



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL, EVENTOS ESTRESSORES PRECOCES
E SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS: Um estudo mediacional em protestantes**

Gilvan Santana Santos Júnior

João Pessoa-PB

2023

Gilvan Santana Santos Júnior

COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL, EVENTOS ESTRESSORES PRECOCES E
SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS: Um estudo mediacional em protestantes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na
Universidade Federal da Paraíba, como requisito básico
para a conclusão do Curso de Psicologia.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Melyssa Kellyane Cavalcanti
Galdino.

João Pessoa-PB

2023

Gilvan Santana Santos Júnior

COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL, EVENTOS ESTRESSORES PRECOCES E
SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS: Um estudo mediacional em protestantes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na
Universidade Federal da Paraíba, como requisito básico
para a conclusão do Curso de Psicologia.

João Pessoa, 19 de outubro de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino

Orientadora

Profa. Dra. Isabel Cristina Vasconcelos De Oliveira

Examinadora interna

Me. Maria Carolina da Silva Simplicio

Examinadora externa

Psic. Thaís Mykaella Pereira da Silva

Examinadora externa

Agradecimentos

Sou grato a Deus por seu infinito amor, graça e misericórdia que em sua bondade me deu recursos, saúde e pessoas maravilhosas para mim ajudar na trajetória desse trabalho. Foi na base da oração e da meditação em sua palavra que conseguir ir até o fim.

Agradeço a minha noiva na sua beleza, doçura e paciência esteve comigo em todos os sentidos me motivando para terminar esse trabalho. Um dia depois de apresenta-lo será minha esposa e quero amá-la até o fim da minha vida.

Sou grato aos meus pais, minhas irmãs e meus sogros. Sempre estiveram comigo com carinho, muito afeto e grande amor. A minha mãe por seu apoio incondicional, por Liliane e Raquel por torcer pelo meu crescimento.

Sou grato ao pastor Sérgio (em memória) que proporcionou tantas coisas boas na minha vida, inclusive poder fazer esse curso, a sua esposa Ailma que cuidou de mim como um filho, a Robinho, Magno e Jemima que me tratam como um irmão.

Agradeço a outra família que Deus me deu. Zena, Gustavo e Guilherme que nos momentos de adoecimento estiveram sempre a disposição de estar comigo, foram essenciais na trajetória desse curso.

Sou grato pelos amigos do curso de psicologia que transpuseram a barreira de ser meros colegas. Agradeço a cada um por suas marcas, a Henrique por seu companheirismo, conversas e brincadeiras, a Beatriz por sua gentileza, ajuda e cuidado, a Eduarda por sua bravura, vigor e diligência.

Agradeço a prof. Melyssa Kellyane pela orientação, paciência e tato. Muito obrigado por ser como és. Agradeço a Thaís que se dispôs a me ajudar sem reservas a fazer esse artigo, é uma benção em minha vida. Agradeço a prof. Isabel e a Carol por aceitarem fazer parte da banca.

Resumo

Na literatura, a religiosidade/espiritualidade (R/E) está associada com melhores índices de saúde física e mental, pois diante de situações estressoras o sujeito pode utilizar estratégias de enfrentamento como o *coping* religioso/espiritual (CRE). para administrá-las. Quando esses estresses ocorrem na infância, geram impactos duradouros na vida e saúde e recebem o nome de eventos estressores precoces (EEPs). O presente estudo objetivou analisar o papel do CRE como mediador de traumas na infância e menores índices de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em um estágio posterior do ciclo vital. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa de corte transversal. A amostra foi composta de 254 participantes protestantes que responderam um formulário compartilhado pela internet, que continha o Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Traumas na Infância (QUESI), a escala de Religiosidade da Duke (DUREL), a escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS21) e a Escala Breve de *Coping* Religioso/Espiritual (SCOPE-14). A R/E mostrou-se um preditor significativo do CRE Total (CRETOT). O efeito da mediação foi significativo para os desfechos da depressão, ansiedade e estresse. O CRETOT mediou a relação entre negligência emocional e estresse. Por fim, os resultados dessa pesquisa mostram a importância de trabalhar a dimensão espiritual do sujeito na psicoterapia, como também os dados corroboram com práticas nas áreas da Psicologia da Religião, da Saúde, psicologia Positiva e Clínica.

Palavras-chave: religião, *coping*, eventos estressores precoces.

Abstract

In the literature, religiosity/spirituality (R/S) is associated with better levels of physical and mental health, because in face of stressful situations, the religious/spiritual subject can use *coping* strategies to manage them, such as, for example, the Religious/Spiritual *Coping* (RSC). When these stresses happen in childhood, they have a lasting impact on a person's life and health and are called early stressful events (ESEs). So, the present study aims to analyze the role of RSC as a mediator of childhood trauma and lower rates of depression, anxiety and stress disorders at a later stage of the life cycle. This is a descriptive study, with a cross-sectional quantitative approach. The sample was made up of 254 participants protestants who answered a form shared on the internet, which one contained the socio-demographic questionnaire, the childhood trauma questionnaire (QUESI), the Duke religiosity scale (DUREL), the depression, anxiety and stress scale (DASS21) and the brief religious/spiritual *coping* scale (SCOPE-14). With this, R/S proved to be a significant predictor of Total RSC (CRETOT). The mediation effect was significant for the outcomes of depression, anxiety and stress. The CRETOT mediated approximately 27.81% of the negative relationship between emotional neglect and depression, 22.5% between emotional neglect and anxiety and 30.23% between emotional neglect and stress. Moreover, no significant effect was found in the correlations for positive RSC (CREP). At the end, the results of this research shows the importance of working on the subject's spiritual dimension in psychotherapy, in addition to the data that corroborates with practices in areas of Psychology of Religion, Health, Positive and Clinical as well.

Keywords: religion, *coping*, early stressful events.

Sumário

1 Introdução	7
2 Metodologia	14
2.1 Participantes	14
2.2 Tipo de Pesquisa.....	16
2.3 Instrumentos	16
2.4 Procedimentos	18
2.6 Análises de Dados	18
2.7 Aspectos éticos	18
3 Resultados	19
4 Discussão	22
5 Considerações Finais	26
Referências.....	28
Anexos	36
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	36
Anexo B – Instrumento Sociodemográfico de Investigação	37
Anexo C – Questionário sobre traumas na infância (QUESI).....	39
Anexo D – Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL).....	40
Anexo E – Escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS21)	41
Anexo F - Escala Breve de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual (SCOPE).....	42

1 Introdução

A priori, o estresse é uma reação do organismo perante eventos percebidos no contexto ambiental como perigosos e ameaçadores, que excede os próprios recursos do sujeito na resolução adequada da situação (Lazarus & Folkman, 1984). Essa resposta desencadeia mudanças fisiológicas que prejudicam o estado de equilíbrio interno, chamado de homeostase (Selye, 1954). Diante de uma situação estressora, um conjunto de respostas fisiológicas são eliciadas no organismo, como a ativação do sistema nervoso autônomo (SNA) e do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). O ponto inicial respondente é a amígdala, que reúne informações do organismo nos núcleos basolaterais e as difunde para o núcleo central, o qual faz a ativação do HPA (Bear, 2017).

Além disso, o funcionamento do eixo HPA inicia-se no hipotálamo, e por meio dos neurônios parvocelulares é secretado o mensageiro químico hormônio liberador de corticotrofina (CRH) para a hipófise anterior, a qual libera na corrente sanguínea o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). Por meio da circulação, o hormônio chega na glândula suprarrenal induzindo a secreção de glicocorticóides como cortisol e aldosterona (Pagliarone & Sforcin, 2016). O cortisol, por sua vez, exerce feedback negativo sobre o hipocampo e sobre o hipotálamo, reduzindo a liberação de CRH. Devido exposição prolongada de estressores, a ativação exacerbada do eixo HPA desencadeia o surgimento de doenças (Lupien et al., 2009), pois níveis anormais de cortisol causam efeitos deletérios na região hipocampal e hipotalâmica, como a remodelação dendrítica e a inibição de neurogênese (Joca, Padovan & Guimarães, 2003).

Embora a resposta prolongada aos estressores possa ocasionar adoecimento em quaisquer fases do ciclo vital, a infância recebe atenção especial por causa das consequências advindas em toda sua vida. Esse é o período de maior neuroplasticidade do desenvolvimento humano, ou seja, de aprendizagem a partir de experiências com o meio. O estresse precoce constante prejudica o desenvolvimento natural do cérebro, cujas alterações podem causar problemas duradouros de aprendizagem, comportamento e de saúde física e mental (Papália & Feldman, 2013).

Eventos Estressores Precoces

Os eventos estressores precoces (EEPs) são situações adversas estressoras na infância ou adolescência de um sujeito com o potencial de provocar variadas psicopatologias. Assim, os efeitos de tais eventos podem perdurar ao longo da vida (Costa et al., 2019; Gilgoff et al., 2020). Os tipos de EEPs mais abordados na literatura são os abusos físico, sexual e emocional, e as negligências física e emocional (Bernstein et al., 2003; Giotakos, 2020). Outros eventos estressores precoces investigados são: bullying (Albuquerque, Williams & Affonseca, 2013; Stephens, Fasano & Sibbaluca, 2018; Souza, 2019); divórcio dos pais e abuso de substâncias dos cuidadores (Venter, Demyttenaere & Bruffaerts, 2013); doença grave e internação hospitalar (Pereira & Winograd, 2017); acidentes (Terr, 1991); testemunhar violência (Forke et al., 2019); mobilidade residencial (Oishi, 2010) e perda de ente querido na infância (Zavaschi et al., 2002). Os autores citados destacam as sequelas permanentes em cada um desses eventos.

Achados na literatura apontam para diversos efeitos disruptivos à saúde devido aos EEPs. Segundo Juruena et al. (2020), evidências indicam que o estresse no início da vida pode induzir mudanças persistentes na capacidade do eixo HPA de responder ao estresse na idade adulta, acarretando transtornos psiquiátricos como crise de pânico,

transtorno de ansiedade generalizada, fobias e depressão. Outros efeitos negativos são as mudanças provocadas no processamento emocional e o déficit na sensibilidade à recompensa (Herzber & Gunnar, 2019).

De acordo com Brietzke et al. (2012), estudos com imageamento de ressonância magnética indicaram que o trauma precoce pode produzir várias alterações neuroestruturais, atrofia hipocampal e do corpo caloso, como também a maior possibilidade de sofrer doenças mentais como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e abuso de substâncias. Giotakos (2020) assinala que EEPs podem atrapalhar o desenvolvimento neurobiológico da criança, o que por sua vez reduz a resistência ao estresse, provocando problemas ulteriores de regulação emocional. Também, Ali et al. (2010) salientam que há fortes evidências de que o estresse na infância produz efeitos persistentes em um conjunto de propriedades eletrofisiológicas do organismo.

Diante de tantos efeitos deletérios causados pelos EEPs na vida do sujeito, a ciência psicológica busca investigar quais mecanismos de enfrentamento são funcionais para intervenção, a fim da promoção da saúde. Por isso, o presente trabalho preconiza a religiosidade/espiritualidade (R/E) como possíveis interventores para EEPs. Tais construtos têm efeitos associados entre o adoecimento e o tratamento, visto que a religião é fator estruturante da subjetividade e significativa como recurso de enfrentamento perante condições de sofrimento (Moreira-Almeida et al., 2008; Murakami & Campos, 2012).

Religião e Saúde Mental

A definição de religião esbarra em uma série de dificuldades, pois delimitar precisamente o universo religioso em uma expressão que abranja todo o fenômeno não é

possível (Figueiredo, 2019). É importante salientar que cada religião tem suas peculiaridades que as distingue completamente. Assim, o presente trabalho esforça-se para trazer uma definição operacional com fins investigativos proposta por Koenig (2001), que a define como um conjunto organizado de crenças, comportamentos prescritos, rituais e símbolos compartilhados em comunidade cujo objetivo é a busca do sagrado. Para melhor compreensão, é necessário distinguir as terminologias “espiritualidade” e “religiosidade”, partindo do entendimento que ambas são comumente associadas, porém diferentes em seu significado. Por isso, a espiritualidade caracteriza-se pela busca subjetiva de entendimento sobre questões essenciais sobre o significado da existência e relação com o sagrado (Koenig, 2001), é um sentimento pessoal e pode se expressar por meio da religião (Murakami & Campos, 2012). Em consonância a isso, Ribeiro e Minavo (2014) as distingue destacando a religião a partir de sua perspectiva institucionalizada e a espiritualidade a partir da interioridade pessoal que leva a relação com o transcendente.

No mais, pesquisas na área de R/E têm aumentado consideravelmente nos últimos anos. Uma rápida busca no indexador do CAPES Cafe para os termos “espiritualidade or spirituality or religiosidade or religiosity” mostra um acréscimo de 323% de publicações dos anos 2013-2022 em comparação a 2002-2012. Esse crescimento de publicações é expressivo tanto a nível internacional quanto nacional (Lucchetii & Lucchetii, 2014). Tendo em vista que 92% da população brasileira respondeu a pesquisa do IBGE afirmando fazer parte de alguma religião (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010), estudos relacionados a dimensões desse fenômeno são necessários (Waldron, Scarpa & Kim-Spoon, 2018), levando em conta que há diversos grupos religiosos extremamente distintos em suas práticas no

cenário nacional. A população alvo da pesquisa desse trabalho, os protestantes, representa 25% da população do país.

Sendo assim, estudos envolvendo a religião e a espiritualidade têm revelado os efeitos positivos na saúde de pessoas religiosas/espirituais. Achados constatarem que as crenças religiosas dão suporte a sujeitos que estão se recuperando de eventos traumáticos (Leo et al., 2021). Pessoas que sofreram traumas podem buscar a Deus ou a religião a fim de encontrarem ajuda (Gostenik et al., 2012). Como revisado por Andrade et al. (2020) sobre a R/E e suicídio, constatou-se que a maioria dos artigos demonstram efeitos protetivos dos construtos contra o comportamento suicida. Em um estudo feito por Carothers et al. (2005), avaliaram que mães adolescentes com alta religiosidade apresentaram autoestima significativamente mais alta que a do grupo sem religiosidade e escores menores em depressão. Connor, Davidson e Lee (2003) também demonstraram que as crenças espirituais estão associadas à saúde física e mental de sobreviventes de trauma.

Na mesma direção, estudos que investigam EEPs e saúde mental apontam para os benefícios da R/E para a população traumatizada. Reiland e Lauterbac (2008) investigaram a autoestima de pessoas que sofreram traumas na infância e constataram que o grupo de maior religiosidade apresentou média de autoestima significativamente maior do que o de baixa religiosidade. Conforme destacado por Gall et al. (2007), a relação com Deus ou um poder superior está associada a dimensões de saúde mental como humor menos negativo, aceitação pessoal, esperança, crescimento pessoal e resolução do abuso sofrido. Uma pesquisa com 10.283 adventistas do sétimo dia dos Estados Unidos mostrou que vítimas de EEPs obtiveram menores efeitos negativos para o trauma na vida adulta devido a dimensões associadas à religiosidade (Reinert et al., 2016).

Em contrapartida, outros estudos não encontraram os efeitos da R/E na saúde mental de pessoas submetidas ao trauma infantil. Esses estudos postulam que o *coping* religioso negativo é marcante em sujeitos que sofreram trauma. Em uma revisão da literatura, Walker et al. (2009) apontaram que a maioria dos estudos indicam declínio na R/E ou combinação de crescimento e declínio, como também observaram que dos 34 estudos encontrados, sete deram indícios de que R/E pode moderar o desenvolvimento de sintomas relacionados aos transtornos do Eixo 1 (DSM 5).

Waldron, Scarpa e Kim-Spoon (2018) demonstraram que todos subtipos de EEPs foram associados a visões negativas de Deus. Nessa perspectiva, a percepção de Deus como um ser punitivo mediou a relação entre o abuso emocional precoce e baixa autoestima na adultez, como também a problemas interpessoais. Kosarkova et al., (2020) destacam que maus tratos infantis e estilo de apego inseguro adulto levam a uma maior utilização de estratégias de *coping* religioso/espiritual negativo por parte dos sujeitos que passam a perceber Deus como uma figura distante e sem amor. Pessoas que foram abusadas emocionalmente, fisicamente e sexualmente na infância por uma figura masculina são propensas a ter uma visão de Deus como distante (Bierman, 2005).

A pesquisa de Kennedy e Drebing (2010) mostra resultados ambivalentes para religiosidade de pessoas que sofreram abuso infantil. Tal população divide-se entre os que têm maior aproximação de Deus e os que mais se distanciam dele. Após o trauma, os sujeitos desenvolvem o crescimento ou a diminuição em crenças e atividade religiosas. O fator marcante do aumento da religiosidade foi a utilização das crenças desenvolvidas nela como estratégia de enfrentamento perante o trauma, também conhecida como estratégias de *coping*.

Coping Religioso/Espiritual

Ademais, o *coping* religioso/espiritual (CRE) é um conjunto de estratégias de enfrentamento advindas da religião/espiritualidade cuja finalidade é manejar eventos estressores por meio de crenças, avaliação cognitiva e comportamentos religiosos. De acordo com o resultado obtido da estratégia, pode ser classificado como *coping* religioso/espiritual positivo (CREP) ou *coping* religioso/espiritual negativo (CREN) (Panzini & Bandeira, 2007). Medidas em CRE podem relacionar os valores de CREP e CREN para obter um valor total, o *coping* religioso total (CRETOT) (Lancuna et al., 2021; Macedo & Esperandio, 2021). A literatura preconiza a relação de saúde e qualidade de vida com o CREP, em contrapartida o CREN, está associado a baixos resultados nesses índices (Pargament et al., 1998; Fátima & Mushtaq, 2022).

Diante dos diferentes achados da relação entre EEPs e R/E, o presente estudo pretendeu analisar o CRETOT como potencial mediador entre eventos estressores precoces e menores índices de depressão, ansiedade e estresse. Desta forma, a hipótese levantada foi que o CRETOT medeia a relação entre EEPs e menores índices de depressão/ansiedade/estresse. A pesquisa foi realizada com amostra protestante diante da justificativa que se faz necessário realizar estudos com essa temática particularizando as amostras religiosas devido às peculiaridades que envolvem diferentes visões do fenômeno religioso, diferenças que podem trazer efeitos significativamente distintos para desfechos em saúde pós EEPs (Waldron, Scarpa & Kim-Spoon, 2018). Os resultados dessa pesquisa podem corroborar com melhor entendimento da importância da dimensão religiosa/espiritual para os cuidados em saúde psicológica, promovendo intervenções e investigações na área.

2 Metodologia

2.1 Participantes

O estudo obteve uma amostra de 254 participantes protestantes de diferentes denominações. 44,9% disseram terem mudado de religião, com idades variando entre os 18 e 70 anos. A composição de gênero dos respondentes é de 76,4% do sexo feminino. No aspecto racial, 49,2% se declararam pardos e 35% brancos. Quanto ao estado civil 49,6% são casados e 44,1% solteiros. Em relação à escolaridade, 24,8% têm ensino superior incompleto. A maior fatia dos participantes foi criada pelo pai e a mãe, com resultado de 74,4%. Quanto à percepção subjetiva dos respondentes de terem sofrido trauma na infância, 42,1% responderam positivamente. Já quando a pergunta foi sobre ser abusado(a) na infância 17,3% responderam que sim. Desse grupo, 16,1% assinalou abuso da figura masculina e 8% desses disseram ter ocorrido várias vezes. Quanto ao tratamento psicoterápico, 15,4% fazem.

Em relação aos critérios de elegibilidade, foram utilizados dois: ser protestante, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar da pesquisa por meio de confirmação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por fim, as informações gerais mais detalhadas, assim como também os dados sobre a incidência de traumas infantis na percepção dos próprios sujeitos e respostas sobre a R/E coletados no questionário sociodemográfico, estão organizados na tabela 1 abaixo.

Tabela 1

<i>Características Sociodemográficas</i>		
Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	194	76,4%
Masculino	60	23,6%
Estado Civil		
Solteiro(a)	112	44,1%
Casado(a)	126	49,6%
União Estável	5	2%

Divorciado(a)	8	3,1%
Viúvo(a)	3	1,2%
Nível Educacional		
Fundamental incompleto	6	2,4%
Fundamental completo	4	1,6%
Ensino médio incompleto	8	3,1%
Ensino médio completo	49	24,8%
Ensino superior incompleto	73	28,7%
Ensino superior completo	49	19,3%
Pós-graduação incompleta	13	5,1%
Pós-graduação completa	38	15%
Denominação protestante		
Congregacional	150	59,1%
Não Especificado	36	14,2%
Batista	27	10,6%
Assembleia	13	5,1%
Presbiteriana	9	3,5
Betel	4	1,6
Igreja Reformada Missão 58	3	1,2%
Ação Evangélica	2	0,8%
Outras	10	3,9%
Eventos estressores na infância		
Separação dos entes queridos	82	32,3%
Bullying e agressões	97	38,2%
Cirurgia ou doença grave	30	11,8%
Sofreu acidente	22	8,7%
Isolamento familiar	33	13%
Cuidadores abusaram de substância química	23	9,1%
Presenciou violência de diversas ordens	70	27%
Mudança de localidade	83	32,7%
Morte de parentes próximos	91	35,8%
Diagnóstico de transtornos psicológicos		
Ansiedade	17	6,7%
Depressão	1	0,4%
Transtorno misto de ansiedade e depressão	2	0,8%

2.2 Delineamento

Estudo descritivo, correlacional, transversal e quantitativo.

2.3 Instrumentos

Questionário Sociodemográfico para coleta de informações sobre sexo, idade, estado civil, renda familiar, escolaridade, psicoterapia, uso de medicamento, diagnóstico de doenças, cuidadores na infância, situações traumáticas, religião que é adepto etc.

Questionário de Traumas na Infância (QUESI) (Bernstein, Handelsman et al. (1994)), foi aplicada a versão reduzida do QUESI que contém 28 itens. A versão original tem 70 sentenças, em uma escala likert de cinco pontos em que o um equivale a nunca e cinco a frequentemente. O instrumento tem o objetivo de investigar a partir do autorrelato do sujeito a ocorrência de EEPs. Ele é dividido em três perguntas de validade e 25 que investigam os subtipos de EEPs: Abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional. Cada um destes tem uma subescala com 5 itens onde a pontuação pode variar de 5 a 25. O questionário foi traduzido e validado para o Brasil por Grassi-Oliveira, Stein e Prezzi (2006) e é considerado o padrão-ouro para utilização em pesquisas (Gimenez, 2015). O alfa de Cronbach das subescalas variam de $\alpha=0,79$ a $\alpha=0,94$ (Bernstein et al., 1994)

Escala de Religiosidade da Duke (DUREL) (Koenig et al., 1997) é uma escala breve de 5 itens que foi traduzida e adaptada para o Brasil por Moreira-Almeida et al. (2008) e posteriormente validade por Lucchetti et al. (2012). Ela avalia três dimensões da religiosidade relacionadas à saúde. A religiosidade organizacional – RO (1 item), a religiosidade não-organizacional – RNO (1 item) e religiosidade intrínseca – RI (3 itens). A RO consiste na participação das atividades religiosas em templos, cultos, missas e etc. A RNO está relacionada a práticas privadas realizadas particularmente (oração individual, meditar em um texto sagrado, ouvir reflexões e etc. A RI é o bem estar pessoal que o sujeito tem no envolvimento religioso (Curcio, 2013). A pontuação é uma escala likert de 6 opções para RO e RNO, para RI são 5 opções para cada um dos

itens que somados podem variar de 3 a 15 pontos. A subescala RI obteve um alfa de Combrach de $\alpha=0,758$ e o escore geral de $\alpha=0,733$, o instrumento também tem uma boa validade discriminante.

Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS21) (Lovibond & Lovibond, 1995) é um instrumento de 21 itens de avaliação da depressão, ansiedade e depressão em escala likert de quatro pontos (0 a 3) que expressam a ocorrência dos sintomas onde 0 é “Não aconteceu comigo nessa semana” e 3 “Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana”. A depressão, ansiedade e estresse são divididos em três subescalas de 7 itens cada, sendo avaliadas por um conjunto de sintomas. O alfa de Cronbrach obtido para cada subescala foi para Depressão de $\alpha=0,92$, para o estresse $\alpha=0,90$ e $\alpha=0,86$ para a ansiedade. O instrumento foi adaptado e validado para o português por Vignola (2013).

Escala Breve de *Coping* Religioso/Espiritual – SCOPE-14 foi criada por Pargament (1997) e adaptada e validada por Esperandio et al. (2018). É um instrumento de 14 itens em uma escala likert de cinco pontos onde 1 equivale a “nem um pouco/não se aplica” e 5 equivale “muito/muito aplicável”. Ela avalia o CREP e o CREN com 7 itens para cada subtipo que individualmente podem pontuar de 7 a 35 pontos. As respostas investigam que tipo de atitude o indivíduo tem com o divino diante de situações estressantes. A correção da escala é realizada tanto pelas subescalas quanto pelo valor total do CRE (CRETOT), o cálculo é feito a partir da média CREP com a média das respostas invertidas do CREN (Macedo & Esperandio, 2021; Lancuna et al., 2021). A consistência interna para o CREP positivo é de $\alpha=0,884$ e o CREN $\alpha=0,845$.

2.4 Procedimentos

Os instrumentos foram dispostos em uma página na plataforma do google *forms*, assim a pesquisa foi compartilhada via link pela internet através das redes sociais (*Whatsapp e instagram*). Os respondentes acessaram voluntariamente o formulário. No primeiro momento, ao clicarem no link, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde foram informados sobre o que consistia o estudo. Após a leitura elucidativa, foi pedido o consentimento de participação na pesquisa e publicação futura dos resultados. A quantidade total de respondentes foram 355 pessoas, 101 delas não se encaixaram no critério de elegibilidade de serem protestantes.

2.5 Análises de Dados

Os dados foram analisados nos softwares Statical Package for the Social Science (SPSS) versão 18.0.3. e no macro process versão 4.2_beta. Desse modo, foram computadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão) para os instrumentos QUESI, DUREL, DASS-21, SCOPE-14. Foi utilizada a correlação de Spearman, pois os dados se apresentaram como não paramétricos.

A fim de ter resultados mais precisos foi usada a técnica de bootstrap para quantificar distribuições assimétricas, a partir de 1000 amostras de bootstrap para as regressões e 5000 para a mediação. Deste modo foi observado que o coeficiente de cada efeito foi significativo ($p < 0,05$), em que o intervalo de confiança foi de 95% do efeito não incluir o zero.

2.6 Aspectos éticos

As diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram utilizadas como critério nessa pesquisa. Assim também o comitê de ética em pesquisa do centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba aprovou a realização do estudo, sendo o parecer 5.376.026. Todos participantes da pesquisa

consentiram por meio TCLE, onde constou a confidencialidade de cada respondente como também a informação de parar de responder a pesquisa se assim desejassem.

3 Resultado

Após avaliado os parâmetros de normalidade, várias correlações foram realizadas e encontradas. A correlação de Spearman mostrou que há correlação positiva entre religiosidade e CRETOT ($\rho = 0,461$; $p < 0,05$), como também uma correlação negativa entre religiosidade e CREN ($\rho = -0,192$; $p < 0,05$). A religiosidade também apresentou correlações negativas significativas com depressão ($\rho = -0,298$; $p < 0,005$), ansiedade ($\rho = -0,234$; $p < 0,05$) e estresse ($\rho = -0,312$; $p < 0,05$). Da mesma forma, o CRETOT apresentou correlação negativa com depressão ($\rho = -0,339$; $p < 0,01$), ansiedade ($\rho = -0,212$; $p < 0,01$) e estresse ($\rho = -0,303$; $p < 0,01$). O CREN correlacionou de forma positiva e significativa com abuso emocional ($\rho = 0,204$; $p < 0,05$), depressão ($\rho = 0,448$; $p < 0,05$), ansiedade ($\rho = 0,352$; $p < 0,05$) e estresse ($\rho = 0,395$; $p < 0,05$).

Todas as formas de abusos se correlacionaram significativamente de forma positiva com depressão. Depressão e abuso físico ($\rho = 0,212$; $p < 0,05$), depressão e abuso emocional ($\rho = 0,424$; $p < 0,05$), depressão e abuso sexual ($\rho = 0,229$; $p < 0,05$). Ansiedade apresentou correlação com abuso emocional ($\rho = 0,412$; $p < 0,05$) e abuso sexual ($\rho = 0,234$; $p < 0,05$). Estresse fez correlação com abuso emocional ($\rho = 0,418$; $p < 0,05$) e abuso sexual ($\rho = 0,258$; $p < 0,05$).

A negligência emocional correlacionou-se significativamente de forma positiva com as variáveis religiosidade ($\rho = 0,237$; $p < 0,05$) e CRETOT ($\rho = 0,270$; $p < 0,05$), e correlacionou-se significativamente de forma negativa com depressão ($\rho = -0,324$; $p < 0,05$), ansiedade ($\rho = -0,307$; $p < 0,05$) e estresse ($\rho = -0,286$; $p < 0,05$).

Os dados extraídos das correlações, coeficientes de confiabilidade e das estatísticas encontram-se na tabela 2 abaixo.

Tabela 2

Correlações e coeficientes de confiabilidade das variáveis

Variáveis	a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Religiosidade	0,72	1,000	,392**	-,192**	,461**	-,062	-,151	-,018	,055	,237**	-,298**	-,234**	-,312**
2. CREP	0,89		1,000	-,024	,673**	-,035	-,056	,034	,071	,199**	-,043	,080	-,017
3. CREN	0,84			1,000	-,682**	,164**	,204**	,142*	-,098	-,207**	,448**	,352**	,395**
4. CRETOT	0,78				1,000	-,130*	-,171**	-,085	,128*	,270**	-,339**	-,212**	-,303**
5. Abuso Físico	0,75					1,000	,520**	,310**	-,023	-,442**	,212**	,144	,163
6. Abuso Emocional	0,84						1,000	,433**	-,153*	-,651**	,424**	,412**	,418**
7. Abuso Sexual	0,94							1,000	-,024	-,319**	,229**	,234**	,258**
8. Negligência Física	0,09								1,000	,205	-,160	-,173	-,133
9. Negligência Emocional	0,90									1,000	-,324**	-,307**	-,286**
10. DASS depressão	0,89										1,000	,777**	,804**
11. DASS ansiedade	0,89											1,000	,807**
12. DASS estresse	0,91												1,000

Nota: **. A correlação é significativa no nível 0,01. *. A correlação é significativa no nível 0,05.

Foram realizadas análises de regressão linear simples com o objetivo de investigar em que medida as variáveis se explicavam. Constatou-se que a religiosidade explicava o CRETOT. Também foi encontrado que o CRETOT explica depressão, ansiedade e estresse, e a negligência emocional explica o CRETOT, depressão, ansiedade e estresse. Os preditores, desfechos e coeficientes das regressões estão apresentados na tabela 3.

A religiosidade apresentou influência estatisticamente significativa CRETOT ($F(1, 252) = 122,006, p < 0,005; R^2_{\text{ajustado}} = 0,324$), com o coeficiente de regressão B ($B = 0,571, 95\% [IC = 2,186 - 3,135]$).

Os valores negativos dos coeficientes B revelam que o CRETOT prediz menores escores nos transtornos. O CRETOT apresentou influência estatisticamente significativa na depressão ($F(1, 252) = 33,808, p < 0,005; R^2_{\text{ajustado}} = 0,118$) com o coeficiente de

regressão B ($B = -0,646$, 95% [IC = 0,467 – 0,804]), na ansiedade ($F(1, 252) = 15,205$, $p < 0,005$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,053$) com o coeficiente de regressão B ($B = -0,239$, 95% [IC = -6,160 – -2,026]) e no estresse ($F(1, 252) = 24,109$, $p < 0,005$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,087$) com o coeficiente de regressão B ($B = -0,295$, 95% [IC = -7,598 – -3,248]).

A negligência emocional explica de forma significativa o CRETOT ($F(1, 252) = 24,631$, $p < 0,005$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,089$) com o coeficiente de regressão B ($B = 0,298$, 95% [IC = 0,023 – 0,053]), a depressão ($F(1, 252) = 24,888$, $p < 0,005$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,086$) com o coeficiente de regressão B ($B = -0,300$, 95% [IC = -0,952 – -0,420]), a ansiedade ($F(1, 252) = 22,360$, $p < 0,005$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,078$) com o coeficiente de regressão B ($B = -0,285$, 95% [IC = -0,881 – -0,363]), e o estresse ($F(1, 252) = 15,647$, $p < 0,005$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,055$) com o coeficiente de regressão B ($B = -0,242$, 95% [IC = -0,844 – -0,283]).

Tabela 3

<i>Coefficientes de Regressão</i>					
Preditor	Desfecho	B	t	IC 95%*	Sig.
Religiosidade	CRETOT	0,571	11,046	2,186 – 3,135	P< 0,05
CRETOT	Depressão	-0,344	-5,814	-8,102 – -4,002	P< 0,05
CRETOT	Ansiedade	-0,239	-3,899	-6,160 – -2,026	P< 0,05
CRETOT	Estresse	-0,295	-4,91	-7,598 – -3,248	P< 0,05
Negligência Emocional	CRETOT	0,298	4,963	0,023 – 0,053	P< 0,05
Negligência Emocional	Depressão	-0,300	-4,989	-0,952 – -0,420	P< 0,05
Negligência Emocional	Ansiedade	-0,285	-4,729	-0,881 – -0,363	P< 0,05
Negligência Emocional	Estresse	-0,242	-3,956	-0,844 – -0,283	P< 0,05

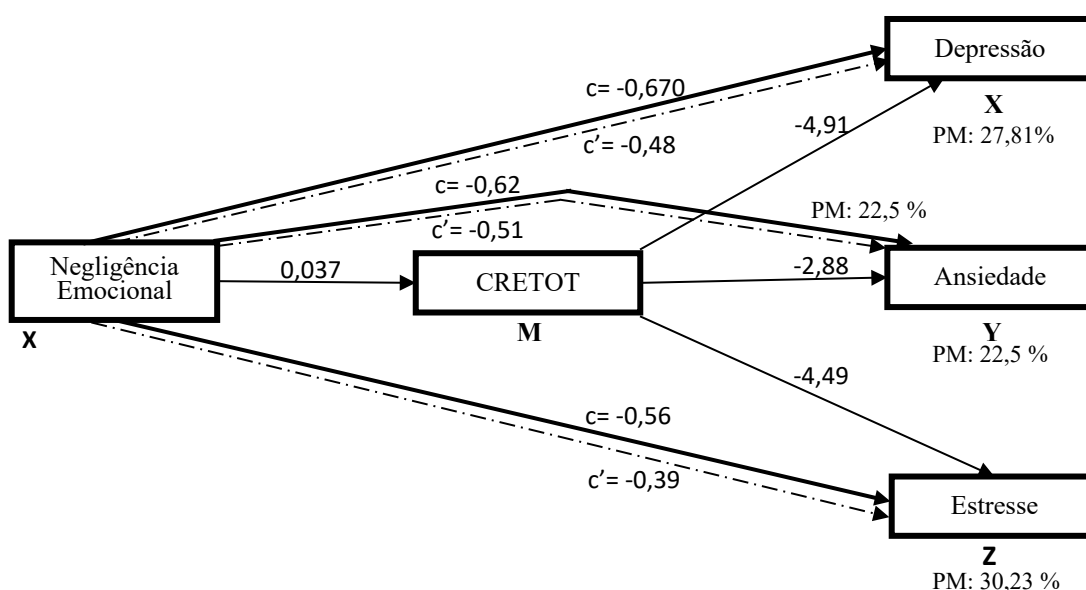
nota: *resultados baseados em 1000 amostras bootstrap

A partir dos resultados significativos das regressões, foram realizadas análises de mediação, onde foi investigado em que medida o CRETOT mediava a relação entre negligência emocional e as variáveis de depressão, ansiedade e estresse. O efeito da mediação (efeito indireto) foi significativo nos três desfechos, para depressão ($b = -0,1863$ [95% BCA CI= -0,3190 – -0,0766]), para ansiedade ($b = -0,1095$ [95% BCA CI= -0,2323 – -0,0190]) e para estresse ($b = -0,1705$ [95% BCA CI= -0,3068 – -0,0283]).

Conforme demonstra a figura 1, a variável CRETOT mediou aproximadamente 27,81% da relação entre negligência emocional e depressão, 22,5% entre negligência emocional e ansiedade e 30,23% entre negligência emocional e estresse. Logo, o CRE é significativamente responsável pela relação entre valores altos em negligência emocional e escores mais baixos em depressão, ansiedade e estresse.

Figura 1

Modelo de Mediação entre as variáveis negligência emocional, CRETOT, depressão, ansiedade e estresse.



Modelo de negligência emocional como preditora de depressão, ansiedade e estresse, mediadas pelo nível de CRETOT. O intervalo de confiança Bias-Corrected and Accelerated (BCa) foi estimado pela técnica do Bootstrapping (5.000, re-amostragens).

4 Discussão

Por fim, os resultados encontrados apoiaram as hipóteses desse trabalho. A literatura assinala que a R/E são preditores de saúde mental (Lucchetti & Lucchetti, 2021; Reinert et al., 2015). Foi hipotetizado que R/E se correlacionaria negativamente com depressão, ansiedade e estresse, que o CRETOT seria preditor para escores

negativos nos desfechos depressão, ansiedade e estresse e que o CRETOT mediar a relação entre trauma e menores escores em depressão, ansiedade e estresse.

Os EEPs se correlacionaram com depressão, ansiedade e estresse e predisseram escores positivos para os sintomas desses transtornos. A depressão foi associada com abuso físico, abuso emocional e abuso sexual; a ansiedade com abuso emocional, abuso sexual e negligência emocional; e o estresse com abuso emocional, abuso sexual e negligência emocional. Tais resultados são demonstrados largamente por outros achados (Bernstein et al., 2003; Costa et al., 2019; Giotakos, 2020; Gilgoff et al., 2020). Contudo, não foram encontradas correlações significativas entre negligência física e os transtornos investigados, resultado diferente do que a maioria dos estudos revelam (Schreier et al., 2020; Gambaro et al., 2020).

Fatores associados a maiores níveis de negligência física na infância podem envolver menor poder aquisitivo dos cuidadores, falta de rede de apoio social (Bazon et al., 2010) e negação da paternidade responsável (Mochi & Rosa, 2013). Nesse caso, a mãe é obrigada a concentrar toda responsabilidade da criação e educação da criança sozinha, o que acarreta em dificuldades financeiras e ausência do lar por causa do trabalho. A amostra da pesquisa foi majoritariamente criada pelo pai e a mãe (74,4%), o que pode ser a causa da não correlação entre as variáveis.

A negligência emocional obteve correlações, regressões e mediações significativas com outras variáveis estudadas. Na amostra, esse foi expressivamente o EEPs que obteve maior número de frequência, totalizando 95% dos respondentes, resultado esperado, pois essa é a forma mais comum de maus tratos infantil (Juruena et al., 2020; Jackson, Kisson e Greene, 2015). Devido a esses valores, a negligência emocional foi o trauma utilizado para a análise de mediação do CRETOT com os transtornos.

O sociodemográfico demonstrou que todos os participantes enfrentaram outros EEPs além dos estudados convencionalmente, como separação dos entes queridos, bullying, agressões, cirurgia ou doença grave, acidentes, isolamento familiar, abuso químico dos cuidadores, presenciar violência de diversas ordens, mudança de localidade e morte de parentes próximos. Tais situações traumáticas, em conjunto com as analisadas pelo QUESI, demonstram os efeitos positivos que a R/E com o CRETOT proporciona para os respondentes. Quanto ao CRE negativa, as correlações positivas com depressão, ansiedade e estresse demonstram que essa estratégia provoca efeitos deletérios à saúde psíquica (Pargament et al., 1998; Tech & Williams, 2018; Fátima & Mushtaq, 2022).

Majoritariamente, a amostra investigada atingiu escores elevados para religiosidade, 89% alcançaram os valores mais altos para R/E, tais dimensões foram preditores significativos de CRETOT. Os escores para ele também foram expressivos, 87% pontuou entre os níveis alto e altíssimo da escala utilizada para o construto. Estudos apontam que maior reconhecimento da importância da R/E traz benefícios na utilização dela como estratégia de enfrentamento perante situações difíceis e auxilia na superação de problemas (Moreira-Almeida et al., 2008; Murakami & Campos, 2012; Macedo & Esperandio, 2021).

Os escores elevados para as variáveis acentuam os fatores protetivos ligados a R/E, visto que tal população comumente têm comportamentos evitativos a situações maléficas para saúde como o uso de drogas, exposição a riscos diversos, crime e delinquência (Panzini & Bandeira, 2007). Além disso, também apresentam hábitos que melhoram as condições de saúde como meditação (Menezes, & Dell'Aglio, 2009), oração (Boelens et al., 2009) e vida em comunidade (Snyder & Lopez, 2009). Tais

práticas foram contempladas pelo questionário de religiosidade para a soma do escore total.

É necessário enfatizar o valor preditivo encontrado da R/E em relação ao CRETOT, porque este construto é influenciado pelas crenças que o sujeito assume (Panzini, Bandeira & Ruschel, 2007; Murakami & Campos, 2012). Deste modo, as confissões e declarações de fé que as denominações protestantes dos participantes da pesquisa subscrevem, revelam muito sobre os resultados obtidos nos questionários de R/E e CRE.

Grande parte dos respondentes são congregacionais seguidos pelos batistas, assembleianos e presbiterianos, tais denominações subscrevem em suas confissões de fé dogmas que estimulam o CRETOT. Doutrinas como a doutrina da graça (Deus ama o ser humano e perdoa pecados mediante o sacrifício expiatório de Cristo, livrando o perdoado da sua culpa), da providência (todas as coisas que acontecem são dirigidas por Deus de tal forma que cooperam para o bem daqueles que o amam) e da pneumatologia (Deus se relaciona intimamente com seres humanos, habita em suas vidas por meio do seu Espírito). Esses ensinamentos e diversos outros da cosmovisão da fé protestante demonstram os valores elevados em CRETOT da amostra (Confissão de fé de Westminster, 1649; Confissão de fé Batista, 1689; declaração de fé das Assembleias de Deus no Brasil, 2016; Confissão de fé Congregacional, 2015).

Diante do exposto, compreende-se o porquê de o CRETOT mostrar-se um mediador significativo para a relação de negligência emocional e as variáveis depressão, ansiedade e estresse. Pois ele encontra-se exatamente na relação entre o indivíduo e a situação ambiental estressante com a função de minimizá-la ou tolerá-la (Folkman & Lazarus, 1980). A mediação produziu escores negativos para os três desfechos desadaptativos. Tal resultado é cancelado pela literatura, pois achados demonstram que

maiores níveis de CRETOT estão associados com melhores índices em saúde, em contrapartida sujeitos com menores escores, os quais apresentam maiores resultados para depressão, ansiedade e estresse (Panzini & Bandeira, 2007; Lancuna et al., 2021).

Deve-se destacar que os valores do CREP isolados não demonstraram correlações significativas para os desfechos. A literatura destaca a utilização da medida total para a utilização do instrumento (Lancuna et al., 2021; Macedo & Esperandio, 2021), pois o cálculo é feito levando em consideração os valores do *coping* negativo invertido. Assim, além de ter o CRE positivo, o sujeito tem que pontuar menos no negativo para obter um escore alto na escala.

5 Considerações Finais

Conforme foi investigado nesse trabalho, os altos níveis de R/E apontam para as medidas de CRETOT, o que por sua vez leva a menores escores em sintomas de depressão, ansiedade e estresse em vítimas de trauma infantil. Dessa forma, estratégias de enfrentamento religioso mostraram-se importantes para o manejo de situações estressoras, traumáticas e anormais na vida do sujeito. Somado a isso, os resultados dessa pesquisa são importantes para áreas da psicologia da religião, saúde, positiva e clínica. Intervenções podem ser pensadas a partir das constatações encontradas no presente estudo.

Portanto, como a amostra respondente foi especialmente de segmentos tradicionais do protestantismo, futuras pesquisas com outros segmentos da religião cristã e outras religiões são necessárias para analisar em que medida o CRE é utilizado a partir das crenças do sujeito dentro de diferentes organizações religiosas. É necessário também salientar que mais estudos devem explorar outros EPPs além dos subtipos do

QUESI como também um modelo de estudo de corte longitudinal, a fim de que se tenha uma compreensão mais profunda das relações causais entre o trauma e o enfrentamento.

Referências

- Ali, I., Salzberg, M. R., Francês, C., & Jones, N. C. (2011). Insights eletrofisiológicos sobre os efeitos duradouros do estresse no início da vida no cérebro. *Psicofarmacologia*, 214(1), 155–173. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2125-z>
- Albuquerque, P. P., Williams, L. C. de A., & D'Affonseca, S. M.. (2013). Efeitos tardios do bullying e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 29(1), 91–98. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000100011>
- Bazon, M., Mello, L., Bérigamo, L., & Faleiros, M. (2010). Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. *Temas em Psicologia*, 18(1), 71-84. Recuperado em 18 de outubro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bierman, A. (2005). The effects of childhood maltreatment on adult religiosity and spirituality: Rejecting God the Father because of abusive fathers?. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(3), 349-359. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2005.00290.x>
- Boelens, P. A., Reeves, R. R., Replogle, W. H., & Koenig, H. G. (2009). A randomized trial of the effect of prayer on depression and anxiety. *The International Journal*

of Psychiatry in Medicine, 39(4), 377-392. DOI:

<https://doi.org/10.2190/PM.39.4.c>

Brietzke, E., Kauer-Sant'anna, M., Jackowski, A., Grassi-Oliveira, R., Bucker, J., Zugman, A., Mansur, RB, & Bressan, RA. (2012). Impacto do estresse infantil na psicopatologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34 (4), 480-488.
<https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.009>

Carothers, S. S., Borkowski, J. G., Lefever, J. B., & Whitman, T. L. (2005). Religiosity and the socioemotional adjustment of adolescent mothers and their children. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 19(2), 263–275. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.263>.

Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *Journal of traumatic stress*, 16(5), 487–494. <https://doi.org/10.1023/A:1025762512279>.

Costa, I. F., Tomaz, M. P. B., Araújo, M. G. de, Medeiros, N. de S. B., & Galdino, M. K. C. (2019). Relações entre Eventos Estressores Precoces, personalidade e sintomas psiquiátricos: um estudo exploratório em amostra não clínica. *Psico*, 50(1), e29581. Recuperado de: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.1.29581>

Fatima, S., Arshad, M., & Mushtaq, M. (2022). Religious coping and young adult's mental well-being during Covid-19: Testing a double moderated mediation model. *Archive for the Psychology of Religion*, 44(3), 158–174.
<https://doi.org/10.1177/00846724221121685>.

- Faro, A., & Pereira, ME (2013). Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14 (1), 78-100. [fecha de Consulta 27 de Julio de 2023]. ISSN: 1645-0086. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36226540009>
- Figueiredo, N (2019). Sobre a definição de religião: historiografia, críticas e possibilidades. *Rever*, 19 (2), 271-296. Recuperado de: <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2019vol19i2a15>
- Forke, C. M., Myers, R. K., Localio, A. R., Wiebe, D. J., Fein, J. A., Grisso, J. A., & Catallozzi, M. (2021). Intimate Partner Violence: Childhood Witnessing and Subsequent Experiences of College Undergraduates. *Journal of interpersonal violence*, 36(17-18), NP9670–NP9692. <https://doi.org/10.1177/0886260519860909>
- Gall, TL, Basque, V., Damasceno-Scott, M., & Vardy, G. (2007). Espiritualidade e o ajustamento atual de sobreviventes adultos de abuso sexual na infância. *Jornal para o estudo científico da religião*, 46 (1), 101-117.
- Gimenez, L. B. H. (2015). O estresse precoce como um dos determinantes do uso abusivo de substâncias psicoativas: revisão integrativa. [Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto]. doi:10.11606/D.22.2015.tde-04092015-162506. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-04092015-162506/pt-br.php>
- Giotakos O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatrike* = *Psychiatriki*, 31(2), 162–171. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.312.162>

- Herzberg, M. P., & Gunnar, M. R. (2020). Early life stress and brain function: Activity and connectivity associated with processing emotion and reward. *NeuroImage*, 209, 116493.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.116493>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Pesquisas. Censo. *Amostra Religião*.
https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%C3%A3o_Evang_miss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf
- Joca, S. R. L., Padovan, C. M., & Guimarães, F. S.. (2003). Estresse, depressão e hipocampo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25, 46–51.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000600011>
- Juruena, M. F., Eror, F., Cleare, A. J., & Young, A. H. (2020). O Papel do Estresse no Início da Vida no Eixo HPA e na Ansiedade. *Avanços em medicina experimental e biologia*, 1191, 141–153. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_9
- Juruena, M. F., Bourne, M., Young, A. H., & Cleare, A. J. (2021). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis dysfunction by early life stress. *Neuroscience letters*, 759, 136037. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2021.136037>
- Kennedy, P., & Drebing, C. E. (2002). Abuse and religious experience: A study of religiously committed evangelical adults. *Mental Health, Religion & Culture*, 5(3), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13674670110112695>
- Koenig, H. - Handbook of religion and health: a century of research reviewed University Press, Oxford, 2001.

<https://books.google.com.br/books?id=uMFCJVmGHYnC&lpg=PA1&hl=it&pg=PT32#v=onepage&q&f=false>

- Lázaro, R. e Folkman, S. (1984). Estresse, apreciação e coroamento. Nova York: Springer. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Leo, D., Izadikhah, Z., Fein, E. C., & Forooshani, S. A. (2021). The Effect of Trauma on Religious Beliefs: A Structured Literature Review and Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 22(1), 161–175. <https://doi.org/10.1177/1524838019834076>
- Lovibond, SH e Lovibond, PF (1995). Escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS--21, DASS--42) [Registro de banco de dados]. *Testes Psicológicos APA*. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>.
- Lucchetti, G., Koenig, H. G., & Lucchetti, A. L. G. (2021). Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World journal of clinical cases*, 9(26), 7620–7631. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>
- Macedo, E. P. N. de, & Esperandio, M. R. G. (2021). Coping espiritual religioso em instituições de longa permanência no norte do paran . *Intera  es*, 16(2), 336-356. <https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2021v16n2p336-356>
- Menezes, C. B., & Dell'Aglio, D. D.. (2009). Os efeitos da medita      luz da investiga       ica em Psicologia: revis      literatura. *Psicologia: Ci      E Profiss     *, 29(2), 276–289. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200006>

- Mochi, T. F., & Rosa, L. C.. (2013). Crianças e adolescentes negligenciados no âmbito familiar: uma violação ao princípio da paternidade responsável. *Direito da família*. <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d8ea5f53c1b1eb08>
- Murakami, R., & Campos, C. J. G.. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 65(2), 361–367. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>
- Oishi, S., & Schimmack, U. (2010). Residential mobility, well-being, and mortality. *Journal of personality and social psychology*, 98(6), 980–994. <https://doi.org/10.1037/a0019389>.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R.. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34, 126–135. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Papalia, D. E.; Olds, S. W.; Feldman, R. D. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Pargament, KI (1997). A psicologia da religião e enfrentamento: teoria, pesquisa, prática. Imprensa Guilford.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. and Perez, L. (1998) Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724. <http://dx.doi.org/10.2307/1388152>.
- Pereira, Luana Flores, & Winograd, Monah. (2017). Trauma e narrativa: o impacto da leucemia na infância. *Cadernos de psicanálise*, 39(36), 175-198.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000100010&lng=pt&tlng=pt.

Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. de S.. (2014). O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1773–1789. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.13112013>

Souza, Lélia Castro de. (2019). Quando o bullying na escola afeta a vida adulta. *Revista Psicopedagogia*, 36(110), 153-162.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862019000300004&lng=pt&tlng=pt.

Schreier, H. M. C., Kuras, Y. I., McInnis, C. M., Thoma, M. V., St Pierre, D. G., anlin, L., Chen, X., Wang, D., Goldblatt, D., & Rohleder, N. (2020). Childhood Physical Neglect Is Associated With Exaggerated Systemic and Intracellular Inflammatory Responses to Repeated Psychosocial Stress in Adulthood. *Frontiers in psychiatry*, 11, 504. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00504>

Snyder, CR e Lopez, SJ (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.

Stephens, M. M., Cook-Fasano, H. T., & Sibbaluca, K. (2018). Childhood Bullying: Implications for Physicians. *American family physician*, 97(3), 187–192. . Recuperado em 21 de setembro de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29431974/>.

Terr L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American journal of psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>.

Vignola R. S. B. (2013). Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil. [Dissertação Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Santos].

<https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/48328/dissertac%cc%a7a%cc%83o%20Rose%20sem%20anexos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Venter, M., Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R. (2013). Het verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid; een systematisch literatuuroverzicht [The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(4), 259–268.

<https://psycnet.apa.org/record/2013-14693-003>

Walker, DF, Reid, HW, O'Neill, T., & Brown, L. (2009). Mudanças na religião/espiritualidade pessoal durante e após o abuso na infância: uma revisão e síntese. *Trauma psicológico: teoria, pesquisa, prática e política*, 1 (2), 130–145. <https://doi.org/10.1037/a0016211>.

Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L.. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(4), 189–195.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000400009>.

Anexos

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – CCHLA

Departamento de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Esta pesquisa intitulada O Coping religioso/espiritual positivo como potencial mediador entre Eventos Estressores Precoces e ausência de transtornos depressivo/ansioso/estressante em amostra protestante brasileira, está sendo desenvolvida por Gilvan Santana Santos Júnior, graduando do curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação e responsabilidade da Professora Dra. Melyssa Cavalcanti Galdino. Antes de decidir sobre sua participação, é importante compreender o motivo e os procedimentos implicados na pesquisa. Dessa forma, leia atentamente as informações a seguir.

O principal objetivo dessa pesquisa é avaliar a possível mediação da R/Entre eventos estressores precoces e a ausência de transtornos depressivo/ansioso subsequentes. O termo religiosidade nessa pesquisa não relacionado a buca por status ou aparência, ou aspectos apenas externo da religião, mas como sinônimo de piedade e devoção. Dessa forma, solicitamos a sua colaboração para responder a esse estudo. Informamos que essa pesquisa não apresenta riscos físicos previsíveis, mas pode provocar certo desconforto psicológico e para que isso não ocorra, o questionário será dividido em sessões e o (a) senhor (a) ficará livre para interromper o preenchimento a qualquer momento.

Os dados gerados nesta pesquisa poderão ser divulgados em congressos ou revistas científicas, mas a sua identidade será mantida no mais absoluto sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que você considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento destes estudos, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável: Gilvan Santana Santos Júnior. No e-mail: juniorgilvansantos123@gmail.com ou com a coordenadora responsável: Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino. No e-mail: melyssa_cavalcanti@hotmail.com ou endereço: Centro de Ciências Humanas Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Cidade Universitária - João Pessoa/PB ou Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – João Pessoa/PB - (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Assinatura do Pesquisador responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Anexo B – Instrumento Sociodemográfico de Investigação

1. Idade (anos):

☐ Entre 18 a 24 anos	☐ Entre 40-60 anos	☐ Entre 70 a 79 anos
☐ Entre 25 a 39 anos	☐ Entre 61-69 anos	☐ Entre 80 ou mais

2.

☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ União Estável

3. Qual a sua localização (Cidade/Estado)?

4. Como você se considera em relação à sua cor?

☐ Pardo(a) ☐ Negro(a) ☐ Branco(a)
☐ Amarelo(a) ☐ Indígena ☐ Outro, qual: _____

5. Sexo:

☐ Feminino ☐ Masculino

6. Renda Familiar:

☐ Até 1 salário mínimo ☐ De 1 a 3 salários ☐ De 3 a 5 salários
☐ De 5 a 7 salários ☐ Mais de 7 salários mínimos

7. Faz psicoterapia?

☐ Sim ☐ Não

8. Faz uso de algum medicamento?

☐ Sim. ☐ Não

9. Caso faça uso, qual é o medicamento? _____

10. Qual seu grau de escolaridade?

☐ Fundamental incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Pós-graduação incompleta
☐ Fundamental completo ☐ Ensino superior incompleto ☐ Pós-graduação completa
☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino superior completo

11. Você possui diagnóstico de alguma doença? _____

12. Quais foram seus cuidadores na infância?

☐ Pai e mãe ☐ Só o Pai ☐ Só a mãe
☐ Avós ☐ Tios ☐ Outros, quais? _____

13. Você enfrentou alguma dessas situações na infância?

☐ Separação dos entes queridos ☐ Bullying e agressões
☐ Cirurgia ou doença grave ☐ Acidentes
☐ Isolamento dentro da família ☐ Abuso de substâncias químicas dos cuidadores
☐ Presenciou violência de diversas ordens ☐ Mudança de localidade
☐ Morte de parentes próximos

14. Você sofreu trauma psicológico na infância

() Sim () Não

15. Caso tenha sofrido algum trauma, quanto tempo faz que ocorreu? _____**16. Você foi abusado(a) na infância? _____****17. Se sim, houve quantas ocorrências? _____****18. Qual é o gênero do abusador?**

() Homem () Mulher () Não fui abusado

19. Com relação à sua religião/doutrina/seita/crença, você se considera:

() Católico () Umbandista () Budista () Testemunho de Jeová

() Protestante/Evan. () Ateu () Muçulmano () Sem religião, mas espiritualizado

() Judeu () Agnóstico () Espírita () Outro. Especifique: _____

20. Caso seja protestante, qual a denominação?

21. Alguma vez você mudou de religião/doutrina/crença ao longo da vida?

() Sim () Não () Outro. Especifique: _____

Anexo C - Questionário sobre traumas na infância (QUESI)

INSTRUÇÕES: Este questionário investiga a presença de possíveis eventos traumáticos ocorridos na sua infância. Por favor, marque a opção que melhor se adequa às suas experiências.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. (I)					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

Anexo D – Índice de Religiosidade da Universidade Duke

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

1 - Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

2 - Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

3 - Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

4 - As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

5 - Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

Anexo E – Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21)

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas

- 0** Não aconteceu comigo nessa semana
1 Aconteceu comigo algumas vezes na semana
2 Aconteceu comigo em boa parte da semana
3 Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

1 Eu tive dificuldade para me acalmar	0	1	2	3
2 Eu percebi que estava com a boca seca	0	1	2	3
3 Eu não conseguia ter sentimentos positivos	0	1	2	3
4 Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	0	1	2	3
5 Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6 Em geral, tive reações exageradas às situações	0	1	2	3
7 Tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8 Eu senti que estava bastante nervoso(a)	0	1	2	3
9 Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo(a)	0	1	2	3
10 Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	0	1	2	3
11 Notei que estava ficando agitado(a)	0	1	2	3
12 Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13 Eu me senti abatido(a) e triste	0	1	2	3
14 Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo	0	1	2	3
15 Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	0	1	2	3
16 Não consegui me empolgar com nada	0	1	2	3
17 Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18 Eu senti que eu estava muito irritado(a)	0	1	2	3
19 Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)	0	1	2	3
20 Eu me senti assustado(a) sem ter motivo	0	1	2	3
21 Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo F - Brazilian Validation the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping - SCOPE-14

INSTRUÇÕES: Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, marque o número que mostra com que frequência você se comporta da forma descrita. Use a escala de 1 até 6 para marcar sua escolha, sendo que 1 corresponde a “nem um pouco”, e 5 significa “muito/muito aplicável”. Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de saber sua opinião pessoal. Você pode escolher qualquer número de 1 até 5.

Nem um pouco/Não se aplica				Muito/Muito aplicável
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Procurei uma ligação maior com Deus					
2. Procurei o amor e a proteção de Deus					
3. Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva					
4. Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus					
5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação					
6. Pedi perdão pelos meus erros ou pecados					
7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas					
8. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado					
9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé					
10. Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar					
11. Questionei o amor de Deus por mim					
12. Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado					
13. Cheguei à conclusão de que forças do mal atuaram para isso acontecer					
14. Questionei o poder de Deus.					