

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ORIENTAÇÃO RELIGIOSA, VINCULAÇÃO A DEUS E
DEPRESSÃO EM CATÓLICOS DE
MEIA-IDADE**

Cláudia Cristina Pereira de Andrade

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ORIENTAÇÃO RELIGIOSA, VINCULAÇÃO A DEUS E
DEPRESSÃO EM CATÓLICOS DE MEIA-IDADE**

Cláudia Cristina Pereira de Andrade

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

"As religiões, assim como as luzes, necessitam de escuridão para brilhar."

Arthur Schopenhauer

Agradecimentos

A Deus, por iluminar sempre o meu caminho, mesmo quando ele parece repleto de escuridão, e a Santa Catarina de Alexandria, patrona dos estudantes.

Ao Professor Doutor Bruno Gonçalves, meu orientador, pela paciência, por todo o apoio, constante incentivo, ensinamentos partilhados ao longo do percurso académico e acima de tudo pela confiança que depositou em mim.

A todos os que tão amavelmente se disponibilizaram para responder aos questionários aplicados, no Centro Social e Paroquial Padre Ricardo Gameiro, e particularmente ao contributo da Dr.^a Rita. Sem ela este estudo não teria sido possível.

De uma forma especial agradeço à Isabel, que me ensinou que nenhum sonho é grande demais e que se nos mantivermos firmes no caminho, tudo é possível. À Sara, porque me ensinou que a família vai muito para além dos laços de sangue. E ao Fernando por me aturar mesmo quando menos o mereci.

À Inês e à Ana, por me fazerem acreditar que eu era capaz! E ajudarem a ser!

A todas os colegas de faculdade que entraram comigo em 2010 nesta viagem e que se mantiveram na minha vida. Vocês estão no meu coração.

A ti, minha filha, pela companhia neste percurso longo e por vezes sinuoso da vida, por tudo aquilo de que abdicaste para que pudéssemos cumprir este sonho, pela tua sabedoria (muito além da tua idade). Por acreditares sempre em mim, por me meteres juízo na cabeça quando pensei em desistir e por me ensinares o que é o amor incondicional

E ao meu pai, estejas onde estiveres, a tua memória permanece em tudo o que alcanço...

Resumo

Objectivo: A depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo (OMS, 2001). Resultados apontam para implicações importantes exercidas pela religião no comportamento humano. Desde Allport e Ross (1967) que a orientação religiosa tem vindo a assumir um papel relevante no estudo científico do impacto da religião na sintomatologia depressiva. Investigações no campo da vinculação a Deus têm demonstrado que tais diferenças individuais se correlacionam inversamente com a depressão. Foi objectivo deste estudo averiguar as relações entre a orientação religiosa, o tipo de vinculação a Deus e a sintomatologia depressiva. **Método:** Numa amostra de católicos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos, foi solicitado que respondessem a um Questionário sociodemográfico, um Questionário de prática religiosa, à Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D), Escala I/E-R (Gorsuch & McPherson, 1989; versão de Linares, 2009) e o AGS (Questionário de vinculação a Deus, Rowatt & Kirkpatrick, 2002). **Resultados:** Observaram-se diferenças significativas que corroboram os efeitos positivos de uma vinculação segura a Deus, nomeadamente se associados a uma orientação religiosa orientada intrinsecamente. Não foi possível, mesmo com esta amostra específica, encontrar correlações entre a prática e os diferentes tipos de orientação religiosa e a sintomatologia depressiva, acrescentando aos dados inconclusivos, encontrados na literatura. **Conclusões:** O presente estudo oferece um contributo importante na compreensão da influência da prática e orientação religiosa, mas primordialmente, do estilo de vinculação a Deus na sintomatologia depressiva. Estudos futuros nesta área tornam-se prementes, em Portugal.

Palavras-Chave: Meia-idade, Católicos, Depressão, Orientação Religiosa, Vinculação a Deus.

Abstract

Aim: Depression is the main cause of incapacity in the world (WHO, 2001). Results point to important implications held by religion when it comes to human behavior. Since Allport and Ross (1967) that religious orientation is taking on an important role in the scientific field of how religion impacts on depression. Research regarding attachment to God has shown that individual differences reversely correlate with depression. The goal of this study is to ascertain the relation between religious orientation, attachment to God and depression. **Method:** A sample of Catholics, of both genders, with ages ranging from 35 to 65 years old, were requested to answer a sociodemographic questionnaire, a religious practice questionnaire, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), the I/E-R Scale (Gorsuch & McPherson, 1989; Portuguese version by Linares, 2009) and the Attachment to God Scale (Rowatt & Kirkpatrick, 2002). **Results:** Significant differences have been found to support the positive effects of a secure form of attachment to God, mainly if combined with intrinsic religious orientation. It was not possible, even with such a specific sample, to find any correlation between religious practices, the different religious orientations and depression, adding to the inconclusive data found in literature. **Conclusion:** The current study offers an important contribution in understanding the influence of religious practice and orientation but mainly of the kind of attachment to God on the development of depression. Future studies in this field are becoming pressing in Portugal.

Key-words: Middle-age, Catholics, Depression, Religious Orientation, Attachment to God.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico	3
1.1 A meia-idade	3
1.1.1 Religiosidade na meia-idade	4
1.2 A depressão	5
1.2.1 Depressão em Portugal	6
1.2.2 Depressão na meia-idade	7
1.3 Espiritualidade e religiosidade	8
1.3.1 Religião e religiosidade	9
1.3.2 Teoria da orientação religiosa	11
1.3.3 Religiosidade em Portugal	13
1.3.4 Religiosidade e depressão	14
1.3.5 Religiosidade e apoio social	15
1.4 Vinculação	16
1.4.1 Vinculação a Deus	17
Capítulo 2: Objectivos e Hipóteses do Estudo	20
2.1 Objectivos e hipóteses propostos	20
Capítulo 3: Metodologia	23
3.1 Amostra estudada	23
3.2 Instrumentos	24
3.2.1 Questionário sociodemográfico	24

3.2.2	Questionário de prática religiosa	24
3.2.3	Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos CES-D	25
3.2.4	Questionário de vinculação a Deus	25
3.2.5	Escala de orientação religiosa – Revista	26
3.3	Procedimento	27
3.4	Procedimento estatístico	27
Capítulo 4: Resultados		29
4.1	Caracterização da amostra	29
4.2	Sintomatologia depressiva tendo em conta o sexo	30
4.3	Estilo de vinculação a Deus tendo em conta o sexo	30
4.4	Prática religiosa tendo em conta o sexo	30
4.5	Comparação da sintomatologia depressiva em católicos praticantes e não praticantes	30
4.6	Comparação do estilo de vinculação a Deus em católicos praticantes e não praticantes	31
4.7	Comparação do estilo de orientação religiosa em católicos praticantes e não praticantes	
4.8	Relação entre sintomatologia depressiva e prática religiosa	32
4.9	Relação entre sintomatologia depressiva e prática religiosa	32
4.10	Relação entre sintomatologia depressiva e estilo de vinculação a Deus	32
4.11	Relação entre orientação religiosa e estilo de vinculação a Deus	33
4.12	Relação entre estilo de vinculação a Deus e prática religiosa	33
Capítulo 5: Discussão de resultados		34

5.1 Sintomatologia depressiva, estilo de vinculação a Deus e prática religiosa tendo em conta o sexo	34
5.2 Sintomatologia depressiva, estilo de vinculação a Deus e orientação religiosa, na prática religiosa	35
5.3 Relação entre sintomatologia depressiva e prática religiosa	37
5.4 Relação entre orientação religiosa e sintomatologia depressiva	38
5.5 Relação entre estilo de vinculação a Deus e sintomatologia depressiva	39
5.6 Relação entre orientação religiosa e estilo de vinculação a Deus	40
5.7 Relação entre prática religiosa e estilo de vinculação a Deus	41
Capítulo 6: Conclusão e limitações do estudo	43
Referências Bibliográficas	45

Índice de Quadros

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo (frequências e percentagens)	23
Quadro 2: Caracterização da orientação religiosa	29
Quadro 3: Caracterização da vinculação a Deus	29
Quadro 4: Caracterização da sintomatologia depressiva	30
Quadro 5: Diferenças entre católicos praticantes e não praticantes em relação à orientação religiosa	31
Quadro 6: Análise da relação entre a orientação religiosa e o estilo de vinculação a Deus	33

Índice de Anexos

Anexo I: Questionário sociodemográfico	52
Anexo II: Consentimento informado	53
Anexo III: Pedido de autorização	54

Introdução

Considerada no Plano Nacional de Saúde 2000/2010 como um “problema primordial de saúde pública”, a depressão é, hoje em dia, a perturbação mental mais incapacitante no nosso país. Dados da Organização Mundial de Saúde (2001) colocam a depressão grave como sendo a principal causa de incapacidade em todo o mundo e em quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, pelo que projecções da mesma instituição colocam-na como a segunda das principais causas de doença no mundo, nos próximos anos.

Da mesma forma, a depressão parece desempenhar um papel importante quando se trata da baixa adesão às recomendações médicas. Os doentes deprimidos apresentam três vezes mais probabilidades de não seguir a terapêutica, do que os não deprimidos (OMS, 2001).

Torna-se premente, deste modo, perceber formas que logrem actuar de um modo protector contra o desenvolvimento da sintomatologia depressiva, no sentido em que tais conhecimentos poderão ser um veículo de potenciação da intervenção psicológica neste tipo de patologia.

A prática religiosa, principalmente a participação em serviços religiosos encontra-se associada a múltiplos benefícios psicossociais. Os resultados encontrados têm vindo a apontar para as implicações importantes que a religião parece exercer na totalidade do funcionamento humano, o que inclui recursos mas também carências (Pargament, Steele & Tyler, 1979).

Desde Allport e Ross (1967) e da distinção preliminar entre orientação religiosa intrínseca e extrínseca, nos seus estudos, motivados para entender a relação entre a religião e o preconceito, que esta tem vindo a assumir um papel relevante no estudo científico do impacto da religião na sintomatologia depressiva.

A vinculação a Deus tem-se afirmado como modo de perceber diversos aspectos da crença religiosa (Kirkpatrick, 1992, 1999), nomeadamente na forma que se relaciona com as diferenças individuais na experiência de vinculação interpessoal. Investigações neste campo têm demonstrado que tais diferenças individuais se correlacionam inversamente com a solidão, a depressão e constructos similares (Kirkpatrick & Shaver, 1990; Kirkpatrick, Shillito & Kellas, 1999 citado por Rowatt & Kirkpatrick, 2002).

Estudos, desde então, têm vindo a encontrar resultados que nem sempre permitem estabelecer relações causais, e têm sido mesmo inconclusivos a este nível, pelo que se assume pertinente acrescentar à investigação neste campo, no nosso país.

Para perceber se tais relações se apresentam de uma forma mais consistente, o estudo foi realizado recorrendo a uma amostra de católicos praticantes e não praticantes, activamente em funções num centro paroquial.

Assim, analisar a forma como a orientação religiosa e o estilo de vinculação a Deus operam como factores protectores contra o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, destaca-se como cerne da presente investigação, fundamentalmente numa amostra de católicos, envolvidos activamente na igreja, onde tais efeitos deverão apresentar-se como mais claros e conclusivos.

O presente estudo, no que concerne à sua estruturação, encontra-se organizado da seguinte forma:

Um primeiro capítulo composto pela revisão de literatura, com o propósito de fornecer uma sustentação teórica ao estudo empírico desenvolvido.

No segundo capítulo, contendo o objectivo geral, os objectivos específicos e as respectivas hipóteses do estudo.

O terceiro capítulo é dedicado à metodologia utilizada na investigação, onde se encontra caracterizada a amostra, e descritos os instrumentos aplicados. É igualmente narrado o procedimento de aplicação dos questionários e o procedimento estatístico.

No que alude ao quarto capítulo este diz respeito à caracterização dos dados e apresentação dos resultados apurados no estudo.

Os resultados obtidos serão alvo de discussão no quinto capítulo.

Por fim, no sexto e último capítulo serão apresentadas as conclusões principais do estudo, suas limitações e eventuais directrizes para futuras investigações.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

1.1 A meia-idade

A meia-idade é um dos períodos da vida menos estudado em Psicologia. Ao ser considerada a realização do presente estudo com participantes situados nesta fase do ciclo de vida, importa ter presente que não se mostra, de modo algum, unânime o entendimento na comunidade científica do período de vida que se poderá denominar de meia-idade.

Com efeito, e no diz respeito a esta fronteira cronológica, pode talvez considerar-se que a meia-idade corresponde ao período do ciclo de vida humano que decorre entre os 40 e os 65 anos de idade, todavia considera-se como referência o período do ciclo de vida humano que decorre entre os 40 e os 65 anos de idade. Todavia, é mais consensual levar em linha de conta o *terminus* – no final da vida activa, coincidindo com o período da reforma, do que o início desta fronteira cronológica. A nosso ver, mais importante ter noção da heterogeneidade que é inerente a esta estipulação, afinal, meramente formal e que se reporta à definição de limites objectivos nesta fase do ciclo de vida humano.

É precisamente para uma heterogeneidade que chama a atenção Fagulha (2009), no sentido em que cada pessoa tenderá a sentir e a representar o conceito de meia-idade de modo muito individualizado, sendo algo que muito varia de indivíduo para indivíduo, e neste âmbito, considera-se a delimitação subjectiva deste conceito.

Aliás, como refere Fagulha (2009), acaba por ser atribuído à meia-idade um sentido metafórico ou simbólico, e não cronológico.

Em termos de enquadramento psicodinâmico do conceito de meia-idade, salientam-se os ensinamentos de Jung (1933, citado por Fagulha, 2009), o qual assinalava a circunstância de que, neste momento da vida dos seres humanos, decorre um trabalho interior em que se procura alcançar o verdadeiro sentido da vida, sendo apontada a interioridade enquanto uma das mais relevantes características desta fase da vida humana. Os adultos de meia-idade encontram nesta etapa do respectivo ciclo de vida uma oportunidade de olharem para si mesmos, e mais libertos das preocupações com o assumir de papeis sociais, focam-se em si mesmos e na harmonização das duas

dimensões do seu self – *anima* (feminina) e *animus* (masculina) - (Lefkowitz e Zeldow, 2006 citado por Fagulha 2009).

Eriksson (1982, citado por Feist & Feist, 2008) pressupõe a existência de oito estágios de desenvolvimento psicossocial, que se sucedem e que devem ser resolvidos sequencialmente. Em cada uma destas fases compreende um conflito, uma “interacção de opostos”, entre dois elementos, um sintónico (harmonioso) e outro distónico (destrutivo). Ainda segundo Erikson (1982, citado por Feist & Feist, 2008), à meia-idade, corresponde o sétimo estágio, a fase mais longa do desenvolvimento (dos 31 aos 60 anos) em que o indivíduo assume o seu lugar na sociedade, investindo na mesma e em que a virtude social desenvolvida é o cuidado pelo outro.

Para Erikson (1982, citado por Feist & Feist, 2008) esta fase da vida reflecte o conflito generatividade *versus* estagnação, resultante, em parte, das pressões sociais para que um contributo positivo seja passado às próximas gerações e cuja negociação bem-sucedida envolve a análise daquilo que se conseguiu na vida e a aceitação simultânea de que alguns desejos e ambições da juventude poderão não ser passíveis de serem realizados.

Quando ultrapassada de forma positiva originará no oitavo estágio, uma fase de maior maturidade e sabedoria (Erikson, 1982 citado por Feist & Feist, 2008).

A crise habitualmente associada a esta fase da vida poderá ser resultante desta análise de conquistas e da capacidade de equilibrar o trabalho e as relações pessoais (Levinson, 1978).

1.1.1 Religiosidade na meia-Idade

Baumeister (2005) argumenta acerca do acentuar da necessidade de pertença que surge nesta fase da vida. Os seres humanos possuem uma necessidade poderosa de pertença e vêm as suas possibilidades de sobrevivência diminuídas se estiverem sozinhos no mundo. Pessoas sem laços sociais possuem maiores taxas de doença mental e física (Baumeister, Brewer, Tice & Twenge, 2007).

Podemos referir a existência de um nível da espiritualidade característico da meia-idade, sendo este muito próprio desta fase de transição em que o indivíduo parece ter encontrado o seu lugar na sociedade e começa já a sentir alguns sinais da velhice (Jung,

1964 citado por Dias, 2011; Dillon, Wink, & Fay, 2003 citado por Dias, 2011). Esta necessidade de pertença e de ligação espiritual parecem reflectir-se na forma como as pessoas se relacionam com a religião na meia-idade.

A religiosidade é relativamente estável através da idade adulta, pautando-se pelos padrões estabelecidos no final da adolescência e entrada na idade adulta que estabelecem a norma para as fases posteriores (Hout & Greeley, 1987; Rossi, 2001 citado por Wink & Dillon, 2003). Desta forma, se os indivíduos investem em actividades religiosas nesta fase inicial da vida adulta, maior será a probabilidade de que o façam mais tarde durante a sua vida (Iannaccone, 1990 citado por Wink & Dillon, 2003).

1.2 A depressão

Hipócrates é apontado como o primeiro autor a mencionar o termo *melancholia*, sendo que tal designação era utilizada pelo referido autor, referindo-se ao estado melancólico, para aludir ao excesso ou alteração de bílis negra, e que se verificava sazonalmente, em concreto, apresentando mais elevada incidência na primavera e no outono (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Segundo Freud (1917), a melancolia relaciona-se com a perda do amor do objecto, sendo que o objecto não necessita de ter desaparecido mas apenas o amor deste. Esta perda é uma perda inquantificável e inqualificável para o indivíduo sendo que este sabe que perdeu mas não acede ao conteúdo da perda, ou seja, ao que afinal foi perdido, o melancólico sabe “que perdeu”, mas não sabe “o que perdeu”.

Já antes, durante o século XIX, a designação *melancholia* começa ser gradualmente substituída pelo termo *depressão*, surgindo em 1860, em dicionários de medicina, a terminologia *depressão mental* (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Coimbra de Matos (2001), descreve esta perda, de um objecto tendencialmente idealizado que é incluído no espaço mental como uma espécie de “*sol da alma*” (p. 83) cuja “*representação é arrastada (consciente e/ou inconscientemente, real ou simbólica, directa ou substituída) no universo do seu espaço psíquico*” (Coimbra de Matos, 2001, p. 83), que se torna impossível de substituir, e de ser desinvestido libidinalmente.

Este objecto perdido, com o qual existia uma ligação forte, *“já tido como de uma posse incerta ou duvidosa”* (Coimbra de Matos, 2001, p.183) sendo que na instalação da tristeza, esta é sentida mas a realidade da perda é negada, ou seja, é negado o sentimento de perda.

A depressão é então, isso mesmo, a negação do sentimento de perda, uma *“tristeza cujo motivo se procura negar para manter incólume o narcisismo, a auto-imagem”* (Coimbra de Matos, 2001, p.183).

O depressivo é assim um indivíduo com uma falha narcísica, em que toda a sua libido se encontra investida no objecto idealizado e perdido, e para o qual, o mundo objectal serve apenas como um espelho da sua auto-representação, onde se reflecte o seu valor próprio (Coimbra de Matos, 2001).

1.2.1 Depressão em Portugal

Um estudo epidemiológico nacional de saúde mental, liderado por Caldas de Almeida (2010), encontra Portugal com o maior predomínio de doenças psiquiátricas na Europa, contrariamente ao encontrado em outros países do sul da Europa, sendo que *“as prevalências encontradas na população portuguesa encontram-se entre as mais altas da Europa, em todos os grupos de perturbações”*. Destas, e a par das perturbações da ansiedade (nomeadamente a fóbica), a entidade nosológicas com maior estimativa de prevalência de vida no país é a perturbação depressiva major (Caldas de Almeida, 2010).

Mais recentemente, foi estruturada uma investigação a desenvolver a fim de colher dados relacionados com a prevalência, os correlatos e o impacto e padrões de tratamento de perturbações mentais, mediante a constituição de uma amostra representativa da população Portuguesa (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães & Caldas de Almeida 2013), sendo expectável que este trabalho, quando concluído, possa ter repercussões bastante positivas também na evolução do acompanhamento e tratamento da depressão no nosso país, no âmbito dos cuidados de saúde primários a prestar à população.

A depressão encontra-se actualmente referenciada no Plano Nacional de Saúde 2000/2010 como um *“problema primordial de saúde pública”*, associada a altos níveis de comorbilidade clínica com outras doenças, principalmente as cardiovasculares.

O impacto desta psicopatologia é muito marcado, atingindo gravemente a qualidade de vida dos pacientes, quer a nível individual, quer familiar, quer profissional, acarretando, assim, custos muito elevados para a sociedade (Ministério da Saúde – Portal da Saúde, 2014).

Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo apresentavam patologia depressiva, apresentando maior frequência entre as mulheres, numa proporção de 2:1, sendo que a probabilidade aumenta quando conjugadas com a meia-idade, com o desemprego, o divórcio ou separação e com níveis educacionais mais baixos (Blanchflower & Oswald, 2011).

Esta preocupação é ainda mais vincada quando olhamos para a depressão como *“a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes”* (MS – Portal da Saúde, 2014).

Portugal é também um dos países que mais recorre ao uso de psicofármacos. O valor mais alto em termos de recurso a ansiolíticos e antidepressivos aparece associado às mulheres portuguesas enquanto o segundo lugar no uso de ansiolíticos e antipsicóticos cabe aos homens portugueses (Caldas de Almeida, 2010).

Pelas razões atrás referidas, são cada vez mais profícuos os estudos sobre a depressão, principalmente sobre factos que possam potencialmente operar como factores de protecção contra o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, na população portuguesa.

1.2.2 A Depressão na meia-idade

Considerando as exigências particulares desta fase da vida, tem surgido vários estudos empíricos acerca da meia-idade em que se encontram problemas específicos que afectam o equilíbrio psíquico aumentando o risco de depressão, principalmente nas mulheres (Glazer *et al.*, 2002 citado por Gonçalves & Fagulha, 2004).

Gonçalves e Fagulha (2004), mencionam também que a depressão é a patologia psíquica mais frequente nesta fase, quer levando em consideração apenas formas mais graves de depressão, quer sejam consideradas formas menos intensas de sintomatologia

depressiva, estimando que cerca de 30% dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários, entre os 35 e os 65 anos, apresentam sinais de perturbação depressiva.

Estudos Europeus e Norte-Americanos indicam um aumento ligeiro da depressão maior nas mulheres e nos homens na meia-idade parecendo ser reflexo de uma ligação entre as dificuldades específicas desta fase da vida e um aumento do risco de ocorrência de perturbação depressiva (Kessler *et al.*, 1993; Angst *et al.*, 2002; Bebington *et al.*, 2003 citado por Gonçalves & Fagulha, 2004).

1.3 Espiritualidade e religiosidade

Desde 1960 que existe uma tendência crescente para conceber religiosidade e espiritualidade como duas formas distintas de relacionamento com o sagrado, sem que haja, no entanto, consenso acerca da forma como se correlacionam (Zinnbauer, Pargament, & Scott, 1999 citado por Wink & Dillon, 2003), esta ambiguidade deve-se principalmente à multiplicidade de significados associados ao termo espiritualidade (Farina, 1989; Wulff, 1997 citado por Wink & Dillon, 2003)

Neste estudo será utilizada o modelo de Wuthnow (1998, citado por Wink & Dillon, 2003) como forma para distinguir entre os conceitos de Religiosidade e Espiritualidade.

Citando Wink e Dillon (2003) relativamente ao modelo de Wuthnow, esta distinção assenta entre aqueles que “habitam” a religião e os que “buscam” a espiritualidade. Os religiosos que habitam a religião tendem a aceitar formas tradicionais de autoridade religiosa, habitando um espaço criado para si pelas instituições religiosas instituídas, relacionando-se com o sagrado através da oração e do culto público comum. Pelo contrário, para os pretensos espirituais, a autonomia individual sobrepõe-se à autoridade externa e à contenção das doutrinas centradas na tradição (Wuthnow, 1998 citado por Wink & Dillon, 2003). Os pretensos espirituais são exploradores que criam o seu próprio espaço tomando elementos de diversas tradições religiosas e místicas, dando maior importância ao crescimento pessoal, à auto-realização emocional e na exaltação de objectos e experiências, construindo as suas crenças religiosas nesta conexão com um “outro” sagrado, Deus, um poder divino, a natureza, outros indivíduos (Underwood, 1999 citado por Wink & Dillon, 2003).

1.3.1 Religião e religiosidade

Para Freud (1927) a religião existe para acalmar o homem perante a morte e, em última análise, para o proteger da falta de sentido da vida. O autor afirma mesmo que o crente se encontra protegido de certas afecções neuróticas, pela aceitação da neurose universal que a religião lhe oferece, dispensando da criação de uma neurose pessoal.

Esta necessidade, para Freud, surge na infância, em que era aguardada a protecção contra os terrores do mundo, perante os quais havia total desamparo, principalmente pela parte da figura do pai. A religião e Deus vêm de certa forma apaziguar esta sensação de desamparo, cumprindo três importantes funções: aceitar e ceder compreensão para os terrores da natureza, permitir a reconciliação do Homem com o seu destino, ultimamente com a morte e compensá-lo pelas privações, sofrimentos e frustrações que a vida em sociedade impõe.

Cohen, Hall, Koenig e Meador (2005) salientam o facto da pertença a uma comunidade religiosa ser valorizável por si só, e não apenas um produto dos aspectos mais intrínsecos da religião, resultando numa maior rede de suporte social, tal como, o sentimento de se estar conectado pessoalmente a Deus, pode agir de forma a aliviar a solidão e sentimentos de isolamento social (Diener, 2011).

Um estudo de Wink e Dillon (2003) acrescenta ainda evidências de que o investimento em actividades religiosas no início da idade adulta se mantem estável ao longo do tempo na sua associação com o funcionamento psicossocial até idades mais avançadas. Encontraram também dados que suportam que indivíduos com altos níveis de religiosidade por volta dos seus 30 anos, tendem a tornar-se idosos mais sábios e criativos, apesar de estas características, com o avançar da idade estarem mais relacionadas com a espiritualidade do que à religiosidade, suportando estudos anteriores que suportam a ideia de que a religiosidade no início da idade adulta está positivamente relacionada com a espiritualidade na idade mais avançada (Wink & Dillon, 2002 citado por Wink & Dillon, 2003).

No que diz respeito à religião, Oser e Gmuender (1984, citado por Barros de Oliveira, 2010) entendem que os seres humanos se mostram dotados daquilo que apelidam de “estruturas profundas”, as quais são constituídas por sete dimensões de natureza bipolar que estabelecem entre si uma relação de interdependência: a)

liberdade/dependência, b) confiança/medo, c) transcendência/imanência, d) sagrado/profano, e) procura de sentido/absurdo, f) eternidade/provisório, g) inteligível/mistério, sendo o propósito de tais estruturas capacitar os seres humanos para procederem a uma melhor gestão dos obstáculos da vivência humana.

Oser e Gmuender (1984, citado por Barros de Oliveira, 2010) teorizaram um total de cinco estádios ao longo dos quais se desenvolve o juízo religioso. Num 1º estádio, o ser humano sente-se numa relação de dependência em relação a Deus, em quem opera a projecção de uma imagem paterna, cabendo a esta entidade superior as funções de protecção ou de punição. No âmbito do 2º estádio, o indivíduo procura influenciar Deus através do cumprimento de rituais e pela oração. A independência e autonomia, bem como a responsabilidade pelas suas próprias acções caracterizam o 3º estádio. Em relação ao 4º estádio, o indivíduo sente autonomia, mas questiona a própria liberdade, sendo Deus considerado como condição da liberdade dos homens. Por sua vez, o 5º estádio caracteriza-se pela chamada intersubjectividade absoluta, a qual corresponde ao facto de o indivíduo se sentir integrado em Deus, embora reconheça que é por este ultrapassado (Barros de Oliveira, 2010).

Ora, na medida em que a religiosidade, que poderemos definir enquanto vivência da religião, constitui um elemento importante da existência humana, faz todo o sentido que, dando continuidade a uma linha de estudos empíricos já iniciada, no presente estudo de investigação se promova a sua caracterização e avaliação, cruzando-a com outras variáveis, de modo a extrair relações que permitam nortear a aplicação de conclusões de estudos à prática clínica, mormente, poderá ser especialmente relevante este tipo de trabalho no âmbito de uma prática psicoterapêutica, e como um factor potencialmente protector contra o desenvolvimento de patologia depressiva.

Os benefícios da pertença a uma comunidade religiosa não se prendem apenas nos aspectos psicológicos. Estudos recentes de McCullough, Hoyt, Larson, Koenig e Thoresen (2000) demonstram que, para além deste facto, os católicos praticantes parecem estar menos sujeitos a problemas cardíacos e risco de suicídio, entre outros problemas de saúde.

No entanto, Sheldon, (2006, citado por Diener, 2011) relembra que os católicos têm maior capacidade de introspecção religiosa, o que poderá ser associado à culpa e a

culpa, que por sua vez, é uma característica da depressão, donde, por vezes é difícil encontrar consenso na literatura em relação ao efeito da religiosidade na depressão.

Estas inconsistências levantam a questão sobre se a forma de relação estabelecida com a religião poderá impactar no seu efeito protector contra a depressão, sendo que as práticas e crenças religiosas assumem-se particularmente importantes em situações disruptivas de vida e quando os indivíduos são empurrados para além dos seus limites pessoais e recursos sociais (Pargament, 2002).

1.3.2 Teoria de orientação religiosa

Segundo Allport e Ross (1967), importa distinguir, em termos teóricos, a orientação religiosa extrínseca da orientação religiosa intrínseca.

Indivíduos que, em termos de uma perspectiva pura ou ideal, revelem uma orientação religiosa de natureza extrínseca utilizam a religião com vista a alcançar os seus próprios objectivos ou fins, os seus interesses religiosos destinam-se a satisfazer interesses mais prementes, sendo considerados valores extrínsecos que se revelam instrumentais (Allport & Ross, 1967).

Como referem ainda Allport e Ross (1967), os indivíduos que revelam uma orientação religiosa extrínseca poderão encontrar na prática e vivência religiosas uma utilidade que poderá dizer respeito a questões como: busca de segurança e de conforto, sociabilidade, ou ainda um determinado *status*.

Por sua vez, e conforme referem Allport e Ross (1967), os indivíduos que apresentem uma orientação religiosa de natureza intrínseca encontram a sua motivação chave para a prática e vivência religiosas na religião em si mesma, considerando outras necessidades secundárias, comparativamente com a religião, tratando-se de sujeitos que, efectivamente, *vivem* a sua religião.

Ainda no que concerne à diferenciação entre motivação religiosa extrínseca e intrínseca, Allport e Ross (1967) apontam a existência de dois polos distintos em termos de vivência subjectiva da religião, destacando que os sujeitos que apresentam uma motivação religiosa extrínseca *usam* a respectiva religião (há como que uma visão e vivência da religião meramente instrumental, e com vista a alcançar fins maiores em si mesmos do que a essência da religião), ao passo que os indivíduos que revelam uma

motivação religiosa intrínseca internalizam a vivência e prática religiosa e vivem a sua religião, assumindo as suas regras e princípios em si mesmos e por si mesmos (e não já em obediência a motivações ou interesses exteriores aos da religião na sua verdadeira essência).

Todavia, cabe evidenciar que, ainda assim, esta separação rígida entre dois polos acaba por se revelar demasiado artificial, ou compartimentada, já que Allport e Ross (1967) não deixam de referir que qualquer sujeito que seja praticante de uma qualquer religião acabará por oscilar num *continuum* entre ambos os polos, sendo menos frequente encontrar-se um caso de fixação exclusiva num único destes dois polos.

Tendo por ponto de partida a teorização proposta por Allport e Ross (1967), quanto à motivação religiosa intrínseca e extrínseca, diversos outros autores têm vindo a estudar esta temática (e.g. Pargament, Steele & Tyler, 1979; Donahue, 1985; Burris, 1994; Cohen *et al.*, 2005; Neyrinck, Lens, Vansteenkiste & Soenens, 2010; Smither & Walker, 2015), mantendo o debate em aberto e em constante evolução.

Gorsuch e McPherson (1989) acrescentam que a religiosidade extrínseca compreende dois componentes distintos, extrínseca pessoal (uso da religião para benefícios pessoais) e extrínseca social (uso da religião como forma de obter recompensas sociais).

A religiosidade intrínseca revela-se uma excelente medida de comprometimento ou compromisso com uma dada religião, mas não se correlaciona com variáveis diversas das religiosas, na medida em que, como aponta Donahue (1985), acaba por confundir duas orientações distintas entre si, que são, respectivamente, poderá englobar sujeitos que apresentem uma pontuação elevada em termos de motivação religiosa intrínseca, mas que poderão revelar-se menos propensas ao preconceito e ao dogmatismo, ou podem ser indiscriminados, apresentando pontuações altas em ambas as propriedades consideradas. Donahue (1985) conclui também que a religiosidade extrínseca se mostra correlacionada positivamente com o preconceito e o dogmatismo, com traços de ansiedade e com o medo da morte (e.g. Hoge & Carroll, 1973; Baker & Gorsuch, 1982 ; Minton & Spilka, 1976 citado por Donahue, 1985).

Avaliando a pertinência e vantagens de se considerar a existência de tipos de orientação religiosa Burris (1994) reconhece as vantagens da tipologia quanto à

religiosidade, sugerindo os resultados do primeiro dos seus dois estudos, que dado que são os próprios membros de uma congregação religiosa ou religião que se auto qualificam como pertencendo a determinada categoria tipológica, tal classificação poderá indicar a presença de determinados processos psicológicos, que podem constituir um bom ponto de partida para dar continuidade a este tipo de estudos empíricos.

Com efeito, os conceitos de motivação religiosa intrínseca e extrínseca vêm sendo objecto de diversas críticas, muito embora seja reconhecida a relevância da distinção proposta em termos de motivação religiosa, destaca-se ser difícil a definição do que são formas normativas ou não normativas de religiosidade, sendo ainda difícil a sua mensuração de um modo que seja significativo de forma transversal a diversas tradições religiosas (Cohen *et al.*, 2005).

1.3.3 Religiosidade em Portugal

Olhando aos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE - Censos 2011), verifica-se que 81% da população portuguesa indica pertencer à religião católica, sendo que 1,82% pertence a outra orientação cristã, sendo que 6,8% se afirmam ateus e 8,3% da população não responde, verifica-se que apenas cerca de 2% da população portuguesa professa outras confissões.

Dados do *European Social Survey* de 2012, indicam que 100% dos respondentes portugueses indicam pertencer a uma religião, sendo que 94,5% indicam professar a religião católica. Destes, em resposta à questão “Quão religiosos se consideram”, numa escala de 10 pontos, 70% coloca-se acima do ponto médio.

Em relação à frequência da missa, apenas 3,1% dos respondentes que se consideram muito religiosos indicam ir à missa pelo menos uma vez por semana, sendo que o prevalente continua a ser a presença apenas em épocas festivas, mesmo nos que se consideram menos religiosos. 2,8% dos respondentes muito religiosos indicam rezar todos os dias, mesmo não indo à missa.

Um estudo comparativo realizado por Menéndez (2007), caracteriza o catolicismo português como “*de uma elevadíssima confiança na instituição eclesial, uma identidade católica alta, uma prática religiosa não tão alta como a sua identidade (...) e um alto nível de crença em Deus*” (p. 779).

Neste mesmo estudo é constatada uma diminuição da prática religiosa, em direcção a uma religiosidade mais atenuada, que assume menor importância na vida dos indivíduos e com crenças mais dissipadas.

Tal diminuição parece ser explicada pelo crescente grau de individualização social, uma vez que países com sociedades mais individualizantes parecem ter populações com relações mais afastadas com a religião. Este processo parece particularmente flagrante quando se levam em consideração as diferenças intergeracionais, podendo ser imaginável um “*cenário a médio prazo onde a dissolução da religiosidade católica avance*” (p.780), e que parece ser notório na diminuição da prática religiosa vista nos últimos anos em Portugal.

1.3.4 Religiosidade e depressão

O impacto da religiosidade na sintomatologia depressiva tem sido alvo de estudos diversos em saúde mental, sendo que nem sempre os resultados se revelam concordantes.

Constante das *guidelines* da *American Psychiatric Association* (APA) em 1990, encontra-se a recomendação de recolher a informação acerca da orientação religiosa e crenças dos pacientes, de forma a providenciar um maior cuidado durante o decorrer do tratamento (Larson & Larson, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (2001) reporta sobre o papel importante que a espiritualidade/religião/crenças pessoais assumem na vida dos indivíduos, afectando a forma como estes lidam com os acontecimentos do dia-a-dia, fornecendo estrutura às suas experiências e cedendo significado para as suas questões espirituais e pessoais.

De acordo com Pargament *et al.* (1979), no seu estudo que contemplou na respectiva amostra praticantes das religiões Protestante, Judaica e Católica, o ser ou não praticante de uma religião determina nos sujeitos que frequentam as respectivas casas de culto um mais vasto sentido de controlo por parte de Deus, maior satisfação com a respectiva congregação religiosa, mas também um menor sentido de controlo pessoal, auto criticismo e eficácia.

Levando em conta o tipo de motivação religiosa manifestada pelos participantes, concluiu-se que os sujeitos mais motivados intrinsecamente, em termos religiosos,

exibem melhores competências e desempenho ao nível psicossocial, do que os que se mostram menos intrinsecamente motivados (Pargament *et al.*, 1979). Este estudo de natureza exploratória aponta no sentido da existência de uma inter-relação entre padrões de participação religiosa, motivação religiosa e o funcionamento psicossocial dos membros de congregações religiosas, ficando demonstrando que a religiosidade tem aplicações sobre os mais variados cambiantes do comportamento humano (Pargament, *et al.*, 1979).

Smith, McCullough, e Poll (2003), encontram uma correlação inversa, modesta mas confiável, entre a religiosidade e os sintomas depressivos, encarando esta conclusão como sendo resistente e generalizável a diferentes géneros, etnias e grupos etários.

No entanto, neste mesmo estudo, Smith *et al.* (2003) consideram que a maior enfoque acaba por recair no facto de que esta associação parece diferir conforme o tipo de orientação religiosa a ser medida. Aliás, este facto vem depois a ser abordado por diferentes investigadores cujos resultados confirmam esta dependência de que aspecto da religião é estudado e medido (Hackney & Sanders 2003; Shreve-Neiger 2004 citado por McIntosh, Poulin, Silver & Holman, 2011).

1.3.5 Religiosidade e apoio Social

Koenig e Larson (2001) sugerem que o apoio social assume um papel mediador na relação com a religião e no envolvimento religioso, tendo um papel na participação nas celebrações religiosas e nos cultos públicos.

A investigação levada a cabo por Smith, *et al.* (2003) sugere que o apoio social oferecido pela pertença a uma congregação religiosa local pode explicar o factor protector da religiosidade em relação à sintomatologia depressiva, tal como já sugerido por investigações anteriores (George *et al.*, 2000; Koenig *et al.*, 2001; Levin, 2001 citado por Smith *et al.*, 2003).

Indivíduos com uma base sólida de apoio social são mais capazes e tem maiores recursos aos quais recorrer em caso de necessidade. Aqueles com baixo suporte social parecem ficar assim, mais vulneráveis à depressão (Barnett & Gothlib, 1988; Joiner & Coyne, 1999; Lara *et al.*, 1997 citado por Smith *et al.*, 2003).

1.4 Vinculação

Iremos caracterizar brevemente o construto teórico denominado vinculação, considerando-se um percurso de contextualização histórica que passará por alguns autores clássicos de referência, concluindo-se com a menção a estudos mais recentes respeitantes a este conceito.

Bowlby (1969, 1973, 1980) considera que os seres humanos nascem imbuídos de um sistema inato de natureza psicobiológica designado por “sistema comportamental de vinculação”, o qual leva a que seja procurada a proximidade em relação a outros significativos, que se denominam “figuras de vinculação”, sucedendo isto como forma de protecção contra ameaças, ou ainda para encontrar alívio no que diz respeito a sofrimento psicológico.

Nas suas publicações de 1987 e 1994, Hazan e Shaver recuperam os pressupostos de Bowlby (1969), da *Teoria da Segurança* (Blatz, 1940, 1966) e dos trabalhos de Mary Ainsworth (1970), em a “*Situação Estranha*” (em que esta autora sugere a distinção de três padrões de comportamento que configuram estilos de vinculação: estilo seguro, estilo ansioso/ambivalente e estilo evitante) e, centrando a sua atenção nas relações adultas, recuperam os três estilos de Ainsworth, mas tal como se manifestam na idade adulta, refletindo as relações estabelecidas com todas as figuras significativas na vida dos indivíduos (Shaver, Hazan & Bradshaw, 1988 citado por Moreira, Lind, Santos, Moreira, Gomes, Justo, Oliveira, Filipe & Faustino, 2006).

Estes autores descrevem então os três estilos de vinculação como um estilo Seguro, em que são firmadas relações mais optimistas, com maior confiança, maior prazer com a proximidade e relações de amizade plena e onde existe maior sentimento de satisfação com a relação. Um estilo Ansioso/Ambivalente de extremos emocionais, ciúmes, obsessão, excessiva preocupação e um sentimento de pouca satisfação com a relação, e onde, apesar de estarem inseridos numa relação imperam sentimentos de ansiedade e solidão. Finalmente, um estilo Evitante, pautado por menor envolvimento emocional, o medo da intimidade, pessimismo quanto ao amor e às relações em geral e maior distanciamento (Hazan & Shaver, 1994).

Bartholomew (1990) propõe um modelo de quatro grupos de estilos de vinculação característica na idade adulta, acrescentando, em particular, dois tipos diferentes de

evitamento da intimidade. O estilo Evitante - Receoso, caracterizado por um desejo consciente por contacto social que é inibido pelo medo das suas consequências e um estilo Evitante-Desligado que é caracterizado por uma negação defensiva da necessidade ou desejo desse mesmo contacto social.

No modelo de Bartholomew (1990), estes estilos de vinculação correspondem a modelos diferentes de *Self*: no estilo de vinculação Segura, existe uma representação positiva tanto de si próprios como dos outros significativos; no estilo de vinculação ansioso/ambivalente, existe uma representação negativa de si mesmos, mas positiva dos outros, e no desdobramento do estilo de vinculação evitante, encontram-se as duas dimensões, o evitante-receoso (com uma representação negativa tanto de si como dos outros, em que os indivíduos receosamente evitam a intimidade, não se achando merecedores do amor e apoio dos outros) e evitante – desligado - com uma representação positiva de si, mas uma negativa dos outros, em que os indivíduos, repudiando a intimidade, minimizam a consciência subjectiva das suas necessidades sociais (Moreira et al., 2006).

Neste modelo, as características individuais, na idade adulta, assumem maior relevância e levam o indivíduo ao estabelecimento de modelos cognitivos preditivos, específicos de cada relação, tanto de si próprio (modelos de *self*) como do outro (modelo de *other*), tornando possível predizer o que será expectável em cada relação (Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987 citado por Rowe, 2003).

Destarte, parece ser seguro assumir que o estilo de vinculação se estende a todas as relações significativas estabelecidas pelo indivíduo e que, se a segurança emocional que o indivíduo experiencia nas relações é influenciada pelas suas experiências de vinculação precoces (Bowlby, 1980) e adquirem igualmente características mais ou menos estáveis independentes dessas mesmas relações, fará sentido assumir que, quando se estabelece uma relação estável e duradoura com Deus, sendo esta significativa, tal também se reflecta.

1.4.1 Vinculação a Deus

O constructo de vinculação a Deus de Kirkpatrick e Shaver (1992), com base na teoria de Hazan e Shaver (1987), considera a ligação entre os três estilos principais de vinculação nos adultos, as suas crenças e a relação com Deus.

Kirkpatrick (1997, citado por Miner, 2009) sugere duas formas nas quais os indivíduos diferem na forma de vinculação a Deus. Deus pode servir de figura de vinculação, quer de uma forma compensatória, como um substituto para outras figuras de vinculação que não se revelaram consistentes (hipótese de compensação), ou como uma continuação de outras relações de vinculação, onde existe uma correspondência entre Deus e outras figuras de vinculação significativas (hipótese de correspondência).

O estilo seguro descreve a relação com Deus como sendo confortável e fonte de satisfação e felicidade. Deus é descrito como geralmente caloroso e responsivo, permissivo mas como base de suporte e protecção. No estilo evitante, Deus é visto como impessoal, distante e desinteressado, não sendo um cuidador presente e dedicado.

No estilo ansioso-ambivalente, as reacções de Deus são vistas como inconsistentes, dotadas de uma grande ambivalência entre a demasiada proximidade e a total ausência da mesma (Rowatt & Kirkpatrick, 2002).

O construto de vinculação a Deus vem continuando a ser objecto de diversos estudos, que têm por base as teorias clássicas da vinculação humana, a que acima já aludimos de forma breve e circunstanciada.

Segundo um estudo recente de Miner, Dowson e Malone (2014), evidências empíricas apontam no sentido de a vinculação segura a Deus se mostrar associada a resultados psicológicos positivos, enquanto a vinculação insegura a Deus se encontra associada a resultados psicológicos de natureza negativa.

Com efeito, vem sendo entendido correntemente, em termos de vinculação a Deus, a aplicação do Modelo de Primazia de Vinculação Segura (na terminologia proposta por Miner *et al.*, 2014). O referido Modelo de Primazia de Vinculação Segura encontra apoio na pesquisa de acordo com a qual a vinculação segura a Deus se mostra associada à busca de Deus em períodos de *stress* ou perigo, permitindo sentir a protecção de Deus perante estas ameaças ao bem-estar pessoal (Miner *et al.*, 2014).

Outro modelo de vinculação a Deus, também apontado no estudo de Miner *et al.* (2014), denominado Modelo de Vinculação a Deus de Primazia de Satisfação de Necessidades, de acordo com o qual os crentes experienciam Deus enquanto entidade que supre necessidades psicológicas de base como autonomia, competência e relacionamento. Como destacam Miner *et al.* (2014), se os indivíduos percepcionarem a

satisfação de necessidades psicológicas de base por parte de Deus, Deus será percebido enquanto uma figura de vinculação sensível e responsiva às necessidades, ao invés, se os indivíduos perceberem uma não responsividade de Deus perante as suas necessidades psicológicas de base, tal redundará no firmar de laços de vinculação insegura em relação a Deus.

Podem ser indicadas diversas formas através das quais os Cristãos (Católicos incluídos) procuram ver as suas necessidades atendidas por Deus (e.g. oração individual, oração em congregação, apoios baseado na religião). Alguns estudos sugerem que a satisfação de necessidades por Deus poderá potenciar a vinculação a Deus e bem-estar psicológico (Miner *et al.*, 2014).

Ainda de acordo com o estudo de Miner *et al.* (2014), importa referir que uma vinculação mais segura com Deus poderá ser potenciada através do recurso a formas espirituais que tornem possível aos crentes experienciar a ajuda de Deus na satisfação de necessidades (e.g. oração, meditação), beneficiando, assim, de uma vinculação mais segura a Deus, e de um mais elevado nível de bem-estar.

Em termos de análise correlacional entre as variáveis vinculação a Deus (ansiosa e evitante), vinculação em adultos, personalidade e religiosidade, foram encontradas diversas associações (Rowatt & Kirkpatrick, 2002). No mesmo estudo, Rowatt e Kirkpatrick (2002), confirmaram que as medidas de vinculação a Deus se mostraram correlacionadas com várias outras medidas arroladas com a religião, nomeadamente, a dimensão evitante da vinculação a Deus revelou-se correlacionada de forma negativa com a orientação religiosa intrínseca, ao passo que a dimensão ansiosa da vinculação a Deus revelou estar correlacionada de modo mais forte com a orientação religiosa extrínseca.

Rowatt e Kirkpatrick (2002) mencionam, no entanto, algumas problemáticas na medição e interpretação da vinculação a Deus, como a alta correlação com outras dimensões da crença religiosa.

Capítulo 2: Objectivos e Hipóteses de Estudo

2.1 Objectivos e hipóteses propostos

O objectivo geral do presente trabalho de investigação consiste numa análise exploratória das relações entre a orientação religiosa (intrínseca, extrínseca pessoal e extrínseca social), o tipo de vinculação a Deus e a depressão, numa amostra de católicos de meia-idade, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos. São, além disso, analisadas as médias das escalas em comparação com o sexo dos participantes e se se consideram católicos praticantes ou não praticantes.

Com base na revisão de literatura, formularam-se os seguintes objectivos específicos para o estudo, tal como as respectivas hipóteses, indicando-se os seguintes:

Objectivo Específico 1: Caracterizar a amostra estudada em relação à orientação religiosa (intrínseca e extrínseca total, pessoal e social); ao estilo de vinculação a Deus (evitante e ansioso) e à sintomatologia depressiva.

Objectivo Específico 1.1: Caracterizar a amostra estudada quanto à orientação religiosa (intrínseca e extrínseca, total, pessoal e social).

Objectivo Específico 1.2: Caracterizar a amostra estudada quanto ao estilo de vinculação a Deus.

Objectivo Específico 1.3: Caracterizar a amostra estudada quanto à sintomatologia depressiva.

Objectivo Específico 2: Comparar a sintomatologia depressiva, o estilo de vinculação a Deus e a prática religiosa, tendo em conta o sexo.

Objectivo Específico 2.1: Comparar a sintomatologia depressiva tendo em conta o sexo.

Objectivo Específico 2.2: Comparar a vinculação a Deus tendo em conta o sexo.

Objetivo Específico 2.3: Comparar a prática religiosa tendo em conta o sexo.

Objectivo Específico 3: Comparar a sintomatologia depressiva, a vinculação a Deus e a orientação religiosa em católicos praticantes e não praticantes

Objectivo Específico 3.1: Comparar a sintomatologia depressiva em católicos praticantes e não praticantes.

Objetivo Específico 3.2: Comparar a vinculação a Deus em católicos praticantes e não praticantes.

Objetivo Específico 3.3: Comparar a orientação religiosa (intrínseca e extrínseca – total, pessoal e social) em católicos praticantes e não praticantes.

Objectivo Específico 4: Analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e a prática religiosa.

Hipótese 1: Espera-se encontrar uma relação inversa entre a sintomatologia depressiva e a prática religiosa.

Objectivo Específico 5: Analisar a relação entre a orientação religiosa (intrínseca, extrínseca pessoal e extrínseca social) e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 2: Espera-se encontrar uma relação inversa entre a orientação religiosa intrínseca e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 3: Espera-se encontrar uma relação directa entre a orientação religiosa extrínseca (pessoal e social) e a sintomatologia depressiva.

Objectivo Específico 6: Analisar a relação entre o estilo de vinculação a Deus (evitante e ansioso) e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 4: Espera-se encontrar uma relação directa entre o estilo de vinculação a Deus evitante e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 5: Espera-se encontrar uma relação directa entre o estilo de vinculação ansioso e a sintomatologia depressiva.

Objectivo Geral 7: Análise da relação entre o estilo de vinculação a Deus (evitante e ansioso) e a orientação religiosa (intrínseca e extrínseca).

Hipótese 6: Espera-se encontrar uma correlação negativa entre a vinculação a Deus e a orientação religiosa intrínseca.

Hipótese 7: É esperada uma correlação mais forte entre a vinculação ansiosa a Deus e a orientação religiosa extrínseca.

Objectivo Geral 8: Análise da relação entre o estilo de vinculação a Deus (evitante e ansioso) e a prática religiosa.

Hipótese 8: É esperada uma correlação negativa, significativa, entre ambos os estilos de vinculação (evitante/ansiosa) e a prática religiosa.

Capítulo 3. Metodologia

Neste capítulo proceder-se-á à descrição da amostra a ser objecto de estudo, serão apresentados os instrumentos utilizados e, por fim, descrever-se-ão os procedimentos de recolha de dados e da respectiva análise estatística.

3.1 Amostra estudada

Quadro 1. Caraterização sociodemográfica da amostra em estudo (frequências e percentagens)

		Frequência	Percentagem
Sexo	Feminino	23	65.7
	Masculino	12	34.3
Estado Civil	Solteiro	7	20.0
	Casado	20	57.1
	Divorciado	5	14.3
	Viúvo	3	8.6
Escolaridade	Ensino Básico	5	14.3
	Ensino Secundário	13	37.1
	Curso superior	17	48.6
Actividade Profissional	Activo	25	71.4
	Desempregado	5	14.3
	Reformado	5	14.3
Vínculo com a Igreja	Contrato	6	17.1
	Voluntariado	11	31.4
	Outro	18	51.4
Religião	Católica Praticante	19	54.3
	Católica Não Praticante	16	45.7

N=35

Os participantes apresentam uma faixa etária entre os 35 e 65 anos, com uma média de 46.63 anos e desvio-padrão de 9.51. Em relação ao sexo, existe o predomínio do sexo feminino (65.7%) comparado com o sexo masculino (34.3%). Existe, da mesma forma, uma predominância a nível da formação superior (48.6%), sendo que 71.4% da amostra é profissionalmente activa (17.1% possui vínculo contratual com a igreja, 31.4% colaboram em regime de voluntariado e 51.4% apresentam outras formas de colaboração). A maioria dos inquiridos considera a sua situação económica satisfatória

(77.1%) sendo que os restantes consideram-na nada satisfatória (22.9%). Os participantes são na sua totalidade católicos, dividindo-se conforme se considerem praticantes (54.3%) ou não praticantes (45.7%).

3.2 Instrumentos

Para se poder estudar as diferentes variáveis, optou-se pelo uso dos seguintes questionários:

3.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico usado neste estudo foi desenvolvido com esse propósito, contendo dados de relevo para a análise a desenvolver. Assim, são recolhidas informações base como o Sexo, a Idade, o Estado Civil, a Nacionalidade, a Escolaridade e a Actividade Profissional, assim como dados relativos ao tipo de vínculo laboral que os participantes possa, ter com a igreja e à satisfação com a sua Situação Económica actual (Anexo I).

3.2.2 Questionário de prática religiosa

Na avaliação da frequência da prática religiosa dos participantes, foi utilizado o Questionário de Prática Religiosa (Gonçalves e Fagulha - versão experimental disponibilizada pelos autores). Esta escala é composta por seis itens, em que o primeiro corresponde à questão sobre a identificação dos participantes a uma determinada religião. Este item não cota para o total da escala e neste estudo em específico (uma vez que todos os participantes eram católicos), serviu o propósito de distinguir os que se consideram praticantes, dos não praticantes. Os restantes cinco itens, são respondidos numa escala de 4 pontos (cotados entre 0= “Nunca” a 3 = “Mais do que uma vez por semana ou diariamente” – Itens 2,3,4 e 0 = “Nunca” a 3 = “Semanalmente” – Itens 5 e 6). Um exemplo de um item desta escala é o item 3 - “*Com que frequência reza?*”. A cotação dos itens é feita de forma directa, pelo que um valor mais alto na escala reflete uma prática religiosa mais frequente.

3.2.3 Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos C.E.S-D

Para avaliar a Sintomatologia depressiva, optou-se pela escala CES-D (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos) na versão de Gonçalves & Fagulha (2003), do original de Radloff (1977). Esta escala de sintomatologia depressiva pode ser usada tanto na população em geral como na população clínica, com especial relevo para a componente afectiva - humor depressivo - (Gonçalves & Fagulha, 2003, 2004). A sua construção apoia-se na literatura e em estudos de análise factorial, sendo composta por vinte itens cuja cotação varia entre 0 a 60, focando-se em sintomas depressivos como o humor deprimido, sentimentos de culpa ou de desvalorização. Factores como lentificação psicomotora, perturbações do sono e perda de apetite são também analisados nesta escala que contém itens como “*Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso*” e onde é pedido ao participante que reflita sobre a forma como se sentiu na última semana respondendo numa escala entre 0 = “Nunca ou muito raramente” e 3 = “Com muita frequência ou sempre”. A Escala é cotada numa única dimensão, em que quanto mais elevado for o resultado, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva manifestada pelo sujeito, sendo que os itens 4, 8,12,16 são cotados de forma inversa.

Nos estudos efectuados, a consistência interna é de .92 (Gonçalves & Fagulha, 2003), alcançando no presente estudo um *Alpha de Cronbach* de .95, revelando uma consistência interna excelente. A Média apurada é de 13,3 e o desvio padrão é de 9.9 na amostra de aferição (Gonçalves & Fagulha, 2003).

3.2.4 Questionário de vinculação a Deus

O Questionário de Vinculação a Deus, resulta da tradução portuguesa da Escala “*The Multi-Item Attachment to God Scale*” (Rowatt & Kirkpatrick, 2002) e avalia o estilo de vinculação em dois domínios – Evitamento (correspondendo ao estilo de vinculação evitante) e Ansiedade (correspondendo ao estilo de vinculação ansioso/ambivalente). À subescala de Evitamento correspondem os itens 1,2,4,6,7 e 9 sendo necessário para a sua cotação inverter os itens 1,4 e 6, à subescala de Ansiedade correspondem os itens 3,5 e 8. O total da escala refletirá uma vinculação tanto mais segura quanto mais baixo for o valor. Este questionário é constituído na sua totalidade

por 9 itens, cotados numa escala de 5 valores, entre 5 = “Concordo completamente” e 1- “Discordo totalmente”.

No estudo de aferição efectuado (Rowatt & Kirkpatrick, 2002), a consistência interna para a Subescala de Evitamento apresenta um bom resultado ($\alpha = .92$). Neste estudo, o *Alpha de Cronbach* para essa mesma subescala é de .86, mantendo, uma boa consistência interna. Em relação à Subescala de Ansiedade, apresenta, no estudo mencionado, um valor de *Alpha de Cronbach* de .80, sendo que neste estudo este valor desce para .62, revelando, ainda assim, um valor moderado, sendo legítimo assumir que estamos perante uma consistência interna adequada.

3.2.5 Escala de orientação religiosa - Revista

Para compreender a orientação religiosa dos participantes, foi usada a Escala I/E-R (Escala de Orientação Religiosa-Revista) - ‘Age Universal’ I/E R Scale (Gorsuch e McPherson, 1989), na sua versão portuguesa por Linares (2009). Esta escala encontra a sua origem na escala de orientação religiosa de Allport e Ross (1967), e a versão usada neste estudo é composta por 14 itens como “*Rezo sobretudo para obter alívio e protecção*”. Os itens desta escala reflectem a teoria de origem e encontram-se orientados de diferentes formas: Religiosidade Intrínseca (itens 1, 3, 4, 5, 7, 10, 12 e 14), Religiosidade Extrínseca-Pessoal (itens 6, 8 e 9) e Religiosidade Extrínseca-Social (itens 2, 11 e 13). O questionário é respondido numa escala de Likert de 5 pontos, entre: 1- “Discordo totalmente” e 5- “Concordo totalmente”, em que os itens 3, 10 e 14 se encontram formulados inversamente. Os resultados são ditados pela soma das respostas dos itens concernentes, resultando num intervalo de 8 a 40 pontos para a Subescala de Orientação Religiosa Intrínseca e num intervalo de 6 a 30 pontos tanto para a Subescala de Orientação Religiosa Extrínseca Pessoal como para a Social.

Analisando a consistência interna da Escala de Orientação Religiosa I/E – R, o estudo de aferição para a população portuguesa de Linares (2012), propõe o agrupamento dos itens em 3 factores distintos. O factor 1 (que apresenta o nível de confiança mais elevado), onde se encontram a generalidade dos itens da Subescala de Orientação Religiosa Intrínseca e os itens da Subescala de Orientação Religiosa Extrínseca Pessoal apresenta um *Alpha de Cronbach* de .87, acontecendo que no estudo original é igualmente a Subescala de Orientação Religiosa Intrínseca a que apresenta maior consistência interna ($\alpha = .83$). No presente estudo este valor corrobora essa

tendência ($\alpha = .84$). O factor 2, contendo os itens que compõe a Subescala de Orientação Religiosa Extrínseca Social apresenta uma consistência interna em que o *Alpha de Cronbach* é de .71, apresentando igualmente um resultado superior ao do estudo original ($\alpha = .58$), mas inferior ao presente estudo ($\alpha = .77$). No estudo de aferição, o 3º factor corresponde à Subescala de Orientação Religiosa Extrínseca “outros” composta pelos itens invertidos, apresentando uma fraca consistência interna ($\alpha = .51$), sendo que no presente estudo apresenta uma consistência interna moderada ($\alpha = .69$).

3.3 Procedimento

A amostra foi constituída por 33 participantes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos, reunida entre os meses de Abril e Outubro de 2015, numa amostra de conveniência recolhida entre os funcionários activamente em funções (voluntários, efectivos e outros) integrados na comunidade católica da paróquia da Cova da Piedade (Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro), e por processo de “bola de neve” entre membros activos da igreja.

Foi solicitado à entidade envolvida, autorização escrita para a aplicação dos questionários à directora do centro, e tal foi feito de forma a não perturbar o normal funcionamento das instituições. Aos participantes foi pedido o preenchimento de cinco questionários, de forma voluntária, sendo previamente informados, através de um termo de responsabilidade (Anexo II), dos objectivos e do formato dos questionários a aplicar.

3.4 Procedimento estatístico

Na investigação presente, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados recolhidos utilizando o *IBM Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22). Foram realizadas análises descritivas, análises correlacionais e análises de diferenças entre grupos.

Os dados sociodemográficos da amostra foram caracterizados apelando à análise descritiva e os resultados obtidos dos três instrumentos aplicados foram caracterizados recorrendo aos cálculos da média, do desvio-padrão ou cálculo das frequências e das percentagens, mediante o tipo de variáveis em análise.

No apuramento da normalidade da distribuição optou-se pelo teste Shapiro-Wilk, o mais apropriado para amostras desta dimensão.

Foi usado o *t*-test na exploração da possível associação da depressão, da vinculação a Deus e a orientação religiosa com as variáveis sociodemográficas (sexo e católico praticante ou não praticante). Optou-se pela análise de correlação bivariada para explorar tanto as possíveis associações entre a sintomatologia depressiva, a orientação religiosa (intrínseca e extrínseca total, pessoal e social) e o estilo de vinculação (evitante ou ansioso). Para tal, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson no caso da distribuição normal dos resultados e ao coeficiente de correlação de Spearman no caso da distribuição não normal.

Capítulo 4: Resultados

No presente capítulo procede-se à apresentação dos resultados, com o intuito de responder aos objectivos e respectivas hipóteses colocados no capítulo 2.

4.1 Caracterização da amostra

Em seguida, apresenta-se a análise descritiva dos dados da amostra em relação à orientação religiosa. Para tal, recorreu-se ao cálculo da Média, Desvio-padrão - (Quadro 2).

Quadro 2. Caracterização da orientação religiosa

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>
Intrínseca	28.34	4.60
Extrínseca Pessoal	11.57	3.67
Extrínseca Social	5.86	2.90
Extrínseca Total	17.43	5.03

N = 35

Seguidamente, procedeu-se à análise descritiva do estilo de vinculação a Deus na amostra em estudo, apresentando-se cálculo de Média e Desvio-padrão. Esta caracterização encontra-se no Quadro 3.

Quadro 3. Caracterização do estilo de vinculação a Deus

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>
Evitante	11.49	4.74
Ansioso/ambivalente	7.43	2.70

N = 35

Por fim, procedeu-se à análise descritiva da sintomatologia depressiva verificada na amostra em estudo, calculando a Média e Desvio-padrão – Quadro 4.

Quadro 4. Caracterização da sintomatologia depressiva

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sintomatologia depressiva	15.77	12.79

N = 35

4.2 Sintomatologia depressiva tendo em conta o sexo

A média observada da pontuação na CES-D nas mulheres ($M = 17.91$, $DP = 14.31$) é mais elevada do que a observada nos homens ($M = 11.67$, $DP = 8.25$) contudo, a diferença não é significativa ($t(33) = 1.39$; $p = .174$) sendo que a magnitude do efeito está próximo de médio ($d = .48$).

4.3 Estilo de vinculação a Deus tendo em conta o sexo

A média observada da pontuação na escala de vinculação a Deus, relativamente ao estilo de vinculação evitante, nas mulheres ($M = 11.70$, $DP = 5.36$) é ligeiramente mais elevada do que a observada nos homens ($M = 11.08$, $DP = 3.45$), mas a diferença não é significativa ($t(33) = .36$; $p = .723$). No estilo de vinculação ansioso encontraram-se valores para as mulheres ($M = 7.39$, $DP = 3.01$) e para os homens ($M = 7.50$, $DP = 2.11$), que praticamente não diferem entre si ($t(33) = .11$; $p = .912$).

4.4 Prática religiosa tendo em conta o sexo

Pela observação das médias, os homens surgem associados a níveis mais altos de prática religiosa ($M = 7.33$, $DP = 4.12$), em relação às mulheres ($M = 6.35$, $DP = 3.37$), esta diferença não é, no entanto, significativa ($t(33) = .76$; $p = .452$).

4.5 Comparação da sintomatologia depressiva em católicos praticantes e não praticantes

Da observação das médias, verifica-se que os católicos praticantes aparecem associadas a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva ($M = 14.74$, $DP = 13.05$), comparativamente com os católicos não praticantes, que apresentaram níveis mais altos ($M = 17.00$, $DP = 12.79$), no entanto, esta diferença não é significativa ($t(33) = .52$; $p = .609$), com uma magnitude de efeito fraca ($d = .18$).

4.6 Comparação do estilo de vinculação a Deus em católicos praticantes e não praticantes

Nas médias observadas em relação ao estilo de vinculação a Deus, foram encontradas diferenças significativas ($t(33) = 2.21$; $p = .034$) em relação ao estilo evitante. Os católicos praticantes ($M = 9.95$, $DP = 3.63$) apresentam valores referentes a um estilo de vinculação evitante, significativamente mais baixo do que os católicos não praticantes ($M = 13.31$, $DP = 5.35$), com uma magnitude de efeito de $d = .77$. Para o estilo de vinculação ansioso, foi encontrada uma diferença não significativa ($t(33) = .89$; $p = .378$), logo, os católicos praticantes ($M = 7.05$, $DP = 2.61$) não diferem em relação ao estilo de vinculação ansiosa/ambivalente dos católicos não praticantes ($M = 7.88$, $DP = 2.83$).

4.7 Comparação do tipo de orientação religiosa em católicos praticantes e não praticantes

Observando as médias, os católicos praticantes diferem significativamente dos não praticantes quanto aos níveis de orientação intrínseca ($t(33) = 2.60$; $p = .014$, com uma magnitude de efeito de $d = .91$), tal não acontecendo em relação à orientação extrínseca, quer na totalidade ($t(33) = .52$; $p = .604$), quer em relação aos dois componentes que a constituem – extrínseca pessoal ($t(33) = .26$; $p = .796$), e extrínseca social ($t(33) = 1.26$; $p = .215$), dos não praticantes. No quadro 5, seguem as Médias e Desvios-padrão referentes a esta análise.

Quadro 5. Diferença entre católicos praticantes e não praticantes em relação à orientação religiosa.

Orientação Religiosa	Católicos Praticantes		Católicos Não Praticantes	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Intrínseca	30.05	4.02	26.31	4.51
Extrínseca	17.84	5.43	16.94	4.64
Ext. Pessoal	11.42	3.81	11.75	3.61
Ext. Social	6.42	3.15	5.19	2.51

Nota: Graus de Liberdade = 33

$n=35$

4.8 Relação entre sintomatologia depressiva e prática religiosa

Para analisar a associação entre a sintomatologia depressiva e a prática religiosa, realizou-se o cálculo da correlação de Spearman entre as escalas respectivas.

Resulta desta análise, que as variáveis não se mostram correlacionadas, variando, no entanto, no sentido inverso ($r_s = - .17$; $p = .322$).

4.9 Relação entre sintomatologia depressiva e orientação religiosa

Na análise da associação entre a sintomatologia depressiva e a escala de orientação religiosa intrínseca, foi efectuada uma análise correlacional, recorrendo ao coeficiente de Pearson, tal como para a escala de religiosidade extrínseca.

Desta análise, não foi possível estabelecer uma relação causal, apenas uma variação em sentido negativo, entre a sintomatologia depressiva e a orientação religiosa intrínseca ($r = - .24$; $p = .159$), e entre a sintomatologia depressiva e a orientação religiosa extrínseca ($r = - .21$; $p = .224$).

Recorreu-se ao coeficiente de Spearman nas restantes duas análises (das subescalas da orientação extrínseca) pela natureza da distribuição não ser normal.

Assim, da análise, não se estabelece uma relação causal, mas uma variação em sentido negativo, entre a orientação religiosa extrínseca pessoal e a sintomatologia depressiva ($r_s = - .14$; $p = .429$) tal como na orientação extrínseca social ($r_s = - .17$; $p = .323$).

4.10 Relação entre sintomatologia depressiva e estilo de vinculação a Deus

Analisando a relação entre a sintomatologia depressiva e o estilo de vinculação a Deus evitante, optou-se pelo coeficiente de Spearman.

A sintomatologia depressiva encontra-se correlacionada significativamente com o estilo de vinculação evitante ($r_s = .36$; $p = .034$).

Já analisando a sintomatologia depressiva em relação ao estilo ansioso/ambivalente de vinculação a Deus, optou-se pelo coeficiente de Pearson.

A análise informa que a sintomatologia depressiva encontra-se correlacionada significativamente com o estilo de vinculação ansioso/ambivalente ($r = .37, p = .027$).

4.11 Relação entre orientação religiosa e estilo de vinculação a Deus

Analisando a relação entre o estilo de vinculação a Deus e a orientação religiosa, optou-se pelo coeficiente de Spearman, ou de Pearson, conforme indicado. As relações encontradas encontram-se descritas no quadro 6.

Quadro 6

Análise da relação entre a orientação religiosa e o estilo de vinculação a Deus

Subescalas	Vinculação Evitante	Vinculação Ansiosa
Intrínseca	-.67**	-.50**
Extrínseca	-.03	-.26

** $p < .01$.

4.12 Relação entre estilo de vinculação a Deus e prática religiosa

Para analisar a associação entre a prática religiosa medida pelo questionário de prática religiosa e o estilo de vinculação a Deus, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman.

Na análise da relação entre a prática religiosa e o estilo de vinculação a Deus evitante, foi encontrada uma correlação negativa, significativa entre ambos ($r_s = -.48, p = .004$). Tal já não se encontra patente em relação ao estilo de vinculação a Deus ansioso/ambivalente, não é estabelecida relação causal, apenas uma variação em sentido inverso ($r_s = -.19, p = .262$).

Capítulo 5: Discussão de Resultados

Neste capítulo, procede-se à discussão dos resultados encontrados no capítulo 4, reportando aos objectivos e hipóteses formuladas no capítulo 2.

5.1 Sintomatologia depressiva, estilo de vinculação a Deus e prática religiosa tendo em conta o sexo

Neste subcapítulo, discutem-se os resultados referentes à análise das diferenças entre a sintomatologia depressiva, o estilo de vinculação a Deus e a prática religiosa, conforme considerada pelos participantes, em ambos os sexos (objectivo específico 2).

Em termos da comparação da sintomatologia depressiva, as mulheres parecem apresentar tendencialmente, valores médios mais altos do que homens, no entanto, não significativamente. Este resultado vai de encontro às conclusões de diversas outras investigações, em países distintos (Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005; Blanchflower & Oswald, 2011) apesar de, na amostra estudada, se revelar apenas como uma tendência. Em estudos anteriores as mulheres de meia-idade surgem usualmente associadas a uma maior susceptibilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, do que os homens. Este facto, tal como já mencionado, pode ser associado às mudanças características desta fase da vida, nomeadamente do foro relacional, como a emancipação dos filhos, as relações conjugais que a esta altura, por vezes, se encontram em processo de desgaste, tal como as alterações biológicas como a menopausa, que surge como um marco, assinalando o envelhecimento (Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005).

Relativamente ao estilo de vinculação a Deus, homens e mulheres não diferem praticamente entre si, no presente estudo, coerentemente com os resultados encontrados por Rowatt e Kirkpatrick (2002). Este resultado parece ir de encontro ao proposto por Kirkpatrick (1997, citado por Miner, 2009), que indica parecer existir uma continuidade entre a vinculação a Deus e as relações de vinculação com outros significativos (hipótese de correspondência), sendo que parece mesmo replicar a tendencial prevalência de um estilo de vinculação seguro para ambos os sexos.

Em relação à prática religiosa, os resultados encontrados contestam o proposto por Menéndez (2007), em que a tendência nos últimos anos aponta para um aumento de

católicos não praticantes no nosso país. Tal não se verifica neste estudo, em que a maioria dos participantes são católicos praticantes (podendo, no entanto, ser um factor derivado da natureza específica da amostra). Em relação à diferença entre homens e mulheres na prática religiosa, o presente estudo contraria o encontrado por Dias (2011), que revela um maior envolvimento das mulheres na religião, sendo que estas parecem atribuir uma maior relevância à mesma, nas suas vidas. Tal como no estudo mencionado, não se encontram diferenças significativas entre homens e mulheres na prática religiosa, mas, pelo contrário, são os homens a demonstrar valores mais altos da mesma.

5.2 Sintomatologia depressiva, estilo de vinculação a Deus e orientação religiosa, na prática religiosa

Neste subcapítulo discutem-se os resultados referentes às diferenças na sintomatologia depressiva, no estilo de vinculação a Deus e na orientação religiosa em católicos que se consideram praticantes e não praticantes, correspondente ao objectivo específico 3.

Os resultados encontrados não permitem explorar conclusivamente a diferença entre os níveis de sintomatologia depressiva em católicos praticantes e não praticantes, acrescentando à dificuldade em encontrar consenso, tal como na literatura, em relação ao efeito da religiosidade na depressão. Apesar de se encontrar um decréscimo na média da sintomatologia depressiva nos católicos praticantes em relação aos não praticantes, este valor não é significativo. Levanta-se também a questão da subjectividade na avaliação da prática religiosa pelos participantes, neste estudo, uma vez que podem haver dissonâncias naqueles que se autoavaliam como católicos praticantes e não praticantes.

Pese embora estas limitações, o resultado corrobora, se bem que modestamente, a estreita correlação inversa encontrada por Smith, McCullough, e Poll (2003), entre a religiosidade e os sintomas depressivos.

Contraria, no entanto, os resultados encontrados por Dias (2011), em que os participantes religiosos apresentaram índices de depressão médios mais elevados que os não religiosos. Tal facto parece, porém, associado ao tipo de prática religiosa adoptada, em que a participação em cultos religiosos parece encontrar-se associada a uma

diminuição da sintomatologia depressiva, ao passo que a oração parece produzir o efeito contrário. Este resultado é concordante com o proposto por Sheldon, (2006, citado por Diener, 2011) em relação à maior capacidade de introspecção religiosa dos católicos, o que, associado à culpa, aparenta funcionar como um factor de propensão para a depressão.

Em relação ao estilo de vinculação a Deus em católicos que se consideram praticantes e não praticantes, o presente estudo depara-se com o facto de os praticantes apresentarem médias referentes ao estilo de vinculação evitante, significativamente mais baixas, do que os que se consideram não praticantes. Este facto poderá estar ligado ao que propõem Cohen *et al.* (2005) na revisão de literatura, quando chamam atenção para os benefícios da pertença a uma comunidade religiosa, e ao facto desta ser valorizável por si só, resultando numa maior rede de suporte social, e logo, numa ligação mais próxima aos outros. O sentimento de estar ligado pessoalmente a Deus, pode agir de forma a aliviar a solidão e sentimentos de isolamento social (Diener, 2011), pelo parece fazer sentido que os católicos praticantes apresentem níveis de vinculação evitante a Deus mais baixos, derivado deste sentimento de pertença.

Olhando à problemática inversamente, poderemos argumentar que à partida, pessoas com estilo de vinculação evitante (quer nas relações significativas, quer a Deus), não estarão também tão propensas à prática religiosa, nomeadamente, a que é praticada em comunidade. Tal não acontece no caso da vinculação a Deus ansiosa/ambivalente, mas esta ideia será melhor explorada quando se analisar a relação entre a frequência da prática religiosa e os estilos de vinculação a Deus.

Observando as diferenças na orientação religiosa, os resultados encontrados neste estudo são coerentes com os indicados em estudos anteriores (e.g. Donahue, 1985), no que se refere à orientação religiosa intrínseca, os católicos que se consideram praticantes diferem significativamente dos não praticantes, o que de certa forma seria expectável. Tais resultados apoiam as conclusões também de Donahue (1985) de que a religiosidade intrínseca serve como uma medida excelente do empenho religioso. Os indivíduos intrinsecamente orientados estão mais preocupados com a participação em rituais religiosos, como as idas à missa, e têm grande representação entre os indivíduos com afiliação cristã, nomeadamente nos membros católicos activos (Ross, 2005; Ross & Francis, 2006 citado por Ross & Francis, 2010). Tal parece coerente com o postulado

por Allport e Ross (1967), que indicam que os indivíduos que apresentem uma orientação religiosa intrínseca, efectivamente, vivem a sua religião, encontram nela a sua motivação chave para a prática e vivência religiosas, nesta, em si mesma, considerando outras necessidades secundárias, como já mencionado na revisão de literatura.

Esta diferença não está presente, todavia, quando se considera a orientação religiosa extrínseca, quer quando se olha ao total da escala que a mede, quer atendendo aos dois componentes que a constituem – extrínseca pessoal e social. Os católicos que se consideram praticantes e não praticantes não se parecem distinguir no que diz respeito a este tipo de orientação religiosa, em que os indivíduos procuram na prática e vivência religiosas uma utilidade que poderá dizer respeito a questões de benefício exterior (Allport & Ross, 1967). Para Donahue (1985), este tipo de orientação é o que dá “mau nome” à religião.

5.3 Relação entre sintomatologia depressiva e prática religiosa

Neste subcapítulo passa-se à discussão dos resultados referentes à relação entre a sintomatologia depressiva e a prática religiosa, não como subjectivamente avaliada pelos participantes, mas como resultado do resultado da escala de prática religiosa.

No presente estudo, não é estabelecida uma relação causal, apenas é verificado entre a prática religiosa e a sintomatologia depressiva, uma variação no sentido inverso. O facto de esta não ser significativa, informa-nos de que, mesmo quando se transpõem as medidas mais subjectivas e se mede concretamente a frequência da prática religiosa, não se consegue ultrapassar os resultados pouco conclusivos e até mesmo opostos, encontrados na literatura, em relação ao efeito da religiosidade na depressão.

Tal como foi sugerido por Pargament, Steele e Tyler (1979), os resultados tendem a indicar que a relação entre a prática religiosa e o bem-estar (em contraste com a sintomatologia depressiva), se afirma como complexa, em que diversos níveis de envolvimento religioso se associam a custos e benefícios distintos em termos da eficácia psicossocial individual.

Este ponto já foi desenvolvido supra, na comparação da prática religiosa subjectiva, em relação à sintomatologia depressiva, pelo que não será retomada.

Neste caso, a hipótese 1 é infirmada, não tendo sido encontrada uma relação significativa entre a prática religiosa e a sintomatologia depressiva, na amostra em estudo.

5.4 Relação entre orientação religiosa e sintomatologia depressiva

Passar-se-á, neste subcapítulo, à discussão dos resultados referentes à relação entre sintomatologia depressiva e orientação religiosa (intrínseca, extrínseca pessoal e extrínseca social).

Não foram encontrados resultados significativos na amostra em estudo, em relação a nenhum dos tipos de orientação religiosa perante a sintomatologia depressiva, apesar de em todas as formas de orientação religiosa medidas se ter encontrado, tendencialmente, uma variação em sentido inverso.

O resultado em relação à orientação religiosa intrínseca, apresenta uma ligação ténue com o que profusas investigações têm demonstrado, sobretudo, na existência de uma correlação inversa importante entre a orientação religiosa intrínseca e a sintomatologia depressiva (Koenig, George, & Peterson, 1998; McCullough & Larson, 1999; Van Ness & Larson, 2002 citado por Dias, 2011), parecendo até apontar para uma mais rápida remissão da sintomatologia depressiva. Resultados semelhantes são encontrado por Smith *et al.* (2003), nos seus estudos que encontram correlações negativas mais fortes em relação à religiosidade intrínseca e aos sintomas depressivos, do que os estudos que medem atitudes religiosas e crenças.

Tal não se confirma no estudo actual, podendo, no entanto, dever-se à amostra ser reduzida, não tendo, desta forma, permitido que este efeito se tornasse mais evidente, neste grupo específico de católicos.

Assim, infirma-se a hipótese 2, não tendo sido encontrada uma relação negativa, significativa, entre a orientação religiosa intrínseca e a sintomatologia depressiva.

Em relação à orientação religiosa extrínseca, Smith *et al.* (2003), argumentaram que apesar de ser expectável que a maioria das medidas de religiosidade tivessem uma associação negativa com a sintomatologia depressiva, as medidas de orientação

religiosa extrínseca apresentam uma associação positiva e, por vezes, significativa com a mesma.

Os resultados encontrados por Dias (2011) suportam tais investigações, no sentido de que os indivíduos religiosos extrinsecamente orientados tendem a apresentar taxas de depressão mais elevadas e menor satisfação com a vida, mesmo até quando comparados com indivíduos não religiosos.

No que diz respeito ao estudo presente, a orientação religiosa extrínseca e as suas componentes apresentaram uma variação no mesmo sentido, o que pode também ser reflexo da pequena dimensão da amostra.

Assim, infirma-se também a hipótese 3, pois para além do facto de não ser encontrada uma relação, a tendência de variação encontrada é inversa, entre a orientação religiosa extrínseca (e seus componentes) e a sintomatologia depressiva.

5.5 Relação entre estilo de vinculação a Deus e sintomatologia depressiva

A discussão dos resultados referentes à relação entre sintomatologia depressiva e o estilo de vinculação a Deus (evitante e ansiosa) será feita neste subcapítulo.

No presente estudo foi encontrada uma correlação inversa, significativa, entre a sintomatologia depressiva e ambos os estilos de vinculação a Deus, avaliados no questionário (evitante e ansioso).

Conforme revisão de literatura, Miner *et al.* (2014) sugerem que isto poderá justificar-se pela forma como os crentes vêm as suas necessidades satisfeitas por Deus.

Quando tal não acontece, poderá resultar numa forma insegura de vinculação a Deus e numa capacidade reduzida de regular sentimentos depressivos, ansiedade e *stress*, mas acontecendo, resulta numa forma de vinculação mais segura a Deus e num melhor ajustamento psicológico e bem-estar. Encontrar em Deus a satisfação das necessidades pode advir da oração ou mesmo de prestar serviço aos outros, o que parece acontecer especificamente na amostra em estudo, onde muitos dos participantes são voluntários numa instituição católica.

Uma forma de vinculação interpessoal mais segura tem vindo a ser relacionada com uma imagem de Deus mais estável e afectuosa, logo, a um estilo de vinculação mais seguro a Deus, onde Este é visto como sendo mais caloroso, confiável e sensível (Kirkpatrick & Shaver, 1992). Comparativamente, um estilo de vinculação evitante/insegura tem sido associada com o ateísmo e agnosticismo e a uma forma de ver Deus como sendo distante e controlador, o que poderá explicar esta tendência para se associar a sentimentos de abandono característicos da sintomatologia depressiva.

Destarte, são confirmadas as hipóteses 4 e 5.

5.6 Relação entre orientação religiosa e estilo de vinculação a Deus

Neste subcapítulo, debatem-se os resultados referentes à relação entre o estilo de vinculação a Deus e a orientação religiosa.

Estudos iniciais de Kirkpatrick e Shaver (1990, citado por Miner, 2009) consideraram a orientação religiosa como um indicador da religiosidade adulta em estudos acerca da vinculação materna, não tendo, no entanto, estudado as associações entre a vinculação a Deus e a orientação religiosa.

Miner (2009) afirma que a orientação e a vinculação religiosas podem ser vistas como duas facetas da religiosidade.

O circunstancialismo da orientação religiosa intrínseca ser mediadora do impacto exercido pela vinculação a Deus sobre o bem-estar existencial e a ansiedade indica que uma vinculação segura a Deus poderá ser promotora de uma orientação para a religião, e como um fim em si mesma, o que, por sua vez, predirá o bem-estar existencial e um nível reduzido de ansiedade. A orientação religiosa extrínseca social poderá relacionar-se de forma positiva com alguns estilos de vinculação insegura a Deus, tais com o estilo ansioso/ambivalente, e poderá estar relacionada de forma negativa a outros estilos de vinculação (Miner, 2009).

No presente estudo encontram-se correlações negativas significativas entre a orientação religiosa intrínseca e ambos os estilos de vinculação a Deus, o mesmo não sucede em relação à orientação religiosa extrínseca e aos mesmos, em que não são apontadas relações, mas apenas tendências de variação em sentido inverso.

Estes resultados encontram-se em consonância com os trabalhos de Rowatt e Kirkpatrick (2002), que apontam para a existência de uma correlação negativa entre o estilo de vinculação evitante a Deus e a orientação religiosa de natureza intrínseca.

Todavia, contrariam a argumentação expendida pelos mesmos autores no que diz respeito à vinculação ansiosa a Deus que encontra correlações positivas, mais fortes com a orientação religiosa extrínseca.

Desta forma, confirma-se a hipótese 6 e infirma-se a hipótese 7.

5.7 Relação entre prática religiosa e estilo de vinculação a Deus

Neste subcapítulo, discutem-se os resultados referentes à relação entre o estilo de vinculação a Deus e a prática religiosa efectiva.

Encontra-se no estudo presente, uma correlação significativa, negativa, entre a prática religiosa e o estilo de vinculação evitante a Deus, repercutindo os resultados encontrados na comparação entre a prática religiosa subjectiva e este mesmo estilo de vinculação. Os mesmos efeitos não se verificam em relação à prática religiosa e o estilo de vinculação ansioso/ambivalente.

Tal como propõem Granqvist, Mikulincer e Shaver (2010, citado por Freeze & DiTommaso, 2015) e Rowatt e Kirkpatrick (2002), após a socialização religiosa as pessoas com estilo de vinculação parental seguro são mais orientadas para ter uma imagem de Deus como afectuoso, de forma consistente, com uma vinculação segura, pelo que, mais uma vez, esta diferença significativa parece fazer sentido.

Estes valores não são encontrados quando se fala do estilo de vinculação ansioso/ambivalente a Deus. As características específicas deste estilo de vinculação apontam para indivíduos inclinados a extremos emocionais e sentimentos de pouca satisfação com a relação (Hazan & Shaver, 1994), aparecendo, no caso da vinculação ansiosa a Deus, como um preditor significativo de afectos negativos e positivos (tal a ambivalência) e de personalidades tendencialmente mais neuróticas (Rowatt & Kirkpatrick 2002). Curiosamente, Kirkpatrick (1997, 1998, citado por Granqvist, Mikulincer, Gewirtz & Shaver, 2012) encontrou resultados que apontam para que indivíduos com este estilo de vinculação sejam especialmente propensos a experienciar

aumentos súbitos na religiosidade, característicos em situações tumultuosas de vida, mas, da mesma forma, decréscimos acentuados quando tais situações se dissolvem.

Deste modo, a prática religiosa não parece refletir-se particularmente quanto ao estilo da vinculação ansiosa/ambivalente a Deus, conduzindo a que os católicos praticantes não apresentem diferenças a este nível, dos não praticantes.

Em relação à vinculação a Deus, a religiosidade tem sido associada de forma significativa com valores mais baixos de vinculação evitante a Deus, mas com maiores valores de ansiedade em relação a Deus (Granqvist, Mikulincer, Gewirtz & Shaver, 2012), tendência replicada neste estudo.

Assim, a hipótese 8 é parcialmente confirmada, sendo que apenas a vinculação evitante a Deus apresenta uma correlação significativa com a prática religiosa.

Capítulo 6: Conclusão e limitações do estudo

Neste capítulo são expostas as principais conclusões do estudo, tal como as suas mais importantes limitações. São igualmente propostos futuros rumos de investigação que possam ter sido suscitados durante a investigação.

Como tal, na senda de clarificar resultados encontrados em copiosos estudos no âmbito da religiosidade, a presente investigação focou-se na averiguação do impacto que a orientação religiosa e a vinculação a Deus poderão operar na sintomatologia depressiva, no nosso país, recorrendo para tal a uma amostra de católicos de meia-idade, activamente em funções numa instituição religiosa.

Os efeitos obtidos não permitem desobscurecer os resultados expostos por investigações anteriores em relação ao efeito da prática religiosa no desenvolvimento de quadros depressivos, acrescentando aos dados inconclusivos, encontrados na literatura.

No entanto, permitem corroborar de uma forma conclusiva os efeitos positivos de uma vinculação segura a Deus, nomeadamente se associados a uma orientação religiosa orientada intrinsecamente, tendo assim cumprido os objectivos a que se propôs.

O presente estudo apresenta, todavia, algumas limitações. A amostra reduzida, de conveniência, não se mostra como representativa da população, não permitindo generalizar conclusões. O facto de o tipo de vínculo à instituição religiosa conter um campo não específico (outro), não permitiu comparar essa dimensão com as variáveis em estudo, por não ser esclarecedor quando à natureza do mesmo a que se referia, como tal, não foi possível retirar conclusões a esse nível.

Apesar das limitações destacadas, parece legítimo afirmar que o presente trabalho poderá oferecer um contributo importante para uma melhor compreensão da influência da prática e orientação religiosa, mas sobretudo, do estilo de vinculação a Deus na sintomatologia depressiva, em Portugal.

Para futuras investigações, sugere-se a replicação do estudo em amostras de católicos maiores e mais representativas, que permitam extrair resultados mais conclusivos e generalizáveis. Adverte-se também para a importância de analisar o tipo de prática religiosa que maior protecção oferece na depressão.

No que concerne à vinculação a Deus, a questão central que se coloca neste estudo acompanha as inquietações levantadas nos estudos mais recentes, a nível mundial, parecendo centrar-se no aferir se uma figura de natureza divina, como Deus, poderá ser entendida enquanto figura de vinculação (Freeze & DiTommaso, 2015). Sugerem-se igualmente, no nosso país, o desenvolvimento de estudos futuros no sentido de esclarecer a relação de continuidade, ou compensação, entre o estilo de vinculação interpessoal e a vinculação a Deus.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67. doi:10.2307/1127388
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality And Social Psychology*, 5(4), 432-443. doi:10.1037/h0021212
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social And Personal Relationships*, 7(2), 147-178. doi:10.1177/0265407590072001
- Barros De Oliveira, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Baumeister, R. F. (2005). *The cultural animal: Human nature, meaning, and social life*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Baumeister, R. F., Brewer, L. E., Tice, D. M., & Twenge, J. M. (2007). Thwarting the need to belong: Understanding the interpersonal and inner effects of social exclusion. *Social And Personality Psychology Compass*, 1(1), 506-520. doi:10.1111/j.1751-9004.2007.00020.x
- Blanchflower, D.G., & Oswald, A.J. (2011). International happiness. NBER Working Paper Series. Cambridge.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Vol. 2: Separation. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Burris, C. T. (1994). Curvilinearity and religious types: A second look at intrinsic, extrinsic, and quest relations. *International Journal For The Psychology Of Religion*, 4(4), 245-260. doi:10.1207/s15327582ijpr0404_5
- Caldas de Almeida, J.M. & Xavier, M. (2010). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental 1º Relatório. *World Mental Health Surveys Initiative (WMHSI)*. Universidade de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Cohen, A. B., Hall, D. E., Koenig, H. G., & Meador, K. G. (2005). Social Versus Individual Motivation: Implications for Normative Definitions of Religious Orientation. *Personality And Social Psychology Review*, 9(1), 48-61. doi:10.1207/s15327957pspr0901_4

- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Dias, C. (2011). Religiosidade intrínseca e extrínseca: Implicações no bem-estar subjectivo de adultos de meia-idade. (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and well-being*, 3(1), 1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(2), 400-419. doi:10.1037/0022-3514.48.2.400
- Fagulha, T. (2009). A meia-idade e a meia-idade no feminino. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 41, 15-44
- Feist, J., & Feist, G. J. (2008). *Teorias da Personalidade*. (6ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Freeze, T. E., DiTommaso, E. (2015). Attachment to god and church family: Predictors of spiritual and psychological well-Being. *Journal of Psychology & Christianity*, 34(1).
- Freud, S. (1967). Duelo y melancolia (1912). In *Sigmund Freud – Obras Completas*, Vol I (pp. 1075-1082). Madrid: editorial Biblioteca Nueva. (Tradução do original em Alemão Publicado em 1917).
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.-D). In M.M. Gonçalves, M.R. Simões, L.S. Almeida, & C. Machado (Eds.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol.1, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, B., Fagulha, T., & Ferreira, A. (2005). A depressão nas mulheres de meia-idade: Estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*. Vol. XIX, (1-2): 39-56.
- Gorsuch, R.L., & MCPerson, S.E. (1989). Intrinsic/extrinsic measurement: I/E-revised and single-item scales. *Journal for Scientific Study of Religion*, 28(3): 348-354

- Granqvist, P., Mikulincer, M., Gewirtz, V., & Shaver, P. R. (2012). Experimental findings on god as an attachment figure: Normative processes and moderating effects of internal working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(5), 804-818. doi:10.1037/a0029344
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22. doi: 10.1207/s15327965pli0501_1
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, S (1), 3-17. doi:10.1037/1941-1022.S.1.360-72.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 18(3), 266-275. doi:10.1177/0146167292183002
- Kirkpatrick, L. A. (1999). Toward an Evolutionary Psychology of Religion and Personality. *Journal Of Personality*, 67(6), 921-952. – texto clássico imprimir e citar
- Kirkpatrick, L. A. (2012). Attachment Theory and the Evolutionary Psychology of Religion. *International Journal For The Psychology Of Religion*, 22(3), 231-241.
- Larson, D. & Larson, S. (2001). Patient spirituality and mental health: An expanding focus in clinical care and research. Oxford University Press.
- Levinson, D. J. (1978). *The season's of a man's life*. New York: Alfred Knopf.
- Linares, R. (2012). O envolvimento religioso e a sintomatologia depressiva em imigrantes brasileiros. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Menéndez, M. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: Comparação com Espanha e a Europa católica. *Análise Social*. Vol. XI.II (184): 757-787

- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222. doi:10.1037/0278-6133.19.3.211
- McIntosh, D., Poulin, M., Silver, R. & Holman, E. (2011). The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: A national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *J Behav Med* DOI 10.1007/s10865-011-9331-y
- Miner, M. (2009). The impact of child-parent attachment, attachment to God and religious orientation on psychological adjustment. *Journal of Psychology and Theology*. 37(2):114-124
- Miner, M. K., Dowson, M. & Malone, K. (2014). Attachment to God, psychological need satisfaction, and psychological well-Being among Christians. *Journal of Psychology & Theology*, 42(4), 326-342.
- Moreira, J. M., Lind, W., Santos, M. J., Moreira, A. R., Gomes, M. J., Justo, J., Oliveira, A. P., Filipe, L. A., & Faustino, M. (2006). Experiências em relações próximas, um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: Tradução e validação para a população Portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4: 3-27.
- Neyrinck, B. B. (2010). Updating Allport's and Batson's framework of religious orientations: A reevaluation from the perspective of self-determination theory and Wulff's social cognitive model. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49(3), 425-438.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde.
- Pargament, K., Steele, R., & Tyler, F. (1979). Religious participation, religious belief and individual psychosocial competence. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 18(4), 412-419.
- Pargament, K. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3): 168-181.

- Pargament, K. I. (2013). Searching for the sacred: Toward a nonreductionistic theory of spirituality. In K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W. Jones, K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W. Jones (Eds.) , *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research* (pp. 257-273). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14045-014
- Portal da Saúde. (2014). Depressão. Consultado em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministerios+aude/saude+mental/depressao.htm>
- Ross, C., & Francis, L. (2010). The relationship of intrinsic, extrinsic, and quest religious orientations to Jungian psychological type among churchgoers in England and Wales *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 13(7-8): 805-819
- Rowatt, W. A., & Kirkpatrick, L. A. (2002). Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for The Scientific Study of Religion*, 41(4), 637-651.
- Rowe, A. B. (2003). Attachment style differences in the processing of attachment–relevant information: Primed–style effects on recall, interpersonal expectations, and affect. *Personal Relationships*, 10(1), 59-75.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636. doi:10.1037/0033-2909.129.4.614
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2004). 'Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events': Correction to Smith et al. (2003). *Psychological Bulletin*, 130(1), 65. doi:10.1037/h0087878
- Smither, J. W., & Walker, A. G. (2015). The relationship between core self-evaluations, views of god, and intrinsic/extrinsic religious motivation. *Psychological Reports*, 116(2), 647-662. doi:10.2466/17.07.PR0.116k24w2
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port*, 22(1), 89-98.

Wink, P., & Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*. Vol. 18(4): 916-924, doi:10.1037/0882-7974.18.4.916

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the world mental health survey initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7doi:10.1186/1752-4458-7-19

ANEXOS