provocar nos outros alunos presentes o respeito e a empatia que a situação merece; transmitindo-lhes a experiência de que muitos dos que observamos essa reação se transformaram em excelentes cirurgiões.

Assim, segundo Frances (2016), nas perturbações típicas da vida, a maioria das pessoas normais tem, no mínimo, sintomas leves, transitórios e eventuais de tristeza, ansiedade, insônia, disfunção sexual e uso de substâncias tóxicas, que podem ser facilmente confundidos com transtornos mentais; enquanto, verdadeiros transtornos psiquiátricos talvez afetem 5% a 10% da população em qualquer época. Nesses casos, as pessoas apresentam sintomas e comportamentos que não são autocorrigíveis, podendo se manifestarem de forma nítida, severa e claramente não melhoram por conta própria, com o passar do tempo e/ou com a resolução de algum problema da vida diária. Indivíduos com distúrbios “leves têm 50% de chance de voltar ao estado usual dentro de algumas semanas sem necessitar de diagnóstico ou tratamento”, principalmente se buscar de forma precoce o apoio da família, dos amigos e da comunidade, realizar mudanças necessárias e éticas na vida, “descarregar o excesso

de estresse, dedicar-se a hobbies e interesses, aos exercícios, ao descanso, às distrações, à mudança de ritmo”. O uso de medicamento é essencial quando necessário para restabelecer a homeostase naqueles que sofrem de um transtorno psiquiátrico real, porém interfere na homeostase daqueles que sofrem de problemas cotidianos (FRANCES, 2016, p. 258, 55).

Para ilustrar a ação da resiliência, do tempo e da homeostase, Frances (2016, p. 56) descreve uma pesquisa em que foram mensuradas tristeza e ansiedade antes, imediatamente após e seis semanas depois da realização de sorologia para HIV, no auge da epidemia de AIDS. Os homens com resultado positivo mostraram um grande salto nas medições, já os de resultado negativo tiveram uma diminuição. Espantosamente, seis semanas depois, ambos os grupos haviam retornado praticamente ao estágio inicial – os soropositivos estavam lidando de forma resiliente com a terrível notícia, e os soronegativos não demonstraram uma elevação de humor permanente com a maravilhosa novidade.

As doenças mentais apresentam multicausalidade, envolvendo fatores filogenéticos, como a aversão a cobras, diferenças individuais como predisposições genética e epigenética, ambiente gestacional, personalidade (por exemplo, neuroticismo ou extroversão), experiências boas ou ruins na infância, alterações cerebrais (como as secundárias aos traumas ou infecções), ambientes socioculturais, estilo de vida, religiosidade e significado pessoal sobre a vida. Essas variáveis podem atuar como fatores de risco ou de proteção. Além de vulnerabilidades causais, no contexto das patologias mentais, os pesquisadores falam em fatores de manutenção e de mudança das doenças (McEWEN, 2006, p. 371; RODEBAUGH; WEISMAN; TONGE, 2018, v. 1, c. 18, p. 431).

2.1.1 Ansiedade

Bernik e Lotufo Neto (2016, p. irregular) afirmam que “a ansiedade é a mais ‘fisiológica’ das alterações psicopatológicas mensuráveis”, e que “desde Kierkegaard [...] está estabelecida como parte das vivências emocionais inerentes à vivência humana”. Do ponto de vista filogenético, esse estado emocional e suas respostas comportamentais estão presentes em todos os animais estudados, “incluindo o *Carassius auratus*”, o peixinho dourado dos aquários infantis. Segundo Cole (2010), o filósofo e teólogo dinamarquês Soren Kierkegaard (1813-1855) chamou a ansiedade

de “doença do espírito”, que advém da consciência da liberdade humana, e tem a qualidade paradoxal e ambivalente de desejar e poder escolher o que se teme. “Kierkegaard sugere que nossa maior ansiedade envolve consciência de que Deus é livre para não nos escolher” (COLE, 2010, p. 61). De maneira didática e pragmática, o filósofo da religião Paul Tillich (1886-1965) descreveu dois tipos de ansiedade: a existencial que, potencialmente, todas as pessoas experimentam e pode se expressar por medo da morte e da finitude, falta de sentido e ansiedade de culpa e condenação (ansiedade do pecado); e a ansiedade neurótica ou anormal, que decorre da ansiedade existencial severa que não foi diminuída pela coragem de ser, transformando-se em desespero (COLE, 2010, p. 61, 62).

A ansiedade é a doença mental mais frequente da humanidade, fazendo a era moderna ser chamada de “Idade da Ansiedade” (ROSMARIN; LEIDL, 2020, p. 41). No ano de 2015, a prevalência da ansiedade foi de 3,6% no mundo, 6,3% nos Estados Unidos, e 9,3% no Brasil; país com o maior percentual de ansiosos do planeta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). Nos Estados Unidos da América (EUA), a prevalência estimada de transtornos de ansiedade em adultos, ao longo da vida, é maior que 20%. No contexto de cuidados paliativos, onde pacientes e familiares enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, como é o caso de pessoas sofrendo com câncer ou AIDS em estágio avançado, a prevalência de transtornos de ansiedade “varia de 15 a 28%” (CITERO, 2014, p. 1560). Diversos estudos mostram que “20% dos pacientes internados em hospital geral” apresentam algum distúrbio de ansiedade, dos quais quase a metade tem uma causa médica que o justifique (CITERO, 2014, p.1557).

Em termos de fisiopatologia, os transtornos de ansiedade compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. “Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto *ansiedade* é a antecipação de ameaça futura”. Como um tipo de distúrbio de ansiedade, os ataques de pânico se destacam como uma resposta autonômica ao medo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 189). Ao mesmo tempo que a ansiedade é uma resposta a um estímulo, posteriormente, agirá como um estímulo nas respostas (MONTERO; MORALES-RODRÍGUEZ, 2021). Bernik e Lotufo Neto (2016) descrevem ansiedade como estado emocional desagradável, desproporcional a uma ameaça reconhecível, com desconforto subjetivo e alterações somáticas manifestas. Também a entendem como uma saliência de “comportamentos

associados à busca e à garantia de segurança em relação a perigos próximos ou distantes, em detrimento do restante do repertório comportamental do indivíduo” (BERNIK; LOTUFO NETO, 2016, p. irregular). Ansiedade é um estado de humor que prepara um organismo para perigos percebidos ou eventos negativos futuros, envolvendo dificuldades de concentração e ordenação de pensamentos e fala. É a antecipação mental de algo ruim que pode acontecer no futuro incerto. O ansioso apresenta medo do medo aflitivo ou angustiante (COLE, 2010; RODEBAUGH; WEISMAN; TONGE, 2018, v. 1, c. 18, p. 429). Ele sente uma inquieta preocupação (apreensão) – “Vai acontecer alguma coisa”, diz o indivíduo (SERSON, 2016).

Segundo a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), os distúrbios de ansiedade podem ser classificados em:

- a) F40 – transtornos fóbico-ansiosos;
- b) F41 – outros transtornos ansiosos (pânico; ansiedade generalizada; transtorno misto ansioso e depressivo);
- c) F42 – transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
- d) F43 – reações ao *stress* grave e outros transtornos de adaptação;
- e) F44 – transtorno dissociativo (de conversão);
- f) F45 – transtornos somatoformes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Mais atualizada, a Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade CID 11 da Organização Mundial de Saúde (OMS), versão 05/2021, em seu capítulo 6 (Transtornos mentais, comportamentais e de desenvolvimento neurológico), categoriza a doença “Ansiedade ou transtornos relacionados ao medo” com os seguintes códigos de base:

- a) 6B00 – distúrbio de ansiedade generalizada;
- b) 6B01 – síndrome do pânico;
- c) 6B02 – agorafobia;
- d) 6B03 – fobia específica;
- e) 6B04 – transtorno de ansiedade social;
- f) 6B05 – transtorno de ansiedade de separação;
- g) 6B06 – mutismo seletivo;

- h) 6C40.71 [...] 6C4G.71 – transtornos de ansiedade induzidos por substâncias;
- i) 6B23 – hipocondriais;
- j) 6E63 – síndrome de ansiedade secundária;
- k) 6B0Y – outros transtornos específicos relacionados à ansiedade ou ao medo;
- l) 6B0Z – ansiedade ou transtornos relacionados ao medo, não especificados (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2021).

Para a Associação Americana de Psiquiatria, em sua quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-5*), os “Transtornos de Ansiedade” são classificados em:

- a) Transtorno de ansiedade de separação (código 6B05 da CID 11);
- b) Mutismo seletivo (código 6B06 da CID 11);
- c) Fobia específica (código 6B03 da CID 11);
- d) Transtorno de ansiedade social (Fobia Social) (código 6B04 da CID 11);
- e) Transtorno de pânico (código 6B01 da CID 11);
- f) Agorafobia (código 6B02 da CID 11);
- g) Transtorno de ansiedade generalizada (código 6B00 da CID 11);
- h) Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento;
- i) Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica;
- j) Outro transtorno de ansiedade especificado;
- k) Transtorno de ansiedade não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. xviii, xix).

Diferentemente do medo ou da ansiedade adaptativos, que não são excessivos nem persistem por período além do apropriado para o desenvolvimento, os sintomas dos transtornos de ansiedade persistem, em geral, por seis meses ou mais; embora, possam estar presentes em tempo mais curto nos casos de ansiedade de separação e no mutismo seletivo. Geralmente, os distúrbios de ansiedade são mais frequentes no sexo feminino, em uma proporção de 2:1 em relação ao sexo masculino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 192, 195).

Cada transtorno de ansiedade apresenta um padrão específico de idade de início. A Figura 13 apresenta os períodos de maior incidência para esses transtornos. Além disso, os sintomas tendem a mudar ao longo do desenvolvimento, podendo

apresentar, geralmente, quatro tipos de evolução: a) cerca de 20 a 30% apresentam remissão; b) 20 a 30% continuam com o mesmo tipo de transtorno de ansiedade (TA); c) 20 a 30% evoluem com outro tipo de TA; d) 20 a 30% apresentam outros tipos de diagnósticos (como depressão) (ROSÁRIO; PEREIRA; MACHADO, 2014, p. 1528).

FIGURA 13 – PERÍODOS DE MAIOR INCIDÊNCIA PARA OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE



NOTA: Estrutura heurística da evolução dos transtornos ansiosos.

FONTE: adaptada de Beesdo-Baum e Knappe (2012) e Rosário, Pereira e Machado (2014, p. 1528)

O **transtorno de ansiedade de separação** é o tipo de ansiedade mais comum antes dos 12 anos de idade, com prevalência de 4% em crianças, 1,6% em adolescentes e 0,9 a 1,9% entre adultos, nos EUA. Esse transtorno frequentemente se desenvolve após uma perda, como morte de um parente ou animal de estimação, mudança de escola ou local de residência ou divórcio dos pais. As crianças acometidas apresentam medo ou ansiedade excessivos ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou da separação de figuras de apego, preocupando-se com eventos indesejados consigo mesmos e com os pais. Podem relatar que estão vendo pessoas espreitando o quarto ou que criaturas assustadoras estão tentando agarrá-las. Em crianças menores e numa prevalência baixa (0,03 a 1%), pode ocorrer a ansiedade denominada de mutismo seletivo. Essa patologia pode ser desencadeada quando uma família migra para outro país de língua diferente; a criança tende a falar apenas com as

peças com quem convive em sua casa, podendo usar meios não verbais (grunhidos, apontar, escrever) para se comunicar, e vão desenvolver problemas na escola (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 192, 195). O **mutismo seletivo** é caracterizado por fracasso persistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale (por exemplo, segundo mês em uma escola nova); algo como uma timidez excessiva e medo de constrangimento que provoca consequências significativas em contextos de conquistas acadêmicas ou profissionais ou interfere em outros aspectos na comunicação social normal.

As pessoas com **fobia específica** são apreensivas, ansiosas ou se esquivam de objetos ou situações circunscritas, os quais lhe geram medo, ansiedade ou esquiva, até um ponto em que é persistente e fora de proporção em relação ao risco real que se apresenta. Existem fobias específicas a animais, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros. No **transtorno de ansiedade social** (fobia social), o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquiva de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser observado e/ou avaliado. Nessas situações, o indivíduo tem a ideia de ser avaliado negativamente por outras pessoas, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros.

No **transtorno de pânico**, o indivíduo tem uma sensibilidade à ansiedade como um “medo dos sintomas de medo” (RODEBAUGH; WEISMAN; TONGE, 2018, v. 1, c. 18, p. 436). Ele experimenta ataques inesperados recorrentes ou patologicamente esperados de medo ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de quatro ou mais dos seguintes sintomas: palpitações (coração acelerado), falta de ar, tremores, dor no peito, sudorese, sentir-se tonto (sem equilíbrio, com a cabeça oca ou sensação de desmaio), náusea ou desconforto abdominal, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, calafrios ou ondas de calor, parestesias, sensações de irrealidade ou de estar distanciado de si mesmo. O ataque de pânico isoladamente pode aparecer em outros transtornos de ansiedade ou em outras doenças mentais, como a depressão, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos por uso de substâncias. Os indivíduos com **agorafobia** podem ou não ter crises de pânico, evitam exageradamente ou são apreensivos e ansiosos acerca de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público (automóveis, ônibus, avião, trem, navio); permanecer em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou sair de casa sozinho. Essas situações requerem a presença de um acompanhante ou são suportadas com intenso medo,

ansiedade, vômito, incontinência urinária ou sensação de desânimo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; (RODEBAUGH; WEISMAN; TONGE, 2018, v. 1, c. 18).

O **transtorno de ansiedade generalizada** apresenta prevalência de 12 meses nos EUA de 0,9% entre adolescentes e de 2,9% entre adultos; enquanto em outros países varia de 0,4 a 3,6%. “A condição é mais comum em países desenvolvidos” e o pico de incidência é em torno dos 30 anos de idade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; DEL-PORTO, 2014, p. 1480). As características principais desse transtorno são ansiedade e preocupação persistentes, excessivas e difíceis de serem controladas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar. Além disso, são experimentados três ou mais (em crianças, apenas um item é exigido) dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Nos estudos empíricos que envolvem o tema ansiedade, faz-se importante a utilização de métodos de medição que permitam coletar, de forma sistematizada, a intensidade e frequência de sintomas de ansiedade nos participantes de pesquisa. Dessa forma, desde o surgimento da aferição quantitativa de atitudes/ comportamentos humanos (psicometria) como ciência no fim do século XIX, existem questionários, escalas, inventários e entrevistas de avaliação, que se apresentam como instrumentos padronizados, compostos por um conjunto de itens que permitem quantificar características psíquicas, psicológicas ou comportamentais que nem sempre são observáveis.

A descoberta dos psicofármacos, na década de 1960, impulsionou a elaboração desses instrumentos, face à necessidade de uma metodologia específica para selecionar pacientes e mensurar a eficácia de medicamentos. Com o avanço tecnológico das ciências da computação, a psicometria tem utilizado técnicas estatísticas complexas, tornando sofisticada a efetividade da mensuração (GORENSTEIN; WANG, 2016a). Existem as escalas com avaliação por observador e as escalas de autoavaliação/autorrelato. Essas últimas são essenciais em situações em que se almeja avaliar a opinião do sujeito, como ocorre em psiquiatria, e proporcionam informações úteis quando a variável a ser medida tem a característica de ser uma experiência facilmente entendida e relatável pelo participante respondente das

perguntas, em termos leigos; como é o caso dos sintomas físicos de ansiedade (BERNIK; LOTUFO NETO, 2016). Esses autores alertam para o fato de que a interpretação das respostas encontradas nos instrumentos psicométricos, principalmente naqueles de autoavaliação, deve ser feita considerando-se as características do construto avaliado e do contexto no qual está sendo utilizada a escala. No caso da ansiedade, esse alerta é bem evidente:

No entanto, diferentemente de outras áreas clínicas que dispõem de avaliações objetivas, em psiquiatria é muito difícil decidir se alguém remitiu ou não de seu transtorno de pânico. Grosso modo, nenhuma avaliação em psiquiatria é 'branco e preto'. Outro aspecto importante é conseguir distinguir alterações emocionais normais, associadas à ansiedade como um estado emocional, daquelas da psicopatologia dos transtornos de ansiedade, que geralmente são associadas a prejuízo funcional ou mesmo incapacitação. Por exemplo, na área do transtorno de estresse pós-traumático, estar emocionalmente abalado após um evento traumático é quase a norma, mas tornar-se incapacitado não é a regra. Isso enfatiza o papel central do domínio da sintomatologia no processo diagnóstico, em detrimento da avaliação baseada em escalas que não consideram o funcionamento (BERNIK; LOTUFO NETO, 2016, p. irregular).

Dessa forma, faz-se necessário declararmos que o uso de medidas psicométricas de ansiedade (e depressão) na presente tese não tem a finalidade de realizar diagnóstico da ansiedade doença, mas tão somente aferir grau e sintomas de ansiedade (e depressão), na perspectiva específica do instrumento psicométrico escolhido para tal, e no contexto de pesquisa da área de Psicologia da Religião.

Conforme consta na seção 3.1.3 da presente tese, nossa revisão sistemática da literatura mostrou que, em pesquisas que analisaram religiosidade/espiritualidade e sua correlação com ansiedade em estudantes universitários, os instrumentos psicométricos mais usados para aferir a intensidade da presença de sintomas de ansiedade foram:

- a) O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK *et al.*, 1988);
- b) O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger, Gorsuch e Lushene (CAUMO; CALVETTI; HENRIQUES, 2016);
- c) A *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (LOVIBOND, P.; LOVIBOND, S., 1995);
- d) A Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (*Positive and Negative Affect Schedule – PANAS*) (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988);

- e) A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety Depression Scale – HADS*), desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983 (BERNIK; LOTUFO NETO, 2016).

O Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) é uma escala idealizada e publicada por Aaron Tekin Beck¹⁷ (BECK *et al.*, 1988), de ampla utilização, cujas características psicométricas foram extensivamente estudadas. Esse instrumento foi por nós utilizado na pesquisa empírica da presente tese, e maiores detalhes sobre história, uso e validação no Brasil podem ser vistos na seção 3.2.2.

Mas, considerando a relevância de outros instrumentos, faz-se importante comentarmos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (*State-Trait Anxiety Inventory – STAI*), cuja subescala traço é um instrumento muito utilizado no mundo inteiro (JULIAN, 2011). O IDATE é um instrumento de autoaplicação elaborado por Charles Donald Spielberger, Gorsuch e Lushene, em 1970, validado e adaptado para o português brasileiro desde 1990 (CAUMO; CALVETTI; HENRIQUES, 2016; KAIPPER *et al.*, 2010). O IDATE é uma escala autorrelatada dividida em duas subescalas separadas, cada uma com 20 itens que, com base na teoria desenvolvida por Spielberger (O'NEIL JÚNIOR; SPIELBERGER; HANSEN, 1969), mensuram:

o estado-ansiedade (condição temporária de ansiedade referida em situações agudas e específicas, em um passado recente, com um enfoque mais contextual) e o traço-ansiedade (um padrão mais estável e usual de ansiedade do indivíduo ao longo da vida), bem como distingue uma situação da outra. O estado refere-se a percepções transitórias desagradáveis de apreensão, tensão, nervosismo e/ou preocupação, frequentemente acompanhadas de ativação do sistema nervoso autônomo, refletindo como o sujeito percebe os estímulos internos ou externos naquele determinado momento. O traço é considerado uma característica de personalidade, sendo uma tendência no modo de perceber as situações, em geral, como ameaçadoras. Ele não costuma ser observado diretamente, a não ser quando o sujeito se depara com situações estressantes, e está presente nos indivíduos “mais reativos” ou hipersensíveis. Em teoria, o estado-ansiedade e o traço-ansiedade são independentes (CAUMO; CALVETTI; HENRIQUES, 2016, p. irregular).

Quanto mais alta a pontuação no IDATE, maior será o nível de ansiedade do sujeito. Na escala entre 40 e 160 pontos (igual à soma de cada uma das duas

¹⁷ Aaron Tekin Beck nasceu em 18 de julho de 1921 e morreu em 1º de novembro de 2021. Foi psiquiatra e professor emérito do departamento de psiquiatria na Universidade da Pensilvânia. Beck é conhecido como desenvolvedor da Terapia Cognitiva e inventor das vastamente utilizadas Escalas de Beck, incluindo o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

subescalas de 20 a 80), um ponto de corte entre 39 e 40 pontos para cada subescala já sugere a presença significativa de sintomas clínicos de ansiedade. Em pacientes em período perioperatório, o ponto de corte sobe para 44 ou 45 pontos; e para aqueles com transtornos do humor já diagnosticado, é ao redor de 53 pontos (CAUMO; CALVETTI; HENRIQUES, 2016).

Esse instrumento foi validado em uma forma abreviada de 25 itens, subdivididos também em duas subescalas (traço e estado), e tem recomendação de uso abrangente, incluindo populações de estudantes de ensino médio e graduação, adultos, idosos, trabalhadores e pacientes com doenças clínicas, em período perioperatório, com transtornos psiquiátricos (ambulatorial e hospitalar), entre outros (CAUMO; CALVETTI; HENRIQUES, 2016).

2.1.2 Depressão

A pessoa com depressão apresenta anedonia (dificuldade ou quase incapacidade de ter prazer pelas coisas), variação circadiana do humor, ruminação obsessiva, autoacusação — “Gostaria de dormir e nunca mais acordar” (SERSON, 2016, p. 34 e 42). Mas, a boa notícia é que, se forem tratados adequadamente, 70 a 90% vão se recuperar (GOMES, 2011, p. 88).

Essa doença do humor acomete 4,4% da população mundial e 5,8% dos brasileiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). Em revisão sistemática com meta-análise, Marcus T. Silva e colaboradores (2014) verificaram que a prevalência de sintomas depressivos na população brasileira foi de 14% (intervalo de confiança de 95% [IC 95%] entre 13 e 16), enquanto a prevalência de transtorno depressivo maior em um ano foi de 8% (IC 95%, 7-10), e a prevalência de transtorno depressivo maior ao longo da vida foi de 17% (IC 95%, 14-19). Nos EUA e Europa, a prevalência de transtorno depressivo maior em um ano foi de 5% e 4%, respectivamente; enquanto essa prevalência ao longo da vida foi de 13% (SILVA *et al.*, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (2016) estimou que 350 milhões de pessoas de todas as idades sofrem com depressão, a qual é a principal causa de incapacidade laborativa em todo o mundo e contribui de forma muito importante para a carga global de doenças, sendo que cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano. Em 2030, a depressão será a segunda causa mais comum responsável pela carga global de doenças, perdendo apenas para a VIH/SIDA e sendo mais frequente que a doença

cardíaca isquêmica (MATHERS; LONCAR, 2006). No contexto de cuidados paliativos de pacientes com câncer, a prevalência de transtorno depressivo maior “varia entre 9 e 18%”. E, a perda de significado da vida e o baixo bem-estar espiritual estão associados à presença de sintomas depressivos (CITERO, 2014, p. 1560). Nesse cenário de angústia existencial e terminalidade da vida, a médica psiquiatra Vanessa Citero afirma:

Ao avaliar o paciente, deve-se considerar que o humor depressivo e a tristeza podem ser respostas apropriadas na terminalidade da vida, expressando assim o luto antecipatório da perda de autonomia, dos entes queridos e da própria saúde; no entanto, o fato de ser comum não significa que não deva ser tratado ou aliviado. Percebe-se que há o subdiagnóstico e o subtratamento dos sintomas depressivos, e um motivo geralmente referido pelos médicos é a crença de que utilizar antidepressivo somente trará efeitos colaterais para o paciente. Isso não é verdade, desde que o antidepressivo seja corretamente indicado (CITERO, 2014, p. 1560).

Quem tem depressão tem imunidade diminuída, maior probabilidade de desenvolver comportamentos não saudáveis, como práticas sexuais de alto risco para doenças transmissíveis e desobediência às recomendações médicas para tratamento de outras doenças, e maus prognósticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2008). Estima-se que 10% das pessoas podem sofrer ao menos um episódio depressivo ao longo da vida. Dois em cada 10 casos de depressão se tornam crônicos, e dois terços das pessoas com depressão não fazem tratamento. Além disso, “a maioria dos pacientes não tratados tentará suicídio pelo menos uma vez na vida” e, desses, 17% conseguem se matar (GOMES, 2011, p. 83). No ano de 2015, a incidência mundial de suicídio foi de 10,7 por 100 mil habitantes por ano, acometendo principalmente jovens com 20 a 25 anos de idade, dos países de baixa a média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b). Foi estimado que até 2020, poderia ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo; ultrapassando o número de homicídios e guerras combinados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014). A divulgação repetitiva de suicídios ou de detalhes de um mesmo caso está ligada ao aumento da taxa de suicídio, enquanto matérias jornalísticas sobre pessoas que relataram ideação suicida sem consumir o fato estão associadas a diminuição das taxas de suicídio (NIEDERKROTENTHALER *et al.*, 2010).

Segundo a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), versão 2010, os “Distúrbios de humor [afetivos]” são classificados em:

- a) Episódio maníaco;
- b) Transtorno afetivo bipolar;
- c) Episódio depressivo (código F32);
- d) Transtorno depressivo recorrente (código F33);
- e) Transtorno persistente do humor (afetivo) (código F34, incluindo distímia F34.1);
- f) Outros transtornos do humor;
- g) E transtorno do humor não especificado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b).

Mais atualizada, a Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade CID 11 da Organização Mundial de Saúde (OMS), versão 05/2021, em seu capítulo 6 (Transtornos mentais, comportamentais e de desenvolvimento neurológico), classifica os transtornos de humor em:

- a) Transtornos bipolares ou outros transtornos relacionados;
- b) Transtornos depressivos;
- c) Apresentações sintomáticas e de cursos para episódios de humor em transtornos de humor;
- d) Transtornos de humor induzidos por substâncias;
- e) E síndrome de humor secundária.

Por sua vez, essa CID 11 categoriza a doença “Transtornos Depressivos” com os seguintes códigos de base:

- a) 6A70 - transtorno depressivo, episódio único (leve; moderado ou grave, com ou sem sintomas psicóticos; em remissão parcial ou completa; ou de gravidade ou remissão não especificadas);
- b) 6A71 - transtorno depressivo recorrente;
- c) 6A72 - transtorno distímico;
- d) 6A73 - transtorno misto de ansiedade e depressão;
- e) GA34.41 - transtorno disfórico pré-menstrual;
- f) 6A7Y - outros transtornos depressivos especificados;

- g) 6A7Z - transtornos depressivos, não especificados (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2021).

Para a Associação Americana de Psiquiatria, em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-5*), os “Transtornos Depressivos” são classificados em:

- a) Transtorno disruptivo da desregulação do humor;
- b) Transtorno depressivo maior (episódio único ou recorrente; leve, moderado, grave; com características psicóticas; em remissão parcial ou completa; ou não especificado);
- c) Transtorno depressivo persistente (distímia);
- d) Transtorno disfórico pré-menstrual;
- e) Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento;
- f) Transtorno depressivo devido a outra condição médica;
- g) Outro transtorno depressivo especificado;
- l) Transtorno depressivo não especificado (american psychiatric association, 2014, p. Xvii, xviii).

Em resumo, na CID 10 e na CID 11, a depressão se expressa como episódios depressivos (F32), transtornos depressivos recorrentes (F33) ou persistentes (F34, incluindo distímia F34.1), enquanto o *DSM-5* classifica a depressão em duas subcategorias:

- a) Transtorno depressivo maior, que aparece como episódio único ou recorrente, com intensidade leve, moderada ou grave, com ou sem sintomas psicóticos;
- b) Transtorno depressivo persistente (distímia), com gravidade atual leve, moderada ou grave (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. xvii; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

Da mesma forma como afirmamos em relação à ansiedade, faz-se necessário declararmos que o uso de medidas psicométricas de depressão na presente tese não tem a finalidade de realizar diagnóstico da doença depressão, mas tão somente aferir grau dos sintomas de depressão na perspectiva específica do instrumento psicométrico escolhido para tal e no contexto de pesquisa da área de Psicologia da Religião. Assim, acompanhando as recomendações de Gorenstein e Wang (2016b), entendemos que

para que seja feito o diagnóstico real de depressão faz-se necessário uma avaliação clínica realizada por médico ou psicólogo.

Conforme consta na seção 3.1.3 da presente tese, nossa revisão sistemática da literatura mostrou que, em pesquisas que analisaram religiosidade/espiritualidade e sua correlação com depressão em estudantes universitários, os instrumentos psicométricos mais usados para aferir a intensidade da depressão e da gravidade sintomatológica desses transtornos foram:

- a) O Inventário de Depressão de Beck (BECK; STEER, GARBIN, 1988);
- b) *Centre for Epidemiological Studies Short Depression Scale* (CES-D10) (RADLOFF, 1977);
- c) *A Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (LOVIBOND, P; LOVIBOND, S., 1995);
- d) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety Depression Scale – HADS*), desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983 (BERNIK; LOTUFO NETO, 2016);
- e) A Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (*Positive and Negative Affect Schedule – PANAS*) (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988).

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*), em sua primeira versão, foi desenvolvido por Beck *et al.* (1961). Esse foi o instrumento que usamos na presente tese para realizar pesquisa quantitativa em alunos de Medicina e Teologia; e, maiores detalhes sobre essa medida podem ser lidos na seção 3.2.2.

2.2 RELIGIÃO: PROTEÇÃO E RISCO PARA SAÚDE/DOENÇA

Os antigos xamãs realizavam cerimônias de iniciação de adolescentes, treinando-os para matar os animais de forma sagrada: “uma das funções do ritual é suscitar uma ansiedade de tal ordem que a comunidade seja obrigada a confrontá-la e controlá-la” (ARMSTRONG, 2011, p. 24). Ainda hoje, muitos rituais de iniciação, religiosos ou não, tentam estimular os sentidos do iniciante, alguns com provações psicológicas e físicas, privando-os de água, alimento e sono, e com momentos de dor. A intenção é provocar emoções ambíguas como medo, repulsa e terror para esmagar a autoidentidade, acompanhadas da sensação de que adentrou o mundo sobrenatural e recebeu ajuda do divino. Tudo isso gera memória, boa e/ou ruim, e sentimento de

afiliação a determinado grupo, transformando adolescentes em irmãos de fé e, no caso do jihadismo terrorista, irmãos de arma (ALCORTA, 2021, p. 108). Mesmo fora desse contexto de alguns tipos de iniciações (religiosas ou não), nos altos e baixos da vida, é normal reagirmos com estresse, ansiedade, medo ou tristeza; lutando, negando, fugindo ou crescendo em resiliência transformadora.

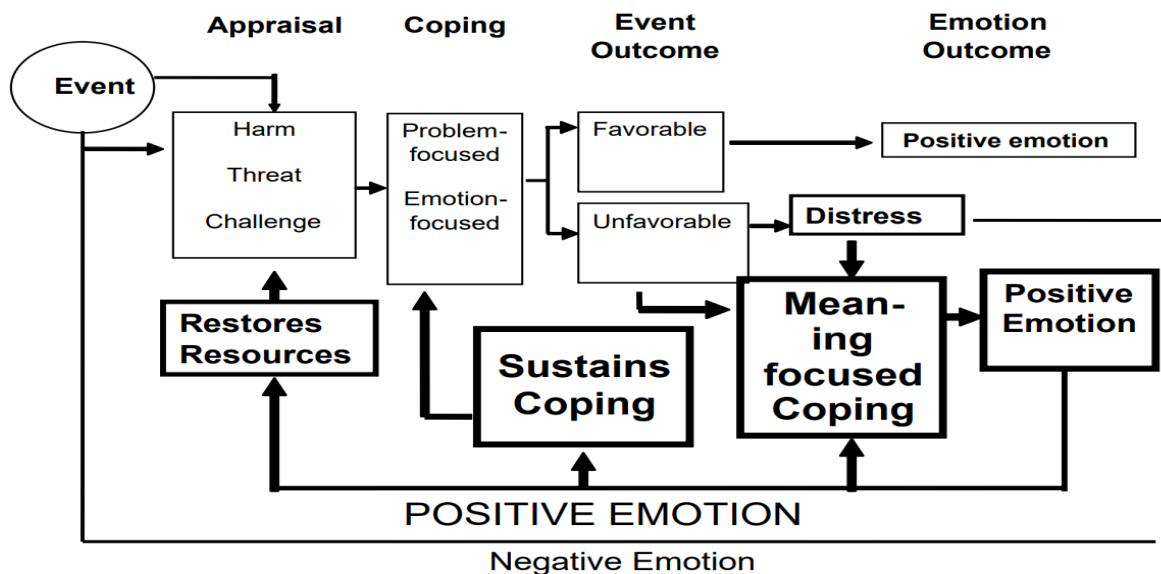
O estresse é um componente do sofrimento, mas nem todo estresse gera sofrimento, pois esse último é uma condição humana de mal-estar de causas múltiplas, com ameaça ou perda da integridade biopsicossocial-espiritual de um ser humano. Assim, o sofrimento é físico quando enfatiza a dor e as doenças do corpo, é psíquico quando se refere às perdas e psicopatias, e é espiritual ao comprometer o significado/valor da vida e as compensações morais e éticas (QUICENO, 2016).

Na perspectiva da Psicologia, a resposta humana ao estresse e ao sofrimento tem sido explicada principalmente pelo modelo teórico denominado de teoria cognitiva do estresse e *coping*, desenvolvida por Richard Lazarus e Susan Folkman; e testada empiricamente com estudos observacionais longitudinais (FOLKMAN, 1997, 2008, 2010). Nessa concepção, o estresse equivale a uma circunstância adversa que é avaliada pelo indivíduo como uma situação significativa e que pode exceder sua capacidade de resposta.

O *coping* é uma reação ao estresse, em pensamentos e comportamentos que acontece pela interação entre o indivíduo e o meio ambiente contextual, externo e interno, que envolve etapas dinâmicas de avaliação e resposta, que se modificam tanto em função das particularidades da situação, quanto através do tempo. Assim, o indivíduo faz uma **avaliação** (*appraisal*) primária do grau de nocividade de determinado evento sobre seu bem-estar (significância pessoal), tentando aferir o quanto essa circunstância pode comprometer suas crenças, valores e objetivos pessoais. Em seguida, faz uma avaliação secundária (opções de *coping*), na qual examina seus recursos disponíveis para lidar com o respectivo acontecimento estressante, na expectativa de reduzir, minimizar ou tolerar. É importante lembrarmos que, podendo esses eventos adversos serem tarefas diárias, problemas crônicos ou outros desafios, as pessoas estão ativamente envolvidas na construção de suas situações, bem como respondendo a elas (PARGAMENT; MATON; HESS, 2011). Se a **interação** com o acontecimento for considerada estressante, ela vai ser classificada em uma de três categorias:

- a) **Dano** (*harm*) já instalado (como a perda de um ente querido), provocador de emoções negativas, como tristeza ou raiva;
- b) **Ameaça de dano** (*threat*) previsível, com reação cognitiva focada no potencial lesivo da circunstância e geradora de emoções negativas (ansiedade, medo), mas que ainda permite organizar-se e preparar-se para o futuro;
- c) **Ou desafio** (*challenge*), com pensamento otimista de estratégias de enfrentamento, gerador de emoções positivas, como excitação, motivação e confiança (ver Figura 14) (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; FOLKMAN, 2008).

FIGURA 14 – TEORIA DO ESTRESSE E *COPING*, DE LAZARUS E FOLKMAN



FONTE: Folkman (1997; 2008, p. 6)

Na teoria de Lazarus e Folkman, revisada por Folkman (1997, 2008, 2010), após as avaliações, o sujeito pode responder com três tipos de **estratégias de coping**:

- a) **Coping focado na resolução dos problemas**, quando o cenário é considerado passível de controle e algo pode ser feito na origem do estresse, para tentar alterar sua relação com o acontecimento estressante (resposta manipulativa); podendo consistir em modificar o contexto do ambiente, afastar-se ou deixar de estar na presença do estressor, ou ainda procurar informações acerca da situação de tal forma que a possa compreender e prever acontecimentos relacionados. Esse

esforço pode ser direcionado interna ou externamente, incluindo assim reavaliação cognitiva e estratégias de ação prática que implicam processos de análise objetiva do ambiente. Ou seja, envolve basicamente coleta de informações e tomada de decisão;

- b) **Coping focado na regulação das emoções**, em situações nas quais o indivíduo avaliou como tendo que serem aceitas por serem de difícil controle (resposta de acomodação); havendo uma inibição da ação, um não confronto, diante do evento. O indivíduo tenta fugir, negar ou esquivar-se do problema, reduzindo a sensação desagradável do estado de estresse por meio da alteração do ambiente interno (estado emocional), com técnicas de relaxamento ou meditação, uso de álcool ou medicamentos, e entretenimentos; na expectativa de regular a resposta emocional negativa e angústia envolvidas (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; FOLKMAN, 2008, 2010);
- c) **Coping focado no significado**. Nos dois métodos supracitados de *coping*, se a situação for resolvida com um **resultado** favorável, são geradas emoções positivas, como alívio, orgulho e felicidade. Nas pesquisas que testaram a teoria, o enfrentamento focado em problemas e a reavaliação positiva foram consistentemente associados ao humor positivo, mas inconsistente e mais fracamente associados ao humor negativo (FOLKMAN, 2008). Mas, se o resultado for desfavorável, há um aumento do estresse e surgimento de emoções negativas, as quais vão provocar mais estresse, criando condições de sofrimento crônico. Entretanto, em estudos empíricos posteriores, Folkman (1997; 2008) constatou que, mesmo em resultados desfavoráveis, com aumento do estresse, na necessidade de tentar novamente reagir, foi observada a possibilidade de pessoas desenvolverem um terceiro tipo de *coping*, focado no significado. Esse vai produzir emoções positivas, que vão desencadear estímulos ao próprio *coping* focado no significado e influenciar no processo de estresse, com promoção de **reavaliações cognitivas** e restauração dos recursos de *coping*, além de fornecer motivação necessária para sustentar o *coping* focado na resolução de problemas, a longo prazo. Ademais, essas emoções positivas podem proporcionar alívio da angústia (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; FOLKMAN,

2008; PANZINI, 2004). O *coping* focado no significado é fundamentado principalmente em (re)avaliação, no qual a pessoa **se baseia em suas crenças (religiosas, espirituais, de justiça), valores e objetivos existenciais** mais profundos (propósito na vida, princípios orientadores), para motivar e sustentar o *coping* e o bem-estar durante um momento difícil. Essa estratégia envolve uma revisão do sentido da existência e reordenação de prioridades por meio da experiência de vida, dando ênfase nos pontos fortes ganhos, mesmo diante do sofrimento; o que ajuda a transformar as avaliações de ameaças em avaliações de desafio. É importante lembrarmos que os três métodos de *coping* descritos acima podem ocorrer de forma isolada ou simultânea, como pensamentos e ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

“Existem evidências substanciais de que as emoções positivas são um aspecto normativo do processo de estresse e que ajudam a restaurar os recursos de enfrentamento fisiológico e psicossocial” (FOLKMAN, 2008, p. 11). Assim, constatando que o *coping* focado no significado tende a ser menos específico da situação do que os focados no problema ou nas emoções, por meio de dados qualitativos extraídos de quase 2.000 entrevistas, Folkman (2008) identificou **cinco categorias de coping focado no significado**:

- a) Encontrar benefícios, mesmo diante do sofrimento. É o tipo mais comum de *coping* focado no significado, no qual as pessoas afirmam que, perante o tormento, cresceram em sabedoria, paciência, maior valorização da vida, mudança de vida, maior clareza sobre o que realmente importa, fé ou espiritualidade, e maior qualidade das relações sociais. Nas pesquisas, os efeitos benéficos foram maiores quando o tempo desde o evento traumático foi de mais de dois anos, e as emoções negativas declinam mais consistentemente quando a descoberta de benefícios gera restauração de autoconfiança e motiva *coping* focado em resolução de problemas, como coleta e avaliação de informações, tomada de decisão ou reparo de relacionamentos. É impressionante como a homeostase orgânica, o tempo e a resiliência humana podem contribuir para o surgimento de uma estabilidade psicológica após nos

defrontarmos com as adversidades. Em uma pesquisa realizada na década de 1990, auge da epidemia e mortalidade de AIDS, Frances (2016, p. 56) comparou a intensidade de tristeza e ansiedade em pessoas que realizaram o exame para diagnóstico da doença. Constatou que, imediatamente após receberem o resultado, os soropositivos experimentaram um grande aumento nas medições, enquanto os soronegativos apresentaram uma diminuição, mas, proporcionalmente menor que o aumento dos soropositivos. Realmente espantosas foram as pontuações das mesmas aferições seis semanas depois: as medições de tristeza e ansiedade em ambos os grupos haviam retornado ao estágio inicial, antes da coleta do exame para diagnosticar aids. Ou seja, os soropositivos estavam lidando com a terrível notícia de forma resiliente, enquanto os soronegativos não demonstraram uma melhora de humor permanente com a maravilhosa novidade;

- b) Lembrança dos benefícios encontrados no sofrimento. Pesquisa feita com pacientes portadores de dor crônica do tipo fibromialgia, evidenciou que, nos dias em que esses pacientes se esforçavam mais para se lembrar dos benefícios que vinham de sua doença, eles eram mais propensos a experimentar um humor prazeroso, independentemente da dor que haviam experimentado naquele dia;
- c) Determinar metas adaptativas. O simples ato de criar uma lista de tarefas quando as coisas se sentem completamente fora de controle não é apenas útil para o enfrentamento instrumental, mas também cria um senso de domínio e controle, e fornece um sentido de significado e propósito na vida;
- d) Reordenação de prioridades, expressa em afirmações como: minha perspectiva mudou; eu agora foco no que realmente importa. O processo de reordenação pode levar ao aumento da eficiência de enfrentamento, diminuindo o foco da pessoa. Porém, pode levar a estressores secundários e emoções negativas; como pode acontecer no caso de mães que reordenam suas prioridades, deixando de trabalhar fora para cuidar de um filho com deficiência, e experimentam dificuldades financeiras por diminuição da renda. O estabelecimento de uma nova hierarquização das prioridades na vida traz consigo vantagens e

desvantagens, benefícios e riscos inerentes à transformação da realidade cotidiana;

- e) Reconhecimento de significado positivo em eventos comuns da vida, mesmo em situações terríveis da existência. É como se as pessoas tentassem prolongar sentimentos agradáveis, compartilhando e saboreando suas notícias boas com amigos e entes queridos (FOLKMAN, 2008).

Na óptica da Psicologia Evolutiva da Religião, muitas das principais religiões do mundo são, em parte, consequência de um sistema de mecanismos psicológicos que evoluíram para promover a prevenção de doenças. Nessa concepção, segundo Terrizzi Júnior e Shook (2021), para evitar o contato pessoa a pessoa como via significativa de contaminação por agentes nocivos biológicos, o sistema imunológico comportamental de grupos populacionais promove a adoção de métodos socialmente conservadores em seus valores culturais e desenvolvem preconceitos em relação a não membros do seu grupo. Essa perspectiva é apoiada por evidências que indicam que a religiosidade é mais forte em áreas do mundo que têm uma carga mais alta de patógenos; e o conservadorismo religioso é maior em pessoas que são mais sensíveis à emoção defensiva de nojo. Pesquisas empíricas mostraram que essa hipersensibilidade a estímulos nojentos por medo de contaminação, mesmo que implique em erros do tipo I (falso-positivo), traz a vantagem adaptativa de menor possibilidade de adquirir doenças, por evitarem erros do tipo II (falso-negativo). Isso ajuda a explicar o motivo pelo qual muitas religiões majoritárias do mundo são repletas de rituais de purificação e referências à pureza. Ou seja, a pureza religiosa tem um sentido simbólico de pecado e salvação, e de distinguir o certo do errado, mas também uma função de prevenção psicológica contra as enfermidades contagiosas; existindo inclusive sistemas cerebrais já identificados pela Neuropsicologia que compartilham moralidade e religião.

Assim, no cristianismo, o pecado é como uma mancha ou contaminação que pode ser lavada pelo sangue de Jesus e pela água do batismo; e, no Livro de Deuteronômio, são dadas leis dietéticas que promovem também a saúde. No hinduísmo, alguns adeptos fazem peregrinações para banhar o corpo em rios sagrados, como o Ganges, e a obtenção de Brahman ou consciência eterna é alcançada livrando o eu de impurezas. No islamismo, é estritamente proibido se envolver em orações se estiver impuro, e o Alcorão especifica detalhes de purificação ritual que devem ser feitos

antes de orar. No judaísmo, há a lei cerimonial de não se alimentar de carne de porco, expressando a repulsa à sujeira desse animal que vive na lama; mas também como uma forma de evitar a infecção por *Taenia solium*, proveniente da ingestão de ovos do parasita presentes nas fezes do porco ou de cisticercos existentes na carne suína. O porco também pode ser hospedeiro da *Trichinella spiralis* e, se o ser humano ingerir sua carne não assada/cozida adequadamente, contendo cistos vivos do parasita, pode adquirir triquinose. Uma exceção ao vínculo entre religião e pureza é o tantrismo, na qual praticantes radicalistas consomem resíduos humanos (fezes, urina, catarro) como parte de sua prática religiosa. Não é surpresa que essa religião seja minoritária (TERRIZZI JÚNIOR; SHOOK, 2021).

Tanto a religiosidade quanto a saúde são constructos multidimensionais que podem interagir de forma direta ou indireta, a partir de dimensões diferentes que, por sua vez, podem ser multifatoriais. Assim, dimensões religiosas organizacionais, não organizacionais, intrínsecas, cognitivas, afetivas, comportamentais e corporais podem provocar efeitos na saúde física, mental, social e espiritual das pessoas. Nas pesquisas sobre religião e saúde, geralmente, a religião é examinada como uma variável independente (ou variável de exposição) com possíveis efeitos sobre as variáveis dependentes saúde e bem-estar. Segundo Chatters (2000), a partir da literatura existente sobre estresse e *coping*, as correlações possíveis entre as variáveis independentes estresse, religião e fatores mediadores com as variáveis dependentes desfechos de saúde física e mental, podem ser estudadas por meio de cinco modelos analíticos básicos:

- a) Modelo de prevenção. Sugere que a religião tem efeitos protetores diretos e indiretos sobre a saúde. Nesse modelo, o envolvimento religioso pode atuar indiretamente, por exemplo, por meio de um estilo de vida saudável e pacificador, para gerar menores riscos de doenças. Além disso, vários aspectos da religiosidade, como a devoção e oração, por exemplo, podem agir diretamente na redução do estresse;
- b) Modelo moderador. Nesse caso, a religião opera para moderar os efeitos do estresse na saúde;
- c) Modelo de dissuasão de angústia (ou modelo de contrabalanceamento). Propõe que o estresse e a religião têm efeitos independentes e opostos sobre a saúde física e mental;

- d) Modelo supressor (ou resposta estressora). A proposta aqui é de que um estressor leve o indivíduo a aumentar (ou mobilizar) suas atividades religiosas para suprimir os efeitos deletérios do estresse na saúde;
- e) Modelo de efeitos para a saúde (ou efeito estressor). Em contraste com o anteriormente descrito, esse modelo sugere que um estressor funciona para suprimir a atividade religiosa, e pode também agir sobre fatores mediadores por meio de efeitos psicossociais negativos; como por exemplo a diminuição do apoio de outras pessoas e estados emocionais negativos.

Exemplo emblemático da importância da interação entre religião/espiritualidade e saúde é o fato da Associação Americana de Psiquiatria, em sua quinta versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-5)*, declarar que existe uma doença mental denominada de Problema Religioso ou Espiritual:

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema religioso ou espiritual. Os exemplos incluem experiências de sofrimento que envolvam perda ou questionamento da fé, problemas associados a conversão a nova fé religiosa ou questionamento de valores espirituais que pode, não necessariamente, ter relação com alguma igreja ou instituição religiosa organizada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 725).

Ainda sobre as possíveis correlações entre religião e saúde/doença, de maneira mais didática, Chatters (2000) cita cinco categorias principais pelas quais a religiosidade pode agir como fator de proteção ou como fator de risco para o desenvolvimento de doenças:

- a) Estilo de vida e comportamento em saúde. A religião é fundamental na formação de comportamentos de proteção ou risco. Ela pode ser benéfica quando a sacralidade do corpo (como templo da divindade, por exemplo) é enfatizada, quando prescreve restrições alimentares saudáveis, proibições contra uso de fumo, álcool e drogas, quando encoraja atividades físicas, relacionamentos harmoniosos, ou moderação e conformismo equilibrado. Entretanto, quando ensinamentos religiosos proíbem ou atrasam procedimentos médicos preventivos, curativos ou paliativos (como consultas com psiquiatra e psicólogo, uso de medicamentos ou de transfusão sanguínea emergencial), ou reforçam

comportamentos prejudiciais à saúde (como fumar, ingerir bebida alcoólica em excesso, jejuns prolongados ascéticos, privação excessiva de sono), a religiosidade pode atuar com fator de risco para o surgimento ou piora de patologias;

- b) Recursos sociais. Comunidades religiosas que propiciam apoio social formal e/ou informal – como por exemplo, pequenos grupos de adolescentes, homens ou mulheres solteiras, casais, idosos – propiciam a oportunidade de ajuda recíproca, de preocupação sincera, compaixão empática e ajuda solidária do outro. A sensação de ser amado por irmãos de fé, e o apoio desses amigos, principalmente, nos momentos difíceis da vida, pode trazer benefícios para a prevenção e tratamento de morbidades principalmente psíquicas. Porém, se as relações sociais dentro da comunidade religiosa envolvem pressões inadequadas para moldar comportamentos e/ou fazer cumprir expectativas institucionais exageradamente moralistas, ou que exijam que os membros invistam quantidades significativas de esforço ou dinheiro, a religião poderá provocar doenças. Interações sociais negativas, como críticas e demandas excessivas, entre membros ou entre membros e líderes religiosos podem gerar angústias e decepções; inesperadas e em desacordo com as expectativas e normas dentro de ambientes religiosos, supostamente salutaras;
- c) Atitudes, crenças e estados e sentimentos emocionais. Doutrinas religiosas podem apoiar visões positivas da natureza humana, da singularidade individual, do amor e do perdão divinos, capazes de provocar sentimentos de autoestima e de valorização da vida humana. Ritos religiosos, como oração, louvor com músicas, comunhão, confissão, clamor por curas e milagres, podem incutir estados emocionais positivos e gerar crenças e cosmovisões com conteúdo de perdão, otimismo, esperança e salvação. Por outro lado, doutrinas religiosas, ou mais comumente má interpretação de doutrinas religiosas, que somente enfatizam a indesculpável depravação humana e não apresentam a misericordiosa gratuidade do perdão divino, podem gerar culpa excessiva, vergonha e ansiedade. A crença deturpada de uma falibilidade humana determinista pode minar um senso de domínio

peçoal e de remissão de pecados. E, quando essa permissiva crença atinge o nível pernicioso de querer agradar ou tentar culpar o diabo ou entidades espirituais por maus comportamentos, desde um assédio sexual até o sacrifício de crianças, a “religião” se torna criminosa. Isso aconteceu com o suposto espírita curandeiro João de Deus, condenado pela justiça brasileira a 40 anos de prisão por estupro de centenas de mulheres, e no caso de satanismo radical ocorrido em 2015, na cidade de Sumé, Paraíba, Brasil (JOÃO DE DEUS, 2021; VERAS, 2018). Ensinaentos religiosos que enfatizam uma justiça retributiva podem gerar sentimentos de rancor, ódio e vingança. Além disso, interpretações teológicas deturpadas que ensinam a cura exclusivamente pela fé podem levar pessoas a adoecerem gravemente ou morrerem precocemente, por não buscarem prevenção, diagnóstico e tratamento precoces; oportunizados, inclusive pelo próprio Deus.

- d) Crenças generalizadas sobre o mundo. Doutrinas religiosas que ensinam a necessidade de amar as pessoas, independente delas serem de sua religião ou não, podem estimular objetivos positivos e pró-sociais de compaixão, tolerância, empatia e perdão, os quais reduzem a probabilidade de interações sociais nocivas e estressantes. Diferentemente, ensinaentos religiosos que estimulam um pessimismo sobre o mundo fora da comunidade religiosa podem causar uma desconfiança geral das outras pessoas, principalmente daquelas que não fazem parte do grupo religioso. Pior ainda acontece quando adeptos de uma religião usam a violência homicida/suicida para impor a sua crença, como tem ocorrido com uma minoria de supostos muçulmanos que interpretam erroneamente o Alcorão e promovem atrocidades jihadistas contra fiéis de outras religiões.
- e) *Coping* religioso. Refere-se a reação a situações de estresses/dificuldades/sofrimentos, por meio de pensamentos e comportamentos que envolvem o componente religioso-espiritual da vida de qualquer ser humano. É o uso da religião/religiosidade espiritualidade como recurso para adaptação a circunstâncias difíceis da vida. O *coping* religioso-espiritual (CRE) é multidimensional e vem sendo amplamente estudado por pesquisadores da Psicologia da Religião. Da mesma forma

que as outras categorias explicativas da correlação entre religião e saúde/doença, o *coping* pode gerar um resultado favorável ou desfavorável. Assim, pessoas que usam esse *coping* desfavoravelmente tendem a ver o mundo como ameaça, expressam uma relação menos segura com Deus e demonstram um senso de conflito espiritual; gerando uma associação da religião a maior depressão e sintomas psicológicos, pior qualidade de vida e menor sociabilidade (CHATTERS, 2000).

Grande parte das pesquisas sobre a influência da religião, religiosidade e espiritualidade (R/E) na saúde e doença das pessoas tem sido feita a partir da estrutura teórica compreensiva desenvolvida pelo psicólogo americano Kenneth Pargament, no final da década de 80, denominada de ***coping* religioso-espiritual (CRE)**. “De acordo com esse modelo, cada indivíduo tem um sistema de orientação ou forma de ver e responder ao mundo, que inclui valores, relacionamentos, crenças e hábitos”. Nas dificuldades da vida, todos nós buscamos nossos sistemas de orientação, que incluem recursos úteis – como experiência anterior, autoeficácia e suporte social – e inúteis – como pessimismo e problemas de personalidade. Religiosidade e espiritualidade são, frequentemente, aspectos do sistema de orientação geral ou cosmovisão, principalmente em pessoas que já têm crenças e práticas religiosas integradas a esse sistema (PARGAMENT; MATON; HESS, 2011; TREVINO; PARGAMENT, 2017, p. 233). Os objetivos do CRE se coadunam com os principais objetivos da religião – busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com os membros da sociedade, e transformação de vida – e com a busca de bem-estar (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Pesquisas feitas no Brasil e em outros países têm evidenciado que aproximadamente 80% das pessoas usam a religião para lidar com um evento de vida estressante, “principalmente diante de problemas relacionados a saúde/doença, envelhecimento e morte” (PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 129). Esse tipo de *coping* predomina em adultos mais velhos com forte histórico familiar religioso, e em situações críticas ou de transição da vida, nos quais a religião oferece respostas mais plausíveis que perspectivas seculares, como acontece nos momentos de nascimento, morte, injustiça, tragédia e eventos misteriosos. “Existem diversas maneiras de ser religioso e diversas formas de *coping* religioso” (HATHAWAY; PARGAMENT, 2011, p. 136). Assim, um determinado tipo de *coping* religioso-espiritual (CRE) pode levar a resultados

favoráveis em algumas situações, mas tem impacto baixo ou desfavorável em outras situações (HATHAWAY; PARGAMENT, 2011).

De acordo com as consequências que trazem para quem as utiliza, as estratégias de CRE podem ser classificadas em positivas e negativas; sendo que os estudos empíricos em diversas amostras têm evidenciado um uso consideravelmente maior de CRE positivo, em diferentes situações estressantes da vida. Esses métodos de CRE positivo refletem uma relação segura com uma força transcendente, um senso de conexão espiritual com os outros e uma visão de mundo benevolente. Por sua vez, essas estratégias positivas têm apresentado correlação positiva com melhor saúde mental, crescimento relacionado ao estresse, crescimento espiritual e cooperatividade. Diferentemente, as táticas de CRE negativo refletem tensões espirituais subjacentes e lutas dentro de si mesmo, com os outros e com o divino (PANZINI; BANDEIRA, 2005; PARGAMENT; BURDZY, 2011). Tanto o CRE positivo quanto o CRE negativo têm sido aferidos por meio de instrumentos psicométricos, como a Escala de Coping Religioso-Espiritual denominada de RCOPE (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; PARGAMENT; BURDZY, 2011). Essa medida apresenta subescalas de CRE positivo e negativo que, em sua versão curta (BREVE RCOPE) é constituída de 14 itens (PARGAMENT; BURDZY, 2011). Ver Figura 15.

FIGURA 15 – BREVE RCOPE: ITENS DAS SUBESCALAS DE CRE POSITIVO E NEGATIVO

Itens da subescala de <i>coping</i> religioso positivo	
1.	Procurei uma conexão mais forte com Deus.
2.	Procurei o amor e o cuidado de Deus.
3.	Procurei ajuda de Deus para deixar minha raiva ir.
4.	Tentei colocar meus planos em ação junto com Deus.
5.	Tentei ver como Deus poderia estar tentando me fortalecer nessa situação.
6.	Pedi perdão pelos meus pecados.
7.	Foco na religião para parar de se preocupar com meus problemas.
Itens da subescala de <i>coping</i> religioso negativo	
8.	Queria saber se Deus tinha me abandonado.
9.	Senti-me castigado por Deus pela minha falta de devoção.
10.	Queria saber o que fiz por Deus para me punir.
11.	Questiono o amor de Deus por mim.
12.	Queria saber se minha igreja tinha me abandonado.
13.	Decidi que o diabo fez isso acontecer.
14.	Questiono o poder de Deus.

FONTE: Pargament e Burdzy (2011)

As pesquisas mostram que o sistema de orientação espiritual de cada um de nós apresenta componentes aos quais recorreremos para buscar compreensão e sentido a situações de sofrimento. Por exemplo, pessoas com doenças ou seus cuidadores podem procurar conforto na oração (religiosidade não organizacional), em encontros com amigos de uma comunidade religiosa (religiosidade organizacional), ou em suas crenças sobre a natureza de Deus ou de um ser divino (religiosidade intrínseca, sentimento e conhecimento religiosos). A respeito dessa última forma de religiosidade, a teoria do apego religioso identificou três estilos de apego a Deus: seguro, evasivo e ansioso/ambivalente. No primeiro estilo, os indivíduos veem Deus como um ser amoroso que irá protegê-los e confortá-los. Os que têm apego evasivo veem Deus ou o divino como impessoal e distante, enquanto os de apego ansioso experimentam Deus como inconsistente, incognoscível e imprevisível. Em um estudo feito com pacientes portadores de câncer ou insuficiência renal, um apego seguro a Deus esteve associado com respostas de *coping* adaptativas, enquanto um apego inseguro a Deus associou-se à desesperança. Nas psicopatologias, embora muitos aspectos do sistema de orientação espiritual possam ser vistos a partir da perspectiva da Psicologia Positiva – como o são o perdão, significado e experiência espiritual, que enfatizam os pontos fortes, virtudes e vivências positivas, ao invés apenas do transtorno da doença mental –, nem sempre a religiosidade/espiritualidade é uma força positiva na resposta dos indivíduos a doença (TREVINO; PARGAMENT, 2017).

Considerando a existência de três tipos de *coping* – focado na resolução de problemas, focado na resposta emocional e focado no significado –, o *coping* religioso-espiritual (CRE) é um tipo de *coping* focado no significado. Entretanto, muito antes de Folkman e outros autores falarem desse tipo de *coping*, logo após o término da segunda guerra mundial (1946), o psiquiatra Viktor Frankl já havia formulado e vivenciado durante sua prisão nos campos de concentração nazistas a centralidade do significado ou sentido para a experiência humana; afirmando que o principal motor da existência humana é encontrar significado e valor na ligação com o sentido último ou transcendente divino e na própria vida (FRANKL, 2011, 2017). Citando Frankl, Park (2020) afirma que seres humanos desejam e necessitam de um sentido de propósito e direção, um sentimento de que o que estão fazendo tem algum propósito final; e, o significado deve ser desenvolvido, percebido e buscado por cada indivíduo. A religião foi proposta por vários pesquisadores como uma maneira pela qual os humanos podem

encontrar satisfação para necessidades específicas relacionadas ao significado, incluindo autorregulação, agência, controle, certeza, identidade, validação social e integração, compreensão, eficácia, valores, autoestima e a necessidade de lidar com o trauma e a consciência de nossa própria mortalidade.

A teoria de construção de significado, desenvolvida por Park (2010), identifica que existem dois tipos de significado: o **significado global**, como uma estrutura de orientação abrangente através da qual as pessoas estruturam suas vidas, com base em crenças, metas e sentido subjetivo de significado; e o situacional, avaliado e atribuído as várias circunstâncias da vida que, quando violam o sistema de significado global de alguém, são avaliados como estressantes ou traumáticos. Alguns pesquisadores compararam a religião com outros sistemas globais de significado, como o a ciência e o materialismo naturalista, e constataram que as estruturas não religiosas parecem limitadas e insatisfatórias em seus pontos de vista para abordar questões sobre propósito final e existência humana. Em grande parte, isso se deve ao fato de as religiões serem abrangentes em respostas às perguntas existenciais, serem acessíveis e plurais, transcenderem nossas preocupações e nos conectarem com algo maior, e reivindicarem diretamente um significado global. Diante da adversidade, nossa mente faz uma avaliação cognitiva para regular a emoção e tenta mudar o significado do evento estressor e/ou de nossas crenças e metas religiosas-espirituais. Assim, quando o significado situacional (circunstância) é discrepante com o significado global baseado na crença religiosa, as pessoas tentam revisar suas visões dos eventos estressores, construindo um novo significado (ou ressignificando) a situação para melhor incorporar em seu significado global (**assimilação**).

Entretanto, quando as discrepâncias são grandes, existindo uma dissonância cognitiva acentuada, as pessoas tentam modificar suas crenças globais (**acomodação**). Tanto na assimilação quanto na acomodação, a criação de significado pode ser adaptativa na medida em que reduz as discrepâncias e restaura o sentido individual de que o mundo é compreensível, de que se está no caminho certo para alcançar ou manter as metas pessoais, e de que a vida vale a pena. Entretanto, esforços prolongados na construção de significado, falhando em reduzir as discrepâncias entre significados situacional e global, podem se transformar em ruminação mal adaptativa, caracterizada como um ciclo de repetitivos pensamentos intrusivos sobre a experiência de sofrimento emocional. Como estratégias de regulação da emoção, a **reavaliação** e a **ruminação** envolvem a elaboração cognitiva, e recrutam

os mesmos sistemas neurais, que incluem a amígdala esquerda e o córtex pré-frontal ventrolateral; sendo que enquanto a reavaliação leva a menos afeto negativo, a ruminação provoca mais afeto negativo, ansiedade e depressão (PARK, 2020).

Um estudo feito por pesquisadores do Departamento de Psicologia da Universidade Hebraica de Jerusalém, com participantes judeus de Israel, cristãos católicos americanos e muçulmanos turcos, evidenciaram que maior religiosidade está associada a menor propensão de se envolver em ruminação. Dessa forma, as pessoas mais religiosas usam com mais frequência estratégias mais adaptativas de *coping* focado na regulação da emoção, como a reavaliação cognitiva, a distração e a aceitação situacional (mas, não emocional). Por exemplo, com base na exortação bíblica (Mateus 5,39) para dar a outra face, em vez de insistir em quem nos prejudicou e como fomos injustiçados, alguns religiosos quebram um potencial ciclo de ruminar sobre isso ao reavaliar determinada situação como não totalmente nociva. Também, a disponibilidade de rituais religiosos, como a oração, cantos de louvor e, inclusive, comportamentos automatizados por encenações repetidas, podem funcionar como meios eficazes de distração diante de estressores cognitivamente desgastantes (PARK, 2020; VISHKIN *et al.*, 2019).

Diante da pluralidade das religiões e das teologias diferentes encontradas em específicas denominações religiosas que fazem parte de uma religião, se as reavaliações cognitivas são consistentes com ou contraditória às crenças globais depende de quais crenças são aplicadas. Por exemplo, a crença global de que Deus dá força para superar as dificuldades mostra-se congruente com uma situação real de doença, mesmo que esta esteja em progressão e agravamento, gerando uma reavaliação cognitiva favorável. Diferentemente, a crença em um Deus amoroso e que, supostamente, não permite que algo de ruim aconteça, diante de uma doença com sofrimento subsequente pode gerar uma discrepância maior, dificultando uma reavaliação favorável. Nas situações de alegria e tristeza da vida, vêm à mente duas perguntas retóricas que nos levam à reflexão: Queres conhecer o caráter de um homem? Dá-lhe poder! Queres conhecer a fé de um homem? Dá-lhe sofrimento! Então, quando situações são muito traumáticas ou extremas para serem reconciliadas com compromissos teológicos, a grande discrepância entre o significado global e situacional pode ser minimizada pela atualização das crenças globais. Essa mudança nas crenças pode se expressar na forma como alguém vê Deus, abraçando a crença de que a obra

de Deus é misteriosa ou incognoscível, ou deixando de acreditar em Deus completamente.

Perante a discussão filosófica e teológica da relação entre benevolência e onipotência divinas e a existência do mal, “algumas pesquisas sugerem que as teodiceias determinam a angústia que as pessoas experimentam quando tentam encontrar sentido no sofrimento” (PARK, 2020, p. 279). Isso explica o fato de que pesquisas têm mostrado que muitos devotos reavaliam suas crenças sobre a visão de Deus e reduzem sua percepção da onipotência divina, para que possam manter a crença de que Deus é todo benevolente e o sofrimento existe; e, essa reavaliação está associada a maior bem-estar (PARK, 2020). Essa percepção de que Deus não tem um controle absoluto sobre o mal e sobre o futuro é expressada, por exemplo, no que a teologia cristã ortodoxa, bíblica e sistemática, chama de erros teológicos das denominadas teologias do processo e relacional ou teísmo aberto (SANTOS, 2007).

Segundo Koenig (2018, p. 112), “as crenças exatas diferem entre as religiões, mas todas têm uma coisa em comum – os adeptos devotos dizem que as crenças religiosas fornecem conforto e significado quando a tragédia acontece”. É interessante observar como existem muitas expressões coloquiais faladas por pessoas religiosas e não religiosas quando reagem espontaneamente a más notícias: “Oh meu Deus! “Deus me livre!” “Pelo amor de Deus”, “Jesus!”. Muitas dessas expressões são usadas em momentos de desespero com risco de morte iminente por indivíduos que, até aquele momento, se diziam ateus. No livro *Imortalidade*, Oswald Jeffrey Smith (2000) descreve os últimos três meses de vida do filósofo Voltaire (1694-1778):

Apesar de todos os filósofos pagãos que se congregavam a seu redor, ele deu sinais de desejar retornar ao Deus contra quem blasfemara com tanta frequência. Chamou um padre. Aumentando o perigo, escreveu suplicando ao Abade Gaultier que fosse visitá-lo. Mais tarde, fez uma declaração na qual renunciava à sua infidelidade. Voltaire permitiu que essa declaração fosse levada ao Reitor de S. Sulpice e ao Arcebispo de Paris, para saber se ela seria suficiente. Quando o Abade Gaultier retornou com a resposta, foi impossibilitado de chegar até o paciente. Os conspiradores envidaram todos os esforços para impedir que seu chefe consumasse sua retratação, e todos os caminhos foram fechados ao sacerdote enviado por Voltaire. [...]

D’Alembert, Diderot e cerca de vinte outros conspiradores nunca se aproximavam dele, a não ser para evidenciar suas próprias ignomínias: e frequentemente ele os amaldiçoava e exclamava: ‘Retirai-vos! Fora! Que glória infame conseguistes para mim!’ Eles podiam ouvi-lo, uma presa da angústia e do pavor, suplicando ou blasfemando alternadamente àquele Deus contra quem havia conspirado: e em tons queixosos gritava: ‘Ó Cristo! Ó Jesus Cristo!’ e se lamentava por ter sido

abandonado por Deus e pelos homens. Aterrados, seus médicos se afastaram, afirmando que a morte de um ímpio era terrível demais (SMITH, 2000, p. 250).

Em uma amostra de sobreviventes de câncer ginecológico, a maioria referiu que a oração (87,9%) e a vontade de Deus (69,3%) eram fatores moderado ou muito importantes na prevenção de uma recorrência do câncer (COSTANZO *et al.*, 2005). Vários estudos têm evidenciado que, em pessoas acometidas por doenças em geral, visões positivas sobre Deus estão associadas a uma melhor saúde mental, melhor função emocional e bem-estar psicológico, e menos sofrimento. Por outro lado, crenças negativas sobre Deus, como acreditar que foi abandonado por Deus ou que a doença foi castigo de Deus, são associadas a maiores preocupações com a morte, pior dor, e deficiências física e mental (TREVINO; PARGAMENT, 2017).

Na tentativa de sistematizar essas respostas religiosas positiva/favorável e negativa/desfavorável ao sofrimento, o psicólogo Kenneth Pargament (1988) classificou o ***coping* religioso-espiritual (CRE) em cinco estilos:**

- a) Autodirigido;
- b) De delegação ou evitação (elusivo ou de evitação);
- c) Colaborativo;
- d) De súplica;
- e) De renúncia.

No CRE **autodirigido**, a pessoa confia mais em si mesmo e menos em Deus para a resolução dos problemas, demonstrando uma autoidentificação de alta competência pessoal, autoestima e autonomia individual para controlar a adversidade. Esse *coping* tem sido efetivo para casos de dependência de álcool; mas, na realidade, é difícil ser um super-homem ou supermulher para suportar tudo sem Deus. No CRE **de delegação ou evitação**, o indivíduo não age e entrega o controle de seu problema a Deus, expressando uma passividade exagerada, baixa habilidade para resolução de problemas e maior intolerância às diferenças interpessoais. Esse estilo é mais empregado em situações de crise, como violência, trauma, conflitos com outras pessoas e doenças graves. Embora seja muito criticado na Psicologia, esse *coping* promove esperança e, em situações nas quais a pessoa percebe um pouco de controle, pode gerar uma diminuição da ansiedade e aumento da paz interior. No *coping* **colaborativo**, o paciente age e relaciona-se com o divino, pedindo a Deus que o ajude (PARGAMENT, 1988). Nessa *coping* cooperativo, o indivíduo ora como se tudo

dependesse somente de Deus, e trabalha como se tudo dependesse somente de si mesmo. No **estilo súplica**, tenta-se influenciar a vontade de Deus (PANZINI *et al.*, 2007). E, no **coping de renúncia**, após fazer tudo o que podia, o fiel renuncia a sua vontade e resigna-se à suprema vontade de Deus (WONG-McDONALD; GORSUCH, 2000). O último tipo de *coping* citado baseia-se no conceito bíblico cristão de autorrenúncia (PANZINI *et al.*, 2007).

Na seção seguinte, todas essas teorias sobre estresse e estratégias de reação ao mesmo avançam para um tema teórico e prático, no sentido de que parte do que as doutrinas específicas de cada religião entendem e ensinam seus fiéis em relação ao sofrimento. Estamos falando das **teodiceias**, com seus **significados** globais e situacionais da relação entre **o divino e o sofrimento**; que podem funcionar como **coping** religioso-espiritual positivo (salutar) ou negativo (insalubre).

2.3 ENCONTRANDO SIGNIFICADO NO SOFRIMENTO: TEODICEIAS, PATODICEIAS, TEOPATODICEIAS

A tragédia e a beleza da realidade existencial humana mostram que as aflições estão em nosso passado, presente e futuro; sob a forma direta e concreta ou como pensamentos, emoções, memórias e reflexões sobre o porvir. “Não há um único ser humano que possa dizer que jamais sofreu, que jamais falhou e que não morrerá” (FRANKL, 2011, p. 94). Mas, também é verdade que, desde os tempos mais remotos, o ser humano busca, e muitas vezes encontra, bom ânimo transcendente e divino, que traz vitória sobre as agruras do mundo. Assim, pinturas existentes em 300 cavernas subterrâneas, no sul da França e norte da Espanha, datadas cerca de 30.000 anos antes de Cristo (a.C.), evidenciam que religião, arte, doença e cura já surgiram inseparáveis, como desejo de enfrentar e encontrar significado no sofrimento, na culpa e na morte (ARMSTRONG, 2011; FRANKL, 2014, p. 148). Mais antigos ainda são os crânios, encontrados em Krapina, Croácia, sudeste da Europa, datados como 130.000 anos a.C., que mostram marcas que podem representar possível costume fúnebre ritualístico-religioso (FRAYER *et al.*, 2006). Assim, não somente no passado, mas também no mundo contemporâneo, muitas pessoas (50 a 80%) usam a religião para lidar com um evento de vida estressante; com base no fato de que a religião oferece respostas plausíveis em momentos críticos de nascimento, morte, injustiça, tragédia e eventos misteriosos. Por outro lado, há pessoas que utilizam cosmovisões ou

significados globais da vida e do mundo não religiosos – algo como uma espiritualidade não religiosa, mas também preocupada com o sentido da vida – para enfrentar os infortúnios da existência. De qualquer forma, ambas as estratégias podem funcionar como *coping* religioso-espiritual (CRE), que pode levar a resultados favoráveis (CRE positivo) ou desfavoráveis (CRE negativo). Os métodos de CRE positivo refletem uma relação segura com uma força transcendente, um senso de conexão espiritual com os outros e uma visão de mundo benevolente; e têm correlação positiva com melhor saúde mental, maturidade espiritual e cooperatividade. Distintivamente, as táticas de CRE negativo expressam tensões espirituais subjacentes e lutas dentro de si mesmo, com os outros e com o divino (HATHAWAY; PARGAMENT, 2011, p. 136; PANZINI; BANDEIRA, 2005; PARGAMENT; BURDZY, 2011). A respeito da necessidade humana de buscar a religião para vencer as tribulações, Viktor Frankl afirma:

Não se deve aludir com desdém ao fato de que muita gente aprende a rezar premida pela necessidade. Não há razão para que a oração feita em momentos angustiantes seja menos verdadeira, menos genuína. Prefiro a religião que se manifesta quando as coisas vão mal – nos Estados Unidos ela é chamada de “*fox hole religion*” – à religião que só dura enquanto as coisas andam bem – eu a chamaria de “*business men religion*”. Quantas vezes são apenas as ruínas que deixam ver o céu (FRANKL, 1978, p. 278, 279, grifos do autor).

No presente texto, apresentamos uma reflexão sobre o sofrimento humano, partindo do ponto de vista de teodiceias propriamente ditas (religiosas/teológicas), mas também de cosmovisões não religiosas/seculares, pensadas por aqueles que estão sofrendo ou sofreram males significativos na vida. Ou seja, as perguntas do aflito – “Por que e para que o sofrimento?” – são feitas aqui a cada tipo de teodiceia apresentada; considerando que a teodiceia pode fazer parte dos meios pelos quais os sofredores tentam navegar pelo sofrimento que estão suportando. Nesse intento, vale o alerta de Geddes (2018, p. 7), de que nunca devo “impor sentido ao sofrimento do outro, mas também não posso negar a possibilidade do outro de atribuir significado, ou nenhum significado, ao seu próprio sofrimento”. Refletimos, assim, sobre o *Homo patiens* e um projeto de *patodiceia*, conforme descrito pelo neuropsiquiatra Viktor Frankl e sua Logoterapia. Preferindo evitar o uso da palavra teodiceia, pois essa pressupõe uma defesa de Deus, Frankl usa o termo *patodiceia*, que “implica na defesa da ideia de uma crença incondicional do sentido do sofrimento” (AQUINO, 2021, p. 536). Partindo da essência e existência de um princípio universal, que seria o *Logos*, Frankl desenvolveu a Logoterapia, que objetiva dar capacidade ao ser humano de, como pessoa espiritual,

decidir encontrar o sentido da vida, suportar e transcender o sofrimento fatalmente necessário, dotando-o de um sentido de sacrifício por amor a algo ou alguém (FRANKL, 1978, p. 243). Embora sejamos humanos que sofrem, mesmo diante da tríade trágica da dor, culpa e morte, temos o privilégio da liberdade de escolher uma atitude frente ao sofrimento. Dessa forma, sem adentrarmos em discussões filosóficas ou teológicas sobre causalidade divina, falaremos muito mais em “teopatodiceias” como sabedoria religiosa “enquanto espiritualidade [*theós*] que, diante das inquietações humanas [*pathos*], elabora sentidos proativos [*diké*], autenticamente humanos, como formas de pensar o sentido da religião de modo cooperativo com a sociedade” (VILLAS BOAS, 2016, p. 92). Contudo, diferente da abordagem de Villas Boas (2011, 2016), consideramos o pressuposto de que cada teodiceia pode atuar como *coping* religioso-espiritual positivo (benéfico) e/ou negativo (maléfico), e propomos aqui uma classificação das teodiceias a partir da perspectiva pluralista das Ciências da Religião.

Para tentar compreender porque que o mal existe, e mesmo assim, é possível Deus ser infinitamente poderoso e bom, podemos abordar o tema a partir de dois pontos de entendimento: uma perspectiva eminentemente racionalista e filosófica; ou a partir de uma compreensão compassiva e empática, do sentir a dor e cuidar de si mesmo e/ou do outro. A primeira faz-se necessária, pelo menos parcialmente, porque quando utilizada como sabedoria (*sofia*) salutar, a filosofia pode ajudar no entendimento mais lógico da relação entre Deus e a existência do mal. A dificuldade dessa abordagem é que, quando o ser humano não passou ou não está passando por um mal do tipo sofrimento, quando ele está na figura de observador da dor dos outros, há uma tendência de duvidar, de forma humilde e sincera, da existência de Deus. Ou, soberbamente, pode assumir a função beligerante de um militante acusador de Deus e condenador das pessoas que nele acreditam. Ou, pior ainda, como nos admoesta Lévinas (2004, p. 138): alguém pode agir de forma “inumana” e imoral, tentando impor uma justificação da dor do próximo. Por outro lado, quando a pessoa que busca complemento para a resposta “Deus permite o mal porque...” está passando ou passou por uma situação de grande sofrimento, a lógica filosófica pode parecer desumana, fria, impessoal e sem empatia; havendo necessidade de uma abordagem que possibilite apoio e cuidado amoroso do sofredor.

Diante desse suposto dilema entre filosofar e cuidar, o teólogo pode se apresentar como profissional e acadêmico capaz de encontrar caminhos no aconselhamento pastoral da Teologia Prática que possam ser usados em prol da saúde

espiritual e religiosa das pessoas que sofrem. Da mesma forma, o cientista da religião pode atuar por meio da Ciência da Religião Aplicada, Filosofia e Psicologia da Religião, mostrando abordagens salutares da religião como um dos mecanismos de lidar com as intempéries da vida (BRASIL, 2019, p. 3, 4). Em contexto parecido, Hick (2018) nos adverte que:

O problema do mal é um problema intelectual sobre realidades que geram sofrimento e provavelmente ninguém que não tenha sofrido na presença delas está qualificado para pensar realisticamente sobre elas quando ausentes; mas sofrer e pensar são distintos e nenhuma quantidade de um pode assumir o papel do outro (HICK, 2018, p. 42).

Também, Keller (2016) chama a atenção para o fato da inevitabilidade do sofrimento e a abordagem pública desse tema:

Todos somos ou seremos alguém que sofre. Mas nem todos estamos enfrentando dores e sofrimentos profundos neste momento. Quem não está passando por sofrimento mas o vê na vida de outras pessoas terá muitas perguntas de caráter filosófico, sociológico, psicológico e moral a fazer sobre isso. Por sua vez, aqueles que estão presos às garras da dor e da dificuldade neste momento não conseguirão tratar a situação como uma questão filosófica. Não é fácil discorrer, num mesmo livro, sobre as questões de quem não sofre e também sobre as lutas de quem sofre. Embora o aflito talvez verbalize perguntas filosóficas: 'Deus, por que permites essas coisas?', sua preocupação verdadeira é a sobrevivência pessoal. Como sobreviver a isso? Como atravessar a situação sem perder o que há de melhor em si mesmo? Conversar de maneira filosófica e fria com uma pessoa que sofre de verdade é cruel. No entanto, o sofrimento quase sempre gera inevitavelmente 'grandes questionamentos' que não podem ser desconsiderados sobre Deus e a natureza (KELLER, 2016, p. 18-19).

Adentro nesse tema com sinceridade, respeito e humildade, ciente de que estamos diante "da questão mais complexa para o pensamento religioso e teísta" e que, conforme palavras talmúdicas, "não está em nosso poder entender o sofrimento do justo nem a prosperidade do ímpio" (SAYÃO, 2012, p. 53). Assim, faz-se mister afirmar que, acima de qualquer teodiceia, patodiceia ou teopatodiceia, devemos enfatizar o compromisso de pensar, escrever, falar e tentar agir a partir de uma preocupação incondicional e sincera com o outro que está sofrendo, sem interesses ocultos ou busca por reciprocidade. Como nos fala Lévinas (2004, p. 140, 150), diante do sofrimento do outro e como pessoa moralmente responsável por outrem, devo agir humanitariamente com compaixão, ajudando a mitigar a dor do próximo e "encontrando sentido no sofrer justo e útil" de dar prioridade no cuidar do outro. Na óptica de Souza (2014, p. 94), Lévinas fala assim sobre o sofrimento sacrificial, onde se estabelece uma diferença

entre o sofrimento no próximo, imperdoável e me solicita e me chama, e o sofrimento em mim, “minha própria aventura do sofrimento que pode adquirir um sentido”.

Segundo Craig (2010, p. 75), o maior obstáculo para a fé em Deus é o chamado problema do mal; a dificuldade de “aceitar que existe um Deus todo-poderoso e todo-amoroso, e que permite tanta dor e sofrimento no mundo”. Todas as vezes que apresentamos uma solução para o problema do mal, com a intenção de justificar que Deus é bom e onipotente, nós estamos propondo uma teodiceia (do grego *Teo* – Deus –, e *diké* – justiça). A palavra foi cunhada em 1710, pelo filósofo alemão Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), com o sentido de “justificação de Deus”, como parte do título de um ensaio escrito originalmente em francês (*Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l’homme et l’origine du mal*), publicado pela primeira vez em Amsterdã, de forma anônima (LEIBNIZ, 2012). Essa publicação buscava refutar quem afirmava que a existência do mal prova que não existe um Deus bom e amável. Entretanto, muito antes de Leibniz, o problema do mal atravessa a história do mundo e de cada um de nós, seres humanos imperfeitos e finitos. Assim, junto com as narrativas de “criação” (cosmogonias) de vários povos da antiguidade, é muito comum o relato sobre a existência do mal como parte integrante do surgimento de deuses (teogonias) que lutavam entre si, antes mesmo da criação do homem. Isso é visto claramente na mitologia religiosa do antigo Egito (SAYÃO, 2012, p. 37-41). Também, o tema sofrimento humano a despeito da existência de Deus se apresenta em textos muito antigos, como: o *Livro de Jó*, com data de composição fixada entre os séculos XX a.C. (prosa) e VI a.C. (parte poética: “575 a.C.”); *O diálogo entre o homem cansado da existência e sua alma* (século XX a.C.); e *A Dialogue About Human Misery*, depois traduzido para o português como *Diálogo Acróstico sobre a Teodiceia* (“Médio Império” egípcio: entre os séculos XX e VI a.C.) (TERRIEN, 1994, p. 29, 13). Já em termos filosóficos, a discussão em torno da relação de Deus com o mal é tão antiga quanto o filósofo grego Epicuro (341-270 a.C.), que propôs essa questão três séculos antes de Cristo (KELLER, 2016).

Quando se procura compreender a Deus, “tentando salvaguardá-lo com respeito a uma responsabilidade direta com respeito ao mal, constrói-se uma teodiceia” (SAYÃO, 2012, p. 27). Uma teodiceia é uma justificação para os homens dos caminhos de Deus. Teodiceias são tentativas de responder a pergunta: sendo Deus todo-amoroso (onibenevolente), todo-poderoso (onipotente) e todo-sapiente (onisciente), por que

existe pecado e sofrimento no mundo? Teodiceias são compreensões do sentido do sofrimento humano, perante a soberania de Deus.

2.3.1 O que é o mal?

A partir de um ponto de vista de bem-estar humano, podemos conceituar o mal como tudo aquilo que nos traz injustiça (mal moral) ou sofrimento (mal físico ou natural), que nos provoca contrariedade, consternação, decepção e dor, ou sentimento de estranheza que parece pedir a sua não existência (SAYÃO, 2012, p. 23). Segundo David M. Moss III (2010, p. 907, tradução e interpolação nossas), o mal “é o abuso de um ser senciente [sensível]”, um ser que pode sentir dor, imediatamente captada pela mente e sentida pelas emoções. O mal é ferida deliberadamente infligida, nunca é abstrata, é uma realidade existencial e tem que ser entendida no âmbito do contexto pessoal de sofrimento.

O mal pode ser classificado em três tipos:

- a) Mal moral (mal ético; pecado);
- b) Mal natural (mal físico; mal biopsicossocial), incluindo principalmente o sofrimento humano;
- c) E mal espiritual (mal sobrenatural).

O **mal moral** ou mal ético existe como pecado ou injustiça, originados por pensamentos, palavras e ações perversas, cruéis, injustas ou viciosas de seres pessoais contra si mesmo, contra o outro, contra Deus ou contra os animais e o meio ambiente. Na perspectiva da teologia derivada da Bíblia, o pecado original de Adão e Eva foi o primeiro mal da história humana – mal moral ou ético –, e a rebelião de uma parte dos anjos (originalmente bons) criados por Deus foi o primeiro mal após a criação do universo invisível espiritual. Para Agostinho de Hipona, “todos os males naturais são consequências da Queda primeva do homem no Jardim do Éden e devem ser traçados direta ou indiretamente do mau uso da liberdade pela criatura” (SAYÃO, 2012, p. 45, sic).

O **mal natural** é também chamado de mal físico. Mas, pode ser melhor denominado de mal biopsicossocial, por ter a capacidade de prejudicar o corpo, a mente e a interação social de um indivíduo ou de um grupo populacional. É, principalmente, o sofrimento humano proveniente de sua finitude degenerativa (doenças, acidentes, morte); mas, também é o mal secundário a catástrofes naturais

(estiagens, enchentes, epidemias, raios, incêndios, terremotos, tsunamis, erupções vulcânicas, crises financeiras, guerras, etc.). De maneira geral, esse tipo de mal não tem uma causa diretamente humana, mas se apresenta como acidentes causados por agentes involuntários e não deliberados (HICK, 2018, p. 46; LESS-GROSSMANN, 2010, p. 304). Entretanto, sabemos que muitos cataclismos que acontecem com o ecossistema – meio ambiente e comunidades de seres vivos – têm sido causados pela má ação ou omissão do homem. Esses, que seriam males naturais secundários ao mal moral humano, também podem acontecer nos casos de desastres de ordem social, como crises financeiras, guerras e pandemias. Eventos naturais, como a cadeia alimentar do predatismo animal, a degradação vegetal e a extinção das estrelas, que não necessariamente provocam sofrimento humano, também podem ser considerados mal natural. E, a questão do sofrimento animal carece de conhecimentos mais profundos, porque não temos certeza se somente os animais superiores sofrem, mesmo não sendo “pessoas”; ou, se até mesmo os insetos, com suas “danças”, trilhas, exibicionismos corporais e feromônios, padecem de dor. Santo Agostinho julgou necessário tentar demonstrar a bondade da providência divina a respeito da decadência e da morte das plantas e animais sencientes (HICK, 2018, p. 46)

Para Leibniz (2012, p. irreg.), a simples imperfeição inerente e inevitável da limitada e finita criatura humana, e das demais coisas criadas, é um mal denominado de metafísico; o qual é a origem dos outros dois males, moral e físico. Essa compreensão metafísica de Leibniz funciona para explicar os males naturais ou cósmicos, no entanto, pode incentivar a desresponsabilização do homem perante suas más decisões e mal uso de sua livre agência. Ou seja, fragiliza o entendimento de que o mal moral depende de uma deliberada escolha humana para usar sua liberdade e responsabilidade para provocar o bem ou o mal interpessoal; homem que pode, mas não deve, desumanizar homem, individualmente ou em larga escala (LEES-GROSSMANN, 2010, p. 303). Um pouco diferente é o pensamento de Santo Agostinho, para o qual, mesmo sendo criatura contingente imperfeita, o ser humano foi originalmente criado como “bom, muito bom”; mas, reagiu com descaso ao seu Criador; fez um mau uso do bem, chamado livre arbítrio, que Deus lhe proporcionou. Por isso, toda a descendência humana nasce sem o livre arbítrio primordial, mas sim com uma inclinação para o mal. Isso, não retira, de forma alguma, a responsabilidade e volição individual e pessoal de suas ações, humanas ou desumanas. Essa compreensão agostiniana de tendência (controlável) do homem pecar, pode ser ilustrada na

afirmação de Kreeft (1995, p. 44): “as forças reprimidas e suprimidas que explodiram com o holocausto nazista são endêmicas em nossa raça, para os hitlers que temos em nós.” O mesmo autor, criticando o psicologismo que rejeita a possibilidade da existência de Deus fora de nós, afirma que o verdadeiro mal não é páreo para o Deus verdadeiro, mas o mal dentro de nós geralmente é páreo duro para nosso suposto deus interior (KREEFT, 1995, p. 44). Nesse contexto, é também expressivo o pensamento de Peterson (2018b), que chama as pessoas a buscarem entender a própria capacidade de mentir e agir como um guarda da prisão nazista, como um administrador do arquipélago gulag stalinista ou como um usurpador e torturador de crianças em algum porão ou quarto de sua própria casa. E, compreender que essas possibilidades são apenas impulsos cegos e acomodados, autoritários, egoístas e irresponsáveis; devendo serem substituídos por um significado contrário a sofrimento e dor, e imbuído de valor positivo, solidário e cooperativo. “É a disposição de servir como um anjo do Paraíso” (PETERSON, 2018b, p. irreg.).

Considerando o mal metafísico como mal natural já apresentado acima, o terceiro tipo de **mal** é o **espiritual**. Esse é primariamente sobrenatural, provocado pelas influências malignas de seres espirituais em seres humanos. Pesquisas feitas por dois prestidigitadores experientes, um cristão e outro ateu, expuseram fraudes de alguns ilusionistas que afirmavam interagir com espíritos de pessoas que já morreram ou entidades espirituais. Entretanto, nem tudo nesse mundo religioso é ilusionismo. A existência de um reino espiritual, sob a forma de deuses, semideuses ou heróis, anjos, demônios, gênios, espíritos, orixás, eguns, almas, etc., é reconhecida na história comparada da maioria das religiões (FERREIRA; MYATT, 2008, p. 375). Mesmo no contexto budista de impessoalidade, é encontrada a figura de *Māra* ou “Senhor dos Desejos”, também chamado de “*Pāpimā* ‘o maligno’”, que tentou Buda para tentar atrapalhar seu despertar, raiz do mal que é a ignorância da transitoriedade da realidade e sustentação da ilusão (BOIKO, 2011, p. 6, 7). Também nesse cenário, nem tanto a teologia formal da crença, mas as religiosidades populares budista e hinduísta manifestam forte influência de um animismo do povo, incluindo encontros com espíritos, a partir da prática devocional de yoga e meditação com estado alterado da consciência (FERREIRA; MYATT, 2008, p. 353).

Apesar da tendência do modernismo de desacreditar o sobrenaturalismo, por volta do início do século XX, Bavinck, (2001, v. 2, p. 453, 457) escreveu: “nem mesmo Kant exclui a existência de seres pensantes diferentes dos seres humanos. O século

18 apagou a distinção entre anjos e seres humanos, assim como o século 19 apagou a distinção entre os seres humanos e os animais.” E, em 1942, em seu livro *Cartas de um diabo a seu aprendiz*, C. S. Lewis (2009b), alertou:

Há dois erros semelhantes mas opostos que os seres humanos podem cometer quanto aos demônios. Um é não acreditar em sua existência. O outro é acreditar que eles existem e sentir um interesse excessivo e pouco saudável por eles. Os próprios demônios ficam igualmente satisfeitos com ambos os erros, e saúdam o materialista e o mago com a mesma alegria (LEWIS, 2009b, p. ix).

Assim, refletindo sobre a possibilidade da existência de um mundo sobrenatural, bom e mau, seria agradável acreditar que demônios não existem e não podem nos perturbar ou influenciar, assim como seria confiar que não existe mal no mundo. Mas, mesmo médicos psiquiatras e psicólogos estudiosos, em geral céticos, admitem a influência de seres malignos no universo. Segundo Oropeza (2000, p. 53), “mesmo o psicólogo C. G. Jung, ele próprio envolvido em ocultismo, admite” essa crença:

O homem, que aparentemente havia triunfado sobre o demonismo da natureza, involuntariamente se absorveu dentro de si e assim tornou-se marionete do diabo... quando esses produtos [os fatores demoníacos da psique] foram considerados irrealis e ilusórios, suas fontes de forma alguma foram bloqueadas ou se tornaram inoperantes. Pelo contrário, depois que ficou impossível para os demônios habitarem nas rochas, árvores, montanhas e nos rios, eles utilizaram seres humanos como habitações muito mais perigosas (OROPEZA, 2000, p. 53).

A maioria das religiões afirma a existência de espíritos ou divindades más. Assim, a teologia dual do espírito do mal Ahriman e o do bem Ahura Mazda (ou Ormuzd, conhecimento supremo) é vista no zoroastrismo (zaratrustismo, mazdeísmo ou parsismo), fundado por Zoroastro na antiga Pérsia, em um momento incerto do primeiro milênio antes de Cristo (CYRIOUS, 2010, p. 995, 996). Na óptica de Sayão (2012), o Antigo Testamento bíblico, comum ao judaísmo e cristianismo, registra a existência de espíritos malignos – “provavelmente não no sentido ético” e demoníaco, mas como arruinador e não opositor a Deus – enviados e dominados por Deus em textos dos livros de Juízes, 1 Samuel e 2 Crônicas (Jz 9,23; 1Sm 16,14-23, 18,10, 19,9; 2Cr 18,22). Mas, além disso, passagens bíblicas dos livros de Jó (Jó 1,6-9.12; 2,1-4.6-7), de Zacarias (Zc 3,1-2) e de 1 Crônicas (21,1) trazem a palavra *Satã*, com o artigo, traduzida como o Rival, Satanás, um ser espiritual pessoal criado bom, mas que usou mau seu livre arbítrio e se rebelou, desejando se colocar no lugar de Deus (SAYÃO, 2012, p. 68, 69-70). Também, no islamismo, existem os espíritos chamados de *jinn*s, uns bons e outros

maus, que podem assumir a forma de animais e de homens, e são capazes de possuir pessoas. E, da mesma forma, no candomblé e umbanda, são encontradas entidades boas e más, que possibilitam experiências de possessão como parte do próprio ritual (FERREIRA; MYATT, 2008, p. 353). Segundo os praticantes dessas duas religiões, na maioria das vezes, nessas celebrações, os iniciados tentam consultar e apaziguar divindades para encontrar harmonia no mundo e na vida, usando magias de forma positiva e construtiva. Porém, em alguns terreiros, podem existir adeptos que fazem trabalhos pagos de feitiçaria, com a intenção de usar presumíveis poderes contra outras pessoas; como as chamadas amarrações. Essas últimas ações são criticadas por muitos candomblecistas (MANUELA, 2012). Na visão de Previtalli: “Orixá não é bom nem mau. [...] quem é bom ou mau não é Exu, mas os homens. Os orixás foram feitos para servir aos homens, [...] Não há pecado no candomblé. O que regula o comportamento são as leis dos homens e as do odu do seu nascimento.” (PREVITALLI, 2008, p. 233).

Segundo Diamond (2010, p. 690), a expulsão ritualística de espíritos malévolos habitando o corpo de seres humanos é, provavelmente, o protótipo primordial da psicoterapia; tendo sido empregada por milênios em várias culturas. O próprio Hipócrates, pai da Medicina ocidental foi supostamente treinado como exorcista. Os xamãs pré-históricos atuavam como protótipos “médicos-psicólogos-sacerdotes”, ao tentarem tratar biopsicoespiritualmente os enfermos, tentando expulsar o espírito por meio de ruídos de chocalhos e tambores, ou realizando danças rituais e recitação de textos mágicos. Em alguns casos, quando entendia que a doença era causada pelo roubo da alma, o xamã ingeria alucinógenos, como a *Psilocybe hispanica* (7.000 anos a.C.), e entrava em transe, para sua alma sair em busca, encontrar e trazer de volta a alma do paciente (MADERA, 2019). E, em casos de difícil tratamento “clínico” de (suposta) possessão demoníaca, o curandeiro trabalhava como um neurocirurgião, realizando uma craniotomia. Achados arqueológicos de crânios com trepanação, datados como cerca de 10.000 a.C. e encontrados na França, Peru e em outros locais, indicam que esses primeiros cirurgiões sacerdotes atuavam retirando um fragmento ósseo da região temporal ou occipital do crânio – locais com menor risco de sangramento e morte. As pessoas que sobreviviam e os próprios xamãs, muitas vezes, guardavam o fragmento ósseo ou esculpiam figuras com parte desse objeto, fabricando talismãs protetores (ELLIS; ABDALLA, 2019, p. 4; MADERA, 2019).

Conforme vimos, dividir os tipos de mal em categorias é relativamente fácil, mas, os conceitos de mal se tornam impróprios quando nos deparamos com, pelo menos, três dificuldades: o papel da subjetividade, o fator tempo e o referencial (SAYÃO, 2012, p. 23). Assim, há certas coisas que causam bem-estar a algumas pessoas e a outras não: uma refeição de camarão bem apimentada traz prazer (libera endorfinas e ocitocina!) para algumas pessoas; mas, para outras, provoca alergia grave. Também, o tempo é um elemento relativizador do que chamamos mal; pois, determinados acontecimentos considerados tristes e ruins, lá e antigamente, podem, posteriormente ser reconhecidos como benéficos e positivos. Descobrir que tem câncer é sempre um evento ruim, mas, após passar por procedimentos médicos agressivos como cirurgia mutiladora, radioterapia e quimioterapia, e não ter recidiva do câncer após 30 anos é motivo de grande alegria.

Enfim, **será que existe um referencial absoluto que delimita se algo é bom ou mau, bem ou mal, certo ou errado?**

Essa pergunta provoca outras perguntas, apresentadas por Geisler (2010) como pontos de vista sobre o fundamento do que é moralmente certo:

- O certo está nas mãos do mais forte? Definir o certo em termos de poder humano, seja físico, psicológico, político ou “espiritual” é uma posição defendida por muitos ditadores. A teoria evolucionista fundamenta-se principalmente na sobrevivência do mais forte e foi muito exaltada e deturpada na Alemanha nazista. “Queres conhecer o caráter de um homem, dá-lhe poder!” Como é triste vermos escândalos provocados por poderosos líderes religiosos que cometem abusos sexuais (pedofilia, estupro), desvios financeiros ou se tornam parlamentares e se envolvem em corrupção e até em tramas diabólicas com assassinatos; como aconteceu aqui no Brasil, entre os anos de 2018 e 2021, com pessoas identificadas como líderes espírita kardercista, católico (Goiás) e evangélico (Rio de Janeiro).
- A moral são os costumes de um povo? O simples fato de algo ser prática comum não implica que deva ser a prática correta para todos. “A voz do povo não é a voz de Deus!” Se, na favela em que eu nasci e fui criado, a maioria dos jovens se acha vitimizada pela classe rica e acha certo trabalhar para o tráfico de drogas, eu devo ser traficante? Por outro lado, pensando de forma um pouco mais situacional, sabemos que os costumes e códigos éticos variam entre um

lugar e outro; o que é certo em um grupo étnico é errado em outro. Vemos isso, por exemplo, no fato de que os homens cristãos primitivos beijavam na face uns dos outros ao cumprimentar-se e, ainda hoje, alguns povos do Oriente Médio assim o fazem. Diferentemente, os cristãos brasileiros dão as mãos para cumprimentar-se e, alguns, se abraçam. Essa compreensão teórica de que os princípios morais são o produto de relações sociais é defendida por relativistas e historicistas que julgam que os valores dependem total e absolutamente dos desenvolvimentos históricos casuais. Ao considerar que não há posições normativas atemporais que valham a pena ser defendidas nas práticas sociais, esse posicionamento da moralidade como um simples construto social fomenta a perda de um senso de orientação, objetivo e sentido (KUIPER, 2019, p. 27).

- O certo é o que é certo para mim, pois eu sou a medida de todas as coisas? O ser humano ou um ser humano é a medida de todas as coisas? Nessa óptica, a moralidade é um construto pessoal baseado em valores que pertencem à esfera privada e domiciliar; dos existencialistas e neutralistas (KUIPER, 2019, p. 27). Esse ultrahumanismo egocêntrico levaria ao caos! Se cada pessoa literalmente fizesse o que bem entendesse, não haveria comunidade, não existiriam contratos entre pessoas, e muito menos pactos sociais de mútua ou recíproca preocupação com o outro. Assim, por exemplo, mesmo que alguém tenha uma predisposição genética para uma prática como o alcoolismo, não significa que o fato dessa pessoa beber o quanto quiser e se tornar um alcoólatra seja uma prática moralmente correta (CRAIG, 2010, p. 135). Nesse mesmo exemplo, se para ser “bondoso” com esse meu amigo alcoólatra, eu o faço “feliz”, dando-lhe de presente uma garrafa de uísque, eu estarei provocando nele um mal, alimentando seu vício e piorando sua doença psíquica e somática. Quando eu tenho a palavra final sobre o que é certo e o que é errado, e quando nada é mais importante que o meu direito de viver do jeito que bem entender, de criar minha própria felicidade individualista, estou contribuindo para “uma estrutura social decadente e o ‘inferno da solidão’” (KELLER, 2016, p. 112). Nessas pessoas que tentam ser juizes da própria moralidade e o sentido da vida não ultrapassa a liberdade e a felicidade pessoal, o sofrimento pode levar rapidamente à hipersensibilização, autovitimização, ao vazio existencial e ao suicídio (FRANKL, 2017).

- O certo é a moderação, o meio-termo? Nem sempre é mais sábio e seguro estar no meio do caminho. Situações extremas como emergências, autodefesa, guerras, pandemias e doenças como o câncer exigem que o certo não seja moderado, mas sim extremo – cirurgias oncológicas radicais, por exemplo, podem salvar vidas.
- O certo reduz-se àquilo de que eu gosto? Esse pensamento é expresso na teoria emotiva da ética. Mas, na realidade da vida, vemos que a definição do que é certo e errado não é puramente subjetivo. Reduzir o conceito do que é certo à simples emoção ou expressões de sentimentos pessoais, sem considerar nenhuma ética prescritiva, leva a um solipsismo radical reducionista e autodestrutivo, que esquece e abandona os outros seres humanos, animais e coisas.
- O que traz o máximo de prazer e o mínimo de dor é a coisa certa a fazer? Essa é a filosofia do hedonismo. Nem todos os prazeres são bons e nem toda dor é ruim. O prazer sádico de torturar pessoas é ruim. E, o prazer masoquista do sofrimento desnecessário também é ruim. A dor da disciplina do estudo, do trabalho ou dos exercícios na academia é boa!
- O certo é o bem maior para o maior número de pessoas e maior período de tempo? Essa ideia, às vezes, surge na saúde pública, por exemplo. Porém, nem sempre os meios justificam os fins. Esse pensamento se mostra muito atraente para líderes políticos que tomam decisões envolvendo grandes populações. Entretanto, mesmo quando os resultados são evidentes, como é possível saber se esses são “bons” sem nenhum padrão de bem que esteja além dos resultados? Vemos aqui uma mistura de hedonismo e utilitarismo quantitativo, que pode desprezar minorias vulneráveis e carentes da solidariedade humana. Entretanto, se cuidarmos dos iguais de forma igual e dos diferentes de forma diferente, respeitando suas singularidades e vulnerabilidades, e usando meios reconhecidamente honrosos, o certo será o bem maior para o maior número de pessoas (GEISLER, 2010, p. 136-149).

Vejam que essas propostas de definição do que é o bem e do que é o mal, descritas acima, se baseiam em padrões morais totalmente subjetivos. **Como haveríamos de categorizar determinada prática ou experiência humana como boa**

ou má, reclamar por justiça e condenar o mal se não existir uma moralidade objetiva universal? Se não existe uma lei natural como parâmetro definitivo do que é bom ou mal, certo ou errado, por que se enfurecer e se horrorizar quando sofrimentos injustos se abatem sobre um grupo de pessoas ou sobre minha família?

Para Peterson (2018b), todos nós necessitamos fazer parte de algum sistema cultural com valores e crenças compartilhadas que funcionem como referencial de ordem e paz; pelo menos, dentro do grupo. O sentido da vida depende de um tal sistema profundo de valor, ou o horror de uma existência niilista de falta de esperança, caos e desespero rapidamente se torna mais importante. Entretanto, entre diferentes sistemas de valores sempre há a possibilidade de conflitos. “Estamos, dessa forma, eternamente presos entre a cruz e a espada: a perda da crença centrada no grupo torna a vida caótica, miserável, intolerável; a presença da crença centrada no grupo torna o conflito com outros grupos inevitável” (PETERSON, 2018b, p. irregular). Como também, por medo da realidade do que é desconhecido e revitalizador, o ditador com excesso patológico de ordem pode corromper o próprio sistema de valor. Ou, por acreditar que a liberdade da existência é possível sem ordem, disciplina e responsabilidade, o desregrado pode deturpar o sistema de valor (PETERSON, 2018a, p. 591).

Em seu livro *Capital moral*, partindo de ensinamentos de Johannes Althusius (1557-1638), Abraham Kuyper (1837-1920), Herman Dooyeweerd (1894-1976), Emmanuel Lévinas e Michael Walzer, Kuiper (2019) traz uma crítica cultural construtiva a partir da teoria da soberania das esferas de poder, com uma proposta sócio-filosófica de conexão pacífica entre esferas sociais/tribos (família, escola, ciência, comunidade religiosa, Estado) que se diferenciam por uma pluralidade política e religiosa. E, por meio de um deliberado processo dialógico de interação, as pessoas não se abandonam umas às outras, mas sim se preocupam com o mais fraco ou mais frágil, e se permitem experimentar governar em uma esfera e ser governada em outra esfera. Nesse sentido, Kuiper apresenta a pluralidade como uma disponibilidade de perspectivas criativas perante à presença do “outro”; onde capital moral é “a capacidade individual e coletiva de estabelecer relações morais” de compreensão e cuidado mútuos (KUIPER, 2019, p. 25). Concretamente falando, o capital moral é formado por valores modelados em diferentes esferas sociais e por práticas sociais privadas e públicas que expressam e disseminam aqueles valores. Assim, em um aprendizado recíproco, o capital moral de diferentes estruturas sociais é colocado em circulação, surgindo valores harmônicos que são integrados às diferentes esferas, até formarem uma ideia moral ou moralidade

complexa, constituída por uma hierarquia de valores nos quais os mais altos transcendem a existência de todas as pessoas e esferas sociais que formam uma civilização. Esses valores integradores são representados principalmente por amor altruístico e promessa de fidelidade, praticados na preocupação com o outro e com o mundo; e vão contribuir para o desenvolvimento social, responsabilidade pelo meio ambiente e produção de um bem comum multifacetado, a partir de um pacto cooperativo em que existem obrigações morais mútuas e simbióticas. “Uma civilização, portanto, deve ser primariamente considerada como uma *prática moral* abrangente e difusa (e não uma prática política ou religiosa)”; embora toda cultura seja orientada metafisicamente e tenha como elementos centrais as religiões, além das grandes religiões e sua moralidade serem as fundações sobre as quais as grandes civilizações repousam (KUIPER, 2019, p. 267, 273, 274, grifo do autor).

Muito mais que um construto social ou pessoal, transcendendo as práticas humanas e trazendo sentido à existência, a moralidade existe a partir de valores universais e princípios normativos que advêm junto às estruturas do mundo criado. Assim, a consciência do que é certo e do que é errado parece ser não somente uma construção histórico-cultural, mas também um conhecimento inato, gravado em nosso DNA e em nossa mente, que nos acusa como culpados ou nos defende; como ilustra Geisler (2010):

Não encontramos a lei moral naquilo que as pessoas **fazem**, e nem mesmo naquilo que **dizem** que deve ser feito; antes, vemos a lei moral naquilo que **esperam** que os outros lhes façam. Com o intuito de descobrir se o homem (ou a mulher) realmente crê ou não na existência do direito de levar embora o pertence (ou parceiro) de outrem, não lhe pergunte o que **deseja** fazer, nem o que **diz** que é direito fazer. Apenas observe atentamente como ele reage, quando outra pessoa tenta aproveitar-se daquilo que ela ama com tanto carinho. Nesse sentido a lei moral pode ser descoberta mais pelas **reações** do que pelas **ações** das pessoas. (GEISLER, 2010, p. 145, grifos nossos)

Essa lei moral universal (ou consciência moral inata) se apresenta como um embasamento para a comunicação adequada e para o veredito final de qual atitude tomar entre sociedades divergentes. Permite, por exemplo, que princípios morais mutuamente aceitos balizem o comércio e a justiça internacionais. A história da humanidade é rica em evidências da possível existência dessa lei natural reguladora que transcende o ser humano. É impressionante como essa Lei está presente em credos morais de civilizações humanas antigas – como textos do *Livro dos Mortos*, do

Antigo Egito –, mas também em legislações mais recentes, como a utilizada nos julgamentos de nazistas em Nuremberg e na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 1948. No apêndice do seu livro *A abolição do homem*, C. S. Lewis (2005) apresenta vários códigos morais existentes em livros escritos ao longo da história da humanidade: *Preceitos de Ptahhetep*, do Egito Antigo; *Hino a Samas*, Babilônia; *Leis de Manu*, hindu; *Analectos de Confúcio*, China Antiga; *De Officiis*, de Cícero, Roma; *Tratado sobre o governo*, Locke; *Hávamál e Sig-drifumál*, nórdico antigo; *Torá ou Livro da Lei* da Bíblia Hebraica, do judaísmo; livros do *Novo Testamento*, do cristianismo; *Lista dos deveres*, Epicteto, Grécia; *Ilíada*, de Homero, Grécia; *Pele Vermelha, Lê Jeune* (LEWIS, 2005, p. 34).

No contexto do judaísmo e cristianismo, as leis morais bíblicas introduziram “conceitos sem precedentes quanto à moral individual, à igualdade perante à lei, à preciosidade da vida humana, à ilegitimidade de punições vicárias e brutais” (HUTCHINSON, 2012, p. 121). No mundo antigo, Estado e religião eram uma única coisa. Além dos profetas bíblicos, poucas vozes percebiam uma distinção entre o que era legal perante o Estado e o que era moral ou certo perante Deus. Uma das poucas exceções foi o filósofo estoico romano Marco Túlio Cícero (106 a.C. – 43 a.C.), autor do texto clássico *De res publica*:

Ele insistia em que ‘não haverá leis diferentes em Roma e em Atenas, ou leis diferentes hoje e no futuro; mas uma lei eterna e imutável será válida para todas as nações, em todos os tempos, e haverá um mestre e uma regra, ou seja, Deus sobre todos nós, porque Ele é o autor dessa lei, seu promulgador e seu juiz disciplinar’ [...] Infelizmente, a realidade da sociedade romana não permitiu sua aplicação – nem mesmo Cícero seguiu seus preceitos. (HUTCHINSON, 2012, p. 195)

2.3.2 Classificação das teodiceias

Como compreensões ou cosmovisões que tentam compatibilizar ou não compatibilizar a existência de Deus e a existência do mal no mundo, e a partir da perspectiva das Ciências da Religião e Teologia, as teodiceias podem ser categorizadas, de forma sistematizada, em dez tipos (ver Figura 16).

FIGURA 16 – CLASSIFICAÇÃO DAS TEODICEIAS EM 10 TIPOS

1. NEGAÇÃO DO MAL. Visão autotranscendente. O mal é ilusão; desapegando-se, busca-se a iluminação.
2. NEGAÇÃO DE DEUS (ATEÍSMO) OU NEGAÇÃO DE UM DEUS PESSOAL PROVIDOR (DEÍSMO). SECULARISMO 2.1 "deus ACASO". A causa do mal é o acaso ou "azar"; usando tratamentos especializados, a sociedade torna-se melhor. 2.2 DEÍSMO: negação da soberania criadora ou da providência de Deus.
3. TEODICEIA DO FATALISMO OU DETERMINISMO RADICAL: deus DESTINO. Fatalismo; Estoicismo. A causa do mal é o destino; perseverando, encontra glória e honra.
4. TEODICEIA DUALISTA (DEUS DO MAL E DEUS DO BEM). A causa do mal é um conflito cósmico; tornando mais pura a fidelidade, c/triunfo da luz.
5. TEODICEIA DA NEGAÇÃO DA BONDADE DE DEUS (DEUS MAL): Satanismo. Quimbanda.
6. TEODICEIA DO LIVRE ARBÍTRIO. O ser humano é o autor do mal original. Deus usa e transforma em bem.
7. TEODICEIA PEDAGÓGICA 7.1 VISÃO MORALISTA. A causa do mal é o pecado; fazendo o bem consegue-se a bênção eterna. Exs.: doutrina do carma; os amigos de Jó; farisafismo; salvação somente pelas obras (pelagianismo). 7.2 PURIFICAÇÃO, SANTIFICAÇÃO. O fiel busca imitar o bom caráter da divindade.
8. TEODICEIA DE COMUNHÃO: Deus sofre conosco, nos encontramos com Ele e amadurecemos na fé.
9. TEODICEIA PROTELADA: confiar na soberania e bondade finais de Deus; compreensão protelada.
10. TEODICEIA ESCATOLÓGICA: esperança de reparação/compensação em vida futura que transcende a morte. (CUNHA FALCÃO, 2022)

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

TIPO 1: NEGAÇÃO DO MAL

Diferentemente das soluções teístas, existem posições filosóficas e/ou religiosas que rejeitam as teodiceias. Assim, geralmente apoiados em conceitos panteístas, algumas cosmovisões resolvem a tensão entre Deus e o mal, negando a existência do mal, mesmo diante da evidência sensorial do sofrimento na vida humana. Isso é visto nos ensinamentos Vedanta do hinduísmo e no budismo, no qual o mal é chamado *maya* (ilusão); em Zenão (336-274 a.C.), e em Baruch Spinoza (1632-1677). A posição de afirmar que o mal é uma falsa crença é adotada pelo grupo religioso denominado de Ciência Cristã, fundado por Mary Baker (SAYÃO, 2012). Para essas crenças, o mal é uma ilusão e busca-se uma iluminação para um estado impessoal, como o nirvana, no qual o sofrimento e o desejo supostamente não existem. Seus adeptos tentam desapegar-se da realidade e de qualquer vontade ou desejo, bom ou ruim, por meio de uma autointrospecção e autotranscendência. Essa postura pode ajudar no fato do sofrimento não prejudicar o "eu", que continua vivo nos filhos e no seu povo. Como nos ensinou o professor, psicólogo e padre Libório, em aulas presenciais de Psicologia da Religião: um pouquinho de ilusão – percepção errônea de uma realidade – e de

alienação – como fuga da realidade – temporárias pode beneficiar o ser humano em momentos de angústia; como distração passageira. Essa teodiceia também traz a lição de os que sofrem precisam deixar de amar excessivamente as coisas materiais. Então, se essa busca por autotranscendência for usada sob a forma de exercícios mentais análogos à meditação budista, pode gerar uma redução de estresse baseado na atenção plena; podendo configurar um *coping* religioso-espiritual (CRE) positivo, por gerar afetividade salutar (ROSMARIN; KOENIG, 2020, p. xviii, xix). Entretanto, o fato é que o sofrimento é real e concreto perante nossos órgãos dos sentidos. Por mais que se treine uma diminuição da sensibilidade perante à dor, essa fuga da realidade é muito difícil de ser praticada em uma vida normal. E, se essa introspecção for feita de forma exagerada e solitária, em uma pessoa que está passando por um sofrimento acentuado, pode gerar uma menor oportunidade de apoio por outras pessoas; abrindo a possibilidade de um CRE negativo.

TIPO 2: NEGAÇÃO DE DEUS (ATEÍSMO) OU NEGAÇÃO DE UM DEUS PESSOAL PROVIDOR (DEÍSMO). SECULARISMO

Em oposição àqueles “ilusionistas” que tentam negar o mal, os secularistas, incluindo-se nesse grupo os ateus e os deístas, afirmam a realidade do mal com base nos órgãos dos sentidos, mas negam a possibilidade da realidade de Deus, transcendente, imanente e provedor, afirmando que se Ele existisse e fosse ativo, seu poder, bondade e onisciência não permitiriam o mal. Alguns acreditam que a causa do mal é o “(deus) acaso”, aleatoriedade, acidente, “azar” ou soluções cósmicos. Busca-se, assim, não sofrer e ter prazer como metas prioritárias na vida; entendem que o sofrimento não tem propósito e sempre triunfa. Por isso, a técnica tem que ser sempre aprimorada para eliminar a causa e diminuir a dor. Esse pensamento, tão forte hoje com a evolução tecnológica, almeja o desfecho de uma sociedade melhor. Mas, o extremo dessa cosmovisão é o hedonismo egoísta.

O problema do mal foi apresentado primeiramente por Epicuro (341-270 a.C.), filósofo grego que afirmava que nascemos e vivemos por acaso, e que, depois da morte, não há outra vida:

Ele prefere a sabedoria desafortunada à insensatez com fortuna, ainda que pense que o melhor de tudo é que nas ações o juízo sábio seja acompanhado da fortuna próspera.
Deus, ou quer impedir os males e não pode, ou pode e não quer, ou não quer nem pode, ou quer e pode. Se quer e não pode, é impotente: o que

é impossível em Deus. Se pode e não quer, é invejoso: o que, do mesmo modo, é contrário a Deus. Se nem quer nem pode, é invejoso e impotente: portanto, nem sequer é Deus. Se pode e quer, o que é a única coisa compatível com Deus. Donde provém então a existência dos males? Por que razão é que não os impede? (EPICURO, 1985, p. 63).

A dificuldade do problema do mal também foi bem definida por Hume (2016):

[A deidade] é desejosa de prevenir o mal, mas incapaz? Então é impotente. É capaz, mas não é desejosa? Então é malevolente. É capaz e desejosa ao mesmo tempo? Donde vem então o mal?" (HUME, 2016, p. 249)

Por que há alguma miséria no mundo? Certamente não por acaso. Por alguma causa, então. É pela intenção da Deidade? Mas ela é perfeitamente benevolente. É contrária à sua intenção? Mas ela é todopoderosa. Nada pode abalar a solidez deste raciocínio tão curto, tão claro, tão decisivo; exceto se afirmarmos que estes assuntos excedem toda a capacidade humana e que nossas medidas comuns de verdade e falsidade não lhes são aplicáveis (HUME, 2016, p. 112).

Essas discussões filosóficas despertaram mais interesse popular somente após o Iluminismo (século XVIII), quando, no mundo ocidental, a humanidade se afastou mais de Deus e se tornou muito mais confiante na própria capacidade de usar a razão para compreender o mundo; tentando migrar do teocentrismo para o antropocentrismo humanista. Segundo Keller (2016), essa concepção pode gerar uma (auto)idolatria e autossuficiência de si mesmo, afastando a possibilidade de buscar um bom motivo para determinadas circunstâncias de sofrimento (KELLER, 2016).

Contrariamente a esse pensamento materialista ateu, filósofos e teólogos cristãos, como Santo Agostinho (354-430; Igreja antiga), Gottfried Leibniz, Alvin Plantinga (protestante) e Peter John Kreeft (católico), defendem que Deus e o mal não implicam em contradição (AGOSTINHO, 1992; LEIBNIZ, 2012; PLANTINGA, 2018; KREEFT, 1995). Afirmam que isso é possível quando compreendemos que, sendo todo-poderoso e independente, em sua vontade essencial/necessária de agir de acordo com seu caráter santo, não pecar, não mentir e não errar, e em sua vontade totalmente livre, Deus decidiu criar seres humanos dotados de um bem original. Esse bem original é o livre-arbítrio, que permite as pessoas serem livres para escolher amar a Deus ou afastar-se dEle; nos dá liberdade para obedecer ou não obedecer a lei moral divina que Deus gravou no coração, na mente, no DNA e no espírito de cada ser humano. Na visão de Kreeft (2002, p. 48), “o amor verdadeiro – nosso amor para com Deus e o amor de uns para com os outros – deve envolver uma escolha. Para esses autores, Deus

não é o criador do mal, nem o mal existia como substância essencial antes da desobediência dos anjos bons que se rebelaram e de Adão e Eva. Deus criou esses anjos e os seres humanos com livre arbítrio e conseqüente possibilidade do mal; mas, essas pessoas concretizaram essa potencialidade, escolheram pecar, em vez de não pecar (STROBEL, 2002). A fonte do mal não é o poder de Deus, mas a liberdade do homem” (KREEFT, 2002, p. 47).

Eles afirmam, também, que não há contradição entre o axioma de que Deus é todo-bondoso e permite a existência do mal porque, sendo a fonte de todo o bem do mundo, em sua vontade secreta ou governo providencial de todas as coisas, Deus é capaz de usar o mal para cumprir seus decretos/desígnios, para os bons fins da sua glória e para o bem daqueles que o amam (GRUDEM, 2010, p. 258). Da mesma forma, não há contradição entre Deus ser onisciente e existir o mal. Pois, em sua onisciência e eternidade, conhecendo e vendo todas as coisas que existem, que aconteceram, que acontecem e que irão acontecer no futuro, Deus demonstrou como “a pior coisa que já aconteceu na história do mundo acabou resultando na melhor coisa que já aconteceu na história do mundo”: o “deicídio”, a morte do próprio Deus-homem na cruz (KREEFT, 2002, p. 50). Segundo esse entendimento cristão, a crucificação e ressurreição de Cristo, a pior tragédia ou maior mal da história resultou no evento mais glorioso ou maior bem da história. E, se aconteceu lá, pode acontecer em outros lugares e épocas, e na nossa vida individual. Enfim, eles afirmam que, com sua sabedoria perfeita, Deus sempre escolhe as melhores metas e os melhores meios para alcançar essas metas, tendo presciência de que, algumas vezes,

[...] necessitamos de alguma dor por razões que podemos não entender, mas que ele prevê como necessária para algum bem eventual. [...] Os dentistas, os treinadores esportivos, os professores e os pais – todos eles sabem que às vezes ser bom não é ser gentil. (KREEFT, 2002, p. 53).

TIPO 3: TEODICEIA DO FATALISMO OU DETERMINISMO RADICAL

Algumas pessoas acreditam que a causa do mal e de tudo o que acontece na vida de uma pessoa é o (*deus*) destino, ou o universo que conspira, as estrelas, as forças sobrenaturais; ou, a vontade de um Deus patrão, impessoal, impassível, insensível e não imanente. A filosofia estoica, muito comum nas histórias dos heróis gregos, é o exemplo mais comum dessa teodiceia; mas, podemos encontrar esse determinismo radical também no islamismo, no hipercalvinismo radical e até no Livro

de Eclesiastes - livro bíblico, cujos versículos fatalistas são seguidos por versos que convidam o crente a confiar em Deus, mesmo sem conhecer as razões do mal.

Essa *aceitação* de um destino penoso sem fazer concessões ou reclamações, às vezes, gera um sentimento de vitimização, mas também de autovanglória por suportar o sofrimento e não cair na tentação de não ter uma vida virtuosa. Nesse estoicismo, o sentido da vida é exercitar as virtudes da coragem, justiça, autocontrole e sabedoria; só que, muitas vezes, apenas para honra e glória de si mesmo.

Essa busca estoica por um comportamento ético e por um controle das emoções é muito bem-vinda para todas as pessoas, independente de sua religião, pois pode gerar perseverança, resistência e resiliência para suportar desgraças profundas na vida; configurando assim um *coping* positivo. Entretanto, excessos como, por exemplo, repreender um filho que chora, falando para ele que homem que é homem não chora, ou ter como lema morrer, mas não expor suas fraquezas, podem provocar sofrimentos muito mais profundos e evitáveis. Sem buscar a figura de um Deus protetor, o indivíduo que se achava um super-homem, um dia, cai em desespero e torna-se alvo fácil de doenças mentais, como depressão e ansiedade, e suicídio.

Contraopondo-se à teodiceia fatalista, o cristianismo bíblico apresenta o sofrimento como algo avassalador, mostrando que o lamento dos que sofrem ecoa livre e dolorosamente por todos os cantos. Na Bíblia, o próprio Deus homem chorou, quando Lázaro morreu, quando entrava em Jerusalém e quando orava a Deus no Jardim das Oliveiras. Assim, a Bíblia mostra que aos cristãos é permitido e até encorajado expressar seu sofrimento com lamentos e perguntas. Para os ortodoxos bíblicos, o cristão deve chorar, orar, clamar por bom ânimo, pedir ajuda a amigos e profissionais de saúde, levantar e seguir Jesus; louvando a Deus e ajudando as pessoas ao seu alcance.

TIPO 4: TEODICEIA DUALISTA (DEUS DO MAL E DEUS DO BEM)

Além da negação do mal, da negação de Deus e da crença em um destino fatalista, uma quarta cosmovisão é o DUALISMO, que admite o bem e o mal como dois princípios em eterna oposição no universo. Nessa óptica, o mal é um princípio autônomo que nada tem a ver com o bem; Deus deixa de ser único e todo-poderoso. As versões mais radicais de dualismo são o zoroastrismo persa (*Ormuzd*, o bem; e *Ahriman*, o mal), liderado por Zoroastro (628-521 a.C.), e o maniqueísmo (Reinos da

Luz e das Trevas), fundado na Pérsia por Mani (216-273 d.C.). Porém, um dualismo cósmico mais moderado, metafísico, no qual acreditava-se que o mal é essencialmente ligado à matéria e o bem estaria no mundo das ideias, é visto em Platão (427-347 a.C.), no gnosticismo, no neoplatonismo de Plotino (205-270) e na filosofia de Hegel (1770-1831) (SAYÃO, 2012).

Em seu livro 12 Regras para a vida, o psicólogo Jordan Peterson (2018b) afirma que existe uma dicotomia ordem/caos que caracteriza toda a experiência e aparece na linguagem de algumas religiões - como é o caso da ordem habitável do Paraíso bíblico primordial e a serpente fazendo o papel do caos. Nessa compreensão, a serpente no Éden parece significar a mesma coisa que “o ponto preto no *yin* do símbolo de totalidade taoista do *yin-yang* – isto é, a possibilidade de que o desconhecido e revolucionário se manifeste repentinamente quando tudo aparenta estar calmo” (PETERSON, 2018, p. irregular). Para o grande escritor e preso político do regime soviético Alexander Soljenítsin (1918-2008), a linha que divide o bem e o mal atravessa o coração de cada ser humano: o mesmo ser humano, em diferentes situações, ora imita o bom caráter de Deus, ora imita o mau caráter do diabo. A verdade de todas as religiões do mundo é que elas lutam contra o mal que reside na alma humana de cada um de nós e, embora não seja possível banir completamente o mal do planeta, é possível restringi-lo individualmente (SOLJENÍTSIN, 2020).

Assim, para alguns estudiosos, um dos modelos radicais e cruéis de dualismo foi o nazismo, no qual o elemento *ariano*, e falaciosamente cristão, era visto como referencial do bem, enquanto os judeus eram considerados os assassinos de Cristo e representavam o diabo ou as forças do mal na terra (SAYÃO, 2012). Será que os nazistas esqueceram que Jesus e os primeiros cristãos eram judeus? Esse dualismo racista e perverso da Alemanha nazista causou o Holocausto Judeu; foi responsável pelo assassinato de, pelo menos, seis milhões de judeus e mais de seis milhões de não judeus (civis soviéticos, poloneses e croatas, pessoas com deficiência, ciganos, Testemunhas de Jeová, homossexuais, etc.) (UNITED STATES HOLOCAUST MEMORIAL MUSEUM, 2020).

TIPO 5: TEODICEIA DA NEGAÇÃO DA BONDADE DE DEUS

Esse tipo de compreensão da existência do mal e de Deus afirma que somente existe um deus ou deuses, que não são bons. Essa forma de ver Deus e o mundo é

encontrada no satanismo, embora essa crença possa ser entendida também dentro de um cenário de teodiceia dualista.

Segundo Doyle White (2017), o satanismo é cultuado hoje por aproximadamente 100.000 pessoas em todo o mundo e ocupa o imaginário do público. Ele afirma que esse fenômeno é visto principalmente em homens após os vinte anos de idade e cai abruptamente após seus trinta anos. Um protosatanismo possivelmente surgiu na Europa antiga e medieval, antes mesmo do julgamento de bruxas do século XVII. Expressando-se por uma ampla gama de movimentos e correntes, o satanismo tem relação com o culto a Caim ou a Lúcifer, praticando um cristianismo invertido; embora alguns grupos se autodenominem como ateus racionalistas e praticantes de uma rebelião “simbólica”. Doyle White (2017) afirma que mesmo o movimento chamado Igreja de Satanás de LaVey, que diz professar ateísmo, pratica formas de magia cerimonial e ocultismo esotérico; tentando ocupar um espaço manchado entre a ciência aceita e a religião judaico-cristã tradicional. Em termos de extremismo, a Ordem de Nove Ângulos é uma manifestação mais radical que surgiu na Grã-Bretanha, inicialmente combinando ideias satânicas com material explicitamente neo-nazista. Nas décadas de 1980 e 1990, ocorreu um pânico em vários países relacionado a possibilidade de abusos de crianças em “rituais satânicos” (DOYLE WHITE, 2017, p. 101).

No ambiente jurídico, realmente são descritos crimes ritualísticos associados ao satanismo, vampirismo e vodu. Nesses casos, há um líder, psicopata ou não, com pensamentos de grandeza, que doutrina os membros a cometerem crimes e perversidades, em troca de benefícios e suposto poder espiritual para obter sucesso na vida. Um crime ocorrido em 2015, na cidade de Sumé, Paraíba, Brasil, foi categorizado assim pela justiça (VERAS, 2018). Os sacrifícios humanos conectados com cerimônias satânicas são raros na prática, sendo mais comum que o perpetrador tenha motivações pessoais, incluindo doença mental. Mas, esses crimes podem também ocorrer sob a forma de mensagens satânicas e anticristãs de grafite em paredes, profanação de túmulos, vandalismo de igrejas ou de outros lugares considerados sagrados no cristianismo (MATKOVIC, 2017, p. 315).

TIPO 6: TEODICEIA DO LIVRE ARBÍTRIO

Esse tipo de compreensão tem sido desenvolvido no cristianismo bíblico, desde o século IV, com Agostinho de Hipona; apresentando o mal como consequência do pecado dos primeiros seres humanos e de anjos bons que se rebelaram. Na concepção desse cristão, ex-adepto do maniqueísmo e do neoplatonismo, o mal não é uma substância espiritual ou material, não possui existência autônoma, mas é sempre uma privação, corrupção, perversão ou parasita do bem; é como a ferrugem que atinge o ferro. “Há dois tipos de mal: o pecado e a pena pelo pecado. Isso significa que a origem do mal moral jaz oculta no mistério da liberdade” (SAYÃO, 2012, p. 45). O pecado original é o ato mau de perversão da vontade que se desvia da suprema substância (Deus). O mal é usar “mal um bem, desprezando um bem melhor” (AGOSTINHO, 1992, p. 73). Dito de outra forma, o mal “é a maior contradição tolerada por Deus em sua criação, mas usado por ele na forma de justiça e retidão como um instrumento para sua glória” (BAVINCK, 2012, v. 3, p. 71-72).

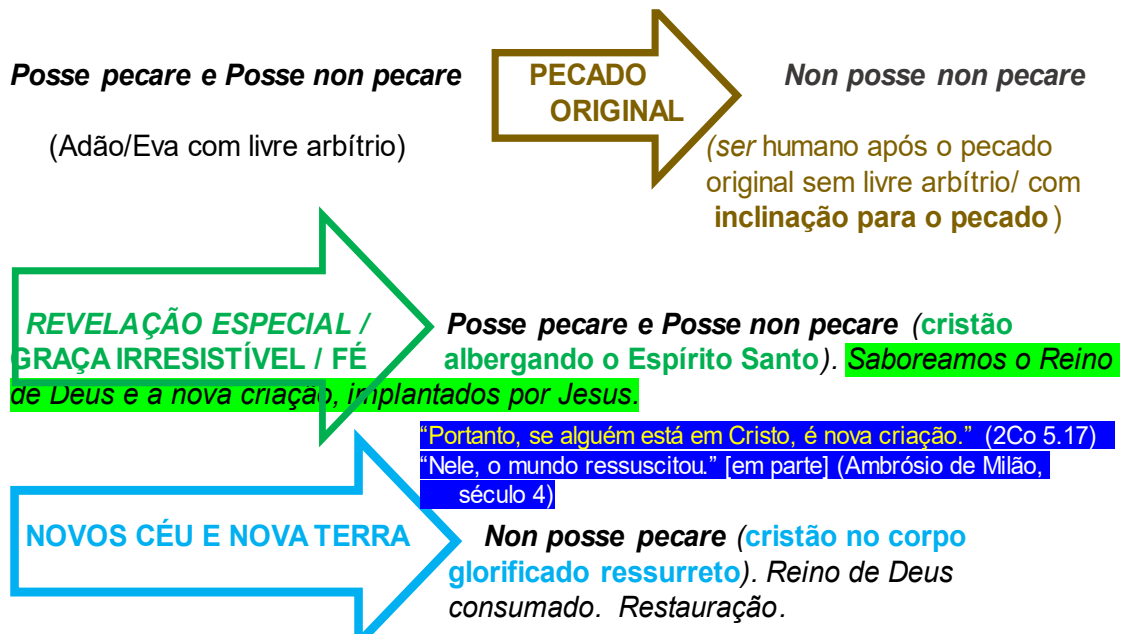
Para o cristianismo bíblico, os anjos, e Adão e Eva foram criados com um bem chamado livre arbítrio/liberdade da vontade/liberdade moral, com responsabilidade de glorificar/amar o Criador e ter alegria nele. O pecado era uma possibilidade que poderia ser chamada à existência por meio da vontade e decisão voluntária das criaturas morais, finitas e mutáveis. Deus criou o universo e controla a história, de tal maneira que o pecado poderia vir a existir, mas não criou pessoas pecadoras. Segundo a Bíblia, Deus criou seres pessoais livres, não criou fantoches, máquinas, robôs ou animais sem a razão. Assim, um grupo de anjos pecou e se rebelou contra Deus (2Pe 2,4; Jd 6; Is 14,12-15; Gn 3,1). E, com respeito à raça humana, o pecado foi cometido por Adão e Eva no jardim (Gn 3,1-19; Ec 7,29). Nesse sentido, Deus não é a fonte ou autor do pecado (Dt 32,14; Gn 18,25; Jó 34,10; Tg 1,13).

Conforme exposto no parágrafo anterior, a religião cristã fundamentada na Bíblia apresenta o mal, seja ético ou natural (doenças, acidentes), como sendo consequência do pecado deliberado de anjos rebeldes e dos primeiros seres humanos, os quais geraram uma herança de tendência à desobediência; mesmo perante uma consciência espiritual do que é certo ou errado e diante do sentido de vida supremo de glorificar e ter prazer em Deus. Logo, na concepção cristã, tanto o mal moral (pecado) quanto o mal natural/físico (doenças, catástrofes naturais) – a finitude humana e do mundo – são consequências do pecado original, do abuso da liberdade de Adão e Eva. Justiça

retributiva, inclusive aos olhos humanos, se expressa após a desobediência da lei heteronômica divina: “[...] maldita é a terra por sua causa; com sofrimento você se alimentará dela todos os dias da sua vida” (Gn 3,17). As rupturas entre Deus e o homem, o homem e a natureza, o homem consigo mesmo e o homem e o seu próximo se estabeleceram e há um crescimento enorme da maldade humana (SAYÃO, 2012, p. 41).

Segundo a Bíblia, no princípio, em seis dias, Deus, supremo Bem e Ser substancial e essencial, criou os céus e a terra como coisas e seres naturais contingentes, mas essencialmente bons, muito bons! (Gn 3,1). O mundo bom formado pelo supremo Criador foi deformado por suas criaturas racionais livres, necessitando ser reformado/restaurado pela ação redentora de Deus. Nessa ação, o Rei Eterno oferece de forma gratuita o bem que o ser humano não merece (graça) e deixa de dar a essa criatura o mal que ela merece (misericórdia), substituindo a justiça retributiva pela oportunidade de uma justiça salvadora e libertadora, benevolente e misericordiosa. Sendo assim, na óptica cristã, há necessidade pessoal do ser humano arrepender-se de seus erros, reconciliar-se com Deus e encontrar a salvação, a qual não é somente eterna, mas é também imanente, histórica. Nesse contexto teológico cristão, surgem pregações que enfatizam a necessidade bíblica do arrependimento universal, porém esquecem de expor que Deus enviou seu Filho ao mundo para que todo aquele que nele crer receba perdão divino e coragem para vencer as tribulações: “[...] no mundo tereis aflições, mas tende bom ânimo; eu venci o mundo” (Jo 16,33). A Figura 17 expressa a visão de Santo Agostinho sobre o livro arbítrio original, a origem do mal e suas consequências, e a salvação graciosa de Deus.

FIGURA 17 – LIVRE ARBÍTRIO, PECADO, MAL E SALVAÇÃO, SEGUNDO SANTO AGOSTINHO



FONTE: o autor, com base em GONZÁLEZ (2015)

TIPO 7: TEODICEIA PEDAGÓGICA

Esse tipo de teodiceia é encontrada em várias religiões que enfatizam o amadurecimento espiritual. Em um sentido bíblico-cristão, essa teodiceia afirma que o sofrimento tem como propósito disciplinar o ser humano na escola de Deus, trazendo maturidade e aprendizado. Nessa visão, o deserto é a escola do povo de Deus! Em Números 21,8-11, durante o êxodo de Israel para a terra prometida, o povo pecou, Deus enviou serpentes, Moisés orou, Deus mandou levantar a serpente de bronze (Jesus) que traz perdão, salvação e cura.

Tendo sido, pois, justificados pela fé, temos paz com Deus, por nosso Senhor Jesus Cristo, por meio de quem obtivemos acesso pela fé a esta graça na qual agora estamos firmes; e nos gloriamos na esperança da glória de Deus. Não só isso, mas também nos gloriamos nas tribulações [sofrimentos/dificuldades/provações], porque sabemos que a tribulação produz perseverança [paciência/fortaleza]; a perseverança, um caráter aprovado [aprovação de Deus/experiência]; e o caráter aprovado, esperança. E a esperança não nos decepciona, porque Deus derramou seu amor em nossos corações, por meio do Espírito Santo que ele nos concedeu. (Rm 5,1-5, NVI, interpolações nossas)

Entretanto, de forma diferente dos ensinamentos da Bíblia, no qual a absolvição divina dos pecados pode ensejar um *coping* religioso-espiritual (CRE) positivo, a

teodiceia pedagógica pode ser compreendida como um moralismo ou justiça retributiva sem perdão de Deus. Assim, nas filosofias e religiões que acreditam em reencarnação (ou transmigração da alma), como o espiritismo kardecista e o hinduísmo vedanta, o sofrimento é entendido com o propósito de pagar pecados ocorridos em vidas passadas. Algo parecido acontece no pelagianismo, segundo o qual o homem só tem uma vida, mas é responsável total por sua própria salvação, sem depender da graça divina, necessitando sofrer para pagar os pecados e receber a redenção.

O entendimento reencarnacionista permite pensar que o outro merece sofrer porque pecou em vidas passadas e precisa sofrer para evoluir seu carma. Ou seja, a rigor, os adeptos dessa crença não deveriam ajudar uma pessoa em sofrimento, pois assim estariam atrapalhando em sua evolução espiritual. Entretanto, segundo Kardec (2013, p. 100), embora seus fieis estejam nessa “Terra de expiação” para concluir as provas de sofrimento consequentes a erros em existências anteriores, ninguém sabe até onde elas têm de ir. Assim, cabe antes dizer: “Vejam os meios que o Pai misericordioso me pôs ao alcance para suavizar o sofrimento do meu irmão” (KARDEC, 2013, p. 101).

Mesmo no contexto cristão, quando observada a partir de uma óptica moralista, como aconteceu com os maus conselhos dos amigos de Jó, na Bíblia, faz pensar que sofremos sempre porque Deus está nos castigando ou porque não temos fé suficiente. Essas compreensões legalistas, facilmente, podem gerar CRE negativo.

Muitas vezes, o sofrimento gera em nós ódio e amargura e, às vezes, afastamento de Deus. Mas, na concepção cristã bíblica, não é nenhum pecado observar que o sofrimento é quase sempre injusto e desproporcional. Se existe alguém que merecia uma boa vida com base no caráter e ações, esse alguém era Jesus. A fé cristã está centrada no paradigma do homem inocente que se dispõe a sofrer pela culpa dos outros. À luz da cruz de Jesus, o sofrimento se transforma em purificação e não em castigo.

TIPO 8: TEODICEIA DE COMUNHÃO

Muitas vezes, a experiência do sofrimento leva alguns a romperem com Deus, originando os ateístas, os agnósticos e os antagonistas religiosos. Mas, em muitas outras vezes, o sofrimento aproxima o ser humano de Deus, levando-o à comunhão ou aumentando-a.

O livro de Jó conta como um homem justo aos olhos de Deus é submetido ao mal espiritual, físico e moralista. Porém, Jó não perde a fé, mas sim questiona seus sofrimentos diretamente ao próprio Deus; depois, se arrepende de sua presunção e decide confiar em Deus e pronto! Jó se aproxima mais de Deus e passa a ter um relacionamento muito mais profundo com seu Criador Soberano e Bondoso.

TIPO 9: TEODICEIA PROTELADA

Nessa visão, o fiel em Deus assume uma postura de expectativa e fé positivas em Deus, mesmo diante do mal. Espera-se uma compreensão futura; há a crença de que o sofrimento tem um significado que um dia será explicado por Deus. Há uma firmeza de fé na soberania e bondade finais de Deus, apesar da existência do mal agora.

O Livro de Eclesiastes, que tem que ser lido inteiro para que sejam compreendidos trechos isolados do texto, mostra um pessimismo fatalista da existência humana, mas finaliza em teodiceias protelada e escatológica – fé na soberania e bondade finais de Deus, a despeito do mal.

De novo voltei a minha atenção e vi toda a opressão que ocorre debaixo do sol: Vi as lágrimas dos oprimidos, mas não há quem os console; o poder estava do lado dos seus opressores, e não há quem os console. (Ec 4,1)

Refleti nisso tudo e cheguei à conclusão de que os justos e os sábios, e aquilo que eles fazem, estão nas mãos de Deus. O que os espera, se amor ou ódio, ninguém sabe. Todos partilham um destino comum: o justo e o ímpio, o bom e o mau, o puro e o impuro, o que oferece sacrifícios e o que não oferece. (Ec 9,1-2)

Lembre-se do seu Criador nos dias da sua juventude, antes que venham os dias difíceis e antes que se aproximem os anos em que você dirá: 'Não tenho satisfação neles'. (Ec 12,1)

Agora que já se ouviu tudo, aqui está a conclusão: *tema a Deus e guarde os seus mandamentos, pois isso é o essencial para o homem. Pois Deus trará a julgamento tudo o que foi feito, inclusive tudo o que está escondido, seja bom, seja mal.* (Ec 12,13-14, grifo nosso)

TIPO 10: TEODICEIA ESCATOLÓGICA

Nessa teodiceia, que se refere às últimas coisas, há uma esperança para o problema do mal, baseada na convicção de que a vida transcende a morte e que justiça

e injustiça receberão sua devida recompensa no porvir de uma vida (para os justos) ou morte (para os injustos) eternas. Haverá uma compensação final do mal.

Aqui, mais uma vez, surge o exemplo da compreensão bíblica, quando mostra que o apóstolo Paulo sofreu espancamentos, prisões, apedrejamento, naufrágios, picada de cobra, doenças (espinho na carne), porque valia a pena.

Não damos motivo de escândalo a ninguém, em circunstância alguma, para que o nosso ministério não caia em descrédito. Pelo contrário, como servos de Deus, recomendamos-nos de todas as formas: em muita perseverança; em sofrimentos, privações e tristezas; em açoites, prisões e tumultos; em trabalhos árduos, noites sem dormir e jejuns; [...] entristecidos, mas sempre alegres; pobres, mas enriquecendo a muitos; nada tendo, mas possuindo tudo. (2 Coríntios 6,3-5, 10)

Por isso não desanimamos. Embora exteriormente estejamos a desgastar-nos, interiormente estamos sendo renovados dia após dia, pois os nossos sofrimentos leves e momentâneos estão produzindo para nós uma glória eterna que pesa mais do que todos eles. Assim, fixamos os olhos, não naquilo que se vê, mas no que não se vê, pois o que se vê é transitório, mas o que não se vê é eterno. (2 Coríntios 4,16-18)

Evidência empírica da influência de cosmovisões sobre a saúde humana pode ser vista na pesquisa feita com 50 estudantes de uma universidade austríaca que se identificaram e foram categorizados em religiosos, agnósticos, espirituais e ateus. Todos eles foram submetidos a testes fisiológicos para aferição da pressão arterial, frequência cardíaca e nível de cortisol plasmático, antes e após um teste de estresse social. Comparações de cosmovisões revelaram respostas de estresse cardiovascular mais baixas entre os religiosos do que entre os participantes ateus e espirituais, e cortisol salivar prévio ao estresse particularmente alto entre os participantes espirituais (SCHNELL; FUCHS; HEFTI, 2020).

3 RELIGIOSIDADE COMO FATOR PROTETOR E DE RISCO PARA ANSIEDADE E PARA DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA E TEOLOGIA

Neste capítulo terceiro da tese, na seção 3.1, como estudo bibliográfico replicável focado no tema de pesquisa, apresentamos uma revisão sistemática da literatura sobre a correlação entre religiosidade, ansiedade e depressão em estudantes universitários.

Na seção 3.2, a tese sai de sua esfera teórica e progride para um estudo de campo que realizamos, no qual foi feita uma pesquisa empírica quantitativa que comparou a correlação entre religiosidade, ansiedade e depressão em amostras de estudantes de Medicina e Teologia.

E, por fim, nas últimas seções deste capítulo terceiro, são apresentadas as conclusões das pesquisas teórica e empírica que efetuamos, e as implicações deste estudo para os estudantes de Medicina e Teologia, bem como para adeptos e líderes de diferentes religiões, educadores, médicos, psicólogos e pacientes.

3.1 RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O objetivo principal dessa revisão sistemática foi identificar, avaliar, reunir e sintetizar as publicações científicas que responderam como se apresenta o grau de religiosidade e sua correlação/associação com ansiedade e depressão em universitários.

Como objetivos específicos, descrevemos o tamanho das amostras estudadas, os cursos de graduação dos participantes, as escalas psicométricas usadas para aferir religiosidade, ansiedade e depressão, as prevalências dessas psicopatologias e a análise da correlação entre religiosidade e essas doenças mentais.

3.1.1 Metodologia

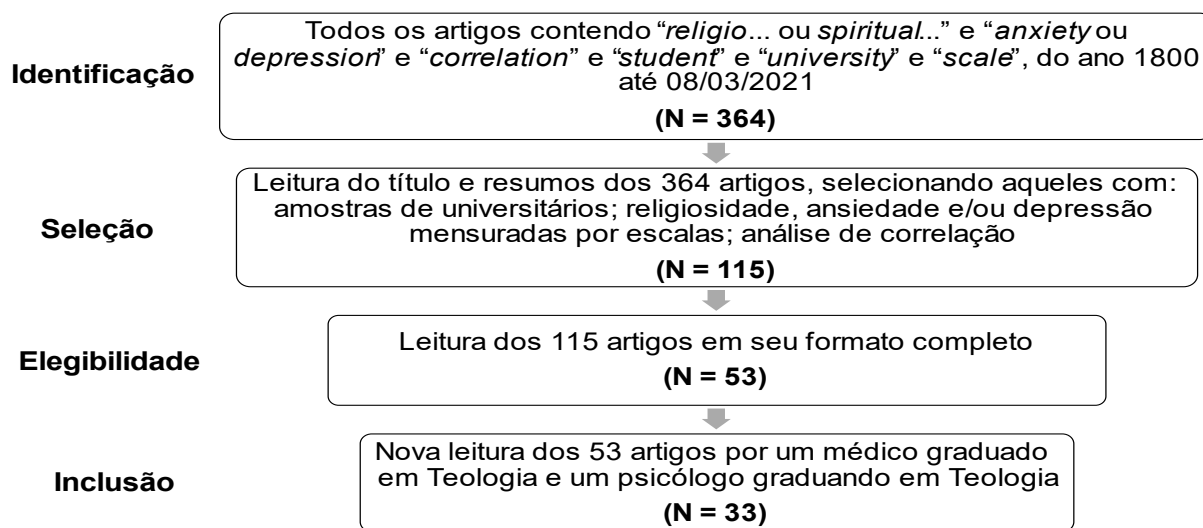
Em coerência com os objetivos dessa segunda pesquisa componente da presente tese, em março de 2021, foi realizada revisão sistemática da literatura utilizando como base de dados a PubMed/MEDLINE (NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2021).

O primeiro passo da revisão foi a determinação das palavras-chave (*keywords*) relacionadas ao tema da pesquisa e os correspondentes termos de pesquisa (palavras de busca) e expressões booleanas (operadores booleanos: *AND*, *OR*) constantes na base de descritores MeSH. Assim, foi realizada pesquisa por palavras na base de dados PubMed/MEDLINE, sem restrições quanto ao idioma, data ou tipo (*abstract* ou *full text*) de publicação disponível. Foram utilizados como descritores de assunto MeSH (*Medical Subject Headings*) e não MeSH: (***religion*** OR *religiousness* OR *religiosity* OR ***spiritual*** OR ***spirituality*** OR ***church*** OR *mosque* OR *synagogue* OR ***temple*** OR ***worship*** OR *pray* OR ***sacred*** OR *sacredness*) AND (***depression*** OR ***mood*** OR ***anxiety***) AND (***association*** OR ***correlation*** OR ***relationship*** OR *interrelation* OR ***influence*** OR ***implication*** OR ***impact*** OR ***effect*** OR ***magnitude*** OR ***"protective factor"*** OR ***"risk factor"*** OR ***comparison*** OR ***benefit*** OR ***harm*** OR ***promote*** OR ***damage***) AND ***student*** AND (***university*** OR ***college***) AND (***scale*** OR ***measurement*** OR ***index***). Dentre os citados acima, os termos MeSH estão identificados em negrito, e os descritores não MeSH estão sem esse destaque.

Usando esses termos de pesquisa, encontramos que, até a data de 08 de março de 2021, foram publicados 364 artigos na base de dados PubMed/MEDLINE.

Os critérios de inclusão de artigos para a revisão foram: amostras formadas por estudantes universitários; registro de escalas uni ou pluridimensionais para medição de religiosidade ou espiritualidade; aferição da ansiedade e/ou depressão; análise estatística de potencial correlação entre religiosidade ou espiritualidade com ansiedade e/ou depressão. Nessa padronização da revisão de literatura, foram obedecidos os passos registrados no fluxograma de pesquisa ilustrado na Figura 18.

FIGURA 18 – FLUXOGRAMA DE REVISÃO SISTEMÁTICA: RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UNIVERSITÁRIOS



34

FONTE: elaborado pelo autor

Em uma primeira seleção, a partir do título e do resumo de 364 artigos encontrados no PubMed/MEDLINE, foram escolhidos 115. E, foram excluídas 249 publicações, sendo que 29 dessas se referiam a estudos que avaliavam o impacto de meditações (*mindfulness*), yoga, exercícios espirituais, músicas religiosas ou recitação de orações sobre a saúde humana. Esses estudos não usaram nenhum instrumento para quantificar o grau de religiosidade ou espiritualidade dos participantes; por isso, foram excluídos da revisão. As outras 220 publicações excluídas não se referiam ao tema da revisão ou envolviam amostras contendo participantes não universitários. Apareceu um artigo com publicação duplicada, e a segunda versão foi excluída. Sempre que surgiu alguma dúvida sobre a exclusão ou inclusão, o texto completo do artigo foi acessado e lido; sendo esse acesso facilitado via Portal Capes pelo fato de utilizarmos nossa assinatura institucional como professor da UFPB.

Os 115 artigos foram lidos em seu formato completo por minha pessoa e, desses, foram selecionados 53 artigos. Sempre que necessário, a publicação era traduzida de sua língua original (a maioria inglês, alguns poucos em grego, francês, alemão e russo) para o português com a transformação do arquivo *pdf* em *word* e, posterior, tradução com o próprio programa *Microsoft Word* atualizado. Os 53 artigos, por sua vez, foram lidos mais detalhadamente por mim e por um segundo pesquisador assistente, graduado em Psicologia e graduando em Teologia; sendo, finalmente,

selecionados 33 artigos. Desses, foram coletados os seguintes dados:

- a) País(es) de origem dos participantes de pesquisa;
- b) Número de alunos da(s) amostra(s);
- c) Nome dos cursos de graduação dos estudantes;
- d) Escalas psicométricas usadas para aferição de religiosidade/ espiritualidade, ansiedade e/ou depressão;
- e) Prevalência da ansiedade e/ou depressão;
- f) Resultado da correlação entre religiosidade e ansiedade/depressão;
- g) Tipo de delineamento metodológico do estudo (transversal, longitudinal, retrospectivo, prospectivo, ensaio clínico);
- h) Afiliação religiosa dos participantes de pesquisa.

3.1.2 Resultados e discussão

A presente revisão de literatura incluiu 33 artigos que mediram religiosidade e sua correlação com ansiedade e/ou depressão em estudantes universitários de vários países do mundo (ver Figura 19).

FIGURA 19 — PUBLICAÇÕES SOBRE CORRELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

	Local, Amostra, curso.	Escalas de Religiosidade	Escalas de Ansiedade, Depressão	Prevalências ansiedade; depressão; outras	Correlação: religiosidade, ansiedade e depressão	Estudo	Afiliação religiosa
ABDEL-KHALEK; LESTER, 2010	Kwaiti (N: 192), Ciências Sociais; e EUA (N: 158), Psicologia.	Qual é o seu nível de religiosidade? Qual é a força de sua crença religiosa?	<i>Centre for Epidemiological Studies Short Depression Scale (CES-D10) (RADLOFF, 1977). Kuwait University Anxiety Scale.</i>	Depressão, religiosidade e crença maiores nos kwaitianos.	Negativa (benéfica) entre religiosidade e ansiedade/depressão.	Transversal (T).	Muçulmanos e cristãos.
ALOBÁ; OLABIS; ALOBA, 2016.	Nigéria. N: 449. Enfermagem.	<i>Religious Orientation Test.</i>	<i>Patient Health Questionnaire-9. (PHQ-9). (SPITZER et al., 1994). Escore 0-27 pontos.</i>	Média de 6,14.	Negativa entre religiosidade e depressão.	T.	Não informado

ASANTE; ANDOH- ARTHUR, 2015.	Ghana. N: 270. Psicologia.	Afiliação religiosa. Impacto da religião na vida.	CES-D10.	Depressão: 39,2%.	Negativa entre religiosidade e depressão.	T.	90,4 % cristãos, 7,4% muçulmanos e 2,2% outras.
BERRY; YORK, 2011.	EUA. N: 214.	<i>Spiritual Meaning Scale (SMS). Intrinsic Religious Motivation Scale (IRMS).</i>	CES-D10.	Depressão oscilou durante os seis meses.	Negativa entre religiosidade e depressão, em T1 e T6.	Longitudinal	51% evang., 23% catól., 18% outra, 15% sem afiliação, 0,5% muçulm. e 0,5% judeus.
BUZDAR; ALI; NADDEM, 2015.	Paquistão. N: 502 universitária	Escala de Orientação Religiosa Revisada (<i>Religious Orientation Scale-Revised – ROS-R</i>) (GORSUCH; McPHERSON, 1989), com 14 itens.	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)</i> (LOVIBOND, P.; LOVIBOND, S., 1995).	Ansiedade: 74%. Depressão: 59%.	Negativa entre religiosidade extrínseca pessoal e ansiedade/depressão; e religiosidade intrínseca e depressão.	T.	Muçulmanos.
CHAVES <i>et al.</i> , 2015	Brasil. N: 609. Enfer., Fisiot., Odon., Farm.	Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (2007).	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (SPIELBERGER <i>et al.</i> , 1970).	Cerca de 92% com ansiedade traço-estado. 93,8% com alto escore de espiritualidade.	Negativa correlação entre a dimensão otimismo e ansiedade traço-estado.	T.	Não informada
CLEMENTS <i>et al.</i> , 2015.	EUA. Ns: 964 e 466.	<i>Religious Surrender</i> (WONG-McDONALD; GORSUCH, 2000). Um item do <i>Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality (BMMRS)</i> (FETZER INSTITUTE/NIH, 1999).	IDATE.	Não informado.	Negativa entre religiosidade e ansiedade traço-estado.	T.	Cristãos.
FEKIH-RODHANE, TOUNSI; REJEB; CHEOUR, 2020	Tunísia N: 303.	<i>Arabic Religiosity Scale.</i>	Inventário de Depressão de Beck (BDI) (BECK; STEER, GARBIN, 1988)	22,5% com severos sintomas de depressão.	Negativa entre religiosidade e depressão.	T.	Muçulmanos.

FRANCIS et al., 2019	Malásia N: 622. Medicina.	<i>Duke Religious Index (DUREL)</i> (KOENIG; PARKERSON; MEADOR 1997).	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (<i>Hospital Anxiety Depression Scale – HADS</i>)	Ansiedade: 4,7%. Depressão: 17,4%.	Negativa entre religiosidade intrínseca e depressão.	T.	Muçulmanos, budistas (maioria), cristãos, taoístas e hinduístas .
FRANCIS; OK; ROBBINS, 2017.	Turquia. N: 348.	<i>Religious Attitude Scale</i> (Islam).	<i>Oxford Happiness Inventory Eysenck Personality Questionnaire Revised.</i>	Associação positiva entre atitudes religiosas e felicidade.	Negativa entre religiosidade e não felicidade.	T.	Muçulmanos.
HEBBANI et al., 2018.	Índia. N: 512. Universitários, filhos de pais alcoólatras. Ciências e Estudos Humanitários.	Questionário próprio que mediu atividade religiosa.	DASS-21.	Ansiedade, depressão ou estresse: 35,5%.	Negativa entre religiosidade, ansiedade e depressão.	T.	92% religião hindu, 5% muçulmanos e 3% cristãos.
HEIDARI et al., 2016	Irã. N: 120. Enfermagem, Odonto, Medicina, Paramedicina.	<i>Questionnaire o Commitment to rules, beliefs, and ethical standards.</i>	<i>Zung's self-reported depression scale.</i>	Escore médio de depressão foi de 43,1 ± 10,71 (escala 20-80).	Negativa.	T.	Não informada .
JAMES et al., 2017.	Nigéria. N: 623. Medicina.	Afiliação religiosa (cristã, islam ou nenhuma).	HADS.	Ansiedade: 28,6%. Depressão: 21,3%.	Negativa entre aderência a fé religiosa e ansiedade.	T.	73,7% cristãos, 25% muçulmanos, 0,5% sem afiliação.
KIOULOS et al., 2015	Grécia N: 202. Teologia.	BMMRS.	Questionário Geral de Saúde (G HQ-28).	Não especificado	Negativa.	T.	Católicos ortodoxos gregos.
KRYSINSKA et al., 2015	EUA N: 165. Psicologia.	Francis Religiosity Scale.	BDI.	Religiosidade foi correlacionada positivamente e com gratidão.	Sem impacto significativo da religiosidade sobre depressão e suicídio.	T.	Não informada.
KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012.	Turquia. N: 341. Cursos de Divindades (132) e Ciências Sociais e do Comportamento (209).	<i>Age Universal Intrinsic-Extrinsic Scale</i> (GORSUCH; VENABLE, 1983) com 20 itens.	<i>Brief Symptom Inventory.</i> (DEROGA TIS; MELISARATOS, 1983)	Escore médio de 10,23 de ansiedade e de 14,19 de depressão, em uma escala que vai de 0 a 46.	Positiva entre religiosidade extrínseca (95% CI) e ansiedade (r=0,14 p<0,05) e depressão (r=0,11 p<0,05).	T.	Muçulmanos.

LAVRIC; FLERE, 2008.	Leste Europeu, Japão e EUA. N: 2183.	ROS-R (GORSUCH; McPHERSON, 1989).	IDATE.	Não especificado	Negativa nos EUA e Bósnia; positiva , na Sérvia, Eslovênia e Japão.	T.	Católicos, protestantes, ortodoxos, budistas.
LEONDARI; GIALAMAS, 2009.	Grécia N: 363.	Frequência à igreja. Frequência de orações. Crença e conceito sobre Deus.	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK, 1988). CES-D10.	Conceito de Deus: 46,1% crê em um Deus pessoal; 51,1% Deus como força impessoal; 2,8% descrentes.	Positiva entre frequência de orações e ansiedade.	T.	Cristãos ortodoxos gregos.
LUPO; STROUS, 2011	Israel. N: 170. Medic. (119) e Ciências Humanas e Exatas (51).	<i>Religiosity Questionnaire Including Religious Beliefs, Emotions, and Behaviors subscales</i> (VASEGH, 2007), adaptação judaica.	BAI. BDI.	Ansiedade, 29,4% e depressão, 25,2%, em Medicina. Ansiedade, 51% e depressão, 52,9% no grupo controle.	Positiva entre religiosidade e ansiedade em Medicina	T. e comparativo	Não informada.
MACHADO et al., 2018. UFPE.	Brasil. N: 417. Medicina. UFPE.	DUREL.	Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS). Questionário de Preocupação da Pensilvânia (PSWQ). Escala de Satisfação com a Vida (SWL)	PSWQ com média de 41,3 (>45 indicativo de TAG). PANAS mostrou baixos níveis de emoções positivas.	Negativa entre religiosidade intrínseca e afeto positivo.	T.	Não informado.
MOUTINHO et al., 2017	Brasil. N: 761. Medicina. UFJF.	DUREL.	DASS-21.	37,2% de ansiedade e 34,6% de depressão. Maior prevalência nos semestres pré-clínicos	Negativa entre religiosidade intrínseca e depressão.	T.	51,2% de católicos, 17,1% teístas, 11,1% evangélicos.
NADEEM; ALI; BUZDAR, 2017	Paquistão. N: 723. Ciências/ Artes.	<i>Muslim Religiosity Measurement Scale (prayers, behavior, and religious affiliation)</i> (NADEEM, 2014). Itens acrescentados para orações.	DASS-21.	Ansiedade: 74%. Depressão: 59%.	Negativa entre orações e depressão, conduta religiosa e ansiedade e depressão.	T	Muçulmanos

PAPAZISIS <i>et al.</i> , 2014	Grécia N:126 Enfermag.	<i>The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs. Rosenberg Self-esteem Scale.</i>	Subescala Traço do IDATE. BAI.	Depr.: 61% Maior prevalência no 1º ano.	Negativa.	T	Não informada.
PARENTEAU, 2018.	EUA. N: 349.	ROS-R.	CES-D10.	Não informada	Negativa entre religiosidade extrínseca e depressão.	T.	Evangélicos.
RAMMOUZ <i>et al.</i> , 2021.	Marrocos. N: 132. Medicina, Literatura e Ciências Gerais.	<i>Belief Into Action Scale – BIAC (Escala de Crenças em Ação) (KOENIG et al., 2015).</i>	BDI.	Depressão: 81%.	Negativa.	T.	Muçulmanos.
SHIAH <i>et al.</i> , 2015.	China. N: 450. Medicina e amostra aleatória da cidade.	<i>Personal Religiosity Scale</i> , de Song e Li (crença e atividade religiosa, e significado da vida).	BAI. <i>Medical Outcomes Study Health Survey, Perceived Stress Scale, Social Support Scale.</i>	Ansiedade: escore médio de 8,14.	Negativa entre significado da vida e ansiedade, Positiva entre significado da vida e religiosidade.	T.	43% sem crença, 25% taoístas, 20% budistas, 10% cristãos.
STEFFEN, 2014.	EUA. N: 540. N: 485. Educação Religiosa.	ROS-R.	Subescala Traço do IDATE (20-80 pontos). BDI (0-63 pontos).	Ansiedade Traço média: 39 pontos. Depressão: ausente ou leve. 97% frequentava igreja semanalmente ou mais.	Negativa entre religiosidade intrínseca e ansiedade traço/ depressão.	T	Mórmons,
VASEGH; MOHAMMAD I, 2007	Irã. N: 285. Medicina.	<i>Muslim religiosity questionnaire including religious beliefs, emotions, and behaviors subscales.</i>	BAI. BDI.	Não informada.	Negativa correlação entre crenças religiosas e ansiedade. Negativa entre o hábito e tempo das cinco orações diárias e depressão.	T.	276 muçulmanos, 1 cristão e 5 de outras religiões.
SULTAN; KANWAL; HUSSAIN, 2020.	Paquistão. N: 372. Ciências Sociais.	<i>Religiosity of Islam Scale (JANA-MASRI; PRIESTER, 2007).</i>	<i>Mental Health Inventory (MHI-18).</i>	Não informada.	Negativa.	T.	Muçulmanos.
TAUNAY <i>et al.</i> , 2012.	Brasil. N: 323: 135 Psicologia e 188 Medicina, UFC.	DUREL. <i>World Health Organization's Quality of Life-Spirituality, Religion, and Personal Beliefs</i>	BAI. BDI.	Não informada.	Negativa com depressão. Ausência de correlação com ansiedade.	T.	60% católicos, 12% evangélicos, 8% sem afiliação, 8% ateus e

		(WHOQOL-SRPB). Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI).					agnósticos, 3% espíritas, 2% gnósticos e 7% não informaram.
TEKKE <i>et al.</i> , 2020	Malásia. N: 209.	ROS-R.	Costello and Comrey (1967) <i>Scales Measured Dispositional Depression and Anxiety.</i>	Depressão maior em homens.	Negativa.	T.	Muçulmanos sunitas.
WNUK; MARCINKOWSKI, 2014	Polônia. N: 115. Educação Física e Psicologia Social.	<i>Daily Spiritual Experiences Scale (DSES)</i>	Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS).	Não informada.	Negativa fraca com afeto negativo. Positiva “indireta” entre espiritualidade e afetos positivos, mediada por sentido da vida e esperança.	T.	Católica.
YOUSEF <i>et al.</i> , 2017.	Jordânia. N: 150. Enfermagem.	Uma pergunta sobre a profundidade da crença religiosa: 1 a 7.	BDI , 17 como ponto de corte.	27% de prevalência de depressão, sem diferença entre os sexos.	Nenhuma correlação. Negativa entre decidir ser enfermeira por razões religiosas e depressão.	T.	Não informada.

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Conforme exposto na Figura 19, dos 33 estudos selecionados, o mais antigo foi publicado em 2007 (VASEGH; MOHAMMADI, 2007), cuja amostra era constituída de estudantes de Ciências Sociais, muçulmanos do Paquistão. A maior quantidade anual de publicações ocorreu em 2015 (sete artigos) e 2017 (cinco estudos), e as últimas pesquisas foram publicadas em 2020 (três artigos) e em 2021 (RAMMOUZ *et al.*, 2021).

Nos estudos encontrados na presente revisão sistemática da literatura, a amostra foi constituída por estudantes universitários americanos (sete publicações), seguidos por brasileiros (quatro pesquisas), paquistaneses, gregos (3), nigerianos, malaios, turcos, iranianos (2) e, em menor quantidade, por discentes do Kwaiti, Ghana, Tunísia, Índia, Bósnia, Sérvia, Eslovênia, Japão, Israel, Marrocos, China, Polônia e Jordânia. Em 10, seis e cinco dos 33 artigos incluídos, foram analisados alunos de cursos de Medicina, Psicologia e Enfermagem, nessa ordem. Em apenas três artigos,

a amostra foi constituída por graduandos de Teologia, Divindades ou Educação Religiosa.

O tipo de instrumento psicométrico utilizado para aferir religiosidade em pesquisas de potenciais associações entre religiosidade/espiritualidade e saúde/doença faz muita diferença nos resultados que serão encontrados, pois escalas “contaminadas” por perguntas que aferem saúde mental, em vez de características especificamente relacionadas à religião, podem gerar correlações falaciosas, conforme comentamos no item 1.1.2 da presente tese. Nessa revisão, as escalas mais comumente usadas pelos pesquisadores para medir religiosidade/espiritualidade foram:

- a) A Escala de Orientação Religiosa Revisada (*Religious Orientation Scale-Revised – ROS-R*), de Gorsuch e mcpherson (1989), com 14 itens, usada em seis estudos;
- b) O Índice de Religiosidade de Duke (*Duke Religious Index*) (DUREL), com cinco itens (KOENIG; PARKERSON; MEADOR 1997), encontrada em quatro artigos, sendo que três deles usaram a versão em português (P-DUREL) em estudantes brasileiros das universidades federais UFPE, UFJF e UFC;
- c) A *Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality (BMMRS)*, presente em duas publicações da revisão (FETZER INSTITUTE, 1999; IDLER, 2003).

Nos estudos feitos no Brasil, incluídos na presente revisão, as medidas de religiosidade utilizadas foram:

- a) O índice P-DUREL, que foi usado para aferir religiosidade de estudantes de Medicina da UFPE, da UFJF e da UFC; nessa última, juntamente com graduandos de Psicologia (MACHADO *et al.*, 2018; MOUTINHO *et al.*, 2017; TAUNAY *et al.*, 2012);
- b) A Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (2007), que mostrou alto escore de espiritualidade em amostra com 609 alunos do primeiro ao sétimo períodos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e Farmácia, de uma universidade pública federal do Brasil (CHAVES *et al.*, 2015);

- c) A escala *World Health Organization's Quality of Life-Spirituality, Religion, and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB), usada juntamente com a P-DUREL e o Inventário de Religiosidade Intrínseca, na UFC (TAUNAY *et al.*, 2012).

Em relação aos instrumentos mais utilizados para aferição de ansiedade, predominaram o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK *et al.*, 1988), usado na Grécia, Israel, China, Brasil e Irã (cinco artigos, sendo dois da Grécia), e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger, Gorsuch e Lushene (CAUMO; CALVETTI; HENRIQUES, 2016), utilizado em cinco pesquisas. A *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (LOVIBOND, P.; LOVIBOND, S., 1995) esteve presente em quatro estudos realizados no Paquistão, Índia e Brasil. Em dois artigos, foi registrado o uso da Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (*Positive and Negative Affect Schedule* – PANAS) (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988). E, em outros dois, esteve em uso a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety Depression Scale* – HADS), de Zigmond e Snaith (BERNIK; LOTUFO NETO, 2016).

Por sua vez, para aferir grau de depressão, o Inventário de Depressão de Beck (BECK; STEER, GARBIN, 1988) foi a medida psicométrica mais frequente, encontrada em sete trabalhos, ocorridos na Tunísia, EUA, Israel, Marrocos, Irã e Jordânia. Seguiram-se a *Centre for Epidemiological Studies Short Depression Scale* (CES-D10) (RADLOFF, 1977), usada em cinco estudos, a DASS-21 (quatro artigos), a HADS e a PANAS, registradas duas vezes.

A análise de todos os artigos incluídos na revisão identificou **prevalência média de ansiedade de 46%**, variando entre níveis baixos, como 4,7% em alunos de curso de Ciências Sociais da Malásia, até extremamente altos, como 74% em estudantes paquistaneses de Ciências/Arte, e 92% em discentes de cursos de Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia e Farmácia brasileiros (CHAVES *et al.*, 2015; FRANCIS *et al.*, 2019; NADEEM; ALI; BUZDAR, 2017). A **prevalência média de depressão** nos universitários que faziam parte das amostras dos estudos aqui revisados foi de **42%**, com variações **entre 17,4%**, do curso de Ciências Sociais da Malásia, **até 81%**, dos cursos de Medicina, Literatura e Ciências Gerais do Marrocos (FRANCIS *et al.*, 2019; RAMMOUZ *et al.*, 2021).

A graduação em Teologia, Divindades ou Educação Religiosa foi estudada em três artigos, em amostras constituídas por cristãos ortodoxos gregos, muçulmanos

turcos e americanos mórmons, respectivamente (KIOULOS *et al.*, 2015; KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012; STEFFEN, 2014). Na verdade, a amostra de 341 graduandos de uma universidade da Turquia incluiu apenas “132 alunos de um curso de Divindades”, e o grau de sintomas de ansiedade relatado no estudo se referiu a amostra total (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012, p. 538).

Nessas três amostras, os pesquisadores não mostraram prevalências propriamente ditas de ansiedade e depressão. Comparando com os dados descritos nas amostras de alunos de **Medicina**, na presente revisão, a prevalência de **ansiedade** foi maior no curso médico: 4,7% em alunos predominantemente muçulmanos e budistas da Malásia (FRANCIS *et al.*, 2019); 28,6% em graduandos majoritariamente cristãos da Nigéria (JAMES *et al.*, 2017); 29,4% em estudantes, possivelmente judeus, de Israel (LUPO; STROUS, 2011); e 37,2% em brasileiros, autoidentificados como católicos (51,2% dos alunos), teístas sem filiação religiosa (17,1%), evangélicos (11,1%), espíritas (8,3%) e ateus (6,4%) (MOUTINHO *et al.*, 2017). Também, maior frequência de **depressão** foi encontrada nos estudantes de **Medicina**, variando entre 17,4% (muçulmanos/budistas malaios), 34,6% (cristãos do Brasil), até 81% (muçulmanos de Marrocos) (FRANCIS *et al.*, 2019; MOUTINHO *et al.*, 2017; RAMMOUZ *et al.*, 2021). Ver Tabela 1.

TABELA 1 – PREVALÊNCIA OU ESCORE MÉDIO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UNIVERSITÁRIOS NO MUNDO

Curso, país, afiliação religiosa	Prevalência (%) ou Escore Médio (graus da escala)	
	Ansiedade	Depressão
Divindades. Turquia. Islamismo (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012)	10 (0-46)	14 (0-46)
Educação Religiosa. EUA. Mormonismo (STEFFEN, 2014)	39 (20-80)	9 (0-63)
Medicina		
. Malásia. Islamismo e Budismo (FRANCIS <i>et al.</i> , 2019)	5%	17%
. Nigéria. Cristianismo (JAMES <i>et al.</i> , 2017)	29%	21%
. Israel. Judaísmo (LUPO; STROUS, 2011)	29%	25%
. Brasil (UFJF). 62% cristãos (51% católicos, 11% evangélicos), 8% espíritas, 6% ateus (MOUTINHO <i>et al.</i> , 2017)	37%	35%
. Brasil (UFPE). Cristãos? (MACHADO <i>et al.</i> , 2018)	41 (Normal: >45)	24 (10-45)
. Marrocos. Islamismo (RAMMOUZ <i>et al.</i> , 2021)	...	81%

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

A respeito da influência da religiosidade na ansiedade e depressão dos estudantes universitários, dentre os 33 artigos incluídos na presente revisão, foi constatada associação entre religiosidade e ansiedade/depressão em 27 publicações, enquanto em seis não ocorreu associação estatisticamente significativa. Assim, evidenciaram **associação negativa entre religiosidade e depressão 24 pesquisas, e entre religiosidade e ansiedade 16 estudos**; expressando possível efeito benéfico da religião como fator de proteção contra a ocorrência de transtornos depressivos e ansiosos. Somente em quatro artigos foram encontradas evidências empíricas de correlação positiva (“maléfica”) entre religiosidade e ansiedade/depressão (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012; LAVRIC; FLERE, 2008; LEONDARI; GIALAMAS, 2009; MACHADO *et al.*, 2018).

Na amostra multicultural e plurirreligiosa de 2.183 estudantes universitários, medindo religiosidade com a escala ROS-R (GORSUCH; McPHERSON, 1989) e “bem-estar psicológico” com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, Lavric e Flere (2008) encontraram associação entre esses eventos: positiva nos alunos dos EUA ($r= 0,24$; $p<0,01$) e Bósnia ($r= 0,17$; $p<0,01$); e negativa nos graduandos da Sérvia ($r= -0,154$; $p<0,01$), Eslovênia ($r= -0,028$; $p<0,01$) e Japão ($r= -0,092$; $p<0,01$). Na amostra de cristãos ortodoxos gregos, descrita por Leondari e Gialamas (2009), na qual 51,1% dos alunos afirmaram acreditar em Deus como uma força impessoal, 46,1% como um Deus pessoal e 2,8% descrentes, foi determinada uma associação positiva entre orações e ansiedade. Tal achado contrasta claramente com a associação negativa (benéfica) entre oração e depressão encontrada nas amostras muçulmanas de estudantes paquistaneses de Ciências/Artes e iranianos de Medicina (NADEEM; ALI; BUZDAR, 2017; VASEGH; MOHAMMADI, 2007). Na pesquisa feita por Machado *et al.* (2018), a amostra de alunos brasileiros matriculados nos primeiros quatro anos do curso de **Medicina** da Universidade Federal de Pernambuco (**UFPE**), Recife, apresentou: religiosidade organizacional (RO) média de 4+-1,6 (escala de 1 a 5 pontos); religiosidade não organizacional (RNO) média de 4,1+-1,8 (escala de 1 a 5 pontos); religiosidade intrínseca (RI) média de 8,7+-3,9 (escala de 3 a 15 pontos); altos níveis de ansiedade, baixos níveis de emoções positivas e médios níveis de satisfação com a vida. Nessa população estudada, surpreendentemente, religiosidade intrínseca (RI), avaliada pelo instrumento P-DUREL (KOENIG; PARKERSON; MEADOR 1997), esteve

correlacionada negativamente com emoções positivas e satisfação com a vida. Ou seja, nesse estudo, quanto maior foi a religiosidade intrínseca, menores foram os graus de emoções positivas e satisfação com a vida.

Nos 202 graduandos da **Faculdade de Teologia de Atenas**, as dimensões experiências espirituais diárias, valores/crenças, perdão e religiosidade organizacional da escala BMMRS **correlacionaram-se com menor morbidade**, sob a forma de ansiedade, depressão, insônia e disfunção social (KIOULOS *et al.*, 2015). Entretanto, segundo os autores, um deles psicólogo e os outros professores de Psiquiatria e Teologia, a dimensão “significado” foi preditora de sintomas somáticos. Eles chamam a atenção para o fato de que esse instrumento tem a particularidade técnica de que quanto menor a pontuação em cada dimensão específica, maior o grau da dimensão em questão; o que exige adequada comunicação do pesquisador que publica, e atenção daqueles que leem o artigo (KIOULOS *et al.*, 2015). A escala BMMRS é produto de um grupo de peritos em pesquisas das áreas de religiosidade/espiritualidade, bem-estar e saúde, em parceria com o Fetzer Institute (1999) e com o Instituto Nacional do Envelhecimento (FI/ NIA), dos Estados Unidos. A dimensão “significado” é baseada principalmente nas teorias da “vontade de sentido”, do psiquiatra Viktor Frankl, e do “senso de coerência”, do sociólogo Aaron Antonovsky (1923-1994).

No BMMRS, esse domínio é avaliado, pelo menos, por duas afirmações, com quatro respostas alternativas que variam entre concordo totalmente a discordo totalmente: “os eventos em minha vida se desenrolam de acordo com um plano divino ou supremo”; “tenho um senso de missão ou chamado em minha própria vida” (FETZER INSTITUTE, 1999; CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2016; IDLER *et al.*, 2003). Para Koenig (2018), como o BMMRS tem subescalas que avaliam resultados de religião/espiritualidade (perdão, valores), mas também de não religião/espiritualidade em si, “remover os três itens sobre perdão, um item sobre valores e os dois itens sobre significado, bem como as questões 2, 3 e 6 na subescala de experiências espirituais diárias de 6 itens (itens que avaliam a saúde mental em si)” reduz o número de itens BMMRS de 40 a 31, e diminui a probabilidade de contaminação (KOENIG, 2018, p. 69).

No estudo feito com uma amostra de 341 universitários turcos muçulmanos, incluindo “132 alunos de um **curso de Divindades**”, foram detectados na amostra total de 341 participantes escores médios (pequenos) de ansiedade de 10,23 e depressão de 14,19, em uma escala de 0 a 46 (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012, p. 538). E,

utilizando-se a *Age Universal Intrinsic-Extrinsic Scale* (GORSUCH; VENABLE, 1983) com 20 itens, somente foi encontrada **correlação de Pearson positiva** (insalubre) entre a dimensão **religiosidade extrínseca e ansiedade** ($r = +0,14$; IC de 95%: 0,03 a 0,24; $p < 0,05$), e **depressão** ($r = +0,11$; IC de 95%: 0,00 a 0,21; $p < 0,05$). Ou seja, a análise estatística evidenciou coeficientes de correlação de Pearson maiores que zero (positivos), mas longes de +1 (fracos), com intervalo de confiança de 95% (margem de erro de 0,1), e valor p menor que 0,05 (possibilidade de o acaso ser explicação plausível em um de cada 20 casos – 5%) (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012; PEREIRA, 2011). Assim, apesar de fraca, essa associação estatisticamente significativa foi positiva, o que implica afirmar que, nessa amostra populacional estudada, a motivação religiosa (extrínseca) voltada para o objetivo de usar a religião como meio de aumentar vínculos sociais vantajosos (religiosidade extrínseca social) ou de receber benefícios pessoais (religiosidade extrínseca pessoal) funcionou como possível **fator de risco** para o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Ainda nessa amostra da Turquia, foi encontrada correlação não estatisticamente significativa (valor p igual ou maior que 0,05), negativa entre orientação religiosa intrínseca e ansiedade ($r = -0,02$), e positiva ($r = +0,03$) entre essa religiosidade e depressão (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012, p. 542).

Na pesquisa constituída por duas amostras (N: 540; N: 485) de graduandos americanos do **curso de Educação Religiosa** da Brigham Young University, membros da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, foi constatado que 97% a 98% iam a igreja semanalmente ou com mais frequência. Nessas amostras, o escore médio de ansiedade traço (39 pontos em uma escala de 0 a 80) e o escore médio do inventário de depressão de Beck (9,4 pontos em uma escala de 0 a 63) foram salutarmente baixos. Para aferir religiosidade, foi utilizada a Escala de Orientação Religiosa Revisada (*Religious Orientation Scale-Revised – ROS-R*), de Richard Gorsuch e Susan McPherson (1989), com 14 itens, divididos em duas subescalas de religiosidade intrínseca e religiosidade extrínseca (STEFFEN, 2014). Na análise dos dados, identificou-se que a religiosidade **intrínseca** agiu como fator protetor, estando negativamente correlacionada com ansiedade traço e sintomas depressivos ($r = -0,32/-0,33$; $p < 0,001$). Ou seja, foi detectada uma proporção direta e inversa (negativa) entre autorrelatar que vive com base na sua religião e de que sente uma forte sensação da presença de Deus na própria vida com menor probabilidade de ser portador de ansiedade ou depressão. Por outro lado, diferente da amostra de alunos da Turquia

(KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012) e de vários outros estudos, na análise estatística bivariada, a religiosidade **extrínseca** não esteve direta e significativamente associada à essas psicopatologias. Porém, funcionou como fator de risco para perfeccionismo desadaptativo, caracterizado por aumento das dúvidas e autocríticas na vida, expresso em afirmações como: “Se eu falhar nos estudos ou no trabalho, serei um fracasso como pessoa”, e ‘As pessoas vão pensar menos de mim se eu cometer um erro’”. Mais ainda, usando um modelo estatístico para avaliar possíveis efeitos de variáveis mediadoras entre religiosidade e afeto negativo (ansiedade e depressão), o autor detectou que o perfeccionismo desadaptativo mediou um efeito indireto e maléfico da religiosidade extrínseca sobre o afeto dos alunos. Entretanto, curiosamente, quando o efeito ruim do perfeccionismo desadaptativo foi controlado estatisticamente, foi evidenciada uma associação direta da religiosidade extrínseca com a redução do afeto negativo e com o aumento da satisfação com a vida. Possivelmente, como a religiosidade extrínseca se concentra nos aspectos sociais de frequentar a igreja, quando se remove o perfeccionismo desadaptativo das dúvidas e autocríticas, permanece apenas um componente de apoio social benéfico da religiosidade extrínseca (STEFFEN, 2014, p. 950).

3.1.3 Conclusão

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura buscando trabalhos sobre a correlação entre religiosidade, ansiedade e depressão em estudantes universitários. Foram encontrados 364 resultados na base de dados PubMed/MEDLINE que, após serem filtrados por critérios de inclusão e exclusão, incluíram 33 artigos científicos. Desses, apenas um estudo foi de delineamento longitudinal, enquanto os demais foram do tipo transversal, também chamado seccional (*cross-sectional* ou *survey*). A maioria das amostras foi constituída de alunos dos EUA, Brasil e Paquistão, dos cursos de Medicina, Psicologia e Enfermagem. No que diz respeito a cursos relacionados à área de Ciências da Religião e Teologia, somente foram encontrados um curso de Teologia, um de Divindades e outro de Educação Religiosa. A Escala de Orientação Religiosa Revisada (*Religious Orientation Scale-Revised* – ROS-R), o Índice de Religiosidade de Duke (*Duke Religious Index* – DUREL) e os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck predominaram como escalas psicométricas usadas nos estudos.

Embora tenham avaliado a religiosidade quantitativamente por escalas psicométricas, a maioria dos estudos não publicou claramente o grau de religiosidade encontrado. Já a prevalência média de ansiedade e depressão observada nos universitários foi de 46% e 42%, respectivamente.

Dentre os 33 artigos incluídos nessa revisão, apenas seis não encontraram associação estatística entre religiosidade, ansiedade e depressão; 24 deles evidenciaram correlação negativa, sugerindo possível efeito benéfico protetor da religiosidade para evitar essas psicopatologias. Quatro dos artigos mostraram associação preditiva da religiosidade como fator de risco para a ocorrência de ansiedade e/ou depressão.

A presente revisão tem como limitação principalmente o fato de termos utilizado apenas uma base de dados para buscar as publicações referentes ao tema da pesquisa. Essa revisão sistemática pode ser replicada para um protocolo que envolva outras bases de informações e a técnica de bola de neve (*snowball*) poderá ser utilizada (FALCÃO; MOURA JÚNIOR, 2019). Essa técnica permitirá que novos documentos que comuniquem estudos de correlação entre religiosidade, ansiedade e depressão já referenciados nos artigos selecionados sejam incluídos na revisão.

3.2 RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA E TEOLOGIA: PESQUISA DE CAMPO QUANTITATIVA TRANSVERSAL

Como pesquisa empírica da tese, o presente trabalho de campo teve como objeto de estudo a religiosidade, ansiedade e depressão (o que) de alunos dos cursos de Medicina e Teologia (quem) em instituições superiores de Recife e João Pessoa (onde), com mensuração do grau de religiosidades, ansiedade e depressão em diferentes períodos dos respectivos cursos, no momento compreendido entre 1º. de outubro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020 (quando).

Conforme exposto no referencial teórico da introdução e na seção 2.2 da presente tese, as principais teorias que fundamentaram a realização deste estudo de campo foram: o modelo de caminhos causais para a saúde mental, de Koenig, King e Carson (2012); a tridimensionalidade antropológica e filosófica descrita por Frankl (1978, 2017, 2020); a compreensão biopsicossocioespiritual do ser humano, de Hefti (2009, 2013) e Sulmasy (2002); a teoria de coping religioso-espiritual, de Pargament (1996); e a teoria de construção de significado, de Park (2010, 2020).

3.2.1 Objetivos e hipóteses

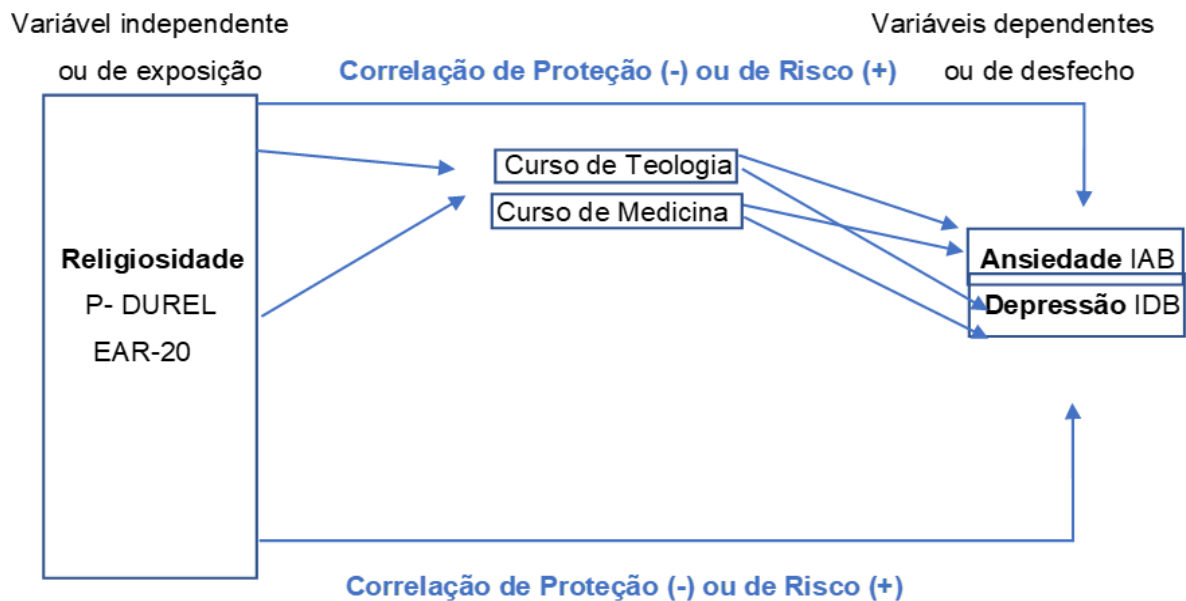
Com base nas teorias supracitadas, a hipótese principal testada em nosso estudo foi a de que estudantes de Teologia teriam maior religiosidade (variável de exposição) em relação a alunos de Medicina e, conseqüentemente, uma menor prevalência de ansiedade/depressão (variável de desfecho), e uma correlação negativa (efeito protetor) mais forte entre religiosidade e ansiedade/depressão. Nessa suposição, a variável independente (hipoteticamente causal ou exposição principal) foi a religiosidade e as variáveis dependentes (hipoteticamente variável-resposta, desfecho ou efeito) foram a ansiedade e a depressão.

De maneira mais detalhada, supomos as seguintes hipóteses:

- a) Hipótese 1: os estudantes de Teologia têm maior religiosidade que os de Medicina;
- b) Hipótese 2: os estudantes de Teologia têm menor prevalência de ansiedade e depressão que os de Medicina;
- c) Hipótese 3: existe correlação negativa (efeito protetor/benéfico) entre religiosidade (variável de exposição) e ansiedade/depressão (variável de desfecho) em alunos de Medicina e em alunos de Teologia;
- d) Hipótese 4: há correlação negativa (efeito protetor/benéfico) mais forte entre religiosidade (variável de exposição) e ansiedade/depressão (variável de desfecho) nos alunos de Teologia em relação aos estudantes de Medicina.

Essas hipóteses de associação estatística estão sintetizadas no modelo teórico ilustrado na Figura 20. Quando falamos em correlação/associação estatística negativa, estamos afirmando que, quando aumenta o grau de religiosidade, há uma diminuição dos sintomas de ansiedade/depressão; sem necessariamente representar uma causalidade comprovada.

FIGURA 20 – RELIGIOSIDADE E SUA CORRELAÇÃO COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ALUNOS DE MEDICINA E TEOLOGIA



FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Coerente com o objetivo geral da tese, a finalidade principal dessa pesquisa de campo foi avaliar a influência da religiosidade, enquanto potencial gerador de saúde e doença, na ansiedade e na depressão em graduandos dos cursos de Medicina e Teologia.

Os objetivos específicos dessa pesquisa de campo foram:

- Descrever o perfil sociodemográfico de estudantes dos cursos de Medicina e Teologia;
- Descrever e comparar a religiosidade expressa nas atitudes religiosas de conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade de alunos de Medicina e Teologia;
- Descrever e comparar o grau de religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca de discentes de Medicina e Teologia;
- Determinar e comparar a prevalência de ansiedade e depressão de universitários dos cursos de Medicina e Teologia;
- Avaliar e comparar as correlações existentes entre religiosidade e ansiedade/depressão em graduandos dos cursos de Medicina e Teologia.

3.2.2 Metodologia

A característica comum que identifica a “população fonte (universo amostral)” investigada é o fato de todos os participantes serem estudantes universitários de cursos presenciais de graduação de Teologia ou Medicina de instituições de ensino superior das cidades de Recife ou João Pessoa, cidades da região nordeste do Brasil (BLOCH; COUTINHO, 2009, p. 176).

Segundo dados públicos constantes na internet, a população dos cursos de Medicina de João Pessoa-PB, no instante do segundo semestre de 2019, possuía um quantitativo de 3.376 alunos, distribuídos em quatro instituições universitárias. A população dos cursos presenciais de Teologia localizados nas cidades de João Pessoa e Recife, no instante do segundo semestre de 2019, possuía um quantitativo de 1.320 discentes, distribuídos em cinco instituições universitárias. Dessas populações fontes, foram selecionadas por conveniência (facilidade de acesso):

- a) Uma amostra de 188 universitários de Medicina (5,57% da população de 3.376 alunos);
- b) E uma amostra de 157 universitários de Teologia (11,89% da população de 1320 alunos).

Assim sendo, no presente estudo, foi estudada uma amostra total de 345 alunos, dos quais 188 cursavam Medicina e 157 cursavam Teologia, como mostra a Tabela 2.

TABELA 2 – AMOSTRA DE ALUNOS DOS CURSOS DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Cursos	N	%
Medicina	188	54
Teologia	157	46
Total	345	100

FONTE: o autor (2022)

Na seleção dessa amostra, utilizamos como critérios de inclusão:

- a) Ser estudante que está cursando disciplinas obrigatórias e eletivas em cada um dos semestres dos cursos de graduação;
- b) Ter mais de 18 anos de idade;

- c) Concordar em participar do estudo mediante assentimento em termo de consentimento livre e esclarecido, impresso ou digital.

Foram excluídos da pesquisa aqueles estudantes que se recusaram a participar ou que não completaram os questionários ou não estavam presentes no momento da coleta dos dados, seja porque estavam participando de intercâmbios, estágios ou por outros motivos.

Esse estudo foi realizado nas cidades de Recife e João Pessoa. Na primeira, coletamos dados de estudantes de graduação em Teologia de uma Instituição Comunitária de Educação Superior (ICES), de confissão cristã católica (UNICAP). Essa universidade é classificada como comunitária porque é uma instituição pública não estatal, que cobra mensalidades para manter os cursos, e recursos excedentes são investidos na própria instituição e em ações que beneficiem a comunidade e o desenvolvimento regional, conforme a Lei n. 12.881 de 12 de novembro de 2013. Em João Pessoa, foram coletadas informações de graduandos de Teologia de uma Faculdade de Ensino Superior privada e de confissão cristã evangélica (FICV), de Medicina de uma Instituição Federal de Ensino Superior (UFPB) e de Medicina de duas Instituições de Ensino Superior privadas – aqui chamadas de Medicina João Pessoa 1 (MJP 1) e Medicina João Pessoa 2 (MJP 2). Essas duas últimas foram assim denominadas nesse estudo em obediência aos procedimentos éticos expostos na introdução da presente tese.

Quanto às características do estudo, foi feita uma pesquisa empírica, de campo, quantitativo-descritiva e correlacional-comparativa, com aferição do grau de religiosidade, ansiedade e depressão, em amostra de graduandos estudando períodos diferentes dos cursos de Medicina (João Pessoa) e Teologia (Recife e João Pessoa).

No que diz respeito à data do estudo, efetuamos a observação instantânea desses participantes de pesquisa, no momento compreendido entre 1º de outubro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020, caracterizando o desenho ou delineamento desse estudo como sendo transversal; também chamado seccional (*cross-sectional* ou *survey*). Esclarecemos que o citado período de coleta de dados foi iniciado em data anterior ao momento (31 de dezembro de 2019) em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China; causada por uma nova cepa de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos (ORGANIZAÇÃO

PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021). A coleta dos dados de nossa pesquisa observacional terminou em data anterior ao reconhecimento da covid-19 como pandemia pela OMS (11 de março de 2020) e chegada desse evento no Brasil.

Para a coleta dos dados, foram utilizados um questionário de dados sociodemográficos e quatro escalas psicométricas amplamente validadas no Brasil. Esses instrumentos de pesquisa estão agrupados como apêndice A, sob a forma de um documento confeccionado pelo autor no Google Formulários; salvo originalmente em *pdf*, depois convertido em formato de figura *word* para facilitar sua aposição à presente tese. Tentamos manter a formatação original para expressarmos com mais realidade a quantidade de páginas e a maneira mais aproximada da forma como foi apresentado aos participantes de pesquisa. Inclusive, mantivemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no apêndice A. Entretanto, foram retirados os nomes originais das duas instituições universitárias privadas de João Pessoa, pelos motivos éticos explicados no item da tese que fala a respeito desses procedimentos. Assim, na coleta dos dados, foi solicitado aos participantes que preenchessem um livreto contendo cinco questionários autoadministrados:

- a) Questionário de dados sociodemográficos.
- b) Índice de Religiosidade Duke (*Duke Religious Index*) versão em português (P-DUREL), com cinco itens (KOENIG; PARKERSON; MEADOR 1997; KOENIG; BUSSING, 2010; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008; TAUNAY *et al.*, 2012).
- c) Escala de Atitudes Religiosas versão expandida (EAR-20) de 20 itens (AQUINO; FRANÇA; SILVA FRANÇA, 2002; AQUINO, 2005; DINIZ; AQUINO, 2009; AQUINO *et al.*, 2013).
- d) Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI).
- e) Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* – BDI).

O questionário de dados sociodemográficos tinha 10 questões fechadas, contemplando as variáveis:

- a) Curso de graduação e instituição de ensino superior (Teologia; Medicina);
- b) Semestre que está cursando;
- c) Idade em anos, categorizada em seis faixas etárias;
- d) Sexo (masculino; feminino);
- e) Estado civil (solteiro; casado/união estável; divorciado; viúvo);

- f) Número de filhos;
- g) Renda mensal familiar;
- h) Crença religiosa (incluindo ateus e agnósticos);
- i) Estado ocupacional (empregado; desempregado; estudante; autônomo);
- j) Afiliação religiosa.

Com relação ao semestre que está cursando, para facilitar a comparação, recategorizaremos os 12 semestres em três novas categorias: terço inicial do curso, dois terços do curso e terço final do curso. Ou seja, para os alunos de Medicina, os do 1º ao 4º período foram classificados como “terço inicial do curso”, os do 5º ao 8º período como “dois terços do curso”, e os do 9º ao 12º (ou que concluíram o curso) como “terço final do curso”. Já os alunos de Teologia que são do 1º ao 2º período foram agrupados como terço inicial, os do 3º e 4º como “dois terços do curso”, e os do 5º e 6º períodos como terço final do curso.

A religiosidade dos alunos foi quantificada com dois instrumentos: o P-DUREL, que é trifatorial (religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca), e o EAR-20, que é tetrafatorial (conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade).

Para quantificação do grau de ansiedade, foi utilizada como escala o BAI; e, para medição do grau de depressão, nós utilizamos o BDI. Segue abaixo um detalhamento das características de cada instrumento psicométrico utilizado na presente tese.

Segundo Moreira-Almeida (2008) e Lucchetti *et al.* (2012), o **Índice de Religiosidade Duke (*Duke Religious Index – DUREL*) versão em português (P-DUREL)** é uma escala com cinco itens para resposta, que avaliam separadamente três principais dimensões da religiosidade, sendo subdividida em três subescalas:

- a) Religiosidade organizacional (RO), por meio de uma pergunta única sobre frequência a igreja, templo ou outros encontros religiosos (de estudo, de oração), com seis alternativas de resposta dispostas em escala “do tipo Likert” (DALMORO; VIEIRA, 2013, p. 163): 1. Mais de uma vez por semana. 2. Uma vez por semana. 3. Duas a três vezes por mês. 4. Algumas vezes por ano. 5. Uma vez por ano ou menos. O participante de pesquisa deve escolher uma única alternativa (LUCCHETTI *et al.*, 2012, p. 581; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 32). Nessa disposição das opções de resposta, quanto menor o escore, maior o grau de RO do respondente;

- b) Religiosidade não organizacional (RNO), através de uma indagação única sobre oração privada, meditação, leitura das escrituras, assistir programas religiosos na televisão ou rádio. Também aqui, o participante de pesquisa irá escolher uma alternativa dentre seis: 1. Mais de uma vez ao dia. 2. Diariamente. 3. Duas ou mais vezes por semana. 4. Uma vez por semana. 5. Poucas vezes por mês. 6. Raramente ou nunca (LUCCHETTI *et al.*, 2012, p. 581; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 32). Assim, quanto menor o escore, maior o grau de RNO do respondedor;
- c) E religiosidade intrínseca (RI) ou subjetiva, usando três afirmações sobre crenças e experiências religiosas para avaliar o grau de comprometimento ou motivação religiosa pessoal. Em cada uma dessas três frases, o participante irá assinalar uma única alternativa que se aplica a si mesmo, dentre cinco respostas apresentadas em escala Likert (1932): 1. Totalmente verdade para mim. 2. Em geral é verdade. 3. Não estou certo. 4. Em geral não é verdade. 5. Não é verdade (LUCCHETTI *et al.*, 2012, p. 581; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 32). Ou seja, menor escore significa maior religiosidade intrínseca.

Os itens de RO e RNO foram extraídos de estudos epidemiológicos envolvendo quase 7.000 pessoas, realizados nos Estados Unidos e mostraram correlação com indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os três quesitos sobre RI foram trazidos da Escala de Motivação Religiosa Intrínseca de Hoge (1972), derivada da Escala de Orientação Religiosa Extrínseca-Intrínseca de 21 itens de Allport e Ross (1967), da Universidade de Harvard (KOENIG; BUSSING, 2010). O Índice de Religiosidade Duke (*Duke Religious Index – DUREL*) foi idealizado e publicado, com suas propriedades psicométricas iniciais, por Koenig, Parkerson e Meador (1997). Dez anos depois, suas características psicométricas completas foram relatadas por Koenig e Bussing (2010), evidenciando que a escala geral tem alta confiabilidade interna (alfa de Cronbach: 0,78 a 0,91), a qual expressa o grau em que todos os itens em uma escala estão medindo a mesma coisa – que é medido por um alfa de Cronbach. Foram encontradas, também, alta confiabilidade teste-reteste (correlação intraclasse de 0,91) e alta validade convergente com outras medidas de religiosidade (r : 0,71 a 0,86) (KOENIG; BUSSING, 2010).

Koenig (2018) ilustra a **confiabilidade** por um arqueiro atirando em um mesmo alvo, demonstrando a precisão de acertá-lo todas às vezes; mas, o alvo pode ser o errado. A **validade** é o grau em que o alvo é o certo. O DUREL é um instrumento de medida abrangente de religiosidade, foi traduzido para vários idiomas (espanhol, português, chinês, romeno, japonês, tailandês, persa, árabe, hebraico, russo, ucraniano, alemão, italiano, norueguês, holandês, dinamarquês, malaio, filipino, sérvio e outros) e se destaca entre as quatro escalas mais usadas no mundo (KOENIG, 2018).

No Brasil, ainda em 2008, a escala DUREL foi traduzida para o português pelo médico psiquiatra e pesquisador Alexander Moreira de Almeida, juntamente com colaboradores, incluindo Koenig (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008). Essa versão em português (P-DUREL) foi primeiramente validada pelo médico pesquisador Lucchetti *et al.* (2012), incluindo Harold Koenig como coautor. No artigo, consta que o trabalho foi publicado inicialmente online, em 2010. Eles encontraram confiabilidade de consistência interna de 0,758 para a subescala de religiosidade intrínseca (RI) e de 0,733 para a escala total. Como o alfa de Cronbach igual ou superior a 0,70 indica confiabilidade interna adequada, o P-DUREL apresenta tal qualidade. Nessa pesquisa feita por Lucchetti *et al.* (2012), as correlações entre as subescalas P-DUREL variaram de 0,36 a 0,46, indicando sobreposição significativa entre as escalas, mas sem redundância acentuada; compatível com uma escala de validade discriminante apropriada. Posteriormente, Taunay *et al.* (2012) realizou validação mais completa do P-DUREL, pesquisando em amostra de estudantes universitários e em pacientes psiquiátricos, e constatou que a escala teve adequada consistência interna (alfa de Cronbach > 0,80) e confiabilidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclasse > 0,90) em ambas as amostras. Nessa pesquisa, correlações moderadas entre as subescalas da P-DUREL ($0,58 < r < 0,71$) foram observadas (TAUNAY *et al.*, 2012).

Na presente tese, escolhemos o Índice de Religiosidade Duke versão em português (P-DUREL), com cinco itens, com base nas seguintes evidências:

- a) O P-DUREL é uma escala amplamente utilizada em vários países do mundo para o estudo da influência favorável ou desfavorável da religião/religiosidade em doenças mentais, incluindo-se ansiedade e depressão;
- b) O P-DUREL é um instrumento que já teve estabelecida sua adaptação cultural e equivalência na população brasileira. A equivalência conceitual e

idiomática implica que as diferenças efetivamente observadas entre amostras de diferentes culturas são o resultado de diferenças culturais, as quais não são causadas pela forma ou a avaliação dos construtos de interesse (HUNGERBUHLER; WANG, 2016). Ou seja, o P-DUREL foi avaliado qualitativamente, pois já teve seus conceitos-chave esclarecidos na cultura brasileira, foi traduzido (do idioma original para o português) e retrotraduzido para o idioma de origem, e revisado por especialistas com experiência em Ciências da Religião e saúde mental;

- c) O P-DUREL já passou pela última etapa da adaptação transcultural de um instrumento, pois foi avaliado quantitativamente por meio de estudos em amostras de pessoas da população brasileira, incluindo estudantes universitários. Suas características psicométricas (confiabilidade, validade, estrutura fatorial) foram validadas com base em análises estatísticas (KOENIG; PARKERSON; MEADOR 1997; KOENIG; BUSSING, 2010; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008; TAUNAY *et al.*, 2012);
- d) Essa escala tem apenas cinco itens, o que permite ser respondida rapidamente. Mesmo sendo apenas cinco itens, ela envolve dimensões da religiosidade – religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) – que entendemos serem muito expressivas (para mais ou para menos) na população alvo do nosso estudo, representada por estudantes universitários dos cursos de Medicina e Teologia.

Conforme consta no Apêndice A, na presente pesquisa, a escala P-DUREL que foi respondida pelos participantes de pesquisa foi apresentada no formato descrito originalmente por Moreira-Almeida (2008) e Lucchetti *et al.* (2012). Ou seja, menor escore significava maior grau de religiosidade.

A **Escala de Atitudes Religiosas versão expandida (EAR-20)** é um instrumento que afere quatro domínios distintos da religiosidade (cognitivo, afetivo, comportamental e corporeidade) e objetiva inferir quão religiosa ou atraída pela religiosidade a pessoa se considera. Ela parte da definição de atitude como uma tendência ou estado de predisposição à ação que, frente a um objeto social (situação, acontecimento, pessoa), resulta em um comportamento concreto. Assim, para Aquino *et al.* (2013), quando é considerada a descrição do fenômeno religioso proposta por

Gaarder, Hellern e Notaker (2005), as atitudes religiosas envolvem componentes cognitivo (conhecimento), afetivo (sentimento), comportamental e corporal. A Escala EAR-20 é composta por vinte itens organizados em escala Likert (1932) – cinco pontos: 1-nunca a 5-sempre –, onde as respostas seguem o seguinte padrão: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Ou seja, maior escore significa maior grau de religiosidade. Esses 20 itens estão distribuídos em quatro fatores atitudinais: conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade.

A Figura 21 expressa de forma mais detalhada os 20 itens distribuídos nos quatro fatores da escala; diferenciados por meio de realce colorido do texto. Pelo exposto na Figura 21, após ser autoadministrada por um respondente, a EAR-20 mostrará como escores de cada dimensão (conhecimento, comportamento, sentimento, corporeidade) a soma das respostas dos itens de cada fator, e será analisada como composta por **quatro fatores**, analisados isoladamente um do outro:

- O fator conhecimento religioso (com sete itens/perguntas, realçadas em amarelo) poderá exibir um escore total de 7 a 35 pontos;
- O fator comportamento religioso (com cinco itens, realçados em verde) será expresso por um escore total de 5 a 25 pontos;
- O fator sentimento religioso (com três itens, realçados em cinza) terá um escore total de 3 a 15 pontos;
- E o fator corporeidade religiosa (com cinco itens, realçados em azul) terá como resposta um escore de 5 a 25 pontos.

FIGURA 21 – ESCALA DE ATITUDES RELIGIOSAS VERSÃO EXPANDIDA DE 20 ITENS (EAR-20)

Abaixo estão listadas algumas afirmações sobre religiosidade e fé. Assinale a alternativa que mais corresponde a sua pessoa, utilizando a escala de resposta abaixo. Não deixe de responder a nenhum item.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
01. Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro Livro Sagrado).	1	2	3	4	5
02. Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.	1	2	3	4	5
03. Procuo conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
04. Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade	1	2	3	4	5
05. Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5

06. Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
07. Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.	1	2	3	4	5
08. A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.	1	2	3	4	5
09. Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
10. Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade (missas, cultos...).	1	2	3	4	5
11. Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).	1	2	3	4	5
12. Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto.	1	2	3	4	5
13. Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.	1	2	3	4	5
14. Sinto-me unido a um "Ser" maior (Deus).	1	2	3	4	5
15. Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções.	1	2	3	4	5
16. Costumo levantar os braços em momentos de louvores.	1	2	3	4	5
17. Ajoelho-me para fazer minha oração pessoal com Deus.	1	2	3	4	5
18. Bato palmas nos momentos dos cânticos religiosos.	1	2	3	4	5
19. Faço movimentos corporais para expressar a minha união com Deus.	1	2	3	4	5
20. Danço com as músicas religiosas nas ocasiões de contemplanções.	1	2	3	4	5

Conhecimento religioso. Comportamento religioso. Sentimento religioso. Corporeidade religiosa

FONTE: Aquino (2018).

A escala EAR-20 é uma versão ampliada de uma primeira Escala de Atitudes Religiosas composta por 15 itens. Nessa escala, foi identificada “uma estrutura unifatorial que explicava 39,4% da variância total” e uma confiabilidade de consistência interna com alfa de Cronbach de 0,90 (AQUINO; FRANÇA; SILVA FRANÇA, 2002; AQUINO, 2005; AQUINO *et al.*, 2013, p. 111). Panzini e Bandeira (2005) usaram a EAR-15 em um estudo de validação de uma escala de *coping* religioso-espiritual (CRE) e encontraram uma estrutura unifatorial com fortes correlações com a escala CRE ($n = 616$, $r = 0,78$, $p < 0,001$); sendo que, como unifatorial, a escala “apresenta uma consistência interna de 0,92” (AQUINO, 2009, p. 189). Em tese de doutorado, Aquino (2009) demonstrou a viabilidade dessa escala como estrutura bifatorial, concebendo o fator Religiosidade Dogmática (conhecimento religioso; alfa de Cronbach de 0,92) e o fator Religiosidade Vivencial (comportamento e sentimento religiosos; alfa de Cronbach de 0,87). No mesmo ano, a EAR-15 foi ampliada com mais cinco itens relacionados à expressão corporal no contexto religioso, configurando a EAR-20, que mostrou uma confiabilidade de consistência interna de 0,94, em uma amostra de 190 estudantes

universitários, “admitindo uma estrutura unifatorial, mas sem verificá-la” (DINIZ; AQUINO, 2009; AQUINO *et al.*, 2013, p. 112). Posteriormente, Aquino e colaboradores (2013) compararam os modelos unifatorial (AQUINO; FRANÇA; SILVA FRANÇA, 2002), bifatorial - plano teórico do conhecimento - e plano prático dos comportamentos, sentimentos e corporeidades (AQUINO, 2009; AQUINO *et al.*, 2013) e tetrafatorial da EAR-20. Nessa pesquisa, foi constatado que **o modelo de quatro fatores (conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade) apresenta os melhores indicadores de ajuste**. Concluiu-se que “a EAR-20 pode ser adequadamente empregada para conhecer os correlatos de atitudes religiosas, principalmente em **matrizes religiosas católica, evangélica e espírita**” (AQUINO *et al.*, 2013, p. 109, 116).

A Escala de Atitudes Religiosas de Aquino (EAR-20) foi, também, selecionada para ser usada na presente tese, com base nas seguintes justificativas:

- a) A EAR-20 é uma escala que já foi concebida para uso na cultura brasileira, incluindo estudantes universitários;
- b) A EAR-20 teve sua validade devidamente avaliada pelo autor original e por outros autores (AQUINO; FRANÇA; SILVA FRANÇA, 2002; AQUINO, 2005; DINIZ; AQUINO, 2009; AQUINO *et al.*, 2009; AQUINO *et al.*, 2013; CARNEIRO, 2009; PANZINI; BANDEIRA, 2005; NEPOMUCENO, 2011; NEPOMUCENO *et al.*, 2014; ALVES; AQUINO, 2017);
- c) Essa escala mostrou **evidências de validade mais significativas em participantes de pesquisa cristãos** (AQUINO *et al.*, 2013, p. 117). Essa característica coaduna com o contexto religioso mais comum na população brasileira e, principalmente, com o cenário de graduandos de cursos de Teologia em universidades de confissão católica (UNICAP) e evangélica (FICV), como é o caso da amostra que foi estudada em nossa tese.

O Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) é uma escala idealizada e publicada por Aaron Tekin Beck¹⁸ (BECK *et al.*, 1988), de ampla

¹⁸ Aaron Tekin Beck nasceu em 18 de julho de 1921 e morreu em 1º de novembro de 1991. É um psiquiatra e professor emérito do departamento de psiquiatria na Universidade da Pensilvânia. Beck é conhecido como desenvolvedor da Terapia Cognitiva e inventor das

utilização, cujas características psicométricas foram extensivamente estudadas. Esse instrumento foi traduzido e validado para o português por Cunha (2001) e, em amostras clínicas e não clínicas, mostrou adequadas confiabilidades de consistência interna (alfa de Cronbach: 0,71 a 0,93) e de teste-reteste com uma semana (variou de 0,53 até 0,99), além de validade de construção e confiabilidade teste-reteste. Em outro estudo das propriedades psicométricas com participantes de pesquisa brasileiros, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) mostrou adequada consistência interna (alfa de Cronbach: 0,88 a 0,92) e validade discriminante, com sensibilidade de 0,74 e especificidade de 0,71, para uma pontuação de corte (*cutoff point* ou *cutoff value*) de 10 (DE LIMA OSÓRIO; CRIPPA, LOUREIRO, 2011).

A escala BAI apresenta um foco maior em sintomas somáticos de ansiedade. É um instrumento de autoavaliação com 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, os quais são avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo. No enunciado do questionário, o respondente é convidado a responder sobre o grau de incômodo, nos últimos sete dias (incluindo o atual), que possa ter sido provocado por determinado sintoma descrito em cada item: dormência ou formigamento; sensação de calor; tremor nas pernas; incapacidade de relaxar; medo que aconteça o pior; atordoado ou tonto; palpitações; sem equilíbrio; aterrorizado; nervoso; sensação de sufocação; tremor nas mãos; trêmulo; medo de perder o controle; dificuldade de respirar; medo de morrer; assustado; desconforto abdominal; sensação de desmaio; rubor facial; suor não devido ao calor. Assim, a intensidade do sintoma é avaliada em relação à última semana, e cada item é respondido com a escolha de uma alternativa em uma escala do tipo Likert de quatro opções de resposta (0 a 3 pontos), que reflete o nível crescente de cada sintoma, desde a não apresentação de sintomas até a ocorrência de sintomas graves: não incomodou nada (zero); incomodou um pouco (1 ponto); foi muito desgastante, mas consegui aguentar (2 pontos); quase não consegui aguentar (3 pontos). O escore total é o resultado da soma das respostas dos itens individuais (total 0 a 63 pontos), permitindo a classificação em níveis de intensidade da ansiedade: mínimo [ou ausência de ansiedade] (0 a 10 pontos); leve (11 a 19 pontos); moderado (20 a 30 pontos); grave (31 a 63 pontos).

vastamente utilizadas Escalas de Beck, incluindo a o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Na maioria dos estudos que usaram essa medida, principalmente em amostras não clínicas, inclusive em alunos de Medicina brasileiros, o ponto de corte a partir do qual se considera a existência de ansiedade clinicamente importante é 11 (BERNIK; LOTUFO NETO, 2016; FLORES *et al.*, 2013; GOMES; OLIVEIRA, 2013; MALTONI; PALMA; NEUFELD, 2019; PENAFORTE *et al.*, 2019; TABALIPA *et al.*, 2015). No livro *Manual da versão em português das Escalas Beck*, Cunha (2001, p. 38) refere que, em amostra de estudantes universitários, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) apresentou estimativa de fidedignidade alfa de Cronbach de 0,87. Além disso, chama a atenção para o fato da importância de, ao delimitar o ponto de corte para considerar a existência de ansiedade, considerar o perfil da amostra e os objetivos de seu uso. Assim, esse autor orienta que, em caso de pesquisa, um ponto de corte maior deve ser adotado, reduzindo o número de falsos positivos (CUNHA, 2001, p. 15). Nesse sentido, embora existam estudos com amostras de universitários brasileiros que tenham usado o escore 10 como ponto de corte (BASSOLS *et al.*, 2014; PAGNIN *et al.*, 2014), ou que tenham encontrado um ponto de corte 10 com adequadas consistência interna e validade discriminante (DE LIMA OSÓRIO; CRIPPA, LOUREIRO, 2011); na presente tese, adotamos como valor de corte 11 pontos no escore total para definirmos e aferirmos a prevalência de estudantes de Medicina e Teologia em risco de transtornos de ansiedade (LEÃO *et al.*, 2011; SERRA; MATTOS e DINATO; CASEIRO, 2015; TABALIPA *et al.*, 2015). Digno de nota é o fato da Escala BAI também já ter sido usada em nosso meio para estudar a correlação entre religiosidade e ansiedade (LUCCHETTI *et al.*, 2014).

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*), em sua primeira versão, foi desenvolvido por Beck *et al.* (1961) e, somente em 2001, foi traduzido e adaptado à população brasileira por Cunha (2001). A segunda versão publicada por Beck, Steer e Brown, em 1996 (GORENSTEIN; WANG, 2016b), baseou-se na revisão da primeira edição com a finalidade de se alinhar aos critérios diagnósticos da outrora versão quatro do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-4*) da Associação Americana de Psiquiatria. Esse BDI-II foi adaptado para o português e mostrou alta confiabilidade de consistência interna em amostras de estudantes universitários (coeficiente alfa de Cronbach: 0,81) e de pacientes com depressão (alfa de Cronbach: 0,88) (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; GORENSTEIN *et al.*, 1999; GORENSTEIN *et al.*, 2011). Tais achados coincidiram com uma meta-análise que

mostrou coeficientes de alfa de Cronbach de 0,86 para pacientes psiquiátricos e 0,81 para pacientes não psiquiátricos (BECK; STEER; GARBIN, 1988). O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um dos instrumentos de autoavaliação de depressão mais investigados e adotados ao redor do mundo, e sua versão atual, BDI-II, é considerada por especialistas um dos instrumentos mais utilizados e uma das melhores medidas de triagem de depressão. Para evitar o risco de falsos positivos, alguns autores recomendam que seja aplicado com uma avaliação clínica; pois, “esse instrumento foi projetado a fim de ser utilizado como uma ferramenta de rastreamento para detectar sintomas depressivos, sem que o diagnóstico clínico de depressão seja afirmado” (GORENSTEIN; WANG, 2016b, p. irregular). A tradução brasileira do BDI-II foi aplicada em mais de 8 mil respondentes de duas regiões do Brasil e em mais de 12 mil estudantes universitários das 27 capitais brasileiras, resultando em várias evidências sobre sua confiabilidade e validade (GORENSTEIN; WANG, 2016b).

O BDI é um instrumento de autoavaliação com 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de depressão, os quais são avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo. No enunciado do questionário, o respondente é convidado a responder sobre o grau de incômodo que possa ter sido provocado por determinado sintoma descrito em cada item: tristeza, pessimismo, fracasso, perda de prazer, culpa, punição, autoestima, autocrítica, ideias suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, desvalorização, falta de energia, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações de apetite, dificuldade de concentração, cansaço e perda de interesse por sexo. Cada item é composto por quatro opções do tipo Likert, com pontuação em escala ordinal de 0 a 3, sendo que os escores mais altos representam a maior intensidade do sintoma. O escore total é o resultado da soma das respostas dos itens individuais (total 0 a 63 pontos).

Na visão de Gorenstein e Wang (2016b), o ponto de corte para considerar a existência de depressão em amostras clínicas é 14. Ou seja: 0 a 13 pontos corresponde a uma depressão mínima [ou ausência de depressão]; 14 a 19, leve; 20 a 28, moderada; 29 a 63, grave. Para amostras não clínicas (rastreamento): 0 a 10 pontos significa sem depressão; 11 ou mais pontos, possível caso de depressão (FLORES *et al.*, 2013; GOMES-OLIVEIRA *et al.* 2012). O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi a escala usada na presente tese. Considerando uma pesquisa realizada por Gomes-Oliveira *et al.* (2012), na qual foram estudadas uma amostra de estudantes de Medicina e outra formada por pessoas da área metropolitana de São Paulo (amostras não clínicas),

decidimos usar como ponto de corte para considerar a existência de risco de depressão a pontuação a partir de 14 pontos, conforme preconizado por Beck, Steer e Brown (GORENSTEIN; WANG, 2016b). Usando esse ponto de corte de 14, em vez de 10 pontos, fica diminuída a possibilidade de falsos-positivos.

Em relação à coleta dos dados dessa pesquisa de campo, os estudantes de Teologia de Recife (UNICAP) e os de Medicina das faculdades privadas de João Pessoa (MJP 1, MJP 2) foram abordados em conjunto na sala de aula e convidados a participar do estudo, respondendo os instrumentos de pesquisa constantes em livreto confeccionado como *Google Forms* (Formulário Google). Alguns desses responderam diretamente o livreto impresso previamente pelo pesquisador, enquanto outros responderam no formato digital, o qual era enviado imediatamente à plataforma Formulários Google, de acesso restrito somente ao autor da presente tese. Sendo assim, uma pequena parte dos instrumentos foram preenchidos no formato de papel e, subsequentemente, foi digitada para o mesmo banco de dados do Formulário Google, por um único pesquisador. Já os alunos de Teologia (FICV) e da universidade pública de João Pessoa (UFPB) responderam aos questionários de forma digital, por meio de *link* Formulário Google, disponibilizado em grupos de WhatsApp das turmas de todos os semestres dos cursos.

Posteriormente, o acesso às respostas no banco de dados da pesquisa, no Formulários Google, foi estendido para uma pesquisadora auxiliar, graduada em Estatística e com mestrado em modelos de decisão em saúde, a qual nos ajudou na análise dos dados bioestatísticos da nossa pesquisa.

Assim, após os dados terem sido coletados no *Google Forms*, o *software* Microsoft Excel - 2007 foi utilizado na construção de um banco de dados para as questões contidas nos instrumentos de coleta e mensuração dos dados. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences/Pacote Estatístico para as Ciências Sociais*) – versão 13.0 (SPSS-ver 13.0).

As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se a consistência dos dados. A seguir, em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística, por meio da construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis (tabelas de frequências conjuntas) e gráficos estatísticos pertinentes.

Na sequência, e de acordo com objetivos específicos propostos, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial multivariada, com uso do pacote estatístico SPSS-ver 13.0.

Na linguagem coloquial, quando pesquisamos a possibilidade de existência de uma relação recíproca entre duas ou mais coisas, estamos procurando correlação, associação, conexão, link, correspondência ou qualquer forma de relacionamento. Contudo, em Estatística, essa palavra é usada somente para expressar quão próximo duas variáveis apresentam variação simultânea; ou seja, covariação. A correlação estatística é medida por uma quantidade adimensional chamada de coeficiente de correlação. Quanto mais forte a correlação, mais próximo o coeficiente de correlação chega de ± 1 . O valor zero é indicação de “ausência de correlação linear entre duas variáveis contínuas” (MUKAKA, 2012, p. 69). Em uma correlação linear positiva, o coeficiente é um número positivo e, se uma variável independente aumenta, a variável dependente também aumenta; ou seja, elas são diretamente relacionadas. Na correlação negativa, o coeficiente é um número negativo e, se uma variável independente cresce, a variável dependente tende a cair; ou seja, elas são inversamente relacionadas (LUIZ, 2009; MUKAKA, 2012). “Os valores $r = +1$ ou $r = -1$ indicam uma correlação linear perfeita, positiva ou negativa, respectivamente” (LUIZ, 2009, p. 449).

Mukaka (2012) refere que uma das regras para interpretação da força de um coeficiente de correlação é a seguinte:

- a) 0,900 a 1,000: muito forte correlação (positiva ou negativa);
- b) 0,700 a 0,900: forte correlação (positiva ou negativa);
- c) 0,500 a 0,700: moderada correlação (positiva ou negativa);
- d) 0,300 a 0,500 ou -0,300 a -0,500: fraca correlação (positiva ou negativa);
- e) 0,000 a 0,300: muito fraca correlação (positiva ou negativa).

Michael Jacob Cohen é conhecido por seu trabalho pioneiro sobre poder estatístico e tamanho do efeito, e descobridor da medida Kappa de Cohen e do indicador d de Cohen do tamanho do efeito (BORENSTEIN, 1999). Cohen (1988, p. 70) afirma que a força ou “tamanho de um efeito” pode ser interpretado como:

- a) pequeno, $r = 0,100$ (positivo ou negativo);
- b) moderado, $r = 0,300$ (positivo ou negativo);
- c) grande, $r = 0,500$ (positivo ou negativo).

Entretanto, segundo Koenig (2011), as Ciências do Comportamento mostram que as variáveis psicossociais e comportamentais, tais como religiosidade ou espiritualidade, são difíceis de medir com precisão, são por vezes enviesadas na sua distribuição, e não podem ser medidas como variáveis contínuas, tais como a pressão sanguínea ou a idade. Esse autor afirma que os estudos que examinam correlações entre uma variável psicossocial, como apoio social, e saúde mental e que são conhecidos clinicamente por conterem variáveis fortemente relacionadas, raramente excedem força de correlação de 0,250-0,300. Sendo assim, nos dizeres de Koenig (2011, p. irregular), **quando analisamos associações entre variáveis psicossociais ou de religiosidade e saúde, “correlações no intervalo de”:**

- a) $r = 0,100$ a $0,200$ podem ser consideradas pequenas (positivas ou negativas);**
- b) $r = 0,200$ a $0,300$ moderadas (positivas ou negativas);**
- c) e $r =$ acima de $0,300$ fortes (positivas ou negativas).**

Quaisquer regras como essas podem ser simplesmente arbitrárias e dependem muito do contexto. Por exemplo, muito pequenas correlações na prevenção do câncer podem ser extremamente importantes e afetar muitas vidas. Da mesma forma, quando se estuda um comportamento como a religiosidade, que é importante para bilhões de pessoas, mesmo pequenas correlações com a saúde podem se traduzir em substancial importância para a saúde pública (KOENIG, 2011). Ademais, é bom lembrar que os valores de correlação entre duas variáveis, avaliados por meio de um teste estatístico, devem ser interpretados à luz da significância estatística dos resultados. Nas análises de correlação, é comum utilizar o relato do valor p (probabilidade) para calcular essa significância.

Na pesquisa empírica da presente tese, a análise de possível associação estatística entre a variável independente principal ou de exposição (religiosidade) e a variável-resposta ou de desfecho (ansiedade/depressão) foi realizada por meio de teste estatístico com obtenção do coeficiente de correlação desenvolvido pelo biólogo e matemático inglês Karl Pearson (1856-1936). O coeficiente de correlação linear de Pearson, r , é uma medida que procura quantificar o grau de relacionamento linear entre duas variáveis numéricas com distribuição estatística do tipo normal. Na análise estatística dos dados coletados da amostra total de 345 estudantes universitários, que fizeram parte do nosso estudo, a normalidade foi testada pelo teste de Kolmogorov-

Smirnov, sendo **encontrada distribuição normal dos escores das dimensões de religiosidade, de ansiedade e depressão**. Tal fato **motivou o uso do coeficiente de correlação linear de Pearson** para expressar a possibilidade de associação estatística entre os escores dos fatores dos instrumentos psicométricos de religiosidade (EAR-20 e P-DUREL) e os escores dos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck.

Em nossa pesquisa, para avaliar a significância dos resultados do cálculo do coeficiente correlacional de Pearson, foi utilizado o relato do valor p, pois é uma forma de lidar com o erro ao acaso, por meio do teste (estatístico) de hipóteses (ou teste de significância), no qual fixa-se um valor inicial para indicar o nível de significância estatística das conclusões matemáticas. Essa é uma estratégia de estatística inferencial ou indutiva para se lidar com o erro amostral, de cunho aleatório, que está presente nas estimativas obtidas com os dados de amostras. Assim, **fixamos o nível de significância estatística em valor p igual ou menor que 0,05**. Ou seja, aceitamos a probabilidade de acontecer pelo efeito do acaso 5% de erro do tipo 1 ou alfa, que é o erro do tipo falso positivo. Resumindo, um valor p igual ou menor a 0,05 sugere que o resultado: “é estatisticamente significativo; há associação entre os eventos estudados; o acaso é explicação pouco provável para os achados”; a probabilidade de ocorrência do resultado ter ocorrido por acaso é de apenas 5% (um erro em cada 20 análises) ou menos (PEREIRA, 2011, p. 266).

3.2.3 Resultados

Com base em recomendações feitas por Pereira (2011, p. 291) e nas normas de apresentação tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1993), para melhor expressão dos dados nas tabelas, foram feitos “arredondamentos” dos números: o último dígito foi abandonado quando menor que 5, e foi aumentada uma unidade quando o último dígito era igual ou maior do que 5.

A análise dos dados sociodemográficos (Tabela 3) evidenciou que os alunos de Medicina eram em sua maioria do sexo feminino, representando quase o dobro dos que eram do sexo masculino. Diferentemente, no curso de Teologia, predominou o sexo masculino, correspondendo a 71% da amostra. A maioria (75%) dos participantes de pesquisa eram da faixa etária de 18 a 32 anos de idade, e 16% deles tinham 42 ou mais anos de idade. Mas, quando comparamos a idade entre as subamostras dos dois

curso, há um predomínio de alunos com mais de 33 anos na graduação de Teologia (45%) em relação à graduação de Medicina (7%).

Na amostra estudada, 67% dos futuros médicos e 100% dos futuros teólogos (talvez futuros padres ou pastores) eram cristãos, havendo predomínio de católicos estudando Medicina e um quase empate com evangélicos no curso de Teologia. Além disso, 17% dos discentes de Medicina responderam que acreditam em Deus, mas não têm uma religião definida, 9% eram agnósticos, 2% espíritas, e apenas 5% se identificaram como ateus.

Quanto ao período do curso que estavam cursando, os alunos de ambos os cursos estavam matriculados no terço inicial ou no segundo terço de período da graduação. A maior parte dos alunos de ambos os cursos eram solteiros. Mas, no curso de Teologia, o número de casados foi três vezes maior do que no de Medicina e naquele curso existiam 5% de divorciados e duas pessoas viúvas. Em Teologia, 33% dos estudantes tinham um ou mais filhos, enquanto em Medicina, essa característica foi identificada em apenas 8% dos discentes.

Para a descrição da renda mensal familiar de cada participante de pesquisa, no questionário sociodemográfico, foi feita a seguinte pergunta: considerando família como sendo você, seus pais e irmãos ou você, esposo(a) e filho(a/s), qual a renda mensal aproximada de sua família. A renda mensal familiar informada foi de até dois salários-mínimos em 10% dos estudantes de Medicina e em 31% dos alunos de Teologia. Essa renda foi registrada como de valor igual ou maior que 10 salários em 48% e 23% dos discentes de Medicina e Teologia, respectivamente. Quando perguntados se, além de estudar, exerciam alguma outra profissão, 43% dos alunos de Teologia responderam que trabalhavam como empregado de empresa privada, servidor público, profissional liberal ou empresário; enquanto apenas 15% daqueles que cursavam Medicina exerciam alguma dessas atividades laborativas.

TABELA 3 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE ALUNOS DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Dados sociodemográficos	Cursos					
	Medicina		Teologia		Total	
	%	N	%	N	%	N
Sexo						
Masculino	34	64	71	112	51	176
Feminino	66	124	29	45	49	169
Religião						

Católico	45	84	49	77	47	161
Evangélico	22	42	51	80	35	122
Espírita ou Budista	2	4	0	0	1	4
Sem religião definida	17	32	0	0	9	32
Agnóstico	9	16	0	0	5	16
Ateu	5	10	0	0	3	10
Denominação evangélica						
Não evangélico	55	103	48	76	52	179
Não responderam	24	45	7	10	16	55
Batista	16	30	43	68	28	98
Congregacional	2	4	0	0	1	4
Assembleia de Deus	1	2	1	2	1	4
Adventista	1	2	0	0	1	2
Presbiteriana	1	2	1	1	1	3
Estado civil						
Solteiro	89	167	61	96	75	263
Casado/União estável	11	20	33	51	21	71
Divorciado	1	1	5	8	3	9
Viúvo	0	0	1	2	1	2
Período do curso						
Terço inicial	45	84	41	65	43	150
Dois terços	34	63	31	47	32	111
Terço final	17	32	27	42	22	75
Não responderam	4	9	1	3	3	9
Idade (anos)						
18-22	48	91	13	20	32	111
23-27	32	60	26	41	29	100
28-32	13	24	16	25	14	50
33-37	5	9	6	10	6	19
38-41	1	2	5	8	3	10
42 ou mais	1	2	34	53	16	55
Número de filhos						
Nenhum	92	174	67	105	81	279
Um filho	6	11	15	24	10	35
Dois ou mais	2	3	18	28	9	31
Renda familiar (salários)						
Até 2	10	19	31	48	19	67
2-4	10	19	24	37	16	56
4-10	32	60	24	37	28	97
10-20	27	50	15	23	21	73
Acima de 20	21	40	8	12	15	52
Profissão						
Apenas Estudante	85	159	58	91	72	250
Empregado	3	6	12	18	7	24
Servidor público	7	14	15	23	11	37
Profissional liberal	4	7	10	15	6	22
Empresário	1	2	6	10	4	12
Total	100	188	100	157	100	345

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Em termos de **grau de religiosidade**, as respostas ao instrumento Escala de Atitudes Religiosas, com 20 itens (**EAR-20**), analisadas como um modelo de quatro

fatores (conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade) aferiram que, comparados aos estudantes de Medicina, os graduandos de Teologia têm maior grau de religiosidade expressa pelas quatro dimensões desse instrumento (Tabela 4).

Dessa forma, a análise dos dados coletados da amostra total e das duas subamostras de alunos dos cursos de Teologia e Medicina, apresentou como resultados:

- a) Os alunos de **Teologia** têm maior grau de religiosidade do tipo **conhecimento religioso**, em intensidade aproximadamente três vezes maior que os do curso de Medicina; com 73% daqueles expressando que, frequentemente ou sempre, leem livros sagrados (93% em Teologia, 22% em Medicina) e sobre religiosidade (84% dos estudantes de Teologia, e 16% de Medicina), estudam doutrinas de sua religião, realizam debates públicos e com a família, assistem programas religiosos na televisão e, em menor proporção, conversam com seus amigos sobre experiências religiosas;
- b) Os alunos de Teologia têm maior grau de religiosidade do tipo **comportamento religioso**, em intensidade maior que o dobro em comparação com os do curso de Medicina; com 92% daqueles informando que, frequentemente ou sempre, sua religiosidade influencia nas decisões sobre o que deve fazer, participam de orações coletivas e frequentam celebrações de sua religião, fazem orações pessoais e espontâneas à Deus (98% dos vindouros teólogos, e 61% dos futuros médicos) e agem de acordo com o que sua religião prescreve como sendo correto;
- c) Os alunos de Teologia têm maior grau de religiosidade do tipo **sentimento religioso**, com 71% deles (e 53% da Medicina) exprimindo que, frequentemente ou sempre, extravasam a tristeza ou a alegria por meio de músicas religiosas, sentem-se unidos a um “Ser” maior/Deus (98% em Teologia, e 69% em Medicina) e despertam emoções quando entram numa igreja ou templo;
- d) Os alunos de Teologia também têm maior grau de religiosidade do tipo **corporeidade religiosa**, com 45% deles (e 32% da Medicina) declarando que, frequentemente ou sempre, costumam levantar os braços em momentos de louvor (51% em Teologia, e 37% em Medicina), ajoelham-se para fazer sua oração pessoal com Deus (55% Teologia, e 29% Medicina),

batem palmas durante os cânticos religiosos (58% na Teologia, e 47% na Medicina), fazem movimentos corporais para expressar a sua união com Deus (44% Teologia, 26% Teologia) e dançam com músicas religiosas nas contemplações (25% dos futuros teólogos, e 20% dos vindouros médicos).

Com base nesses resultados da **EAR-20**, no contexto das amostras estudadas, ficou **comprovada a hipótese 1 (vide seção 3.2.1) de que os estudantes de Teologia têm maior religiosidade que os de Medicina.**

TABELA 4 – ATITUDES RELIGIOSAS (EAR-20): CONHECIMENTO, COMPORTAMENTO, SENTIMENTO E CORPOREIDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Atitudes Religiosas (EAR-20) Grau de Religiosidade	Cursos					
	Medicina		Teologia		Total	
	%	N	%	N	%	N
EAR-20 Conhecimento Religioso						
Nunca	24	44	2	3	13	47
Raramente	27	50	6	10	17	60
Às vezes	27	52	19	29	24	81
Frequentemente	14	26	35	55	24	81
Sempre	8	16	38	60	22	76
Total	100	188	100	157	100	345
EAR-20 Comportamento Religioso						
Nunca	17	32	0	0	9	32
Raramente	17	32	1	2	10	34
Às vezes	23	43	7	11	16	54
Frequentemente	22	41	25	39	23	80
Sempre	21	40	67	106	42	145
Total	100	188	100	157	100	345
EAR-20 Sentimento Religioso						
Nunca	17	32	1	2	10	34
Raramente	13	24	5	8	9	32
Às vezes	17	33	23	36	20	69
Frequentemente	24	45	25	39	24	85
Sempre	29	54	46	72	37	126
Total	100	188	100	157	100	345
EAR-20 Corporeidade Religiosa						
Nunca	33	63	12	18	10	33
Raramente	16	31	14	21	9	32
Às vezes	19	35	30	48	19	69
Frequentemente	19	35	25	40	25	85
Sempre	13	24	19	30	37	126
Total	100	188	100	157	100	345

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Ainda em relação ao **grau de religiosidade** dos universitários que faziam parte da amostra pesquisada, as respostas ao instrumento Índice de Religiosidade Duke, versão em português (**P-DUREL**), mediram que, comparados aos estudantes de Medicina, os graduandos de Teologia têm maior grau de religiosidade expressa pelas três dimensões desse instrumento: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) - (ver Tabela 5).

Assim, no curso de **Teologia**, em termos de **religiosidade organizacional (P-DUREL RO)**, 90% dos estudantes frequentam reuniões religiosas (missas, cultos, encontros), pelo menos, uma vez (16%) ou mais de uma vez por semana (74%). Na subamostra de Medicina, isso aconteceu em 36% das respostas. No que diz respeito à **religiosidade não organizacional (P-DUREL RNO)**: 93% dos alunos de Teologia realizam atividades religiosas individuais (rezas, orações, leitura da Bíblia ou outros livros sagrados), pelo menos, uma vez (41%) ou mais de uma vez (52%) ao dia. Já no curso de Medicina, isso acontece com 38% dos alunos. Em termos de **religiosidade intrínseca (P-DUREL RI)**, os estudantes de Medicina pontuaram mais do que nas RO e RNO, respondendo que 74% deles sentem a presença de Deus, 60% vivem segundo suas crenças religiosas e 49% se esforçam para viver sua religião em todos os aspectos da vida. No entanto, mais uma vez, os estudantes de Teologia exprimiram maior religiosidade, com 97% deles sendo condizentes com aquelas dimensões de religiosidade intrínseca.

Assim, à luz da escala de religiosidade **P-DUREL** e no cenário das amostras de estudantes pesquisados, foi comprovada a **hipótese 1 (vide seção 3.2.1)** de que **os discentes de Teologia têm maior religiosidade que os de Medicina**. Mas, tal diferença foi de menor intensidade quando observamos especificamente a religiosidade intrínseca (RI).

TABELA 5 – GRAUS DE RELIGIOSIDADES ORGANIZACIONAL (RO), NÃO ORGANIZACIONAL (RNO) E INTRÍNSECA (RI) EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Grau de Religiosidade (P-DUREL)	Cursos					
	Medicina		Teologia		Total	
	%	N	%	N	%	N
P-DUREL RO. Frequência em reuniões religiosas						
Mais de uma vez/semana	12	22	74	116	40	138
Uma vez/semana	24	45	16	24	20	68
2-3 Vezes/mês	9	17	8	13	9	31

Algumas vezes/ano	28	53	1	2	16	55
Uma vez/ano ou menos	17	32	0	0	9	32
Nunca	10	19	1	2	6	21
P-DUREL RNO. Atividades religiosas individuais (preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou outros livros sagrados)						
Mais de uma vez/dia	9	17	52	81	28	98
Diariamente	29	54	41	64	34	118
2 ou mais vezes/semana	17	32	6	10	13	42
Uma vez/semana	8	15	1	2	5	17
Poucas vezes/mês	9	18	0	0	5	18
Raramente ou nunca	28	52	0	0	15	52
P-DUREL RI. Religiosidade Intrínseca						
<i>Em minha vida, sinto presença de Deus (RI 1)</i>						
Totalmente verdade	52	98	95	150	72	248
Em geral, é verdade	22	42	3	4	13	46
Não estou certo	12	22	1	2	7	24
Em geral, não é verdade	4	8	0	0	2	8
Não é verdade	10	18	1	1	6	19
Total	100	188	100	157	100	345
<i>Minhas crenças religiosas estão por trás de minha maneira de viver (RI 2)</i>						
Totalmente verdade	28	52	80	125	51	177
Em geral, é verdade	32	60	17	28	26	88
Não estou certo	17	32	2	3	10	35
Em geral, não é verdade	6	12	1	1	4	13
Não é verdade	17	32	0	0	9	32
Total	100	188	100	157	100	345
<i>Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida (RI 3)</i>						
Totalmente verdade	21	40	78	122	47	162
Em geral, é verdade	28	53	20	32	25	85
Não estou certo	14	25	2	3	8	28
Em geral, não é verdade	16	30	0	0	9	30
Não é verdade	21	40	0	0	11	40
Total	100	188	100	157	100	345
RI 1 + RI 2 + RI 3 / 3 (Score RI)						
Totalmente verdade	34	63	83	132	57	196
Em geral, é verdade	27	52	13	21	21	73
Não estou certo	14	26	2	3	8	29
Em geral, não é verdade	9	17	1	0	5	17
Não é verdade	16	30	1	1	9	30
Total	100	188	100	157	100	345

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

A medição do **grau de sintomas de ansiedade** nos participantes da pesquisa, por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), usando como **ponto de corte 11**

pontos no escore total para definirmos e aferirmos a prevalência de estudantes de Medicina e Teologia em **risco de transtornos de ansiedade**, constatou uma frequência maior nos alunos do Curso de Medicina, com uma prevalência de 45%, e de 24% nos de Teologia. Essa prevalência pontual ou instantânea foi calculada como sendo a proporção entre o número de possíveis casos de ansiedade (leve, moderada ou severa) e o número total de discentes da amostra de cada um dos cursos universitários (Tabela 6).

TABELA 6 – GRAUS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Grau de Ansiedade (BAI)	Cursos					
	Medicina		Teologia		Total	
	%	N	%	N	%	N
Ausente (0-10)	55	103	76	119	64	222
Leve (11-19)	24	45	19	30	22	75
Moderada (20-30)	14	27	4	6	10	33
Severa (31-63)	7	13	1	2	4	15
Total	100	188	100	157	100	345

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Quando comparamos a prevalência de sintomas de ansiedade entre as cinco faculdades estudadas (Tabela 7: três de Medicina e duas de Teologia), encontramos os seguintes valores: 46% na Medicina UFPB; 42% na Medicina MJP 1; 48% na Medicina MJP 2; 33% na Teologia UNICAP; e 16% na Teologia FICV. Na amostra dos cursos de Medicina, a prevalência de ansiedade se mostrou muito alta. Embora o grau de ansiedade seja menor do que na Medicina, a prevalência de ansiedade no curso de Teologia da UNICAP se mostrou maior que no curso de Teologia da FICV.

TABELA 7 – GRAUS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE CINCO INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS, MEDICINA DE JOÃO PESSOA E TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Grau de Ansiedade (BAI)	Curso e Instituição Universitária									
	Medicina					Teologia				
	UFPB		MJP 1		MJP 2		UNICAP		FICV	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N

Ausente (0-10)	54	50	58	29	52	24	67	52	84	67
Leve (11-19)	26	23	28	14	17	8	29	22	10	8
Moderada (20-30)	13	12	10	5	22	10	3	2	5	4
Severa (31-63)	8	7	4	2	9	4	1	1	1	1
Total	100	92	100	50	100	46	100	77	100	80

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

A aferição do **grau de sintomas de depressão** nos participantes da pesquisa, por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI), usando como **ponto de corte 14 pontos no escore total para considerarmos a existência de risco de depressão**, constatou uma frequência maior dessa situação nos alunos do Curso de Medicina; com uma prevalência de 25%, e de 8% nos de Teologia. Essa prevalência pontual ou instantânea foi calculada como sendo a proporção entre o número de possíveis casos de depressão (leve, moderada ou severa) e o número total de discentes da amostra de cada um dos cursos universitários (Tabela 8).

TABELA 8 – GRAUS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Grau de Depressão (BDI)	Cursos					
	Medicina		Teologia		Total	
	%	N	%	N	%	N
Ausente (0-13)	75	142	92	144	83	286
Leve (14-19)	10	19	6	9	8	28
Moderada (20-28)	11	20	1	2	6	22
Severa (29-63)	4	7	1	2	3	9
Total	100	188	100	157	100	345

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Quando comparamos a prevalência de sintomas de depressão entre as cinco faculdades estudadas (Tabela 9: três de Medicina e duas de Teologia), encontramos os seguintes valores: 32% na Medicina UFPB; 18% na Medicina MJP 1; 16% na Medicina MJP 2; 8% na Teologia UNICAP; e 9% na Teologia FICV. Na amostra dos cursos de Medicina, a prevalência de depressão se mostrou muito mais alta do que na amostra do curso de Teologia. Chama a atenção o fato da prevalência de depressão

no curso de Medicina da UFPB ter se mostrado cerca de duas vezes maior que a das outras duas faculdades de Medicina, e aproximadamente quatro vezes maior que a dos cursos de Teologia.

TABELA 9 – GRAUS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE CINCO INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS, MEDICINA DE JOÃO PESSOA E TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Grau de Depressão (BDI)	Curso e Instituição Universitária									
	Medicina					Teologia				
	UFPB		MJP 1		MJP 2		UNICAP		FICV	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Ausente (0-13)	68	62	82	41	84	39	92	71	91	73
Leve (14-19)	15	14	4	2	7	3	5	4	6	5
Moderada (20-28)	13	12	10	5	7	3	3	2	0	0
Severa (29-63)	4	4	4	2	2	1	0	0	3	2
Total	100	92	100	50	100	46	100	77	100	80

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Assim, perante os dados encontrados na aferição dos graus de sintomas de ansiedade e depressão das amostras estudadas, ficou comprovada a **hipótese 2 (vide seção 3.2.1)** de que **os estudantes de Teologia têm menor prevalência de ansiedade e depressão que os de Medicina**. Ademais, digno de nota é o fato de que foi encontrada uma disparidade maior entre esses cursos em termos de prevalência de risco de depressão (24% em Medicina e 8% em Teologia).

Conforme mostra a Tabela 10, na **amostra total** de alunos pesquisados, foi encontrada **correlação negativa (salutar)** estatisticamente significativa (* asterisco assinalando $p < \text{ou} = 0,05$), entre as quatro atitudes (mensuradas pela escala EAR-20) de conhecimento religioso ($r = -0,282$; $p < 0,001$), comportamento ($r = -0,276$; $p < 0,001$), sentimento religioso ($r = -0,125$; $p = 0,020$), corporeidade religiosa ($r = -0,120$; $p = 0,026$), e sintomas de **ansiedade**. Tais achados indicaram que quanto maior o grau desses tipos de religiosidade nos alunos, menor presença de sintomas de ansiedade foi encontrada na amostra total analisada; permitindo estimarmos que a **religiosidade** (mensurada pela Escala **EAR-20**) pode atuar como **fator de proteção** e não de risco para a existência de sintomas de **ansiedade**, na amostra total. Entretanto, quando analisamos essas correlações isoladamente nas turmas de Medicina e Teologia, somente foi encontrada **associação (negativa: benéfica)** estatisticamente significativa

($r = -0,170$; $p = 0,033$) entre **conhecimento religioso e sintomas de ansiedade**, nos alunos de **Teologia**.

TABELA 10 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Exposição: Atitudes Religiosas (EAR-20)	Desfecho: Sintomas de Ansiedade (BAI)					
	Medicina (N = 188)		Teologia (N = 157)		Total (N = 345)	
	Valor		Valor		r	Valor p
	r	p	r	p		
Conhecimento Religioso	-0,093	0,205	-0,170	0,033*	-0,282	< 0,001*
Comportamento Religioso	-0,126	0,084	-0,104	0,196	-0,276	< 0,001*
Sentimento Religioso	-0,021	0,777	-0,017	0,833	-0,125	0,020*
Corporeidade Religiosa	-0,030	0,683	-0,042	0,601	-0,120	0,026*

NOTAS: nível de significância estatística fixado em 0,05 (probabilidade de 5% falso positivo pelo acaso), teste estatístico de Pearson bicaudal; *valor p (probabilidade) < 0,05 = correlação estatisticamente significativa.

LEGENDAS: EAR-20 = Escala de Atitudes Religiosas com 20 itens; BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; r = coeficiente de correlação de Pearson (quanto mais próximo de + 1 ou de - 1, maior associação estatística).

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Em termos de correlação com sintomas de depressão, de acordo com a Tabela 11, na **amostra total** de alunos pesquisados, foi encontrada **correlação negativa (salutar)** com considerável força ($r > 0,3$) e estatisticamente significativa (* asterisco assinalando $p < \text{ou} = 0,05$), entre as atitudes de conhecimento religioso ($r = -0,320$; $p < 0,001$), comportamento religioso ($r = -0,340$; $p < 0,001$), sentimento religioso ($r = -0,235$; $p < 0,001$), corporeidade religiosa ($r = -0,245$; $p < 0,001$), e sintomas de **depressão**. Tais achados indicam que quanto maior o grau desses tipos de religiosidade, menor presença de sintomas de depressão foi encontrada na amostra total analisada; **religiosidade** (medida pela Escala **EAR-20**) como possível **fator de proteção** para o desenvolvimento de sintomas de **depressão**. Quando analisamos isoladamente essas correlações nos dois cursos, foram identificadas associações **negativas (salutares)** estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os **quatro fatores** da EAR-20 e depressão, nos alunos de **Medicina**. No curso de **Teologia**, foi constatada correlação estatisticamente significativa e **negativa (salutar)** apenas entre **conhecimento religioso** e depressão.

TABELA 11 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Exposição: Atitudes Religiosas (EAR-20)	Desfecho: Sintomas de Depressão (BDI)					
	Medicina (N = 188)		Teologia (N = 157)		Total (N = 345)	
	Valor					
	r	Valor p	r	p	r	Valor p
Conhecimento Religioso	-0,155	0,033*	-0,159	0,047*	-0,320	< 0,001*
Comportamento Religioso	-0,237	0,001*	-0,042	0,599	-0,340	< 0,001*
Sentimento Religioso	-0,163	0,026*	-0,062	0,442	-0,235	< 0,001*
Corporeidade Religiosa	-0,201	0,006*	-0,102	0,204	-0,245	< 0,001*

NOTAS: nível de significância estatística fixado em 0,05 (probabilidade de 5% falso positivo pelo acaso), teste estatístico de Pearson bicaudal; *valor p (probabilidade) < ou = 0,05 indica correlação estatisticamente significativa.

LEGENDAS: EAR-20 = Escala de Atitudes Religiosas com 20 itens; BDI = Inventário de Depressão de Beck; r = coeficiente de correlação de Pearson (quanto mais próximo de + 1 ou de - 1, maior associação estatística).

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Em relação à religiosidade mensurada pelo instrumento **P-DUREL**, na **amostra total**, foram encontradas **correlações negativas (salutares)** estatisticamente significativas (* asterisco assinalando $p < \text{ou} = 0,05$), entre maiores graus de intensidade das três dimensões de religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca) e menores graus de sintomas de **ansiedade** (ver Tabela 12). Na análise isolada das amostras de cada curso, o achado se repetiu somente em relação à **religiosidade intrínseca** e apenas na subamostra específica de **Teologia**. Essas correlações negativas podem expressar possível ação desses tipos de **religiosidade** como **fator de proteção** contra o desenvolvimento de sintomas de **ansiedade**.

TABELA 12 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE RELIGIOSIDADES (ORGANIZACIONAL, NÃO ORGANIZACIONAL E INTRÍNSECA) E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Exposição: Religiosidades (P-DUREL)	Desfecho: Sintomas de Ansiedade (BAI)					
	Medicina (N = 188)		Teologia (N = 157)		Total (N = 345)	
	Valor					
	r	p	r	Valor p	r	Valor p

Religiosidade Organizacional	-0,109	0,137	-0,104	0,195	-0,257	< 0,001*
Religiosidade Não Organizacional	-0,109	0,137	-0,104	0,195	-0,257	< 0,001*
Religiosidade Intrínseca	-0,069	0,346	-0,194	0,015*	-0,228	< 0,001*

NOTAS: nível de significância estatística fixado em 0,05 (probabilidade de 5% falso positivo pelo acaso), teste estatístico de Pearson bicaudal; *valor p (probabilidade) < 0,05 = correlação estatisticamente significativa.

LEGENDAS: P-DUREL: Índice de Religiosidade Duke versão em português; BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; r = coeficiente de correlação de Pearson (quanto mais próximo de + 1 ou de - 1, maior associação estatística).

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

A correlação do grau de sintomas de depressão com a **religiosidade** foi mensurada pelo instrumento **P-DUREL**. Na **amostra total**, foram encontradas **correlações negativas (salutares)** estatisticamente significativas entre maiores graus de intensidade das **três dimensões** de religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca) e menores graus de sintomas de **depressão** (ver Tabela 13). Essa mesma situação foi observada na subamostra do curso de **Medicina**; mas, apenas na **religiosidade intrínseca do curso de Teologia**. Essas **correlações negativas** podem expressar possível ação desses tipos de religiosidade como **fator de proteção** contra o desenvolvimento de sintomas de **depressão**.

TABELA 13 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE RELIGIOSIDADES (ORGANIZACIONAL, NÃO ORGANIZACIONAL E INTRÍNSECA) E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA E DE TEOLOGIA DE RECIFE E JOÃO PESSOA, 2019

Exposição: Religiosidades (P-DUREL)	Desfecho: Sintomas de Depressão (BDI)					
	Medicina (N = 188)		Teologia (N = 157)		Total (N = 345)	
	r	Valor p	r	Valor p	r	Valor p
Religiosidade Organizacional	-0,186	0,011*	0,088	-0,272	-0,308	< 0,001*
Religiosidade Não Organizacional	-0,186	0,011*	0,088	-0,272	-0,308	< 0,001*
Religiosidade Intrínseca	-0,182	0,013*	-0,167	-0,036*	-0,305	< 0,001*

NOTAS: nível de significância estatística fixado em 0,05 (probabilidade de 5% falso positivo pelo acaso), teste estatístico de Pearson bicaudal; *valor p (probabilidade) < 0,05 = correlação estatisticamente significativa.

LEGENDAS: P-DUREL: Índice de Religiosidade Duke versão em português; BDI = Inventário de Depressão de Beck; r = coeficiente de correlação de Pearson (quanto mais próximo de + 1 ou de - 1, maior associação estatística).

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

A **hipótese 3** (seção 3.2.1) da pesquisa empírica da presente tese presumiu que existiria correlação negativa (efeito protetor/benéfico) entre religiosidade (variável de exposição) e sintomas de ansiedade/depressão (variável de desfecho), tanto em alunos de Medicina, quanto em alunos de Teologia. Perante os dados encontrados nas análises correlacionais, quando consideramos as dimensões de religiosidade mensuradas pela Escala de Atitudes Religiosas (**EAR-20**) e pela **P-DUREL**, **a hipótese 3 foi comprovada parcialmente**. Não foi comprovada totalmente porque foi encontrada **correlação negativa (salutar)** estatisticamente significativa somente:

- a) Na subamostra do curso de **Medicina**, entre as **quatro atitudes religiosas** (conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade) da escala EAR-20 e **depressão**, e entre as **dimensões religiosidade organizacional (RO)**, **religiosidade não organizacional (RNO)** e **religiosidade intrínseca (RI)** da P-DUREL e **depressão**;
- b) Na subamostra da graduação de **Teologia**, entre **conhecimento religioso** da escala EAR-20/RI da P-DUREL e **ansiedade/depressão**. Nessa subamostra, não foi identificada correlação estatisticamente significativa entre comportamento/sentimento/corporeidade/RO/RNO e ansiedade/depressão.

A **hipótese 4** presumia que encontraríamos: maior correlação negativa (efeito protetor/benéfico) entre religiosidade (variável de exposição) e ansiedade/depressão (variável de desfecho) nos alunos de Teologia em relação aos estudantes de Medicina. Essa hipótese foi **comprovada** no que diz respeito especificamente a atitude de conhecimento religioso da escala EAR-20, bem como a dimensão religiosidade intrínseca (RI) da escala P-DUREL, e sintomas de ansiedade; pois, somente na subamostra de **Teologia** é que foi encontrada correlação negativa (salutar) entre **conhecimento religioso/RI e ansiedade**. Por outro lado, essa hipótese não foi comprovada totalmente no que se refere à associação negativa entre religiosidade e depressão. Essa correlação foi estatisticamente significativa entre comportamento/sentimento/corporeidade/RO/RNO/RI e depressão, na subamostra de Medicina. E, na subamostra de Teologia, essa correlação somente foi estatisticamente significativa e negativa entre RI e depressão. Ademais, a força de correlação foi maior

nos alunos de Medicina ($r = -0,182$), em relação aos de Teologia ($r = -0,167$). Ver Tabela 13.

3.2.4 Discussão dos resultados

Os resultados encontrados indicaram que os alunos que formaram a subamostra do curso de Medicina (uma universidade pública e duas privadas da cidade de João Pessoa), em sua maioria, eram do sexo feminino (66%), solteiros (89%), com até 27 anos de idade, cristãos (45% católicos e 22% evangélicos), sem outra profissão além de estudante (15% tinham outra ocupação), e com renda familiar de quatro até mais de 20 salários-mínimos. E, os que constituíram a subamostra de Teologia (uma universidade católica de Recife e uma evangélica de João Pessoa), em sua maior parte, eram do sexo masculino (71%) solteiros (mas com um maior número de casados do que na Medicina), com idade igual ou maior que 28 anos (61%), cristãos (51% evangélicos e 49% católicos), estudantes (43% com outra profissão), com um ou mais filhos em percentual (33%) maior do que os alunos de Medicina (8%), e com remuneração familiar de um a 10 salários-mínimos. Em síntese, na amostra estudada na pesquisa de campo da presente tese, em comparação aos estudantes de Medicina, os acadêmicos de Teologia eram em sua maioria homens, 38% casados, com maior faixa etária, maior número de filhos, menor renda familiar e com outras ocupações além de estudante. Essas características sociodemográficas são diferentes das encontradas em amostra de graduandos de Teologia de uma universidade de tradição cristã ortodoxa de Atenas, na qual Kioulos *et al.* (2015) estudou a correlação entre religiosidade e saúde/doença mental; mas não publicou o grau de religiosidade nem a prevalência de sintomas de ansiedade/depressão. Essa amostra grega foi constituída em sua maioria por mulheres (64,9%), solteiras (91,9%) com idade média de 22 anos (KIOULOS *et al.*, 2015).

Mesmo sendo alunos de universidades de confissão cristã, católica (UNICAP) e evangélica (FICV), não deixa de ser interessante o fato de 100% dos discentes de Teologia afirmarem-se cristãos; até porque não há nenhum empecilho formal para que pessoas não cristãs sejam alunos dessas academias. Na amostra de Medicina, 86% afirmaram estar envolvido com alguma forma de prática religiosa; o que coaduna com as convicções de 83,7% da população mundial, 92% dos brasileiros, 91,7% dos paraibanos, 89,6% dos pernambucanos, 85,5% da população de Recife e 94,3% dos

habitantes da cidade de João Pessoa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012, 2017). Assim, dentre os estudantes de Medicina pesquisados na presente tese, 67% se identificaram como cristãos, 17% sem religião definida, 2% espíritas ou budistas, 9% agnósticos – não negam nem afirmam a existência de Deus – e 5% como ateus. Recentemente, Esperandio *et al.* (2021), realizando estudo com alunos de Medicina de uma universidade católica privada do sul do Brasil, constatou que 52,1% tinha afiliação religiosa cristã (40,3% católicos e 11,8% evangélicos), 15,7% afirmaram acreditar em Deus, mas não seguiam nenhuma religião, 12,7% se identificavam como espíritas, 6,2% agnósticos, 6,2% ateus, e 3% se denominavam seguidores do budismo, de religiões afro-brasileiras, islamismo, judaísmo, testemunhas de Jeová, mórmons ou de outras religiões.

Por meio das escalas EAR-20, com suas dimensões de conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade religiosas, e P-DUREL, com os domínios de religiosidades organizacional, não organizacional e intrínseca, a mensuração do grau de religiosidade mostrou que os alunos de Teologia têm maior religiosidade que os de Medicina. Considerando que mais de 70% dos universitários de Teologia responderam que frequentemente ou sempre tinham atitudes de conhecimento, comportamento e sentimento religiosos, eles expressaram alta religiosidade nessas dimensões.

Já no curso de Medicina, mais de 60% dos alunos responderam que frequentemente ou sempre tinham atitudes apenas de comportamento e sentimento religiosos. Na atitude de corporeidade religiosa, essas respostas “frequentemente ou sempre” ocorreu em apenas 45% dos futuros teólogos e 32% dos vindouros médicos.

Quando o grau de religiosidade foi medido pela escala P-DUREL, mais uma vez, os participantes do curso de Teologia referiram maior religiosidade. Digno de nota é o fato dos acadêmicos de Medicina terem respondido com um grau de religiosidade intrínseca maior do que religiosidade organizacional ou não organizacional. Ou seja, 61% dos acadêmicos de Medicina (e 96% de Teologia) declararam que sentiam a presença de Deus na vida, que suas crenças estavam por trás da maneira de viver e que se esforçavam para viver a sua religião em todos os aspectos da vida. A literatura é escassa em estudos que tenham mensurado e comparado a religiosidade de estudantes de Teologia e Medicina. Nosso achado de maior religiosidade em alunos Teologia, em relação aos de Medicina, está de acordo com o único estudo que realizou descrição semelhante, publicado por Mitchell *et al.* (2016). Nesse estudo, alunos da

Harvard Divinity School identificaram-se como pessoas muito (18%) ou moderadamente (64%) religiosas, muito (73%) ou moderadamente (27%) espirituais; e 64% participavam de atividades religiosas quase uma vez por semana. Na mesma pesquisa, a maioria dos estudantes da Harvard Medical School descreveram-se como levemente religiosos (36%) ou não religiosos (24%), muito (24%), moderadamente (42%), levemente (18%) ou não (15%) espirituais; e 21% participavam de atividades religiosas aproximadamente “uma vez a cada semana” (MITCHELL *et al.*, 2016, p. 15). Não há como comparar nossos resultados com amostras brasileiras pelo fato de que, ao nosso conhecimento, não existem pesquisas que tenham descrito a religiosidade de discentes de Teologia. No entanto, quando consideramos trabalhos que analisaram especificamente o curso médico, a subamostra de acadêmicos de Medicina que estudamos apresentou graus de religiosidades muito parecidos com os encontrados em estudos feitos por outros autores (ESPERANDIO *et al.*, 2021; MACHADO *et al.*, 2018). Assim, pesquisa feita com universitários de Medicina da UFPE, identificou médias de religiosidade organizacional e não organizacional de 4 (escala de 1 a 6), e de religiosidade intrínseca de 8,7 (graus de 3 a 15) (MACHADO *et al.*, 2018). Esperandio *et al.* (2021) identificou que os acadêmicos de Medicina de uma universidade privada do sul do Brasil apresentavam religiosidade no valor de 3,5, em uma escala de 1 a 5. Além disso, 64,1% afirmaram participar de cultos religiosos pelo menos uma vez por semana, 72,8% acreditam em Deus e 33,4% oram uma vez por dia.

O achado de uma prevalência de 45% de sintomas de ansiedade na subamostra de estudantes de Medicina que pesquisamos combina aproximadamente com o que foi encontrado por outros autores que analisaram alunos brasileiros do mesmo curso, os quais constataram percentuais entre 30,8% e 41,4% (COSTA *et al.*, 2020; MOUTINHO *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2020; SACRAMENTO *et al.*, 2021). No contexto geograficamente mais próximo, Lacerda *et al.* (2018), usando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, em amostra (pequena) de 30 alunos de Medicina da UFPB, detectou 60% de ansiedade. Usando o Questionário de Preocupação da Pensilvânia (PSWQ), em 417 alunos da UFPE, Machado *et al.* (2018) encontrou média de 41,3 (>45 indica transtorno de ansiedade generalizada). Para esse autor, essa amostra da UFPE tendia a se preocupar demais, e muitos estudantes poderiam ter sido diagnosticados com transtorno de ansiedade generalizada no momento da realização da pesquisa. Vasconcelos *et al.* (2015), utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão,

identificou 19,7% de ansiedade em 234 universitários da Faculdade Pernambucana de Saúde. Fora do Brasil, a prevalência de ansiedade em discentes de Medicina também é muito alta, com algumas poucas exceções: 73% em uma faculdade pública do Egito (FAWZY; HAMED, 2017); 29,4%, em Israel (LUPO; STROUS, 2011); 28,6% na Nigéria (JAMES *et al.*, 2017); 4,7% na Malásia (FRANCIS *et al.*, 2019); 29% em Dubai, um dos emirados que formam a nação dos Emirados Árabes Unidos (AHMED *et al.*, 2009). Ver Tabela 14, que compara a prevalência ou escore médio de ansiedade/depressão encontrado em nossa pesquisa com aqueles descritos no mundo, no Brasil, e em amostras de universidades de Teologia e Medicina brasileiras e estrangeiras.

TABELA 14 – PREVALÊNCIA OU ESCORE MÉDIO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ALUNOS DE TEOLOGIA E MEDICINA NO MUNDO, BRASIL, JOÃO PESSOA E EM OUTROS PAÍSES

População ou Amostra	Prevalência (%) ou Escore (variação da escala)	
	Ansiedade	Depressão
População mundial (WHO, 2017a)	3,6%	4,4%
População brasileira (WHO, 2017a)	9,3%	5,8%
Teologia. Brasil. Recife, João Pessoa, 2019	24%	8%
Teologia. Turquia (GUNAY <i>et al.</i>, 2011)	...	21%
Educação Religiosa. EUA (STEFFEN, 2014)	39 (20-80)	9 (0-63)
Medicina		
. Brasil (UFPB, MJP1, MJP2), 2022	45%	25%
. Brasil (UFPB) (LACERDA <i>et al.</i> , 2018)	60%	...
. Brasil (UFPE) (MACHADO <i>et al.</i> , 2018)	41 (Normal: >45)	24 (10-45)
. Brasil (Faculdade Pernambucana de Saúde) (VASCONCELOS <i>et al.</i> , 2015)	19,7%	5,6%
. Brasil (Faculdade de Medicina do ABC) (BALDASSIN <i>et al.</i> , 2008)	...	38,2%
. Brasil (UFJF) (MOUTINHO <i>et al.</i> , 2017)	37%	35%
. Turquia (GUNAY <i>et al.</i> , 2011)	...	22%
. Malásia (FRANCIS <i>et al.</i> , 2019)	5%	17%
. Nigéria (JAMES <i>et al.</i> , 2017)	29%	21%
. Israel (LUPO; STROUS, 2011)	29%	25%
. Egito (FAWZY; HAMED, 2017)	73%	65%
. Marrocos (RAMMOUZ <i>et al.</i> , 2021)	...	81%
. China (SHIAH <i>et al.</i> , 2015)	8 (0-63)	...
. Dubai (AHMED <i>et al.</i> , 2009)	29%	...

NOTA: com base em recomendações feitas por Pereira (2011, p. 291) e nas normas de apresentação tabular do IBGE, para melhor expressão dos dados na tabela, foram feitos arredondamentos dos números.

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Quando lembramos que, em 2015, a prevalência de ansiedade foi de 3,6% no mundo e 9,3% no Brasil, mesmo sendo bem menor do que a encontrada no curso de Medicina, a frequência de 24% em nossa subamostra de estudantes de Teologia é muito alta. A literatura é escassa em mostrar pesquisas que mediram prevalência de ansiedade no curso de Teologia ou em cursos quase similares. No Brasil, a nossa pesquisa foi pioneira em estudar essa população. Nosso resultado contrasta com o encontrado na minguada literatura. Nesse sentido, na Turquia, em amostra de 341 alunos muçulmanos que incluiu “132 alunos de um curso de Divindades”, Kuyel, Cesur e Ellison (2012, p. 538) encontraram um escore médio baixo de ansiedade de 10,23 (em uma escala de 0 a 46). E, em dois grupos (N: 540; N: 485) de alunos de Educação Religiosa, membros da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (mórmons), nos EUA, Steffen (2014) encontrou uma ansiedade traço média (baixa) de 39,6 pontos (escala de 20 a 80 pontos).

Também podem ser consideradas altas as prevalências de depressão encontradas em nossas amostras de acadêmicos de Medicina (25%) e Teologia (8%), considerando que a depressão acomete 4,4% da população mundial e 5,8% dos brasileiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). No caso do curso médico, essa frequência se aproximou daquela detectada por outros autores, tais como: Lupo e Strous (2011), em Israel (25,2%); James *et al.* (2017), na Nigéria (21,3%); Francis *et al.* (2019), na Malásia (17,4%). Mas, se distanciou da encontrada por outros pesquisadores, incluindo alguns que analisaram amostras de estudantes de Medicina brasileiros:

- a) Baldassin *et al.* (2008), na Faculdade de Medicina do ABC: 38,2% que, da mesma forma que na presente investigação, usou o Inventário de Depressão de Beck (BDI);
- b) Fawzy e Hamed (2017), no Egito: 65%;
- c) Gunay *et al.* (2011), na Turquia: 22%;
- d) Heidari *et al.* (2016, p. 416), no Irã: $43,1 \pm 10,71$, usando a “Zung’s self-reported depression scale”, com escore que varia entre 20 e 80 pontos. Entretanto, embora o título do artigo referente contenha o termo “*Medical students*”, nesse estudo, em uma amostra total de 120 participantes, apenas 7,6% eram estudantes de Medicina;

- e) Machado *et al.* (2018, p. 188), na UFPE: $23,6 \pm 7,4$, usando a escala PANAS, com escore mínimo de 10 e máximo de 45;
- f) Moutinho *et al.* (2017), na UFJF: 34,6%;
- g) Vasconcelos *et al.* (2015), na Faculdade Pernambucana de Saúde: 5,6%.

Poucas são as publicações que relatam os níveis de prevalência de depressão na graduação de Teologia ou em cursos quase similares (GUNAY *et al.*, 2011; KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012; STEFFEN, 2014). Assim, da mesma forma que no estudo sobre ansiedade, a nossa pesquisa descritiva de sintomas de depressão no curso de Teologia foi desbravadora no Brasil. Contudo, na literatura internacional, encontramos uma amostra de estudantes de Teologia com prevalência de depressão muito maior do que a frequência de 8% identificada em nossa amostra de 157 alunos desse curso. Nesse sentido, na Erciyes University, Turquia, Gunay *et al.* (2011) observou uma prevalência de depressão de 21% em uma amostra de 195 discentes de Teologia (islâmica). Nesse artigo publicado por Gunay *et al.* (2011) não há informação sobre a afiliação religiosa dos participantes. Entretanto, o site da Erciyes University (originalmente no idioma turco) apresenta claramente um conteúdo curricular de confissão de fé islâmica (ERCIYES UNIVERSITIES, 2021). Tanto nesse estudo quanto no nosso, os sintomas de depressão foram mensurados pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI). Entretanto, enquanto na amostra turca o valor de corte foi 17 pontos, em nossos participantes brasileiros, nós usamos como ponto de corte 14 pontos (GUNAY *et al.*, 2011). Outros dois estudos publicados mensuraram sintomas de depressão em estudantes de cursos com conteúdo teológico, porém, não descreveram a prevalência desses sintomas (KUYEL; CESUR; ELLISON, 2012; STEFFEN, 2014). Ambos evidenciaram baixos escores médios de sintomas dessa patologia. Kuyel, Cesur e Ellison (2012), referiram 14,19 de escore médio de depressão (em uma escala de 0 a 46), em 341 universitários (incluindo 132 de um curso de Divindades), de uma instituição de confissão muçulmana, na Turquia. Steffen (2014), constatou um escore médio de 9,4 pontos (em uma escala BDI de 0 a 63 pontos) em estudantes mórmons de uma graduação de Educação Religiosa dos EUA.

Quando utilizamos como instrumento mensurador de religiosidade(s) a Escala de Atitudes Religiosas EAR-20, a **correlação negativa (salutar)** entre as atitudes de conhecimento/comportamento/sentimento/corporeidade religiosas, bem como de religiosidade organizacional/religiosidade não organizacional/religiosidade intrínseca, e

depressão, detectada na subamostra de Medicina, e entre a atitude de conhecimento religioso/religiosidade intrínseca e ansiedade/depressão, na subamostra de Teologia, está de acordo com o resultado da revisão sistemática que realizamos na base de dados PubMed/MEDLINE (veja seção 3.1.3 da presente tese). Lá encontramos **16 e 24 estudos com correlação estatística negativa (possível fator de proteção) entre religiosidade e ansiedade, e religiosidade e depressão, respectivamente**. Desses, apenas sete tinham como participantes de pesquisa futuros médicos, um analisou 202 estudantes católicos ortodoxos gregos de um curso de Teologia da Grécia (KIOULOS *et al.*, 2015), e um outro pesquisou alunos mórmons de uma graduação em Educação Religiosa dos EUA (STEFFEN, 2014). No contexto brasileiro, não encontramos estudos desse tipo com amostra de universitários de Teologia.

Em termos de força de correlação, Koenig (2011) nos alerta para o fato de grande parte dos estudos que analisam associações estatísticas entre variáveis comportamentais ou sociais e saúde mental, e que têm plausibilidade clínica para estarem relacionadas, raramente excederem poder de correlação de 0,250-0,300. E, pelo fato de a religiosidade lidar com assuntos existenciais, como vida, sofrimento e morte, e envolver bilhões de pessoas no mundo, quaisquer pequenas correlações estatisticamente significativas (valor p menor ou = 0,05) podem ser de vital importância para a saúde coletiva (KOENIG, 2011).

No que diz respeito aos nossos achados na pesquisa sobre correlação entre **religiosidade e ansiedade** em estudantes de Medicina, a Tabela 15 traz uma comparação com estudos semelhantes encontrados na literatura.

TABELA 15 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE JOÃO PESSOA 2019, COMPARADA COM OUTROS ESTUDOS

Desfecho: Sintomas de Ansiedade								
Exposição: Religiosidade	UFPB	UFJF	UFC	UFPE	Nigéria	Israel	Irã	Malásia
	MJP1 e 2 N: 188	N: 761. Moutinho et al., 2017. ^a	N: 188 Med. + Psic. Taunay et al., 2012. ^b	N: 417 Machado et al., 2018. ^a	N: 623 James et al., 2017.	N: 119 Lupo; Strous, 2011.	N: 285 Vasegh; Mohamadi, 2007. ^b	N: 622 Francis et al., 2019. ^b
	r Pears on	Beta	r Spearm an	Beta	Beta	r Pearson	r Spearm an	r Spearm an

EAR-20	-	...	...	...	...	...	...	...
. Conhecimento Religioso	0,093							
. Comportamento Religioso	0,126							
. Sentimento Religioso	0,021							
. Corporeidade Religiosa	0,030							
P-DUREL				X				-0,016
. Religiosidade Organizacional	0,109							
. Religiosidade Não Organizacional	0,109			X				0,064
. Religiosidade Intrínseca	0,069			X				-0,041
Coping Positivo								0,042
Coping Negativo								0,183**
Adesão a Fé Religiosa					-2,376**			
Questionário de Religiosidade Persa							-0,170**	
.Crença Religiosa								
.Emoção Religiosa							-0,106	
.Comportamento Religioso							-0,107	
. Escore Total						0,240**	-0,148 *	

LEGENDAS:

* – valor p (probabilidade) < ou = 0,05 indicando correlação estatisticamente significativa;

** – valor p (probabilidade) < ou = 0,001 indicando correlação mais estatisticamente significativa;

a – valor beta (ajustado?) da análise de regressão linear múltipla da associação;

b – coeficiente de correlação de Spearman;

X – sem informar o dado, os autores referem que não ocorreu correlação.

EAR-20 = Escala de Atitudes Religiosas com 20 itens;

P-DUREL: Índice de Religiosidade Duke versão em português;

r = coeficiente de correlação de Pearson (quanto mais próximo de + 1 ou de - 1, maior associação estatística).

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

A revisão sistemática que realizamos apontou três trabalhos acadêmicos que analisaram covariâncias entre religiosidade e ansiedade/depressão em alunos do curso

.Crença Religiosa	...	...	...	...	...	X	-0,113	...
.Emoção Religiosa	...	...	...	...	...	X	-0,063	...
.Comportamento Religioso	...	...	...	...	...	X	-0,071	...
. Escore Total	...	...	...	...	...	X	-0.104	...

LEGENDAS:

* – valor p (probabilidade) < ou = 0,05 indicando correlação estatisticamente significativa;

** – valor p (probabilidade) < ou = 0,001 indicando correlação mais estatisticamente significativa;

a – valor beta (ajustado?) da análise de regressão linear múltipla da associação;

b – coeficiente de correlação de Spearman;

X – sem informar o dado, os autores referem que não ocorreu correlação.

EAR-20 = Escala de Atitudes Religiosas com 20 itens;

P-DUREL: Índice de Religiosidade Duke versão em português;

r = coeficiente de correlação de Pearson (quanto mais próximo de + 1 ou de - 1, maior associação estatística).

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

Pesquisa realizada por Machado *et al.* (2018), com estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizada em cidade vizinha à João Pessoa, local de nossa amostra, com coleta de dados realizada um pouco anterior ao nosso momento da pesquisa de campo, usou para mensurar religiosidade somente o instrumento P-DUREL. Nesse trabalho de Machado *et al.* (2018), em que o grau de religiosidade dos acadêmicos se mostrou próximo ao encontrado em nossa amostra, foi evidenciada ausência de associação estatística entre religiosidade organizacional/não organizacional/intrínseca e sintomas de **ansiedade**. Tal fato também ocorreu na subamostra de estudantes de Medicina do nosso estudo; inclusive quando mensuramos a religiosidade dos alunos com a Escala EAR-20. Entretanto, em relação à possível ação preditora da religiosidade para sintomas de depressão, a pesquisa com alunos da UFPE identificou correlação negativa tanto entre a dimensão religiosidade intrínseca do P-DUREL (RI) e **afeto positivo (boas emoções e bom humor)**, quanto entre RI e satisfação com a vida, “surpreendentemente” (MACHADO *et al.*, 2018). Ou seja, nessa amostra, escores pequenos/menores de RI estiveram associados a escores grandes/maiores de afeto positivo e satisfação com a vida – **a religiosidade intrínseca se mostrou como fator de risco para doença mental**.

Na Tabela 16, para adequada ilustração e correspondência com outras citações, nós registramos como um coeficiente de regressão Beta positivo de “0,452**”, com valor p (probabilidade) < ou = 0,001. Tal achado em alunos da UFPE, dito de maneira mais explícita como correlação positiva entre religiosidade e afeto negativo/más emoções,

chama a atenção para a necessidade de lembrarmos que, ao tentarmos mensurar religiosidade, devemos estar cientes de que esse constructo é multidimensional.

Segundo Koenig (2018, p. 32), existem, pelo menos, 17 dimensões da religião, que podem ser estudadas por meio de escalas. Mas, cada escala afere determinados aspectos desse constructo. Então, uma escala ou um fator, domínio ou dimensão de uma escala, pode mostrar um resultado em uma amostra e, na mesma amostra, outra escala que afere outras dimensões pode evidenciar um resultado diferente. Mas, contrastando com os achados de Machado *et al.* (2018), em nossa amostra também de alunos de Medicina, encontramos associação estatística negativa (possível fator de proteção) entre maiores graus de intensidade das três dimensões de religiosidade do P-DUREL e sintomas de depressão. Esse resultado apresentou consonância com o que detectamos quando aferimos a religiosidade dos participantes de nossa amostra com a Escala EAR-20; tendo sido identificada correlação negativa (salutar) entre os quatro fatores da EAR-20 e sintomas depressivos. Pesquisas anteriores mostraram adequada validade da Escala EAR-20 quando analisada como tetrafatorial (conhecimento, sentimento, comportamento e corporeidade) para mensurar a religiosidade de amostras populacionais de pessoas que se declaram: cristãos católicos; cristãos evangélicos; ou espíritas (AQUINO *et al.*, 2013, p. 109, 116). A nossa subamostra de alunos de Teologia foi constituída totalmente por cristãos, e a subamostra de Medicina se mostrou formada por 67% de cristãos, 17% sem religião definida, 2% espíritas ou budistas, 9% agnósticos e 5% ateus.

A Tabela 17 resume uma comparação entre o que encontramos de correlação entre religiosidade e ansiedade/depressão na amostra de estudantes dos cursos de Teologia da UNICAP e da FICV, e os únicos dois trabalhos de pesquisa que realizaram essa análise exclusivamente em estudantes de Teologia. Tomei a liberdade de incluir como se fosse um curso de Teologia o curso de Educação Religiosa da Brigham Young University por se tratar de uma graduação que faz parte de uma universidade de confissão religiosa específica (Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias).

TABELA 17 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE ATITUDES RELIGIOSAS E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE TEOLOGIA DE JOÃO PESSOA 2019, COMPARADA COM OUTROS ESTUDOS

Exposição: Religiosidade	Desfecho: Sintomas de Ansiedade (A) e Depressão (D)		
	Teologia	Teologia Grécia (Atenas)	Educação Religiosa EUA (Provo, Utah)

	Brasil (Recife/João Pessoa) Ciências da Religião N: 157 Cristãos católicos (49%) e evangélicos (51%)		Departamentos de Psiquiatria, Teologia e Psicologia N: 202 Cristãos ortodoxos Kioulos <i>et al.</i> , 2015		Departamento de Psicologia N: 540 N: 485 Mórmons Steffen, 2014	
	r Pearson		r Pearson		r “Correlações bivariadas”	
	A	D	A	D	A	D
EAR-20	-0,170*	-0,159*	...	...	...	...
. Conhecimento Religioso						
. Comportamento Religioso	-0,104	-0,042	...	...	...	...
. Sentimento Religioso	-0,017	-0,062	...	...	...	...
. Corporeidade Religiosa	-0,042	-0,102	...	...	...	...
P-DUREL						
. Religiosidade Organizacional	-0,104	-0,088	-0,220*	-0,130	...	...
. Religiosidade Não Organizacional	-0,104	-0,088	-0,100	-0,110	...	...
. Religiosidade Intrínseca	-0,194*	-0,167*	...	...
BMMRS	...	...	-0,210*	-0,220*	...	...
. Experiências Espirituais Diárias						
. Valores/Crenças	...	...	-0,050	-0,200*	...	...
. Perdão	...	...	-0,170*	-0,280****	...	...
. Significado	...	...	0,150*	0,020	...	...
. Coping Religioso-Espiritual	...	...	0,040	-0,080	...	...
ROS-R	...	...	...	...	0,010	-0,020
. Religiosidade Extrínseca					0,060	0,060
. Religiosidade Intrínseca	...	...	...	...	-0,320**	-0,330**
					-0,330**	-0,330**

LEGENDAS:

* – valor p (probabilidade) < ou = 0,05 indicando correlação estatisticamente significativa;

** – valor p (probabilidade) < ou = 0,001 indicando correlação mais estatisticamente significativa;

a – valor beta (ajustado?) da análise de regressão linear múltipla da associação;

b – coeficiente de correlação de Spearman;

X – sem informar o dado, os autores referem que não ocorreu correlação.

EAR-20 = Escala de Atitudes Religiosas com 20 itens;

P-DUREL: Índice de Religiosidade Duke versão em português;

BMMRS – *Brief Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality* (FETZER INSTITUTE, 1999);

ROS-R – *Religious Orientation Scale-Revised* (GORSUCH; McPHERSON, 1989);

r = coeficiente de correlação de Pearson (quanto mais próximo de + 1 ou de - 1, maior associação estatística).

FONTE: elaborada pelo autor (2022)

CONCLUSÕES DA TESE

No capítulo primeiro, nós refletimos sobre as fronteiras entre ciência e religião, realizamos uma viagem pela evolução histórica da humanidade e de suas expressões religiosas permeadas pela medicina, e apresentamos a perspectiva da antropologia biopsicoespiritual descrita pelo médico neuropsiquiatra Viktor Frankl. Assim, nesse percurso pelo estado da arte da espiritualidade e saúde, concluímos trazendo uma proposta de diferenciação conceitual entre espiritualidade não religiosa e espiritualidade religiosa, religiosidade e religião. Também, tivemos como conclusão a apresentação de uma compreensão tricotomista da constituição humana, proposta por várias religiões diferentes, que permite facilitar o diálogo entre a imanente concretude da finita e limitada existência material humana e a possibilidade de busca e encontro com a espiritual e transcendente preocupação última ou sentido principal da existência.

O capítulo segundo, com sua focalização nos temas religião, ansiedade e depressão, apresentou as teorias que objetivam explicar como a religião, ao mesmo tempo, pode atuar como fator de proteção e fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão. Considerando a teoria de estresse e *coping* de Lazarus e Folkman (FOLKMAN, 1997, 2008, 2010), com suas três estratégias de *coping* – focado na resolução de problemas, na regulação das emoções e no significado –, a teoria do *coping* religioso-espiritual, de Pargament, e de construção de significado, de Crystal L. Park; tivemos como conclusão dessa divisão da tese a proposta de uma classificação original e sistemática das teodiceias em dez tipos:

- a. Negação do mal.
- b. Negação de Deus ou negação de um Deus pessoal provedor.
- c. Teodiceia do fatalismo ou determinismo radical.
- d. Teodiceia dualista.
- e. Negação da bondade de Deus.
- f. Teodiceia do livre arbítrio.
- g. Pedagógica.
- h. De comunhão.
- i. Protelada.
- j. Escatológica.

O capítulo terceiro trouxe conclusões de uma pesquisa de revisão sistemática e de um estudo comparativo do grau de religiosidade, prevalência de ansiedade/depressão, e da influência da religiosidade na existência de sintomas dessas psicopatologias, em alunos dos cursos de graduação em Teologia e Medicina. A revisão sistemática concluiu que a grande maioria das publicações científicas sobre correlações entre religiosidade e ansiedade/depressão evidenciou associação estatística negativa e foram estudos transversais. E, o estudo empírico observacional, quantitativo e transversal que realizamos mostrou as seguintes conclusões a respeito de uma amostra de estudantes universitários:

- a) A hipótese 1 foi comprovada: os estudantes de Teologia têm maior religiosidade que os de Medicina;
- b) A hipótese 2 foi comprovada: os estudantes de Teologia têm menor prevalência de ansiedade e depressão que os de Teologia;
- c) A hipótese 3 foi comprovada parcialmente: existe correlação negativa (possível efeito protetor) entre conhecimento/ comportamento/ sentimento/ corporeidade religiosas e depressão, bem como entre religiosidade organizacional/ não organizacional/ intrínseca e depressão, na subamostra de Medicina, e entre conhecimento religioso/religiosidade intrínseca e ansiedade/depressão, na subamostra de Teologia;
- d) A hipótese 4 foi **comprovada** no que diz respeito especificamente à atitude de conhecimento religioso da escala EAR-20 e a religiosidade intrínseca da escala P-DUREL, pois, somente na subamostra de **Teologia** é que foi encontrada correlação negativa (salutar) entre **conhecimento religioso/religiosidade intrínseca e ansiedade**. Por outro lado, em relação à **depressão**, as atitudes de conhecimento, comportamento, sentimento e corporeidade, bem como as religiosidades organizacional, não organizacional e intrínseca foram preditivas na subamostra de Medicina; enquanto na subamostra de Teologia tal fato ocorreu apenas com as dimensões de **conhecimento religioso e religiosidade intrínseca**.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Comentar sobre limitações aqui na tese me fez lembrar algo que costumávamos falar nos congressos de cirurgia plástica em que participamos, às vezes como

palestrante de mesa redonda sobre diagnósticos e condutas. Quando aparecia um jovem apresentador que mostrava somente *casos bons*, com resultados maravilhosos, os mais experientes logo perguntavam: você não teve nenhuma complicação? Diante disso, aprendemos com os colegas mais maduros e honestos a não suprimir das apresentações as complicações que tivemos que lidar e, antes de apresentá-las, afirmávamos: é bom lembrar que o cirurgião que nunca teve complicação é porque não opera, opera muito pouco, ou está mentindo! Faço agora a analogia, com a pesquisa publicada: o pesquisador que nunca teve um viés ou erro sistemático é porque não faz pesquisas, pesquisa muito pouco, ou está mentindo! A verdade é que nem sempre as coisas acontecem como planejamos e esperávamos. Porém, os erros do passado devem ser refletidos no presente, para que sejam evitados no futuro. E, assim, de pesquisa em pesquisa, o conhecimento científico se desenvolve e é aplicado.

Podemos citar como limitações do presente estudo: o fato da revisão bibliográfica sistemática ter utilizado como base de dado apenas a PubMed/MEDLINE (embora se reconheça que essa é possivelmente a maior base de dados da área de saúde do mundo); a pesquisa de campo não ter alcançado uma amostra maior e mais representativa da população fonte, e ser de delineamento transversal.

Contudo, tendo sido feita de forma sistemática, a revisão de literatura que realizamos sobre a correlação entre religiosidade e ansiedade/depressão em universitários pode ser replicada para um protocolo que envolva outras bases de informações, e a técnica de bola de neve (*snowball*) poderá ser utilizada (FALCÃO; MOURA JÚNIOR, 2019). Esse método consiste em identificar nas referências dos artigos já incluídos na revisão sistemática outras publicações científicas que potencialmente sejam de interesse para a pesquisa. Essa técnica permitirá que novos documentos que comuniquem estudos de correlação entre religiosidade, ansiedade e depressão, já referenciados nos artigos selecionados, sejam acrescentados à revisão. Ademais, mesmo considerando que a base de dados PubMed/MEDLINE talvez seja considerada a melhor fonte de artigos científicos, pelo menos na área de saúde, é intenção do autor que vos fala expandir essa revisão sistemática para outras bases de dados, como a APA PsycNet e a Web of Science.

No que diz respeito à pesquisa de campo, como ela incluiu estudantes de todos os semestres dos dois cursos de graduação, podemos afirmar que as amostras analisadas são representativas da população de cursos de Medicina de João Pessoa e presenciais de Teologia de Recife e João Pessoa. Entretanto, são amostras de uma

universidade pública (UFPB) e duas privadas (MJP 1 e MJP 2) de Medicina de João Pessoa, e de duas faculdades de Teologia, uma de Recife (UNICAP) e outra de João Pessoa (FICV); cidades do nordeste do Brasil. Tal fato restringe a possibilidade de generalização dos resultados encontrados para estudantes dos mesmos cursos, mas de instituições universitárias de outras regiões do Brasil ou do exterior. A cuidadosa metodologia utilizada concede “validade interna” ao presente estudo; mas, a validade externa é limitada (WERNECK; ALMEIDA, 2009, p. 276).

Ademais, em termos metodológicos desse estudo empírico observacional quantitativo, embora os instrumentos psicométricos usados sejam reconhecidamente válidos e de boa qualidade, quando somados formam um conjunto grande de perguntas; o que pode ter gerado impaciência em alguns participantes de pesquisa, e esses terem respondido de maneira inadequada. O fato de ter sido feito um estudo transversal foi adequado para cumprirmos os objetivos de determinar o grau de religiosidade e as prevalências de ansiedade e depressão em estudantes de Teologia e Medicina. Essas medidas descritivas de frequências/prevalências são normalmente obtidas dessa forma; como uma fotografia instantânea de uma determinada amostra estudada. Entretanto, em relação ao objetivo de estudar a influência da religiosidade sobre a ansiedade/depressão, estudos transversais somente nos permitem concluir a respeito de possíveis correlações (associações; covariâncias) estatísticas; as quais podem ter ou não plausibilidade clínica contextual. Então, da mesma maneira que a imensa maioria de outros autores, foi feito um estudo de delineamento transversal e não longitudinal, o que dificulta muito a comprovação clínica de real causalidade entre religiosidade e ansiedade/depressão.

Em relação às análises estatísticas realizadas, como os instrumentos psicométricos que utilizamos já haviam sido testados, avaliados e validados quanto à confiabilidade e validade por outros pesquisadores, em amostras de estudantes universitários brasileiros, decidimos por não repetir essas análises nas nossas amostras de alunos de Teologia e Medicina. No entanto, como temos arquivado esse banco de dados dos participantes, é nossa intenção realizar futura pesquisa dessa natureza, para publicação específica.

Ainda em relação ao componente de pesquisa empírica da presente tese, considerando que realizamos um estudo transversal quantitativo, com mensuração das variáveis religiosidade e descrição das prevalências de ansiedade/depressão, por meio de escalas já validadas pela comunidade científica, esse estudo é passível de ser

replicado para uma futura investigação de delineamento longitudinal, com amostras maiores de estudantes, e com consequentes resultados e interpretações mais consistentes sobre causalidade entre as variáveis independente (exposição) e dependente (efeito).

IMPLICAÇÕES DA PESQUISA PARA EDUCADORES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nós, seres humanos, temos a tendência de compreender e compartilhar o contexto ou estado emocional do outro; pois, quando nascemos já temos empatia afetiva e, por volta de oito a dez meses de idade, já manifestamos empatia cognitiva, tentando compreender as emoções dos outros (MONTERO; MORALES-RODRÍGUEZ, 2021). Como pai de duas filhas maravilhosas que nasceram com deficiência, médico e teólogo, vivencio a realidade da empatia cognitiva-emotiva e da satisfação por compaixão de médicos e teólogos que atuam na assistência, cuidado e conforto daqueles que sofrem e/ou têm hipervulnerabilidades. Mas também, experimento o quanto esses profissionais, bem como cuidadores (de idosos ou de pessoas com deficiência), enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, padres, pastores, freiras e outros, estão constantemente expostos a desenvolverem exaustão emocional (síndrome de *burnout*), fadiga por compaixão, estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (LAGO; CODO, 2013; CAMERON *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2019).

Em algum momento da vida, os futuros teólogos e médicos irão se deparar com a ansiedade e a depressão, seja como paciente, seja como profissional que irá prestar assistência a outras pessoas com essas doenças. Dados interessantes provêm de um estudo no qual foram entrevistadas 8.098 pessoas com transtornos mentais, que responderam ter procurado primeiramente e com mais frequência clérigos (padres, pastores ou rabinos) no lugar de psiquiatras (16,7%) ou clínicos gerais (16,7%). E, cerca de 25% dos que procuraram o clero tinham transtornos mentais graves (WANG; BERGLUND; KESSLER, 2003).

Conforme vimos nos resultados de nossa pesquisa, a alta prevalência de ansiedade e depressão já é uma realidade nos estudantes universitários, antes de se tornarem profissionais que irão atuar no mercado de trabalho. Entretanto, em alguns cursos como o de Medicina, a frequência de sintomas dessas doenças e de suicídio é, geralmente, mais alta do que em outras graduações. Vários são os fatores de risco e

os mecanismos pelos quais estudantes universitários de cursos muito exigentes podem ter má qualidade de vida e desenvolverem doenças mentais e físicas. O modelo conceitual da Figura 22 ilustra essas possibilidades.

FIGURA 22 – ESTRESSE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA E USO DE DROGAS AO LONGO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA



FONTE: Moutinho (2018, p. 49)

A realidade nos mostra que não podemos esquecer que, tanto o futuro médico, quanto outros universitários da área de saúde, e os futuros padres, pastores e conselheiros religiosos podem ser acometidos por doenças mentais e físicas relacionadas às responsabilidades e situações contextuais biopsicossocioespirituais, específicas de suas profissões. Ainda em 1997, Lotufo Neto (1997) realizou um estudo onde constatou uma maior prevalência de transtornos mentais em pastores (47%), quando comparados à população geral de São Paulo à época (31%), sendo que a depressão foi a doença mais comum nesses ministros protestantes (LOTUFO NETO, 1997). Segundo Gomes de Deus (2008, 2009), a depressão nos pastores está relacionada ao estresse de sua profissão, aos problemas em sua igreja local, à baixa ou nula remuneração e a falta de apoio e compreensão da igreja, além da dificuldade de relacionamento conjugal pela falta de tempo de dedicação à família. Herrera *et al.* (2014), numa pesquisa feita com 881 padres latino-americanos, observou que a

exaustão desses clérigos é o principal fator para *burnout* (síndrome do esgotamento profissional).

Tal fato nos alerta para a necessidade de as universidades desenvolverem estratégias adequadas de esclarecimento, prevenção, triagem e acolhimento de seus estudantes no que diz respeito às doenças mentais. Nesse sentido, uma das primeiras soluções apontadas para controlar os riscos de doenças mentais em graduandos foi a instalação da modalidade de plantão psicológico; tendo sido a Universidade de São Paulo pioneira nesse tipo de serviço. Em João Pessoa, na UFPB, desde 2015, existe o Núcleo de Acolhimento e Escuta Psicológica (NAEPSI). Entretanto, esse serviço faz parte de um projeto de extensão em que graduandos de Psicologia, supervisionados por psicólogos, realizam a consulta, e é voltado para o atendimento de funcionários e pacientes do Hospital Universitário da UFPB, acompanhantes dos pacientes e comunidade em geral (ARAÚJO; MEDEIROS NETO; SOUZA, 2016).

Diferente dessa experiência é o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), fundado em 1985, no qual psicólogos e médicos psiquiatras atendem exclusivamente alunos da FMUSP. Após 27 anos de funcionamento, tendo realizado cerca de 21 mil atendimentos, o Grapal recebeu a feliz notícia de que o coeficiente de suicídio entre os alunos daquela faculdade caiu oito vezes e já é ligeiramente menor do que o do Município de São Paulo. Esse grupo cita as seguintes hipóteses que podem explicar essa redução:

os inúmeros tratamentos realizados pelo Grapal de alunos com depressões graves, muitas vezes com ideação suicida ou que chegaram a tentar o suicídio; a melhor compreensão da personalidade dos alunos e a psicoterapia oferecida a eles; as progressivas mudanças realizadas no currículo do curso médico com o intuito de reduzir o estresse dos alunos (períodos livres, matérias optativas, entre outras); a proibição do trote e a criação de uma semana de recepção acolhedora para os alunos do primeiro ano, tornando o ambiente acadêmico mais amistoso; a introdução de um programa de *mentoring*, a tutoria, na qual professores acompanham um pequeno grupo de alunos durante todo o curso; o grande apoio que o Grapal vem recebendo de toda a comunidade acadêmica e dos diretores da FMUSP, mostrando-se sensíveis e solidários aos problemas psicológicos dos alunos; a criação de programas de auxílio financeiro aos alunos e a melhoria das condições de moradia para aqueles que são oriundos de outros estados ou municípios; o maior diálogo existente nos últimos anos entre o corpo discente e docente [...] (RODRIGUES SILVA; BALDASSIN, 2012, p. 115).

Dentre as ações do Grapal da FMUSP, De Marco (2012, p. 123) chama a atenção para a importância da entrevista individual com os alunos do primeiro ano. Cada aluno recebe uma carta marcando uma entrevista com um dos psicólogos do Grapal, os quais não são professores ou vinculados a qualquer dos departamentos da faculdade, e não realizam avaliações ou perícias de estudantes. Juntamente com o prontuário restrito a esses profissionais, essas características resguardam o sigilo e direito à privacidade dos alunos (DE MARCO, 2012).

“Stanley Hauerwas já chamava a atenção para o fato de que nenhum ser humano tem os recursos necessários para ver muita dor sem que a dor o endureça”, e surjam consequências como ansiedade, depressão, abuso de drogas e baixa satisfação no trabalho (FRUSH, 2020, p. 465). Ele convida o médico a suportar o peso moral de cuidar quando a cura não é possível, pois, conforme a própria visão tradicional hipocrática da Medicina, a promessa básica do médico não é curar, mas sim cuidar e estar presente a quem está com dor. Em vez do estudante ou médico residente atuar como um mestre diagnosticador ou um salvador intervencionista, é salutar para os pacientes e para o próprio médico que ele seja capacitado em um ambiente com tempo profissional suficiente para desenvolver um bom relacionamento médico-paciente; em vez de ser assoberbado de tarefas que o afastam do doente e o deixam moralmente endurecido e exausto.

Em sua formação, o médico é treinado para identificar problemas e promover soluções parcialmente pré-definidas; porém tem sido incentivado a assumir papéis de gestão ou sociais que os distanciam do cuidar convivente. Mas, nem sempre se considera o sofrimento, por exemplo, de uma família que acabou de receber a notícia da morte de um ente querido, como um problema a ser resolvido. Diante dessa dificuldade, o médico [e outros profissionais de saúde] necessitam de “comunidades morais externas”, como por exemplo a igreja, para atuarem com uma função pedagógica, trazendo a lembrança de cuidar sempre (FRUSH, 2020, p. 468).

Trazendo a relação entre religiosidade, saúde e doença para o contexto específico dos estudantes universitários, “comunidades morais e religiosas podem servir como parceiros viáveis na formação de profissionais”, por defenderem valores como compaixão e defesa da dignidade da pessoa humana, e estimularem práticas que socializam os membros em hábitos de virtude e solidariedade (BALBONI *et al.*, 2015, p. 208). Essa boa influência das comunidades religiosas, com suas cosmovisões a respeito do sofrimento e da morte, pode se mostrar mais pragmática nos discentes de

cursos das áreas de saúde e ciências humanas, como Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia e Teologia, os quais têm maior possibilidade de contato com pacientes que precisam mais urgentemente de significado e ação à medida que encontram as aflições provocadas pelas doenças e outras adversidades.

Pesquisadores das áreas de Psiquiatria, Sociologia e Teologia realizaram estudo qualitativo com estudantes de Medicina da Harvard Medical School, objetivando identificar como a religião/espiritualidade, entendida como uma socialização primária para muitos, se cruza com a formação médica e a experiência da extensa grade curricular (BALBONI *et al.*, 2015). Eles identificaram que, embora tenham descrito mais lutas com questões de identidade pessoal, autoconfiança e inadequação do conhecimento médico, os participantes religiosos/espirituais relataram menos conflitos de relacionamento dentro da equipe médica, desequilíbrio da vida profissional e estresse emocional decorrente do sofrimento do paciente. Além disso, esses participantes tendem a adotar a oração, a fé e a compaixão como meio-chave de enfrentamento, enquanto os não religiosos/não espirituais eram mais propensos a mencionar como meio de autoproteção um estilo de enfrentamento repressivo de experiências e emoções, juntamente com tentativas de compartimentalizar o lado médico da vida (BALBONI *et al.*, 2015).

A grande maioria dos habitantes do mundo continuam tendo alguma afiliação religiosa, porém, as nações ocidentais mostram sinais de uma transição para uma identidade menos religiosa. Ao mesmo tempo, essa tendência tem coincidido com um aumento significativo na prevalência e gravidades dos transtornos mentais em todo o Ocidente – vazio existencial? Continuam sendo relatadas experiências espirituais de fé, mas muitas delas ocorrem privativamente com indivíduos que não professam uma religião específica, ou referem uma identidade religiosa sem participar de suas reuniões comunitárias. Um exemplo é que 89% dos norte-americanos acreditam em Deus, mas apenas 77% relatam afiliação a um grupo religioso (ROSMARIN; KOENIG, 2020, p. xviii). Entretanto, apesar dessa inclinação à desinstitucionalização da religião, parece que estamos testemunhando um despertar espiritual no campo da saúde mental. Evidências dessa ocorrência são encontradas em pesquisas mostrando que 62% dos psicólogos relataram estudar material espiritual mensalmente e 84% referiram ter se sentido muito perto de um poder ou força espiritual, pelo menos uma vez em suas vidas (ROSMARIN; KOENIG, 2020, p. xix). Ademais, tem aumentado significativamente o número de centros médicos que oferecem tratamento para redução de estresse

baseado na atenção plena, a qual tem origens religiosas, principalmente da prática de meditação budista (ROSMARIN; KOENIG, 2020, p. xviii).

Conforme expusemos quando falamos sobre as teorias de *coping* focado em significados globais, *coping* religioso-espiritual, somente por meio de comunidades religiosas temos acesso a sistemas globais de significado ou cosmovisões capazes de nos fornecerem conforto e sentido de vida quando a tragédia acontece. As religiões têm a capacidade de agrupar comunidades melhor do que qualquer outra forma de **sistema de significado**, e são adequadas para proteger as pessoas da ansiedade existencial, em grande parte porque nos ajudam a compreender e controlar o lado caótico do mundo, “com um ponto final certo, mas indeterminado, para todos os seres vivos – a morte” (ADAM-TROIAN; MOTYL, 2020, p. 413). Sem dúvida, a esperança em uma vida após a morte é um componente alentador que faz parte de quase todas as religiões.

Um povo treinado a lembrar narrativas históricas e morais de ancestrais comuns que cometeram erros na vida, se arrependeram e foram capazes de lidar com as capacidades trágicas e transformadoras do sofrimento, mais facilmente pode suportar as aflições da finitude humana e oferecer ajuda a quem mais precisa. Nessa fronteira entre o sofrer humano e a possibilidade da cura divina, no contexto das doenças mentais, Frankl (2017, p. 73) afirmou que “o alvo da psicoterapia é a cura da alma (*seelische Heilung*), ao passo que o alvo da religião, por seu turno, é a salvação da alma (*Seelenheil*)”. No entanto, durante a psicoterapia, o paciente pode fazer emergir uma fé original, antes soterrada; e, no aconselhamento religioso, pode surgir uma melhora psíquica proporcionada pela religião (FRANKL, 2017). Também, a maneira como o indivíduo vê sua própria religiosidade – conflitua ou não com o divino – e como o médico, psicólogo, psicoterapeuta ou conselheiro pastoral escuta, interpreta e responde à expressão dessa religiosidade, podem ter correlação favorável ou desfavorável com os transtornos mentais.

A cosmovisão pós-moderna de relativismo ético e fuga de metanarrativas estruturantes salutares, além de paradoxal misticismo religioso, tem trazido à humanidade um vazio existencial profundo. Nessa tendência à ausência de sentido da vida, a Logoterapia de Frankl se apresenta como um dos veículos da Psicologia, Psiquiatria e Ciências da Religião capazes de nos transportar à alegria soberana do *Transcendente*, que excede todo entendimento.

Estudos qualitativos e quantitativos sobre religiosidade e saúde realizados em amostras populacionais de estudantes universitários foram descritos para avaliar

interesse de alunos de medicina em aprender sobre espiritualidade no cuidar do paciente (ESPERANDIO *et al.*, 2021; PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; RENSBURG *et al.*, 2013; TANG; WHITE; GRUPPEN, 2002). Também, são descritas pesquisas que avaliaram interesse de alunos de Teologia em aprender sobre doenças mentais (MEISSNER, 1961).

Aos médicos, psicólogos e psicanalistas lembramos que, para abordar um paciente a respeito da espiritualidade, não é necessário ser religioso, antirreligioso ou pró-religioso; mas, é essencial que esses profissionais entendam das relações benéficas e maléficas entre religião e saúde, e saibam um pouco da Teologia da religião do paciente. Principalmente, que tentem compreender as teodiceias de seus pacientes, como parte dos sistemas de significado religioso, capazes de provocar estratégias (*coping*) religiosas-espirituais frente ao sofrimento.

Aos cientistas da religião, teólogos, padres, pastores e conselheiros religiosos lembramos que aconselhamentos espirituais serão salutares se ajudarem o fiel a encontrar feliz sentido de vida, perdão, salvação, força, consolação e contentamento que transcendam os sofrimentos humanos, e traga feliz ligação com Deus, consigo mesmo, com os outros, com a vida e com o universo.

REFERÊNCIAS

- ABDALEATI, Naziha S.; ZAHARIM, Norzarina Mohd; MYDIN, Yasmin Othman. Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. **J Relig Health**, v. n. 55, p. 1929–1937, 2016.
- ABDEL-KHALEK, Ahmed M.; LESTER, David. Constructions of religiosity, subjective well-being, anxiety, and depression in two cultures: Kuwait and USA. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 58, n. 2, p. 138–145, 2010.
- ABDEL-KHALEK, Ahmed M.; NUNO, Laura; GÓMES-BENITO, Juana; LESTER, David. The Relationship Between Religiosity and Anxiety: A Meta-analysis. **Journal of Religion & Health**, v. 58, n. 5, p. 1847-1856, 2019.
- ABI-HABIB, Maria. The child soldiers of Syria. **Wall Street Journal**, New York, Dec. 26, 2014. Disponível em: <https://www.wsj.com/articles/the-child-soldiers-who-escaped-islamic-state-1419628277>. Acesso em: 09 mai. 2021.
- ABU-RAIYA, Hisham. The Psychology of Islam: Current Empirically Based Knowledge, Potential Challenges, and Directions for Future Research. *In*: PARGAMENT, Kenneth I. (ed.). **APA handbook of psychology, religion, and spirituality**: volume 1: Context, Theory, and Research. Washington, DC: American Psychological Association, 2013. p. 681-695. *E-book*.
- ADAM-TROIAN, Jais; MOTYL, Matt. Religion: more essential (and existential) nutrient than opiate for the masses. *In*: VAILL III, Kenneth E.; ROUTLEDGE, Clay. **The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism**. San Diego: Elsevier Science. 2020. p. 405-414. *E-book*.
- AGOSTINHO, Santo. **A verdadeira religião**. São Paulo: Paulinas, 1986.
- AGOSTINHO, Santo. **A natureza do bem**. Porto: Fundação Eng. Antônio de Almeida, 1992.
- AGOSTINHO, Santo. **Confissões**. São Paulo: Paulus, 2014.
- AHMED, Isra; BANU, Hassena; AL-FAGGER, Reem; AL-SUWAIDI, Reem. Cognitive emotions: Depression and anxiety in medical students and staff. **Journal of Critical Care**, v. 24, 2009.
- ALCORÃO**. Português. Niterói: Autch Editora, 2012. 530 p. (Coleção Religião e Filosofia). *E-book*.
- ALCORTA, Candace S. Adolescence and religion: na evolutionary perspective. *In*: LIDDLE, James R.; SHACKELFORD, Todd K (ed.). **The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology and Religion**. Oxford Library of Psychology Series. New York: Oxford University Press. p. 99-116. 2021. *E-book*.

ALLPORT, Gordon W.; ROSS, J. Michael. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432-443, 1967.

ALMEIDA, Marcos Orison Nunes de. **Teologia Sistemática III: Antropologia e Soteriologia**. Apostila de curso de Educação a Distância. Londrina: Faculdade Teológica Sul Americana, 2016.

ALOPA, Olutayo; OLABIS, Oluseyi; ALOBA, Tolulope. The 10-Item Connor–Davidson Resilience Scale: Factorial Structure, Reliability, Validity, and Correlates Among Student Nurses in Southwestern Nigeria. **Journal of the American Psychiatric**, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2016.

ALOSTASE. *In: DeCS/MeSH*, Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/thr/resource/?id=52463&filter=thr_termall&q=alostase. Acesso em: 17 mai. 2021.

ALVAREZ GONZALES, J. L. Homeopatia: una ilusion mas alla del numero de Avogadro. **Revista Cubana de Fisica**, v. 25, n. 1, p. 38, 2008.

ALVES, Afranio Batista; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de Aquino. Atitude Religiosa e Percepção Ontológica do Tempo: um estudo correlacional com pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 1, p. 55-68, 2017.

AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION. **American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2016**. Hanover, MD: American College Health Association; 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica de Aristides Volpato Cordioli *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. *E-book*.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar. Atitude religiosa e crenças dos alunos de Psicologia. **Revista do Unipê**. João Pessoa, n. 9, p. 56 – 63, 2005. Disponível em: http://espiritualidadesentido.yolasite.com/resources/Artigo_religio.pdf. Acesso em: 24 abr. 2018.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar. **Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, João Pessoa, 2009.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar. **A presença não ignorada de Deus na obra de Viktor Frankl: articulações entre llogoterapia e religião**. São Paulo: Paulus, 2014. *E-book*.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar. **Escala de Atitudes Religiosas EAR-20** [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por falcaocirplastic@oi.com.br em 12 dez. 2018.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar. *O Homo religiosus* segundo Viktor Frankl: apontamentos para uma filosofia da religião. **Paralellus**, v. 12, n. 30, p. 521-543, 2021.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar; CORREIA, Amanda Pereira Moreira; MARQUES, Ana Laura Câmara; SOUZA, Cristiane Gabriel de; ASSIS FREITAS, Heloísa Carolina de; ARAÚJO, Izabela Ferreira de; DIAS, Poliana dos Santos; ARAÚJO, Wilma Fernandes. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 2, p. 228-243, 2009.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar; FRANÇA, Ailton Araújo de; SILVA FRANÇA, Josélia da. **Validação de uma escala de atitude religiosa**. Anais do I Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão. São Paulo: 2002. Disponível em: <http://anais.cbp.cfp.org.br/congre/>. Acesso em: 25 abr. 2018.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar; GOUVEIA, Valdiney V.; SILVA, Shirley de Souza; AGUIAR, Andrei Alves. Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20): Evidências de Validade. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 2, p. 109-119, 2013.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar; VÉRAS, Alan da Silva; BRAGA, Daniel Ouriques Lira; VASCONCELOS, Sarah Xavier Peixoto; SILVA, Lorena Bandeira. Logoterapia no contexto da Psicologia: reflexões acerca da análise existencial de Viktor Frankl como uma modalidade de psicoterapia. **Logos & Existência**, v. 4, n. 1, p. 45-65, 2015.

ARAÚJO, Anderson Barbosa; MEDEIROS NETO, Delby Fernandes; SOUZA, Sandra. Espiritualidade-Religiosidade e o plantão psicológico: uma convergência nos processos de saúde. *In*: AQUINO, Thiago Antonio Avellar; CALDAS, Marcos Tulio; PONTES, Alisson de Meneses (org.). **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: CRV, 2016. p. 193-214.

ARISTÓTELES. **Metafísica**. Tradução de Giovanni Reale. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

ARMSTRONG, Karen. **Em defesa de Deus: o que a religião realmente significa**. Tradução de Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras. 2011.

ASANTE, Kwaku Opong; ANDOH-ARTHUR, Johnny. Prevalence and determinants of depressive symptoms among university students in Ghana. **Journal of Affective Disorders**, v. 171, p. 161-166, 2015.

ASP, Erik; RAMCHANDRAN, Kanchna; TRANEL, Daniel. Authoritarianism, religious fundamentalism, and the human prefrontal cortex. **Neuropsychology**, v. 26, n. 4, p. 414-421, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>. Acesso em: 13 jan. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Comportamento suicida**: conhecer para prevenir, dirigido para profissionais de imprensa. 2015. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/imprensa/manual-de-imprensa/>. Acesso em: 13 jan. 2017.

AYALA, Francisco J. Do mito do Éden a um novo jardim: genética e responsabilidade ética. **Revista de Estudos da Religião**, p. 27-49, 2007.

BAILEY, Lee W. Myth. In: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 598-602. *E-book*.

BALBONI, Michael J.; BANDINI, Julia; MITCHELL, Christine; EPSTEIN-PETERSON, Zachary D.; AMOBI, Ada; CAHILL, Jonathan; ENZINGER, Andrea C.; PETEET, John R.; BALBONI, Tracy. Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum: Medical Student and Faculty Reflections. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 50, n. 4, 2015.

BALBONI, Michael J.; PETEET, John R. **Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine**. New York: Oxford University, 2017. *E-book*.

BALDASSIN, Sérgio Pedro (coord.). **Atendimento psicológico aos estudantes de Medicina**: técnica e ética. São Paulo: Edipro, 2012.

BALDASSIN, Sérgio; ALVES, Tânia Correa de Toledo Ferraz; ANDRADE, Arthur Guerra; MARTINS, Luiz Antonio Nogueira. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, v. 8, n. 60, 2008.

BARON, Reuben M.; KENNY, David A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. **J Pers Soc Psychol**, v. 51, n. 6, p. 1173-1182, 1986.

BARROS, Dirson Maciel. **Criacionismo e evolucionismo**: uma possibilidade de equilíbrio a partir do transformismo de Teilhard de Chardin. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2009.

BASSOLS, Ana M.; OKABAYASHI, Lucas S.; SILVA, Anais B.; CARNEIRO, Bruna B.; FEIJÓ, Fernando; GUIMARÃES, Guilherme C.; CORTES, Gabriela N.; ROHDE, Luis A.; EIZIRIK, Claudio L. First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 233-240, 2014.

BATSON, C. Daniel, SCHOENRADE, Patricia A. Measuring religion as quest: 1. Validity concerns. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 30, p. 416-429, 1991a.

BATSON, C. Daniel; SCHOENRADE, Patricia A. Measuring religion as quest: 2. Reliability concerns. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 30, p. 430-447, 1991b.

BAVINCK, Hermann. **Teologia Sistemática**: fundamentos teológicos da fé cristã. Tradução de Vagner Barbosa. São Paulo: SOCEP Sociedade Cristã Evangélica de Publicações, 2001.

BAVINCK, Hermann. **Dogmática reformada**. Tradução de Vagner Barbosa. São Paulo: Cultura Cristã, 2012.

BECK, Aaron Tekin; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An Inventory for Measuring Depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961.

BECK, Aaron Tekin; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R. A. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BECK, Aaron Tekin; STEER Robert A.; GARBIN Margery G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. **Clin Psychol Ver**, n. 8, p. 77-100, 1988.

BEESDO-BAUM, Katja; KNAPPE, Susanne. Developmental epidemiology of anxiety disorders. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, v. 21, n. 3, p. 457-478, 2012.

BÉGOUEN, Henri; BREUIL, Abbé Henry. **Les cavernes du Volp**: Trois Frères-Tuc d'Audoubert à Montesquieu-Avantès (Ariège). Paris: Arts et Métiers Graphiques; 1958.

BEIT-HALLAHMI, Benjamin. Challenges to an Evolutionary Perspective on Religion. *In*: LIDDLE, James R.; SHACKELFORD, Todd K. **The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology and Religion**. Oxford Library of Psychology Series. New York: Oxford University Press. p. 356-373. 2021. *E-book*.

BERNIK, Márcio Antonini; LOTUFO NETO, Francisco. Instrumentos de avaliação de ansiedade. *In*: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, I. (org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

BERRY, Devon M; YORK, Kate. Depression and religiosity and/or spirituality in college: a longitudinal survey of students in the USA. **Nursing and Health Sciences**, v. 13, 76–83, 2011.

BÍBLIA DE ESTUDO ARQUEOLÓGICA NVI. Português. Nova versão internacional (NVI). São Paulo: Vida, 2013.

BÍBLIA DE JERUSALÉM. Português. Nova edição, revista e ampliada. São Paulo: Paulus, 2002.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde. **Revisões sistemáticas como assunto**. 2022a. Disponível em:

https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=L01.178.682.759.575. Acesso em: 27 jan. 2022.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde. **Bibliometria**. 2022b. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=L01.178.682.099.325. Acesso em: 27 jan. 2022.

BLAINEY, Geoffrey. **Uma breve história do cristianismo**. São Paulo: Fundamento Educacional Ltda., 2012.

BLAKEY, Shannon M.; ABRAMOWITZ, Jonathan S. Introduction to Part I: Why Psychological Maintenance Processes? *In*: ABRAMOWITZ, Jonathan S.; BLAKEY, Shannon M. (ed.). **Clinical handbook of fear and anxiety: maintenance processes and treatment mechanisms**. Washington, DC: American Psychological Association, 2020. p. 3-6.

BLOCH, Katia Vergetti; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. *In*: MEDRONHO, Roberto de Andrade; BLOCH, Kátia Vergetti; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro (ed.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 173-179.

BOERO, M. E.; CAVIGLIA, M. L.; MONTEVERDI, R.; BRAIDA, V.; FABELLO, M.; ZORZELLA, L. M. Spirituality of health workers: a descriptive study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, p. 915-921, 2005.

BOIKO, Leonardo. **A figura do rei-demônio na cultura japonesa**. Orientador: Madalena Natsuko Hashimoto Cordaro. 2011. Monografia de Literatura Japonesa II. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://namakajiri.net/letras/2011/maou.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

BOLZANI FILHO, Roberto. *Mímesis em República III: uma flutuação semântica de vocabulário*. **Philosophos Revista de Filosofia**, v. 19, n. 2, p. 245-265, 2014.

BORENSTEIN, Michael. Jacob Cohen, PhD, 1923-1998. Obituary. **Arch Gen Psychiatry**, v. 56, n. 6, p. 581, 1999.

BOTELHO, João Bosco; COSTA, Hideraldo Lima. Pajé: reconstrução e sobrevivência. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 4, p. 927-956, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diretoria de Avaliação (DAV). **Documento de Área. Área 44: Ciências da Religião e Teologia**. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/ciencia-religiao-teologia-pdf>. Acesso em: 25 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União** n. 12, seção 1, p. 59. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 510 de 7 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 44-46. Brasília, DF, 24 mai. 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/Resoluo_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. **Ofício Circular Número 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Brasília, DF, 24 fev. 2021a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Lei Número 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 ago. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Decisão de julgamento de Ação Direta de Inconstitucionalidade número 3481, de 5 de março de 2021b. ADI 3481 **Processo Eletrônico Público Número Único: 0001758-52.2005.1.00.0000**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2292199>. Acesso em: 21 nov. 2021.

BREUIL, Abbé Henri. **Four hundred centuries of cave art**. Traduzido por Mary E. Boyle. 1952. Realizado por Fernand Windels." Livros raros. WCSU Archives, 8 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://archives.library.wcsu.edu/omeka/items/show/2165>. Acesso em: 01 mai. 2021.

BREUIL, Abbé Henri. A Remarkable Painted Cave on the Estate of Lescaux (Montignac, Dordogne) (Reprinted from Nature, January 4, 1941). **Nature**, v. 224, n. 468, 1969.

BUSTER, Aubrey. Myth. *In*: BARRY, J. D.; BOMAR, D.; BROWN, D. R.; KLIPPENSTEIN, R.; MANGUM, D.; RITZEMA, E.; SINCLAIR WOLCOTT, C.; WENTZ, L.; WIDDER, W. (org.). **The Lexham Bible Dictionary** (LBD). Bellingham, WA: Lexham Press. 2016. *E-book*.

BUZDAR, Muhammad Ayub; ALI, Akhtar; NADEEM, Massod; NADEEM, Muhammad. Relationship Between Religiosity and Psychological Symptoms in Female University Students. **J Relig Health**, v. 54, p. 2155-2163, 2015.

CALVINO, João. **As Institutas**: edição especial para estudo e pesquisa. São Paulo: Cultura Cristã, 2002.

CAMERON, Donna; DROMERICK, Laura J.; AHN, Jaeil; DROMERICK, Alexander W. Executive/life coaching for first year medical students: a prospective study. **BMC Medical Education**, v. 19, n. 163, 2019.

CAMPILONGO, Celso Fernandes; GONZAGA, Alvaro de Azevedo; FREIRE, André Luiz. **Enciclopédia Jurídica da PUCSP**. Tomo 1. Teoria geral e filosofia do Direito. 2017. Disponível em: https://enciclopediajuridica.pucsp.br/pdfs/eficiencia-e-direito_591367e86adcd.pdf. Acesso em: 10 mai. 2021.

CÁRDENAS, Óscar G. Flantrmsky. Lógica y divindad en el estoicismo. **I+D Revista de Investigaciones**, v. 8, n. 2, p. 83-90, 2016.

CARNEIRO, Liciania Correia. **Religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

CAUMO, Wolnei; CALVETTI, Prisla Ucker; HENRIQUES, Alexandre Annes. Inventário de Ansiedade Traço-Estado. *In*: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines (org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

CHARDIN, Pierre Teilhard de. **O fenômeno humano**. Porto: Livraria Tavares Martins, 1970.

CHATTERS, Linda M. Religion and health: Public Health Research and Practice. **Annu. Rev. Public Health**, v. 21, p. 335-367, 2000.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CHAVES, Ed C *et al.* Anxiety and spirituality in university students: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 3, p.444-9, 504-9. 2015.

CHENIAUX, Elie. **Psicopatologia e diagnóstico da depressão**. 2013. Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5885/psicopatologia_e_diagnostico_da_depressao.htm. Acesso em: 16 jan. 2022.

CITERO, Vanessa de Albuquerque. Interconsulta psiquiátrica. *In*: BORGES; Durval Rosa; COLOMBO, Arnaldo Lopes; RAMOS, Luiz Roberto; FERREIRA, Lydia Masako;

GUINSBURG, Ruth (orgs.). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle:** diagnóstico e tratamento. 25. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

CLEMENTS, Andrea D.; FLETCHER, Tifani R.; CYPHERS, Natalie A.; ERMAKOVA, Anna V.; BAILEY, Beth. RSAS-3: Validation of a Very Brief Measure of Religious Commitment for Use in Health Research. **J Relig Health**, v. 54, p. 134-152, 2015.

COHEN, Jacob. **Statistical power analysis for the Behavioral Sciences**. 2nd ed. Mahwah (EUA): Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

COLE, Allan Hugh. Anxiety. *In*: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 59-62.

COLLINS, Francis Sellers. **A linguagem de Deus:** um cientista apresenta evidências de Ele existe. São Paulo: Gente, 2007.

CONCEIÇÃO, Ludmila de Souza; BATISTA, Cássia Beatriz; DÂMASO, Juliana Gomes Bergo; PEREIRA, Bruna Schipmann; CARNIELE, Rafael Cevolani; PEREIRA, Gabriel dos Santos. Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. **Avaliação**, v. 24, n. 3, p. 785-802, 2019.

CONNOLLY, John M. Meister Eckhart: Philosopher of Christianity.(Book review). **The Catholic Historical Review**, v. 102, n. 4, p. 831-832, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM No. 2.221/2018. **Diário Oficial da União**, de 24 de janeiro de 2019, Seção I, p. 67. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2221>. Acesso em: 23 dez. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP N. 2/2003, de 24 de março de 2003. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. **Atos Oficiais do Conselho Federal de Psicologia**. 2003.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas**. São Paulo: CRP - SP, 2016. *E-book*. Disponível em: <https://www.crsp.org/uploads/impresso/2900/nligbrLIPPxEuRI-ppL5I7BEi3y6AGkQ.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2022.

CORREIA JÚNIOR, João Luiz. Raízes religiosas da palavra “paz”: um olhar a partir das Sagradas Escrituras judaico-cristãs. **Revista de Cultura Teológica**, v. 13, n. 52, 2005.

COSTA, Deyvison Soares da; MEDEIROS, Natany de Souza Batista; CORDEIRO, Rayane Alves ; FRUTUOSO, Everton de Souza ; LOPES, Johnnatas Mikael; MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de Medicina e estratégias institucionais de enfrentamento. **Rev Bras Educ Med**, v. 44, n. 1, 2020.

COSTANZO, Erin S.; LUTGENDORF, Susan K.; BRADLEY, Sarah L.; ROSE, Stephen L.; ANDERSSON, Barrie. Cancer attributions, distress, and health practices among gynecologic cancer survivors. **Psychosomatic Medicine**, v. 67, n. 6, p. 972-980, 2005.

COSTELO, C. G.; COMREY, A. L. Scales for measuring depression and anxiety. **Journal of Psychology**, v. 66, n. 2, p. 303-313, 1967.

CRAIG, William Lane. **Apologéticas para questões difíceis na vida**. São Paulo: Vida Nova, 2010.

CYRIOUS, Sam. Zoroastrianism. *In*: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 995-997. *E-book*.

CUNHA, Jurema Alcides. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2001.

CURCIO, Cristiane Schumann S.; LUCCHETTI, Giancarlo; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Instrumentos de avaliação de religiosidade e espiritualidade. *In*: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines (org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara Mendes. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**, v. 6, p. 161-174, 2013.

DAVOGLIO, Tárzia Rita; SANTOS, Bettina Steren. Motivação docente: reflexões acerca do construto. **Avaliação**, v. 22, n. 3, p. 772-792, 2017.

DE LIMA OSÓRIO, Flávia; CRIPPA, José Alexandre; LOUREIRO, Sonia Regina. Further psychometric study of the Beck Anxiety Inventory including factorial analysis and social anxiety disorder screening. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, v. 15, n. 4, p. 255-262, 2011.

DE MARCO, Orlando. Como e por que entrevistar os alunos do primeiro ano. *In*: BALDASSIN, Sérgio Pedro (coord.). **Atendimento psicológico aos estudantes de Medicina: técnica e ética**. São Paulo: Edipro, 2012. p. 123-127.

DEL-PORTO, José Alberto. Transtornos de ansiedade (fobias, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada). *In*: BORGES; Durval Rosa; COLOMBO, Arnaldo Lopes; RAMOS, Luiz Roberto; FERREIRA, Lydia Masako; GUINSBURG, Ruth (org.). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle**: diagnóstico e tratamento. 25. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

DEPARTMENT OF MEDICINE DUKE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE. **Harold G. Koenig, MD**. Disponível em: <https://medicine.duke.edu/faculty/harold-g-koenig-md>. Acesso em: 25 jan. 2022.

DEROGATIS, L. R.; MELISARATOS, N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. **Psychological Medicine**, v. 13, p. 595-605, 1983.

DEW, Rachel E.; KOENIG, Harold George. Religious Involvement, the Serotonin Transporter Promoter Polymorphism, and Drug Use in Young Adults. **International Journal of Social Science Studies**, v. 2, n. 1, 2014.

DIAMOND, Stephen A. Possession, Exorcism, and Psychotherapy. *In*: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 590-693. *E-book*.

DIAS, Ewerton Naves; PAIS-RIBEIRO, José Luís. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 55-66, 2019.

DING, K.; YANG, J.; CHIN, M.-K.; SULLIVAN, L.; DEMIRHAN, G.; VIOLANT-HOLZ, V.; UVINHA, R.R.; DAI, J.; XU, X.; POPEŠKA, B.; *et al.* Mental Health among Adults during the covid-19 Pandemic Lockdown: A Cross-Sectional Multi-Country Comparison. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, n. 2686, 2021.

DINIZ, Ana Carolina; AQUINO, Thiago Antonio Avellar. A relação da religiosidade com as visões de morte. **Religare - Revista de Ciências das Religiões**. N. 6, p. 101-13, 2009.

DIÔGENES LAËRTIOS. **Vidas e doutrinas dos filósofos ilustres**. Tradução de Mário da Gama. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

DOYLE WHITE, Ethan. Sympathy for the Devil A Review of Recent Publications in the Study of Satanism. **Correspondences**, v. 5, p. 95-112, 2017.

DuBOSE, Todd. Psychotherapy. *In*: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 739-742. *E-book*.

EDWARDS, Jonathan. **Afeições religiosas**. São Paulo: Vida Nova, 2018. *E-book*.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ELLIS, Harold; ABDALLA, Sala. **A history of surgery**. 3rd ed. Boca Raton, Florida: CRC Press, 2019. *E-book*.

ELLISON, C.W. *Spiritual well-being: Conceptualization and measurement*. **Journal of Psychology and Theology**, La Mirada, CA, v.11, n. 4, p. 330-340, 1983.

ÊMICO. *In*: MICHAELIS, **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/%C3%AAmico/>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ENGEL, George Libman. The Need for a New Medical Model:A Challenge for Biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

EPICURO. **Antologia de texto**; CARO, Tito Lucrécio. Da natureza. CICERO, Marco Túlio. Da república; SÊNECA, Lúcio Aneu. Consolação a minha mãe Hélvia; Da tranqüilidade da alma; Medéia; Apocoloquintose do divino Cláudio; MARCO AURÉLIO. Meditações. Traduções e notas de Agostinho da Silva, Amador Cisneiros, Giulio Davide Leoni, Jaime Bruna. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

ERCIYES UNIVERSITESI. Ders Bilgi Paketi. Graduação. Faculdade de Teologia. **Cursos curriculares e créditos ECTS**. Tradução do turco para o português: Google. Disponível: <https://dbp.erciyes.edu.tr/Program/P3.aspx?Fak=104&lang=0&Pro=104011>. Acesso em: 5 dez. 2021.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. **Rev Horizonte**, v. 12, n. 35, p. 805-832, 2014.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; SOUZA, Yasmin Quiroga; NADALIN Jr., Odenir; HEFTI, René. Spirituality in Clinical Practice: The Perspective of Brazilian Medical Students. **Journal of Religion and Health**, v. 60, p. 2154–2169, 2021.

EURY, Michael; SANDERSON, Peter. **Superman**. Britannica ACADEMIC. 2021. Disponível em: <https://academic.eb.com/levels/collegiate/article/Superman/70400>. Acesso em: 24 mai. 2021.

FALCÃO; Raphael Patrício de Andrade; MOURA JÚNIOR, Pedro Jácome. Desvios de racionalidade e o papel do administrador em processos de negociação. **Gestão & Aprendizagem (G&A)**, v. 8, n. 2, p. 7-24, 2019.

FARID al-DIN ATTAR. Britannica Academic, **Encyclopaedia Britannica**, 4 Aug. 2017. Disponível em: academic.eb.com/levels/collegiate/article/Far%C4%ABd-al-D%C4%ABn-%CA%BFA%E1%B9%AD%E1%B9%AD%C4%81r/11167. Acesso em: 13 jun. 2021.

FARRIS, James Reavis. Aconselhamento psicológico e espiritualidade. *In*: AMATUZZI, Mauro Martins (org.). **Psicologia e espiritualidade**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2008. p. 161-172.

FAWZY, Mohamed; HAMED, Sherifa A. Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. **Psychiatry Research**, v. 255, p. 186-194, 2017.

FEKIH-ROMDHANE, Feten; TOUNSI, Abir; REJEB, Riadh Ben; CHEOUR, Majda. Is Religiosity Related to Suicidal Ideation Among Tunisian Muslim Youth After the January 14th Revolution? **Community Mental Health Journal**, v. 56, p. 165-173, 2020.

FENWICK, Peter. The neurophysiology of religious experience. *In*: BHUGRA, Dinesh (ed.). **Psychiatry and Religion Context, Consensus and Controversies** (Routledge Mental Health Classic Editions). Abingdon (Oxfordshire)/New York: Routledge, 2019. p. 167-177. *E-book*.

FERNANDES, Cláudio. **Pré-História**: Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/historiag/pre-historia.htm>. Acesso em: 9 jan. 2022.

FERREIRA, Franklin; MYATT, Alan. **Teologia Sistemática**: uma análise histórica, bíblica e apologética para o contexto atual. 2. ed. São Paulo: Vida Nova, 2008.

FETZER INSTITUTE. **Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research**: A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. Kalamazoo: Fetzer Institute, 2003 (1999).

FLORES, Mariana Rodrigues; SOUZA, Ana Paula Ramos; MORAES, Anaelena Bragança; BELTRAMI, Luciane. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 2, 2013.

FOLKMAN, Susan. Positive psychological states and coping with severe stress. **Social Science and Medicine**, v. 45, p. 1207-1221, 1997.

FOLKMAN, Susan. The case for positive emotions in the stress process. **Anxiety, Stress, and Coping**, v. 21, n. 1, p. 3-14, 2008.

FOLKMAN, Susan. Stress, coping, and hope. **Psycho-Oncology**, v. 19, p. 901-908, 2010.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (org.). **Bioética e saúde pública**. 3. ed. São Paulo: Loyola; 2009.

FORTI, Samanta; SERBENA, Carlos Augusto; SCADUTO, Alessandro Antonio. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1463-1474, 2020.

FOUCAULT, Michel. O pensamento do exterior. *In*: MOTTA, Manoel Barros da (org.). **Estética: literatura e pintura, música e cinema**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FRANCES, Allen. **Voltando ao normal**: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

FRANCIS, Benedict; GILL, Jesjeet Singh; HAN, Ng Yit; PETRUS, Chiara Francine; AZHAR, Fatin Liyana; SABKI, Zuraida Ahmad; SAID, Mas Ayu; HUI, Koh Ong; GUAN, Ng Chong; SULAIMAN, Ahmad Hatim. Religious Coping, Religiosity, Depression and Anxiety among Medical Students in a Multi-Religious Setting. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, n. 259, 2019.

FRANCIS, Leslie J.; OK, Uzeyir; ROBBINS, Mandy. Religion and Happiness: A Study Among University Students in Turkey. **J Relig Health**, v. 56, p. 1335-1347, 2017.

FRANKL, Viktor Emil. **Fundamentos antropológicos da psicoterapia**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. São Leopoldo: Sinodal/Petrópolis: Vozes, 1994.

FRANKL, Viktor Emil. **A vontade de sentido**: fundamentos e aplicações da logoterapia. São Paulo: Paulus, 2011.

FRANKL, Viktor Emil. **Logoterapia e análise existencial**: textos de seis décadas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FRANKL, Viktor Emil. **A presença ignorada de Deus**. 18. ed. São Leopoldo: Sinodal. Rio de Janeiro: Vozes. 2017.

FRANKL, Viktor Emil. **Psicoterapia e existencialismo**: textos selecionados em Logoterapia. São Paulo: É Realizações, 2020.

FRAYER, David W.; ORSCHIEDT, Jorg; COOK, Jill; RUSSEL, Mary Doria; RADOVCIC, Jarov. Krapina 3: cut marks and ritual behavior? **Periodicum Biologorum**, v. 108, n. 4, p. 519-524, 2006.

FREITAS, Marta Helena. Psicologia religiosa, psicologia da religião/espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade? **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor**, v. 9, n. 1, p. 89-107, 2017.

FREITAS, Marta Helena; VILELA, Paula Rey. Leitura fenomenológica da religiosidade: implicações para o psicodiagnóstico e para a práxis clínica psicológica. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica**, v. XXIII, n. 1, p. 95-107, 2017.

FRUSH, Benjamin W. Suffering Absence: Hauerwas and the Challenges to Faithful Presence in Contemporary Medical Training. **The Linacre Quarterly**, v. 8, n. 4, p. 464-470, 2020.

FUJISAWA, Akiko; OTA, Atsuhiko; MATSUNAGA, Masaaki; LI, Yuanying; KAKIZAKI, Masako; NAITO, Hisao; YATSUYA, Hiroshi. Effect of laughter yoga on salivary cortisol and dehydroepiandrosterone among healthy university students: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 32, p. 6-11, 2018.

GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. **O livro das religiões**. São Paulo: Companhia das Letras/Editora Schwarcz, 2005. *E-book*.

GARSSEN, Bert; VISSER, Anja; MEEZENBROEK, Eltica de Jager. Examining Whether Spirituality Predicts Subjective Well-Being: How to Avoid Tautology. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 8, n. 2, p. 141-148, 2016.

GEDDES, Jennifer L. Theodicy, Useless Suffering, and Compassionate Asymmetry: Primo Levi, Emmanuel Lévinas and Anti-Theodicy. **Religions**, v. 9, n. 114, 2018.

GEISLER, Norman L. **Ética cristã: opções e questões contemporâneas**. 2ª. ed. São Paulo: Vida Nova, 2010.

GEISLER, Norman L; FEINBERG, Paul D. **Introdução à filosofia: uma perspectiva cristã**. Tradução de Gordon Chown. 3. ed. São Paulo: Vida Nova. 2016.

GOEBERT, Deborah; THOMPSON, Diane; TAKESHITA, Junji; BEACH, Cheryl; BRYSON, Philip; EPHGRAVE, Kimberly; KENT, Alan; KUNKEL, Monique; SCHECHTER, Joel; TATE, Jodi. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. **Academic Medicine**, v. 84, n. 2, p. 236-241, 2009.

GOMES, Antonio Maspoli de Araújo. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. **Estudos de Religião**, v. 25, n. 40, 81-109, 2011.

GOMES, Rosemeire Kuchiniski; OLIVEIRA, Vera Barros. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de Enfermagem. **Boletim de Psicologia**, v. 63, n. 138, p. 23-33, 2013.

GOMES DE DEUS, Pérsio Ribeiro. **As influências do sentimento religioso sobre o cristão portador de depressão**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2008.

GOMES DE DEUS, Pérsio Ribeiro. Um estudo da depressão em pastores protestantes. **Ciências da Religião – História e Sociedade**, v. 7, n. 1, p. 189-202, 2009.

GOMES-OLIVEIRA, Márcio Henrique *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Rev Bras. Psiquiatr**, v. 34, n. 4, p. 389-94, São Paulo, Dec. 2012.

GONZÁLEZ, Justo L. **Um breve história das doutrinas cristãs**. São Paulo: Hagnos, 2015.

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

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura; VIEIRA FILHO, Antonio Helio Guerra; TUNG, Teng Chei; ARTES, Rinaldo. Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Beck Depression Inventory on Brazilian College Students. **Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 5, p. 553-562, 1999.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; ARGIMON, Irani Iracema de Lima; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II: adaptação brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang. Fundamentos de mensuração em saúde mental. *In*: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines (org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016a. *E-book*.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang. Inventário de Depressão de Beck (BDI). *In: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines (org.). Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2016b. *E-book*.

GORSUCH, R. L.; VENABLE, G. D. Development of the "Age Universal" I-E scale. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 22, p. 181-187, 1983.

GORSUCH, R. L.; McPHERSON, S. E. Intrinsic/ extrinsic measurement: I/ E-revised and single-item scales. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 28, n. 3, p. 348– 354, 1989.

GRANQVIST, Pehr; MIKULINCER, Mario; SHAVER, Phillip R. An attachment theory perspective on religion and spirituality. *In: VAILL III, Kenneth E.; ROUTLEDGE, Clay (ed.). The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism*. San Diego: Elsevier Science, 2020. p. 175-184.

GRUDEM, Wayne. **Teologia sistemática: atual e exhaustiva**. 2. ed. reimpressa em 2015. São Paulo: Vida Nova, 2010.

GUIMARÃES, Katia Burle dos Santos. Disforia ou *burnout*: subdiagnósticos? *In: BALDASSIN, Sérgio Pedro (coord.). Atendimento psicológico aos estudantes de Medicina: técnica e ética*. São Paulo: Edipro, 2012. p. 101-106.

GUNAY, Osman; AKPINAR, Fatma; POYRAZOGLU, Serpil; ASLANER, Haci. Prevalence of depression among Turkish University Students and related factors. **Turkish Journal of Public Health**, v. 9, n. 3, p. 133-143, 2011.

HALL, Daniel E; MEADOR, Keith G; KOENIG, Harold G. Measuring Religiousness in Health Research: Review and Critique. **J Relig Health**, v. 47, p. 134-163, 2008.

HARRISON, Peter D. **Os territórios da ciência e da religião**. Viçosa, MG: Ultimato, 2017.

HATHAWAY, William L.; PARGAMENT, Kenneth. The psychological perspective: the Religious Dimensions of Coping: Implications for Prevention and Promotion. *In: PARGAMENT, Kenneth I.; MATON, Kenneth I.; HESS, Robert E. (ed.). Religion and prevention in mental health: research, vision, and action*. New York: Routledge Taylor & Francis Group. p. 129-154, 2011. *E-book*.

HEBBANI; Sudharshan; RUBEN, Johnson Pradeep; SELVAM, Sumithra S.; SRINIVASAN, Krishnamachari. Influence of socio-cultural factors on the emotional problems among college going young-adult children of parents with alcoholism: A study from South India. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 37, p. 26-31, 2018.

HEFTI, René. Integrating Spiritual Issues into Therapy. *In: HUGUELET, Philippe; KOENIG, Harold George. Religion and Spirituality in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press, 2009. p. 244-267. *E-book*.

HEFTI, René. The Extended Biopsychosocial Model: a whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry. **Psyche & Geloof**, v. 24, n. 2, p. 119-129, 2013.

HEFTI, René; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual: uma abordagem holística de cuidado ao paciente. **Horizonte**, v. 14, n. 41, p. 13-47, 2016.

HEIDARI, Fateme Ghaedi; PAHLAVANZADEH, Saeid; GHADAM, Mortaza Sabet; DEHGHAN, Mahlagha; IDER, Roohollah. The relationship between religiosity and depression among Medical Students. **Asian J Nur Edu and Research**, v. 6, n. 3, p. 414-418. 2016.

HELENO, Manuel. O Professor Henri Breuil. O Archeologo Português. Lisboa, Museu Ethnographico Português. **Nova série**, v. 3, p. 239-246, 1956.

HEMPEL, Susanne. **Conducting your literature review**. Washington, DC: American Psychological Association, 2020. *E-book*.

HERBERT, Zbigniew. Questões estético-espeleológicas: capela sistina subterrânea. **Revista Piauí**, v. 63, 2011.

HERRERA, H. López *et al.* Multivariate analysis of burnout syndrom in Latin-American priests. **Psicothema**, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2014.

HICK, John. **O mal e o Deus do amor**. Brasília: Universidade de Brasília, 2018.

HIGA, Carlos César. **Período Paleolítico**: Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiag/paleolitico.htm>. Acesso em 9 jan. 2022.

HIGUET, Etienne Alfred. Saúde, doença e cura no pensamento de Paul Tillich: reflexões teológicas e pastorais. **Rev. Pistis Prax**, v. 6, n. 1, p. 167-188, jan./abr. 2014.

HILL, Austin Bradford. The Environment and Disease: Association or Causation? **Proceedings of the Royal Society of Medicine**, v. 58, n. 5, p. 295-300.

HILL, Peter C.; PARGAMENT, Kenneth I. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. S, n. 1, p. 3-17, 2008.

HITCHCOCK, Don. **Don's Maps**, Archaeological Sites, Grotte des Trois-Frères. 2021. <https://www.donsmaps.com/troisfreres.html#reference>. Acesso em: 01 mai. 2021.

HOGUE, Dean R. A validated intrinsic religious motivation scale. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 11, p. 369-376, 1972.

HORWITZ, Allan Victor. How an Age of Anxiety Became an Age of Depression. **The Milbank Quarterly**, v.88, n. 1, p. 112-138, 2010.

HUFFORD, David J. Strengths and weaknesses in the field of spirituality and health. *In: GRASSIE, William (ed.). **Advanced methodologies in the scientific study of religion and spirituality***. Philadelphia: Metanexus Institute, 2010. p. 73-116. *E-book*.

HUMANISM. *In: **Cambridge Dictionary***. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles-portugues/humanism?q=HUMANISM>. Acesso em: 22 dez. 2021. 2021a.

HUMANISM. *In: **Oxford Lexico***. UK Dictionary. Disponível em: <https://www.lexico.com/definition/humanism>. Acesso em: 22 dez. 2021. 2021b.

HUMANISM. *In: **WIKIPEDIA*** The Free Encyclopedia. Disponível em: . Acesso em: 22 dez. 2021. 2021c.

HUMANISMO. *In: **Dicio***. Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/humanismo/>. Acesso em: 22 dez. 2021.

HUME, David. **Diálogos sobre a religião natural**. Tradução, notas e posfácio de Bruna Frascolla. Salvador: EDUFBA, 2016.

HUNGERBUHLER, Ines; WANG, Yuan-Pang. Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos. *In: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines (org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental***. Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

HUTCHINSON, Robert J. **Uma história politicamente incorreta da Bíblia**. Rio de Janeiro: Agir, 2012.

IDLER, E. L.; MUSICK, M. A.; ELLISON, C. G.; GEORGE, L. K.; KRAUSE, N.; ORY, M. G.; PARGAMENT, K. I.; POWELL, L. H.; UNDERWOOD, L.; WILLIAMS, D. R. Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. **Research on Aging**, v. 25, n. 4, p. 327-365, 2003.

INCERTI, Fabiano (coord.). **À escuta do infinito: estamos mais perto de Deus?** Curitiba: PUCPRESS, 2018. *E-book*.

INSTITUTE OF ARCHAEOLOGY LYNN H. WOOD ARCHAEOLOGICAL MUSEUM. Southern to excavate "Fortress of Elah". **Did Sight**, v. 8, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Normas de apresentação tabular**. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **O Brasil em Síntese**. Censo 2010. 2017. Amostra Religião. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/pesquisa/23/22107?localidade1=250750>. Acesso em: 20 abr. 2018.

JAEGER, Werner. **La Teologia de los primeros filosofos griegos**. Pánuco (México): Fondo de cultura económica, 1952.

JAMES, Bawo Onesirosan; THOMAS, Ibironke Felicia; OMOAREGBA, Joyce Ohiole; OKOGBENIN, E. O.; OKONODA, K. M.; IBRAHIM, A. W.; SALIHU, A. S.; OSHODI, Y. O.; OROVWIGHO, A. O.; ODINKA, P. C.; EZE, G. O.; ONYEBUEKE, G. C.; AWEH, B. E. Psychosocial correlates of perceived stress among undergraduate medical students in Nigeria. **International Journal of Medical Education**, v. 8, p. 382-388, 2017.

JANA-MASRI, A.; PRIESTER, P. E. The development and validation of a Qur'an-based instrument to assess Islamic religiosity: The religiosity of Islam scale. **Journal of Muslim Mental Health**, v. 2, p. 177-188, 2007.

JIE, Zhang; JIN, Shenghua. Determinants of suicide ideation: a comparison of Chinese and American college students. **Adolescence**, v. 31, n. 122, 1996.

JOÃO DE DEUS (MÉDIUM). In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2021. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Jo%C3%A3o_de_Deus_\(m%C3%A9diu\)&oldid=62017678](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Jo%C3%A3o_de_Deus_(m%C3%A9diu)&oldid=62017678)>. Acesso em: 9 set. 2021.

JULIAN, Laura J. Measures of Anxiety State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). **Arthritis Care & Research**, v. 63, n. 11, p. 467-472, 2011.

JUNG, Carl Gustav. **Psicologia e religião**. Petrópolis: Vozes, 1978.

KAIPPER, Márcia Balle *et al.* Evaluation of the structure of Brazilian State-Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, p. 223-233, 2010.

KAPAROUNAKI, Chrysi K.; PATSALI, Mikaella E.; MOUSA, Danai-Priskila V.; PAPADOPOULOU, Eleni V.K.; PAPADOPOULOU, Konstantina K.K.; FOUNTOULAKIS, Konstantinos N. University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. **Psychiatry Research**, v. 290, 2020.

KARDEC, Allan. **O evangelho segundo o espiritismo**: com explicações das máximas morais do Cristo em concordância com o espiritismo e suas aplicações às diversas circunstâncias da vida. Brasília: FEB, 2013

KAWAGUCHI, Douglas. Lições de um Xamã Yanomami para a Construção de uma Identidade Pós-Antropocêntrica. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 27, n. 3, p. 328-338, 2021.

KELLER, Timothy. **Caminhando com Deus em meio à dor e ao sofrimento**. São Paulo: Vida Nova, 2016.

KING, D. E.; BUSHWICK, B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. **J Fam Pract**, v. 39, n. 4, p. 349-352, 1994.

KIOULOS, Kanellos; BERGIANNAKI, Joanna-Despoina; GLAROS, A.; VASSILLIADOU, Maria; ALEXANDRI, Z.; PAPADIMITRIOU, G. Religiosity dimensions and subjective health status in Greek students. **Psichiatriki**, v. 26, n. 1, p. 38-44, 2015.

KLASSEN, Pamela E.; HETMANCZYK, Philipp; LUDDECKENS, Dorothea; STEIN, Justin B. Critical approaches to the entanglement of religion, medicine, and healing. *In*: LUDDECKENS, Dorothea; HETMANCZYK, Philipp; KLASSEN, Pamela E.; STEIN, Justin B. (ed.). **The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health**. New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2022. p. 27-46. *E-book*.

KLEIN, Carlos Henrique; BLOCH, Katia Vergetti. Estudos seccionais. *In*: MEDRONHO, Roberto de Andrade; BLOCH, Kátia Vergetti; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro (ed.). **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

KLINGBERG, Haddon. Frankl, Viktor. *In*: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 333-336. *E-book*.

KOENIG, Harold George. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev Psiq Clín**, v. 34, n.1, p. 5-7, 2007.

KOENIG, Harold George. **Spirituality and Health Research**: methods, measurements, statistics, and resources. West Conshohocken (EUA): Templeton Press, 2011. *E-book*.

KOENIG, Harold George. **Medicina, Religião e Saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre, L&PM, 2012.

KOENIG, Harold George. **Religion and Mental Health**: Research and Clinical Applications. London: Elsevier. 2018. *E-book*.

KOENIG, Harold George; BUSSING, Arndt. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG; Harold George.; KING, Dana E.; CARSON, Verna Benner. **Handbook of Religion and Health**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012. *E-book*.

KOENIG, Harold George; NELSON, B.; SHAW, S. F.; AL ZABEN, F.; WANG, Z.; SAXENA, S. Belief Into Action Scale: a brief but comprehensive measure of religious commitment. **Open Journal of Psychiatry**, v. 5, n. 1, p. 66-77, 2015.

KOENIG, Harold George; PARKERSON, H. G; MEADOR, Keith G. *Religion index for psychiatric research*. **Am J Psychiatry**, v. 154, p. 885-6, 1997.

KREEFT, Peter John. **Buscar sentido no sofrimento**. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

KREEFT, Peter John. O mal como evidência a favor de Deus. Entrevista cedida a Lee Strobel. In: STROBEL, Lee. **Em defesa da fé**. São Paulo: Vida, 2002. p. 43-73.

KRYSINSKA, Karolina; LESTER, David; LYKE, Jennifer; CORVELEYN, Josef. Trait Gratitude and Suicidal Ideation and Behavior. **Crisis**, v. 36, n. 4, p. 291-296, 2015.

KRISTENSEN, William Brede. Translate by: O'DONNELL, Laurence. "On Herman Bavinck's Scientific Work". **Reformed Faith & Practice**, v. 3, n. 1, p. 38-49, 2018.

KUIPER, Roel. **Capital moral: o poder de conexão da sociedade**. Brasília: Monergismo, 2019.

KUYEL, Nilay; CESUR, Sevim; ELLISON, Christopher G. Religious orientation and mental health: a study with turkish university students. **Psychological Reports**, v. 110, n. 2, p. 535-546, 2012.

LACERDA, Henrique José Moreira; SOUZA, Lívia Maria Trindade; COUTINHO, Valdenise Pessoa; SILVA, Janaína Micaele dos Santos; TRAJANO, Flávia Maiele Pedroza. Ansiedade-Traço em estudantes de Medicina de uma instituição pública de ensino do Estado da Paraíba. In: ONE, Giselle Medeiros da Costa; PORTO, Maria Luísa Souto (org.). **Saúde: os desafios do mundo contemporâneo**, 4. João Pessoa: Instituto Medeiros de Educação Avançada, 2018.

LAGO, Kennyston; CODO, Wanderley. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 213-221, 2013.

LARSON, Paul. Pantheism. In: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 663-664. *E-book*.

LAVRIC; Miriam; FLERE, Serjef. The Role of Culture in the Relationship Between Religiosity and Psychological Well-being. **J Relig Health**, v. 47, p. 164-175, 2008.

LEÃO, Paula Bertozzi de Oliveira e Sousa; MARTINS, Luiz Antonio Nogueira; MENEZES, Paulo Rossi; BELLODI, Patrícia Lacerda. Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 4, p. 379-386, 2011.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. *E-book*.

LEES-GROSSMANN, Lorna. Evil. In: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 304-305. *E-book*.

LEIBNIZ, Gottfried Wilhelm. **Teodicea**. Ensayos de Teodicea sobre a bondad de Dios, la libertad del hombre y el origen del mal. Tradução de AZCÁRATE, Patricio de. Madri: Casa Editorial de Medina, 1878. Sevilla (Espana): Ediciones de la Isla de Siltolá, 2012. *E-book*.

LEVIN, Jeff; CHATTERS, Linda M.; TAYLOR, Robert Joseph. Theory in Religion, Aging, and Health: An Overview. **J Relig Health**, v. 50, p. 389-406, 2011.

LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós**: ensaios sobre a alteridade. 4. ed. Petrópolis: Vozes Ltda., 2004.

LEWIS, C. S. **A abolição do homem**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LEWIS, C. S. **O problema do sofrimento**. São Paulo: Vida, 2009a.

LEWIS, C. S. **Cartas de um diabo a seu aprendiz**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009b.

LI, Shanshan; OKEREKE, Olivia I.; CHANG, Shun-Chiao; KAWACHI, Ichiro; VANDERWEELE, Tyler J. Religious Service Attendance and Lower Depression Among Women - a Prospective Cohort Study. **Ann. Behav. Med**, v. 50, p. 876-884, 2016.

LIBÓRIO, Luiz Alencar. Religiosidade e saúde integral no hinduísmo e budismo. **Revista de Teologia e Ciências da Religião da Unicap**. Recife, ano IX, n. 2, p. 9-39, jul/dez, 2010.

LIBÓRIO, Luiz Alencar; GUIMARÃES, Valtemir Ramos. Influências psicossociais e religiosas do fundamentalismo bíblico na saúde integral dos adeptos de uma Igreja. **Paralellus**. Recife, v. 6, n. 12, p. 217-236, 2015.

LIDDLE, James R.; SHACKELFORD, Todd K. **The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology and Religion**. Oxford Library of Psychology Series. New York: Oxford University Press. 2021. *E-book*.

LIKERT, Rensis. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, v. 22, p. 5-55, 1932.

LISAGOR, Meredith. Logos. *In*: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 523-525. *E-book*.

LIU, Shenbin; WANG, Zhifu; SU, Yangshuai; QI, Lu; YANG, Wei; FU, Mingzhou; JING, Xianghong; WANG, Yanqing; MA, Qiufu. A neuroanatomical basis for electroacupuncture to drive the vagal–adrenal axis. **Nature**, v. 598, p. 641-671 2021.

LONERGAN, Bernard. **Insight**: um estudo do conhecimento humano. São Paulo: É Realizações, 2010.

LOTUFO NETO, Francisco. **Psiquiatria e Religião**: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. 1997. Tese (Livre Docência). Departamento de Psiquiatria, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behav. Res. Ther**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; PERES, Mario F.; LEÃO, Frederico C.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold George. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **J Relig Health**, v. 51, n. 2, p. 579-86, 2012.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, ; A. L. G.; OLIVEIRA, G. R.; CRISPIM, D.; PIRES, S. L.; GORZONI, M. L.; PANICIO, C. R. G.; KOENIG, H. G. Nursing home care: exploring the role of religiousness in the mental health, quality of life and stress of formal caregivers. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 21, p. 403-413, 2014.

LUCCHETTI, Giancarlo; RAMAKRISHNAN, Parameshwaran; KARIMAH, Azimatul; OLIVEIRA, Gabriela R.; DIAS, Amit; RANE, Anil; SHUKLA, A.; LAKSHMI, S.; ANSARI, B. K.; RAMASWAMY, R. S.; REDDY, Rajender A.; TRIBULATO, Antoinette; AGARWAL, Anil K.; BHAT, Jagadish; SATYAPRASAD, Namburu; AHMAD, Mushtaq; RAO, Pasupuleti Hanumantha; MURTHY, Pratima; KUNTAMAN, Kuntaman; KOENIG, Harold George; LUCCHETTI, Alessandra L. G. Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia. **Int J Behav Med**, v. 23, n.1, p. 63-70, 2016.

LUDDECKENS, Dorothea; LUDDECKENS, Thomas. Contemporary psychiatry and psychotherapy's engagements with religion/spirituality in Europe and North America In: LUDDECKENS, Dorothea; HETMANCZYK, Philipp; KLASSEN, Pamela E.; STEIN, Justin B. (ed.). **The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health**. New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2022. p. 27-46. *E-book*.

LUIZ, Ronir Raggio. Associação estatística em Epidemiologia: análise bivariada. . In: MEDRONHO, Roberto de Andrade; BLOCH, Katia Vergetti; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro (ed.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 429-456.

LUKAS, Elizabeth. **Logoterapia**: a força desafiadora do espírito. São Paulo: Edições Loyola, 1989.

LUPO, M. K.; STROUS, R. D. Religiosity, anxiety and depression among Israeli medical students. **Israel Medical Association Journal**, v. 13, n. 10, p. 613-618, 2011.

MACHADO, Leonardo; SOUZA, Camila Twany Nunes; NUNES, Rosália de Oliveira; SANTANA, Camila Novaes; ARAÚJO, Camila Farias; CANTILINO, Amaury. Subjective well-being, religiosity and anxiety; a cross-sectional study applied to a

sample of Brazilian medical students. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 40, n. 3, p. 185-192, 2018.

MADERA, Pedro Gargantilla. **Historia curiosa de la medicina**: de las trepanaciones a las guerras bacteriológicas. Madrid: La Esfera de los Libros, 2019. *E-book*.

MALTONI, Juliana; PALMA, Priscila de Camargo; NEUFELD, Carmen Beatriz. Sintomas ansiosos e depressivos em universitários brasileiros. **Psico**, v. 50, n. 1, 2019.

MANUELA, Maria. **Amarrações**. Candomblé: o mundo dos orixás. 2012. Disponível em: <https://ocandomble.com/2012/05/19/amarracoes-2/>. Acesso em: 6 jun. 2021.

MARCOLINO *et al.* Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo de validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 57, p. 52-62, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARI, Jair de Jesus; LIMA, Adriano Resende. Transtornos mentais na prática clínica. *In*: BORGES; Durval Rosa; COLOMBO, Arnaldo Lopes; RAMOS, Luiz Roberto; FERREIRA, Lydia Masako; GUINSBURG, Ruth (org.). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle**: diagnóstico e tratamento. 25a. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 1465-1467.

MATHERS, Colin D; LONCAR, Dejan. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. **PLoS Med**, v. 3, n. 11, p. 2011-2030, 2006.

MATKOVIC, Aleksandar. Kriminalitet i satanizam – medusobni odnos i obeležja krivicnih dela. **Pravni Zapisi: časopis Pravnog fakulteta Univerziteta Union u Beogradu**, v. 8, n. 2, p. 296-316, 2017.

McDERMOTT, Gerald R. **Grandes teólogos**: uma síntese do pensamento teológico em 21 séculos de Igreja. São Paulo: Vida Nova, 2013. *E-book*.

McKEE, D. D.; CHAPPEL, J. N. Spirituality and medical practice. **J Fam Pract**, v. 35, n. 2, 205-208, 1992.

McEWEN, Bruce E. Stress mediators: role of the brain. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 8, n. 4, p. 367-381. 2006.

MEIRELES, Marcos Vinícius da Costa. **O Homo religiosus**: a antropologia filosófica de Viktor Emil Frankl. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciência da Religião) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

MEISSNER W. W. Psychiatric training for theology students: a report. **Psychiatr Q**, v. 35, p. 720-725, 1961.

MENON, Preethi; CHAUDHURY, Suprakash; SALDANHA, Daniel; SAHU, Samiksha; SINGH, Vasdev; PATHAK, Vinayak. Stress levels and its association with self-harm and risk-taking behavior in medical undergraduates. **Industrial Psychiatry Journal**, v. 27, n. 1, p. 41-46, 2018.

MeSH Database. **The National Center for Biotechnology Information**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68008016>. Acesso em: 03 jan. 2016.

MESLIN, Michel. **Fundamentos de antropologia religiosa**: a experiência humana do divino. Petrópolis: Vozes, 2014.

MEYMANDI, Assad. The Science of epigenetics. **Psychiatry (Edgemont)**, v. 7, n. 3, p. 40-41. 2010.

MIELE, Neide; POSSEBON, Fabricio. Ciências das Religiões: proposta pluralista na UFPB. **Numen**: revista de estudos e pesquisa da religião, v. 15, n. 2, p. 403-431, 2012.

MISTÉRIO. *In*: MICHAELIS, **Dicionário** Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/Mist%C3%A9rio/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

MITCHELL, Christine M.; EPSTEIN-PETERSON, Zachary D.; BANDINI, Julia; AMOBI, Ada; CAHILL, Jonathan; ENZINGER, Andrea; NOVEROSKE, Sarah; PETEET, John; BALBONI, Tracy; BALBONI, Michael J. Developing a Medical School Curriculum for Psychological, Moral, and Spiritual Wellness: Student and Faculty Perspectives. **J Pain Symptom Manage**, v. 52, n. 5, p. 727-736, 2016.

MONTERO, Estefanía Solla; MORALES-RODRÍGUEZ, Manuel. Evaluation of Anxiety, Suicidal Risk, Daily Stress, Empathy, Perceived Emotional Intelligence, and Coping Strategies in a Sample of Spanish Undergraduates. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, n. 1418, 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold George. Corrigendum to: "Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62(6), 2005, 1486–1497)". **Social Sci. Med**, v. 63, p. 843–845, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold George; LUCCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 36, n. 2, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PERES, Mário F.; ALOE, Flávio; LOTUFO-NETO, Francisco; KOENIG, Harold George. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke - DUREL. **Rev Psiq Clín**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

MOSS III, David M. Theodicy. *In*: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 907-908. *E-book*.

MOSQUEIRO, Bruno Paz; ROCHA, Neusa Sica; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. **Journal of Affective Disorders**, v. 179, p. 128-133, 2015.

MOSQUEIRO, Bruno Paz; PINTO, Alexandre de Rezende; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Spirituality, religion, and mood disorders. *In*: ROSMARIN, David H.; KOENIG, Harold George (ed.). **Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health**. 2nd ed. Academic Press: London, 2020. p. 1-26. *E-book*.

MOUTINHO, Ivana Lúcia Damásio. **Estresse, ansiedade, depressão, qualidade de vida e uso de drogas ao longo da graduação em Medicina: estudo longitudinal**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

MOUTINHO, Ivana Lúcia Damásio; MADDALENA, Natalia de Castro Pecci; ROLAND, Ronald Kleinsorge; GRANERO LUCCHETTI, Alessandra Lamas; TIBIRIÇÁ, Sandra Helena Cerrato; EZEQUIEL, Oscarina da Silva Ezequiel; LUCCHETTI, Giancarlo. Depression, stress and anxiety in medical students: a cross-sectional comparison between students from different semesters depression, stress and anxiety in medical students: A cross- -sectional comparison between students from different semesters. **Rev Assoc Med Bras**, v. 63, p. 21-28, 2017.

MUKAKA, M. M. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. **Malawi Medical Journal**, v. 24, n. 3, p. 69-71, 2012.

MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. **Quando a vida começa?** SUPER Interessante. 2016. Disponível em: <https://super.abril.com.br/ciencia/vida-o-primeiro-instante/#:~:text=A%20vida%20come%C3%A7a%20na%203%C2%AA,a%20duas%20ou%20mais%20pessoas>. Acesso em: 01 jun. 2021.

NADANOVSKY, Paulo; LUIZ, Ronir Raggio; COSTA, Antonio José Leal. Causalidade em saúde. *In*: MEDRONHO, Roberto de Andrade; BLOCH, Katia Vergetti; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro (ed.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 153-169.

NADEEM, Mohammad; ALI, Akhtar; BUZDAR, Muhammad Ayub. The Association Between Muslim Religiosity and Young Adult College Students' Depression, Anxiety, and Stress. **J Relig Health**, v. 56, p. 1170-1179, 2017.

NARD, Antonio Egidio. Transtorno de pânico e hiperventilação. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v. 57, n. 4, p. 932-936, 1999.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. National Center for Biotechnology Information. PubMed Overview. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.ez15.periodicos.capes.gov.br/about/>. Acesso em: 22 jul. 2021.

NEPOMUCENO, Fabio Correia Lima. **Religiosidade e qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise**. 2011. Dissertação

(Mestrado em Ciências das Religiões) – Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

NEPOMUCENO, Fabio Correia Lima; MELO JÚNIOR, Ivaldo Menezes; SILVA, Eveline de Almeida; LUCENA, Kerle Dayana Tavares. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 119-128, 2014.

NIEDERKROTENTHALER, Thomas *et al.* Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. **The British Journal of Psychiatry**, v. 197, p. 234–243, 2010.

NUME. *In*: MICHAELIS, **Dicionário** Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/NUME/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

NUMINOSO. *In*: MICHAELIS, **Dicionário** Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/numinoso/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

O'BRIEN, Graham J.; HARRIS, Timothy J. What on Earth is God doing? Relating theology and science through biblical theology. **Perspectives on Science and Christian Faith**, v. 64, n. 3, p. 147-150, 2012.

OLIVEIRA, Karen Guedes; AQUINO, Thiago Antonio Avellar. A Logoterapia no contexto da Psicologia da Religião. **Interações Cultura e Comunidade**, v. 9 n.16, p. 225-242, 2014.

O'NEIL JÚNIOR, Harold F.; SPIELBERGER, Charles D.; HANSEN, Duncan N. Effects of state anxiety and task difficulty on computer-assisted learning. **Journal of Educational Psychology**, v. 60, n. 5, p. 343-350, 1969.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10**. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa, CLIMEPSI Editores, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Depressão é tema de campanha da OMS para Dia Mundial da Saúde de 2017**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-dia-mundial-da-saude-de-2017/>. Acesso em: 29 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Histórico da pandemia de covid-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad** (Versión: 05/2021). 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>. Acesso em: 18 mai. 2021.

OROPEZA, B. J. **99 Perguntas sobre anjos, demônios e batalha espiritual**. São Paulo: Mundo Cristão, 2000.

OTTO, Rudolf. **O Sagrado**: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional. São Leopoldo: Sinodal/EST. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAGNIN, Daniel; QUEIROZ, Valéria; CARVALHO, Yeska Talita Maia Santos; DUTRA, Augusto Sergio Soares; AMARAL, Monique Bastos; QUEIROZ, Thiago Thomasin. The Relation Between Burnout and Sleep Disorders in Medical Students. **Acad Psychiatry**, v. 38, p. 438-444, 2014.

PAIVA, Geraldo José. Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisas em Psicologia *In*: TEIXEIRA, Francisco Borges; MULLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

PAIVA, Geraldo José. Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina. *In*: AMATUZZI, Mauro Martins (org.). **Psicologia e espiritualidade**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2008. p. 31-47.

PALOUTZIAN, Raymond F. The Spiritual Well-Being Scale: Portuguese Translation and Suggestions for use (A Escala de Bem-Estar Espiritual: tradução para o português e sugestões de uso). **Horizonte**, v. 14, n. 41, p. 76-88, 2016.

PALOUTZIAN, Raymond F. Psychology of Religion in Global Perspective: Logic, Approach, Concepts. **The International Journal for the Psychology of Religion**, v. 27, n. 1, p. 1-13, 2017.

PANZINI, Raquel Gehrke. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de constructo. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Revisão da Literatura: coping (enfrentamento) religioso/espiritual **Rev. Psiq. Clín**, v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007.

PANZINI, Raquel Gehrke; MAGANHA, Camila; ROCHA, Neusa Sica; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Validação brasileira do instrumento

de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev Saude Publica**, v. 45, n.1, p. 153-65, 2011.

PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sica; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev Psiq Clín**, v. 34, p. 105-115, 2007.

PAPAZISIS, Georgios Nicolaou *et al.* Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. **Nursing and Health Sciences**, v. 16, p. 232–238, 2014.

PARENTEAU, Stacy C. Depressive Symptoms and Tobacco Use: Does Religious Orientation Play a Protective Role? **J Relig Health**, v. 57, 1211-1223, 2018.

PARGAMENT, Kenneth I. Religious methods of coping resources for the conservation and transformation of significance. *In*: SHAFRANSKE, Edward (ed.). **Religion and the Clinical Practice of Psychology**. Washington, DC: American Psychological Association, 1996, p. 215-239. *E-book*.

PARGAMENT, Kenneth I.; BURDZY, Margaret Feuille and Donna. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. **Religions**, v. 2, p. 51-76, 2011.

PARGAMENT, Kenneth I.; KENNEL, Joseph; HATHAWAY, William; GREVENGOED, Nancy; NEWMAN, Jon; JONES, Wendy. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal for the Scientific study of religion**, v. 27, n. 1, p. 90-104, 1988.

PARGAMENT, Kenneth I.; KOENIG, Harold G; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **J Clin Psychol**, v. 56: 519-543, 2000.

PARGAMENT, Kenneth I.; MAHONEY, Annette; EXLINE, Julie J.; JONES, James W.; SHAFRANSKE, Edward P. Envisioning an Integrative Paradigm for the Psychology of Religion and Spirituality. *In*: PARGAMENT, Kenneth I (ed.). **APA handbook of psychology, religion, and spirituality**, v. 1: Context, Theory, and Research. Washington, DC: American Psychological Association, 2013. p. 3-20. *E-book*.

PARGAMENT, Kenneth I.; MATON, Kenneth I.; HESS, Robert E. (ed.). **Religion and prevention in mental health: research, vision, and action**. New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2011. *E-book*.

PARGAMENT, Kenneth I.; RAIYA, Hisham Abu. A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. **Psyke & Logos**, v. 28, n. 2, p. 742-766, 2007.

PARGAMENT, Kenneth I.; SMITH, Bruce W.; KOENIG, Harold George; PEREZ, Lisa. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 37, n. 4, p. 710-724, 1998.

PARK, Crystal L. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. **Psychological Bulletin**, v. 136, n. 2, p. 257-301, 2010.

PARK, Crystal L. Religiousness and meaning making following stressful life events. *In*: VAILL III, Kenneth E.; ROUTLEDGE, Clay (ed.). **The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism**. San Diego: Elsevier Science. 2020. p. 273-282. *E-book*.

PASQUALI, Luiz. Princípios de elaboração de escalas. *In*: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines (org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. *E-book*.

PENAFORTE, Fernanda Rodrigues de Oliveira; MINELLI, Maria Clara Santos; ANASTÁCIO, Lucilene Rezende; JAPUR, Camila Cremonesi. Anxiety symptoms and emotional eating are independently associated with sweet craving in young adults. **Psychiatry Research**, v. 271, p. 715-720, 2019.

PEREIRA, Ivo Studart. Espírito e liberdade na obra de Viktor Frankl. **Psicologia USP**, v. 26, n. 3, p. 390-396, 2015.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Artigos científicos**: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PETEET, John R.; BALBONI, Michael J. Spirituality and Religion in Oncology. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 63, p. 280-289, 2013.

PETERSON, Jordan Bernt. **Mapas do significado**: a arquitetura da crença. São Paulo: É Realizações, 2018a. *E-book*.

PETERSON, Jordan Bernt. **12 Regras para a vida**: um antídoto para o caos. Rio de Janeiro: Alta Books. 2018b. *E-book*.

PEW RESEARCH CENTER. **The Global Religious Landscape**: A Report on the Size and Distribution of the World's Major Religious Groups as of 2010. 2012. Disponível em: <http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

PIEDMONT, Ralph L.; WILKINS, Teresa A. Spirituality, Religiousness, and Personality: Theoretical Foundations and Empirical Applications. *In*: PARGAMENT, Kenneth I (ed.). **APA handbook of psychology, religion, and spirituality**, v. 1: Context, Theory, and Research. Washington, DC: American Psychological Association, 2013. p. 173-186. *E-book*.

PIEPER, Frederico. Sobre o conceito de religião. *In*: NOGUEIRA, Paulo Augusto de Souza (org.). **Religião e linguagem**: abordagens teóricas interdisciplinares. São Paulo: Paulus, 2015. p. 373-411.

PLANTINGA, Alvin. **Conhecimento e crença cristã**. Brasília, DF: Academia Monergista, 2018. *E-book*.

PLATÃO. **A República**. Tradução de Maria Helena da Rocha Pereira. 9. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1972.

POGGENPOELL, Marie; MYBURGH, Chris. Competence of Medical Students and Residents in Psychiatry regarding Spirituality, at a South African School of Clinical Medicine. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 45, n. 2, p. 175-188, 2013.

PORTE JÚNIOR, Wilson. **Depressão e graça**: o cuidado de Deus diante do sofrimento de seus servos. São José dos Campos: Fiel, 2016.

PONTES, Alisson de Meneses; AQUINO, Thiago Antonio Avellar; CALDAS, Marcos Tulio. Contextualizando a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. *In*: AQUINO, Thiago Antonio Avellar; CALDAS, Marcos Tulio; PONTES, Alisson de Meneses (org.). **Espiritualidade e saúde**: teoria e pesquisa. Curitiba: CRV, 2016. p. 17-33.

PREVITALLI, Ivete Miranda. Uma vivência espiritual em religiões de matriz africana. *In*: AMATUZZI, Mauro Martins (org.). **Psicologia e espiritualidade**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2008. p. 221-234.

QUEVEDO-SILVA, Filipe; SANTOS, Eduardo Biagi Almeida; BRANDÃO, Marcelo Moll; VILS, Leonard. Estudo bibliométrico: orientações sobre sua aplicação. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 15, n. 2, p. 246-262, 2016.

QUICENO, Japcy Margarita. Afrontamiento religioso espiritual: uma estratégia de afrontamiento ante el dolor y el sufrimento. *In*: ECCO, Clóvis; QUICENO, Japcy Margarita; QUADROS, Eduardo Gusmão; SIGNATES, Luiz. **Religião, saúde e terapias integrativas**, v. 1. Goiânia: Espaço Acadêmico, p. 63-111, 2016.

RADLOFF, Lenore Sawyer. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. **Applied Psychological Measurement**, v. 1, p. 385-401, 1977.

RAMMOUZ, Ismail; AALOUANE, Rachid; EL FAKIR, Samira; EL GHAZI, Mohamed; BENNOUDI, Hanane; TRIMASSE, Naima; MADAOUI, Redouane; BOUJRAF, Saïd; KOENIG, Harold George. Cultural Adaptation and Validation of the Moroccan Arabic Version of the Muslim Belief into Action (BIAC) Scale. **Journal of Religion and Health**, v. 60, p. 549-562, 2021.

REINKE, André Daniel. **Os outros da Bíblia**: história, fé e cultura dos povos antigos e sua atuação no plano divino. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2019. *E-book*.

RENSBURG, Bernard Janse van; SZABO, C. P.; POGGENPOEL, M.; MYBURG, C. Competence of medical students and residents in psychiatry regarding spirituality, at a South African school of clinical medicine. **Int J Psychiatry Med**, v. 45, n. 2, p.175-188, 2013.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **O juramento de Hipócrates**. São Paulo: Unifesp, 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-04.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.

RIBEIRO, Christiane Fernandes; LEMOS, Carolina Martins Cabrita; ALT, Nina Nogueira; MARTINS, Rulliany Lizia Tinoco; CORBICEIRO, Weydler Campos Hottz; NASCIMENTO, Maria Isabel do. Prevalência de Fatores Associados à Depressão e Ansiedade em Estudantes de Medicina Brasileiros. **Rev. bras. educ. méd**, v. 44, n. 1, 2020.

RICHARDSON, Don. **O fator Melquisedeque: o testemunho de Deus nas culturas por todo o mundo**. 3. ed. São Paulo: Vida Nova, 2008.

RODEBAUGH, Thomas L.; WEISMAN, Jaclyn S.; TONGE, Natasha A. Anxiety disorders. In: BUTCHER, N.; HOOLEY, J. M. (ed.). **AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). APA Handbook of Psychopathology: Understanding, Assessing, and Treating Adult Mental Disorders**. Washington, DC: APA, 2018. p. 429-454. *E-book*.

RODRIGUES, Aroldo; ASSMAR, Eveline Maria Leal; JABLONSKI, Bernardo. **Psicologia Social**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

RODRIGUEZ-RAD, C. J.; RAMOS-HIDALGO, E. Influencia de la religiosidad y la espiritualidad en el comportamiento ético del consumidor. **Innovar**, v. 27, n. 65, p. 69-80, 2017.

RODRIGUES SILVA, Nilson; BALDASSIN, Sérgio. O suicídio entre estudantes de Medicina: é possível prevenir? In: BALDASSIN, Sérgio Pedro (coord.). **Atendimento psicológico aos estudantes de Medicina: técnica e ética**. São Paulo: Edipro, 2012. p. 111-116.

ROMANACH, Anna Kossak. Esboço histórico sobre a “lei do semelhante”, fundamento da homeopatia. **Revista de Medicina**, v. 63, n. 1 e 2, p. 16-19, 1981.

ROSÁRIO, Maria Conceição; PEREIRA, Ricardo Minniti Rodrigues; MACHADO, Felipe Salles Neves. Transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência. In: BORGES; Durval Rosa; COLOMBO, Arnaldo Lopes; RAMOS, Luiz Roberto; FERREIRA, Lydia Masako; GUINSBURG, Ruth (org.). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle: diagnóstico e tratamento**. 25a. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

ROSMARIN, David H.; KOENIG, Harold George (ed.). **Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health**. 2nd ed. Academic Press: London, 2020. *E-book*.

ROSMARIN, David H.; LEIDL, Bethany. In: ROSMARIN, David H.; KOENIG, Harold George (ed.). **Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health**. 2nd ed. Academic Press: London, 2020. p. 41-56. *E-book*.

ROSSANO, Matt J.; VANDEWALLE, Benjamin. Belief, Ritual, and the Evolution of Religion. In: LIDDLE, James R.; SHACKELFORD, Todd K. **The Oxford Handbook of**

Evolutionary Psychology and Religion. Oxford Library of Psychology Series. New York: Oxford University Press. p. 83-98. 2021. *E-book*.

ROTHMAN, Kenneth J. Causes. **American Journal of Epidemiology**, v. 104, n. 6, p. 587-592, 1976.

SACRAMENTO, Bartira Oliveira; ANJOS, Tassiana Lima dos; BARBOSA, Ana Gabriela Lopes; TAVARES, Camila Fagundes; DIAS, Juarez Pereira. Sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes de medicina: estudo de prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 1, 2021.

SAGORY, Thomas (coord.). **Musée D'Archéologie Nationale.** Domaine National de Saint-Germain-en-Laye. Grands sites archéologiques. Disponível em: <https://archeologie.culture.fr/lascaux/fr/interpretations>. Acesso em: 01 mai. 2021.

SAMUEL, Albert. **As religiões hoje.** Tradução de Benôni Lemos. São Paulo: Paulus, 1997.

SANTOS, Valdeci da Silva. A teologia relacional: suas conexões com o teísmo aberto implicações para a igreja contemporânea. **Fides Reformata**, v. 12, n. 1, p. 27-55, 2007.

SAYÃO, Luiz. **O problema do mal no Antigo Testamento:** o caso de Habacuque. São Paulo: Hagnos, 2012.

SCHNEIDER, Edward L. Aging in the third millennium. **Science**, v. 283, p. 796-7, 1999.

SCHNEIDERS, Sandra Marie. Religion vs. spirituality: a contemporary conundrum. **Spiritus**, v. 3, p. 163–185, 2003.

SCHNELL, Tatjana; FUCHS, Dietmar; HEFTI, René. Worldview Under Stress: Preliminary Findings on Cardiovascular and Cortisol Stress Responses Predicted by Secularity, Religiosity, Spirituality, and Existential Search. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 2969-2989, 2020.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SECULARIMO. *In: DeCS/MeSH* Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: . Acesso em: 22 dez. 2021.

SERRA, R. D.; MATTOS E DINATO, S. L.; CASEIRO, M. M. Prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students in the city of Santos. **J Bras Psiquiatr**, v. 64, p. 213-220, 2015.

SERSON, Breno. **Transtornos de ansiedade, estresse e depressões:** conhecer e tratar. São Paulo: MG Editores, 2016.

SERVAN-SCREIBER, David. **Curar** – o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise. 25. ed. São Paulo: Sá Editora, 2004.

SHIAH Y. *et al.* Religion and Health: Anxiety, Religiosity, Meaning of Life and Mental Health. **Journal of Religion and Health**, v. 54, p. 35-45, 2015.

SHPERL, Ksenia. Cicero's Religiology with the treatise "De Natura Deorum" as an example. **Vestnik Pravoslavnogo Sviato-Tikhonovskogo gumanitarnogo universiteta. I, Bogoslovie, filosofiiã**, v. 77, n. 77, p. 89-99, 2018.

SHANNON, Nathan Daniel. Ontology and revelation in Bavinck's Stone Lectures. **Scottish Journal of Theology**, v. 73, p. 112–125, 2020.

SHELDRAKE, Philip. **A brief history of spirituality**. Malden: Blackwell Publishig, 2007. *E-book*.

SIGNIFICADOS. Pesquisa Exploratória (Estudo Exploratório). Disponível em: <https://www.significados.com.br/pesquisa-exploratoria/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes depressivas: as três dimensões da doença do século**. São Paulo: Principium. 2016. *E-book*.

SILVA, Marcus T.; GALVÃO, Tais F.; MARTINS, Silvia S.; PEREIRA, Maurício G. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, p. 262-270, 2014.

SMITH, Oswald J. Testemunhos no leito de morte. *In*: SHEDD, Russell Philipi; PIERAT, Alan (ed.). **Imortalidade**. São Paulo: Edições Vida Nova, 2000. p. 249-256.

SMITH, Wilfred Cantwell. **O sentido e o fim da religião**. São Leopoldo: Sinodal, 2006.

SOLJENÍTSIN, Aleksandr. **Arquipélago Gulag: um experimento de investigação artística 1918-1956**. São Paulo: Carambaia, 2020.

SOUSA, Fabiana Josefa do Nascimento; CUNHA FALCÃO, Sérgio; DELGADO, Ana Beatriz de Andrade Borba; MELO, Victória Emmanuely. Depressão e burnout em pastores. **Revista Summae Sapientiae**, n. 2, p. 210-229, 2019.

SOUZA, José Tadeu Batista. Hermenêutica e alteridade em Emmanuel Lévinas. **Aufklärung Revista de Filosofia**, v. I, p. 91-100, 2014.

SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B.; KROENKE, K.; LINZER, M.; DeGRUY, F. V; HAHN, S. R.; JOHNSON, J. G. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. **Journal of the American Medical Association**, v. 272, p. 1749-1756, 1994.

SPRINGER NATURE. **Journal of Religion and Health**. Disponível em: <https://www.springer.com/journal/10943/aims-and-scope>. Acesso em: 16 out. 2021.

STACK, Steven. Religious Activities and Suicide Prevention: A Gender Specific Analysis. **Religions**, v. 9, n. 127. 2018.

STEFFEN, Patrick R. Perfectionism and Life Aspirations in Intrinsically and Extrinsically Religious Individuals. **J Relig Health**, v. 53, p. 945-958, 2014.

STOTT, John. **Entenda a Bíblia**. São Paulo: Mundo Cristão, 2005.

STRAUS, Lawrence Guy. **L'Abbe Henri Breuil: Archaeologist**. Bulletin of the History of Archaeology, v. n. 1, p.5-9, 1992.

STROBEL, Lee. **Em defesa da fé**. São Paulo: Vida, 2002.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disord**, v.15, p. 385-93, 2013.

STUMP, J. B. Did God Guide Our Evolution? **Perspectives on Science and Christian Faith**, v. 72, n. 1, p. 15-20, 2020.

SULMASY, Daniel P. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. **Gerontologist**, v. 42, n. 3, p. 24-33, 2002.

SULTAN, Sarwat; KANWAL, Frasad; HUSSAIN, Irshad. Moderating Effects of Personality Traits in Relationship Between Religious Practices and Mental Health of University Students. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 2458-2468, 2020.

SUMEDHO, Ajahn. **As quatro nobres verdades**. Tradução de Kãñcano Bhikkhu. Inglaterra: Amaravati Publications, 2007.

TABALIPA, Fábio de Oliveira; SOUZA, Mariana Fuganti; PFUTZENREUTER, Gláucia; LIMA, Vinícius Carriero; TRAEBERTI, Eliane; TRAEBERT, Jefferson. Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. **Rev Bras Educ Med**, v. 39, p. 388-394, 2015.

TAL, Duby; HARAMATI, Moni; GIBSON, Shimon. **Flights into biblical archaeology**. Israel: Albatross, 2010.

TANG, T.S.; WHITE, C.B.; GRUPPEN, L.D. Does spirituality matter in patient care? Establishing relevance and generating skills. **Academic Medicine**, v. 77, n. 5, 2002.

TASSELL-MATAMUA, Natasha; HOLDEN, Janice Miner. Near-death experiences: the mystical feeling of “crossing over” and its impact on faith and spirituality. *In*: VAILL III, Kenneth E.; ROUTLEDGE, Clay. **The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism**. San Diego: Elsevier Science. 2020. p. 51-61. *E-book*.

TAUNAY, Tauily Claussen D'Escragnolle; GONDIM, Francisco de Assis; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validação da versão

brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 39, n. 4, p.130-135, 2012.

TEIXEIRA, Faustino. O potencial libertador da espiritualidade e da experiência religiosa. *In*: AMATUZZI, Mauro Martins (org.). **Psicologia e espiritualidade**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2008. p. 13-30.

TEKKE, Mustafa; WATSON, P. J.; KAYADIBI, Saim; CHEN, Zhuo Job. Amanah and Muslim Identity: Relationships with Religious and Psychological Adjustment in Malaysia. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 891-904, 2020.

TERRIEN, Samuel. **Jó**. São Paulo: Paulus, 1994.

TERRIN, Aldo Natale. **O Sagrado Off Limits**: a experiência religiosa e suas expressões. São Paulo, Edições Loyola, 1998.

TERRIZZI JÚNIOR, John A; SHOOK, Natalie J. Religion An Evolutionary Evoked Disease-Avoidance Strategy. *In*: LIDDLE, James R.; SHACKELFORD, Todd K. **The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology and Religion**. Oxford Library of Psychology Series. New York: Oxford University Press, 2021. p. 198-212. *E-book*.

THIS MONTH'S featured psychiatrist: Meymandi Assad MD, PhD, DLFAPA. **Psychiatry (Edgmont)**, v. 7, n. 6, p. 45-48, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898841/>. Acesso em: 11 mai. 2021.

THURSTONE, L. L. Attitudes Can Be Measured. American **Journal of Sociology**, v. 33, p. 529-554, 1928.

THURSTONE L. L.; CHAVE, E. J. **The measurement of attitude**: A psychophysical method and some experiments with a scale for measuring attitude toward the church. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1928.

TILLICH, Paul. **Dynamics of Faith**. New York, Harper e Brothers, 1958.

TREVINO, Kelly M.; PARGAMENT, Kenneth I. Medicine, spirituality, religion, and psychology. *In*: BALBONI, Michael J.; PETEET, John R. **Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine**. New York: Oxford University Press, 2017. p. 233-262.

UNITED STATES HOLOCAUST MEMORIAL MUSEUM. **Enciclopédia do Holocausto**: documentando o número de vítima do Holocausto e da perseguição nazista. Disponível em: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/pt-br/article/documenting-numbers-of-victims-of-the-holocaust-and-nazi-persecution>. Acesso em: 23 ago. 2020.

UTSCH, M. Spiritualität – Wert der Beziehung. **Der Nervenarzt**, v. 87, p. 1152-1162, 2016.

VALLE, João Edênio dos Reis. Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. *In*: AMATUZZI, Mauro Martins (org.). **Psicologia e espiritualidade**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2008. p. 83-107.

VANCE, Todd. Genetics of Religiosity. *In*: LEEMING, David A.; MADDEN, Kathryn; MARLAN, Stanton (ed.). **Encyclopedia of Psychology and Religion**. New York: Springer Science, 2010. p. 347. *E-book*.

VANDERWEELE, Tyler J.; CASE, Brendan. The public health crisis no one is talking about: Americans are rapidly giving up on church. Our minds and bodies will pay the price. **Christianity today**, v. 65, n. 8, p. 36, 2021.

VANDERWEELE, Tyler J.; LI, Shanshan; TSAI, Alexander C.; KAWACHI, Ichiro. Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 8, p. 845-851, 2016.

VASCONCELOS, Tatheane Couto; DIAS, Bruno Rafael Tavares; ANDRADE, Larissa Rocha; MELO, Gabriela Figueirôa ; BARBOSA, Leopoldo ; SOUZA, Edvaldo. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 135-142, 2015.

VASEGH, Sasan; MOHAMMADI, Mohammad-Rhesa. Religiosity, Anxiety, and Depression among a Sample of Iranian. **Int J Psychiatry Med**, v. 37, n. 2, p. 213-227. June 2007.

VERAS, Verônyca. Crimes satânicos. Canal Ciências Criminais. 2018. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.com.br/crimes-satanicos/>. Acesso em: 9 out. 2021.

VILLAS BOAS, Alex. A proposta de uma *Teopatodiceia* como pensamento poético-teológico. **Ciberteologia Revista de Teologia e Cultura**. Ano XVII, n. 36, p. 23-54, 2011.

VILLAS BOAS, Alex. Em busca de uma teologia pública da saúde. **Horizonte, Belo Horizonte**, v. 14, n. 41, p. 89-121, 2016.

VISHKIN, Allon; BEM-NUN BLOOM, Pazit; SCHWARTZ, Shalom; SOLAK, Nevin; TAMIR, Maya. Religiosity and emotion regulation. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 50, n. 9, p. 1050-1074, 2019.

VISSER, Anja; GARSSSEN, Bert; VINGERHOETS, J. J. M. Existential Well-Being Spirituality or Well-Being? **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 3, p. 234-241, 2017.

VOLPATO, Gilson Luiz. **Método lógico para redação científica**. Botucatu: Best Writing, 2011.

WALLIS, Robert J. Art and shamanism: from cave painting to the white cube. **Religions**, v. 10, n. 54, 2019.

WANG, Philip S.; BERGLUND, Patricia A.; KESSLER, Ronald C. Patterns and Correlates of Contacting Clergy for Mental Disorders in the United States. **HSR: Health Services Research**, v. 38, n. 2, p. 647-673, 2003.

WATSON, David; CLARK, Lee Anna; TELLEGEN, Auke. Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 54, n. 6, p. 1063-1070, 1988.

WEISSMAN, Gerald. Fashions in science: from philosophers' campo f epigenetics. **The FASEB Journal**, v. 22, p. 4033-4037, 2008.

WERNECK, Guilherme L.; ALMEIDA, Liz M. Validade em estudos epidemiológicos. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade; BLOCH, Kátia Vergetti; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro (ed.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 275-288.

WHITE, Tim D.; ASFAWT, Berhane; DeGUSTA, David; GILBERT, Henry; RICHARDS, Gary D.; SWAS, Gen; HOWELL, F. Clark. Pleistocene Homo sapiens from Middle Awash, Ethiopia. **Nature**, v. 423, p. 742 - 747, 2003.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (The WHO-QOL). Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, p. 1403–1409. 1995.

WHOQOL SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science & Medicine**, v. 62, p. 1486–1497, 2006.

WNUK, Marcin; MARCINKOWSKI, Jerzy Tadeusz. Do Existential Variables Mediate Between Religious-Spiritual Facets of Functionality and Psychological Wellbeing. **J Relig Health**, v. 53, p. 56-67, 2014.

WOLFF, Hans Walter. **Antropologia do Antigo Testamento**. São Paulo: Hagnos, 2014.

WONG-McDONALD, A.; GORSUCH, R. L. Surrender to God: An additional coping style? **Journal of Psychology and Theology**, v. 28, n. 2, p. 149-161. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Construction in Basic Documents**. World Health Organization, Geneva. 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifty-second World Health Assembly**. Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. World Health Organization, p. 1-24, 2017a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory (GHO) data. **Suicide rates** (per 100 000 population). 2017b. Disponível em: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/. Acesso em: 12 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 10 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-10 Version: 2010**. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/F30-F39>. Acesso em: 18 mai. 2021b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus Disease (COVID-19)**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 10 jan. 2022.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaration of Helsinki**. Ethical principles for medical research involving human subjects. 79 373–374. 2001.

WORTHINGTON Jr, E. L.; WADE, N. G.; HIGHT, T. L.; RIPLEY, J. S.; McCULLOUGH, M. E.; BERRY, J. W.; SCHMITT, M. M.; BURSLEY, K. H.; O'CONNOR, L. The Religious Commitment Inventory-10: development, refinement, and validation of a brief scale for research and counseling. **Journal of Counseling Psychology**, v. 50, n. 1, p. 84-96, 2003.

WRIGHT, Nicholas Thomas. **Deus e a pandemia**: uma resposta cristã sobre o coronavírus e suas consequências. Rio de Janeiro: Thomas Nelson, 2020.

WRIGHT, Robert. **Por que o budismo funciona**: como a psicologia evolucionista e a neurociência explicam os benefícios da meditação. Rio de Janeiro: Sextante, 2018.

XAUSA, Izar Aparecida de Moraes. Introdução à edição brasileira. *In*: FRANKL, Viktor Emil. **A presença ignorada de Deus**. 18. ed. São Leopoldo: Sinodal. Rio de Janeiro: Vozes, 2017. p. 5-9.

YOUSEF, Said; ATHAMNEH, Mariam; MASUADI, Emad; AHMAD, Haitham; LONEY, Tom; MOSELHY, Hamdy F.; AL-MASKARI, Fatma; ELBARAZI, Iffat. Association between depression and factors affecting career choice among jordanian nursing students. **Frontiers in Public Health**, v. 5, n. 311, 2017.

ZABATIERO, Júlio Paulo Tavares. Semiótica discursiva e religião. *In*: NOGUEIRA, Paulo Augusto de Souza (org.). **Religião e linguagem**: abordagens teóricas interdisciplinares. São Paulo: Paulus, 2015. p. 217-251.

ZINNBAUER, Brian J. Models of healthy and unhealthy religion and spirituality. *In*: PARGAMENT, Kenneth I. (ed.). **APA Handbook of Psychology, religion, and spirituality**, v. 2. An Applied Psychology of Religion and spirituality. Washington, DC: American Psychological Association, 2013. p. 71-89. *E-book*.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE AFERIÇÃO DE RELIGIOSIDADE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

22/06/2021

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE. PESQUISA DE DOUTORADO.

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE. PESQUISA DE DOUTORADO.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para participantes de pesquisa maiores de 18 anos)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa cujo título é: Influência da religião na ansiedade e na depressão em estudantes de teologia e medicina. Caso não queira participar da pesquisa, não tem problema e se necessitar de acompanhamento médico e/ou psicológico será encaminhado(a) normalmente. Portanto, você não será penalizado. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sinta-se à vontade para tirar qualquer tipo de dúvida conosco ou, a qualquer momento, com o pesquisador responsável pela pesquisa ou Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, pelos fones: (83) 99999999 (WhatsApp) [no TCLE original, foi colocado o número real do WhatsApp], (81)2119-4041 ou (81)2119-4376.

Essa pesquisa pretende medir o grau de religiosidade e de possibilidade de ansiedade e de depressão em estudantes universitários. Para isso, serão utilizados questionários com perguntas bem objetivas. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você pode desistir de participar e não quer disponibilizar mais informações ou receber contatos do pesquisador e de sua equipe.

As informações sobre você não serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação. Seus dados serão guardados de forma confidencial e sigilosa, pois serão anonimizados sob a forma de omissão de detalhes que possam identificar o participante, codificação de informações e senha de acesso ao banco de dados.

As pessoas pesquisadas serão beneficiadas diretamente, já que suas respostas serão avaliadas do ponto de vista psicológico e médico e, se necessário, receberão os encaminhamentos indicados em cada caso. Essa pesquisa não envolve riscos maiores que os naturais da vida cotidiana, pois não será realizada nenhuma intervenção geradora de riscos. Mas, se surgir algum desconforto, como constrangimento, retraimento e insatisfação com o conteúdo dos questionários sobre informações acerca da vida pessoal ou perspectiva da saúde física e mental, basta que o participante da pesquisa proceda com a interrupção do questionário, abstendo-se de salvar o arquivo e por conseguinte, efetuando o fechamento da página. E, se mesmo com todos os cuidados tomados para diminuir ou evitar os riscos, haja a quebra da confidencialidade e qualquer desconforto vier a sentir ocasionado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida e será oferecido acompanhamento psicológico ou qualquer outra providência que se faça necessária para reparação do dano causado, caso os(as) participantes aceitem.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL: Prof. Dr. Luiz Alencar Libório. Endereço: Rua Almeida Cunha, 245. Bloco G4, 8º andar, setor E – Boa Vista – Recife, PE. CEP: 50.050-480.

Telefone: (81)2119-4388, 2119-4369. E-mail: [no TCLE original, foi colocado o e-mail]

PESQUISADOR ASSISTENTE: Prof. Sérgio da Cunha Falcão. Telefone: (83) [no TCLE original,

foi colocado o número real do WhatsApp]. E-mail: [no TCLE original, foi colocado o e-mail]

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Ao consentir sua participação, você declara que, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as suas dúvidas, concorda em participar como voluntário(a) do estudo Influência da religião na ansiedade e na depressão em estudantes de teologia e medicina, sob a responsabilidade dos

pesquisadores Luiz Alencar Libório e Sérgio da Cunha Falcão.

Também declara que foi devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação, assim como que o pesquisador o informou que o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa em seres humanos da UNICAP e da UFPB, com registros números 3.362.563 (CAAE 145151119.8.0000.5206) e 3.449.322 (CAAE 14515119.8.3001.5183), respectivamente. Afirma ainda que lhe foi garantido que possa retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade; estando ciente de que poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP ou a CONEP para apresentar reclamações, denúncias ou dúvidas com relação à condução da pesquisa, no endereço: RUA DO PRÍNCIPE, 526, BAIRRO BOA VISTA, BLOCOC, 3º ANDAR, SALA 306. CEP 50050-900. RECIFE-PE, BRASIL. TELEFONE: (81)2119-4041 ou 2119-4376. ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep_unicap@unicap.br - Horário de funcionamento: 8h às 12h e das 13h às 17h, segunda a sexta-feira. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP. SRTV 702, Via W 5 Norte, Edifício PO 700, 3º andar, AsaNorte. CEP: 70719-000. Brasília-DF.

SEUS DADOS COLETADOS NESSA PESQUISA SERÃO GUARDADOS DE FORMA CONFIDENCIAL E SIGILOSA, POIS SERÃO ANONIMIZADOS SOB A FORMA DE OMISSÃO DE DETALHES QUE POSSAM IDENTIFICAR O PARTICIPANTE, CODIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES E SENHA DE ACESSO AO BANCO DE DADOS.

***Obrigatório**

1. E-mail *

2. Nome do participante da pesquisa (resposta não obrigatória):

3. Telefone com DDD: *

1. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar do estudo: Influência da religião na ansiedade e na depressão em estudantes de Teologia e Medicina. *

Marcar apenas uma oval.

Sim.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nesse questionário, NA MAIORIA DAS PERGUNTAS, VOCÊ DEVERES PENDER ASSINALANDO APENAS UMA ÚNICA ALTERNATIVA.

Quando for possível assinalar mais de uma alternativa, essa opção será apresentada.

2. 1) Você é (ou foi) aluno de qual Curso e Universidade? *

Marcar apenas uma oval.

1. Teologia UNICAP.
2. Teologia FICV.
3. Medicina UFPB.
4. Medicina MJP 1 (no formulário original, estava o nome real da Faculdade).
5. Medicina MJP 2 (no formulário original, estava o nome real da Faculdade).

1. 2) Qual é o período (semestre) que você está cursando? *

Marcar apenas uma oval.

- 1º. Período.
- 2º. Período.
- 3º. Período.
- 4º. Período.
- 5º. Período.
- 6º. Período.
- 7º. Período.
- 8º. Período.
- 9º. Período.
- 10º. Período.
- 11º. Período.
- 12º. Período.
- Eu já concluí o Curso Superior citado na pergunta anterior.

2. 3) Você já concluiu algum (outro) curso de graduação ou pós-graduação? *

Marcar apenas uma oval.

1. Sim.
2. Não.

3. Qual?

1. 3) Faixa etária? *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Entre 18 e 22 anos.
- 2. Entre 23 e 27 anos.
- 3. Entre 28 e 32 anos.
- 4. Entre 33 e 37 anos.
- 5. Entre 37 e 41 anos.
- 6. 42 anos ou mais.

10. 4) Sexo? *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Feminino.
- 2. Masculino.

11. 5) Qual seu estado civil? *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Solteiro.
- 2. Casado(a)/união estável.
- 3. Divorciado(a)/separado(a).
- 4. Viúvo(a).

12. 6) Número de filhos? *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nenhum.
- 2. Um filho(a).
- 3. Dois ou mais filhos.

11. 7) Considerando família como sendo você e seus pais e irmãos ou você, esposo(a) e filho(s), qual a renda mensal aproximada de sua família? *

Marcar apenas uma oval.

1. Até 2 salários mínimos (R\$1.996,00).
2. Entre 2 e 4 salários mínimos (R\$1.996,01 a R\$3.992,00).
3. Entre 4 e 10 salários mínimos (R\$3.992,01 a R\$9.980,00).
4. Entre 10 e 20 salários mínimos (R\$9.980,01 a R\$19.960,00).
5. Acima de 20 salários mínimos (R\$19.960,01 ou mais).

12. 8) Qual a sua religião? SE QUISE, nessa pergunta, você pode escolher mais de uma alternativa. *

Marque todas que se aplicam.

1. Ateu.
2. Agnóstico.
3. Acredito em Deus ou em vários deuses, mas não tenho religião definida.
4. Católico.
5. Evangélico.
6. Espírita.
7. Matriz africana (Umbanda, Candomblé).
9. Testemunhas de Jeová.
10. Islamismo.
11. Judaísmo.
13. Budismo.

Outro: _____

11. 9) Se você for evangélico, sua igreja faz parte de qual denominação?

Marcar apenas uma oval.

- 0. Eu não sou evangélico
- 1. Presbiteriana.
- 2. Anglicana.
- 3. Luterana.
- 4. Batista.
- 5. Metodista.
- 6. Adventista.
- 7. Assembleia de Deus.
- 8. Congregacional.
- 9. Igreja Universal.
- 10. Internacional da Graça.
- 11. Renascer em Cristo.
- 12. Sou evangélico, mas sem denominação/igreja definida.
- Outro: _____

12. 10) Além de ser estudante, você trabalha? *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Sou apenas estudante.
- 2. Sou empregado em empresa privada.
- 3. Sou servidor público.
- 4. Sou profissional liberal
- 5. Sou empresário.

SOBRE A SUA RELIGIOSIDADE; EM CADA PERGUNTA, ASSINALE UMA ÚNICA ALTERNATIVA QUE MAIS CORRESPONDE A SUA PESSOA.

RELIGIOSIDADE ORGANIZACIONAL (RO)

11. 1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? *

Marcar apenas uma oval.

1. Mais do que uma vez por semana.
2. Uma vez por semana.
3. Duas a três vezes por mês.
4. Algumas vezes por ano.
5. Uma vez por ano ou menos.
6. Nunca.

RELIGIOSIDADE NÃO ORGANIZACIONAL (RNO)

12. 2) Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos? *

Marcar apenas uma oval.

1. Mais do que uma vez ao dia.
2. Diariamente.
3. Duas ou mais vezes por semana.
4. Uma vez por semana.
5. Poucas vezes por mês.
6. Raramente ou nunca.

A seção seguinte contém TRÊS FRASES a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você, ASSINALANDO UMA ÚNICA ALTERNATIVA na escala apresentada. RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA (RI)

11. 3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo). *

Marcar apenas uma oval.

1. Totalmente verdade para mim.
2. Em geral é verdade.
3. Não estou certo.
4. Em geral não é verdade.
5. Não é verdade.

12. 4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver. *

Marcar apenas uma oval.

1. Totalmente verdade para mim.
2. Em geral é verdade.
3. Não estou certo.
4. Em geral não é verdade.
5. Não é verdade.

13. 5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida. *

Marcar apenas uma oval.

1. Totalmente verdade para mim.
2. Em geral é verdade.
3. Não estou certo.
4. Em geral não é verdade.
5. Não é verdade.

SOBRE SUAS ATITUDES RELIGIOSAS; EM CADA PERGUNTA, ASSINALE UMA ÚNICA ALTERNATIVA QUE MAIS CORRESPONDE A SUA PESSOA.

CONHECIMENTO RELIGIOSO

11. 1) Leio as escrituras sagradas (bíblia ou outro livro sagrado). *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

12. 2) Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade. *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

13. 3) Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade. *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

11. 4) Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade. *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

12. 5) Converso com a minha família sobre assuntos religiosos. *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

13. 6) Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos. *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

11. 7) Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas. *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

COMPORTAMENTO RELIGIOSO

12. 8) A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer. *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

13. 9) Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade. *

Marcar apenas uma oval.

1. Nunca.
 2. Raramente.
 3. Às vezes.
 4. Frequentemente.
 5. Sempre.

10) Freqüento as celebrações da minha religiosidade (missas, cultos...).

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

32. 11) Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus). *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

33. 12) Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

SENTIMENTO RELIGIOSO

13) Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

35. 14) Sinto-me unido a um “Ser” maior (Deus). *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

36. 15) Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

CORPOREIDADE RELIGIOSA

16) Costumo levantar os braços em momentos de louvores.

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

38. 17) Ajoelho-me para fazer minha oração pessoal com Deus. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

39. 18) Bato palmas nos momentos dos cânticos religiosos. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

19) Faço movimentos corporais para expressar a minha união com Deus.

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

41. 20) Danço com as músicas religiosas nas ocasiões de contemplações. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca.
- 2. Raramente.
- 3. Às vezes.
- 4. Frequentemente.
- 5. Sempre.

SOBRE O QUANTO VOCÊ FOI INCOMODADO POR CADA UM DOS SINTOMAS DURANTE A ÚLTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOJE, ASSINALE O GRAU DE INCÔMODO CORRESPONDENTE.

42. 1) Dormência ou formigamento *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

2) Sensação de calor (calores).

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

44. 3) Tremores nas pernas (pernas bambas): *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

45. 4) Incapaz de relaxar *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

46. 5) Medo do pior acontecer *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

6) Atordoado ou tonto.

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

48. 7) Coração batendo forte ou acelerado *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

49. 8) Inquieto(a) *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

50. 9) Aterrorizado(a) *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

10) Nervoso(a)

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

52. 11) Sensação de sufocamento *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

53. 12) Tremores nas mãos *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

54. 13) Trêmulo(a) *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

52. 14) Medo de perder o controle *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

53. 15) Dificuldade de respirar *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

54. 16) Medo de morrer *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

55. 17) Assustado(a) *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

52. 18) Indigestão ou desconforto no abdome: *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

53. 19) Sensação de desmaio *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

54. 20) Face ruborizada *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

55. 21) Suor (não devido a calor) *

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não incomodou nada.
- 1. Incomodou-me um pouco.
- 2. Foi muito desagradável, mas consegui aguentar.
- 3. Quase não consegui aguentar.

EM CADA ITEM, ASSINALE UMA OU MAIS AFIRMAÇÕES QUE MELHOR DESCREVE A MANEIRA QUE VOCÊ TEM SE SENTIDO NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE.

63. 1) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não me sinto triste.
- 1. Eu me sinto triste.
- 2. Estou sempre triste e não consigo sair disto.
- 3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

64. 2) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- 1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2. Acho que nada tenho a esperar.
- 3. Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

65. 3) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não me sinto um fracasso.
- 1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2. Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

66. 4) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- 1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2. Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3. Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo.

5)

Marque todas que se aplicam

- 0. Não me sinto especialmente culpado(a).
- 1. Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo.
- 2. Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo.
- 3. Eu me sinto sempre culpado.

68. 6) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não acho que esteja sendo punido(a).
- 1. Acho que posso ser punido(a).
- 2. Creio que vou ser punido(a).
- 3. Acho que estou sendo punido(a).

69. 7) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a).
- 1. Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a).
- 2. Estou enojado de mim.
- 3. Eu me odeio.

70. 8) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não me sinto que seja pior que os outros.
- 1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- 2. Eu me culpo sempre por minhas faltas.
- 3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9)

Marque todas que se aplicam

- 0. Não tenho qualquer ideia de me matar.
- 1. Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
- 2. Gostaria de me matar.
- 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.

72. 10) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não choro mais do que o habitual.
- 1. Choro mais agora do que costumava.
- 2. Atualmente, choro o tempo todo.
- 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

73. 11) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não sou mais irritado(a) agora do que já fui.
- 1. Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2. Atualmente, eu me sinto irritado(a) o tempo todo.
- 3. Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.

74. 12) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
- 2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- 3. Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

13)

Marque todas que se aplicam

- 0. Tomo decisões tao bem como antes.
- 1. Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3. Já não consigo tomar qualquer decisão.

76. 14) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1. Estou preocupado em estar parecendo velho(a) ou nada atraente.
- 2. Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- 3. Considero-me feio(a).

77. 15) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- 1. Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
- 2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- 3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

78. 16) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Durmo tão bem como habitualmente.
- 1. Não durmo tão bem como costumava.
- 2. Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
- 3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17)

Marque todas que se aplicam

- 0. Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
- 1. Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2. Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa.
- 3. Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.

80. 18) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1. Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- 2. O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3. Perdi completamente o apetite.

81. 19) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
- 1. Perdi mais de 2,5 kg.
- 2. Perdi mais de 5 kg.
- 3. Perdi mais de 7,0 kg.

82. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: *

Marcar apenas uma oval. Sim Não

22/06/2021

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE. PESQUISA DE DOUTORADO.

83. 20) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
- 1. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores e aflições, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
- 2. Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- 3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

84. 21) *

Marque todas que se aplicam.

- 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1. Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava.
- 2. Estou muito menos interessado(a) por sexo agora.
- 3. Perdi completamente o interesse por sexo.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE INTERESSES CONFLITANTES

A pesquisa foi realizada na ausência de quaisquer relações comerciais, financeiras, confessionais (religiosas), pessoais ou institucionais que pudessem ser interpretadas como um real ou potencial conflito de interesses em relação à pesquisa, autoria e/ou publicação do presente trabalho de pesquisa.

APÊNDICE C

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE APOIO FINANCEIRO

O autor não recebeu nenhum apoio financeiro para a pesquisa, autoria e/ou publicação do presente estudo.