

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**  
**MESTRADO E DOUTORADO**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO DE SAÚDE,  
ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE/CRENÇAS PESSOAIS E  
QUALIDADE DE VIDA**

**NEUSA SICA DA ROCHA**

**Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**2002**

“Há mais coisas entre o céu e a Terra do que sonha nossa vã  
filosofia.”

Hamlet Ato I Cena V

William Shakespeare (1600-1601)

**Este trabalho é dedicado aos meus pais:**

**A meu pai, Tapir, que embora se considerasse um “socialista empírico”, era devoto de Santa Catarina. Sua trajetória na vida me mostrou a importância de termos força, esperança e fé em todos os momentos, mas principalmente, nos de maior dificuldade.**

**A minha mãe, Laís, que sempre incentivou nossa ligação com a dimensão espiritual, demonstrando seu carinho, atenção e apoio através de orações, o que sempre fortaleceu a sensação de proteção em momentos de dificuldade.**

## **AGRADECIMENTOS:**

**As 383 pessoas que participaram dos estudos por terem tido abertura e disponibilidade para ajudar na pesquisa.**

**Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, pela paciência, abertura, simplicidade, compreensão, incentivo, a quem considero um sábio.**

**Aos meus orientadores de Iniciação Científica, Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves e principalmente a Prof. Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves, pelo incentivo à criatividade, o carinho e atenção.**

**A pesquisadora, Prof. Dr. Zulmira Newslands Borges, por me ensinar como é importante a troca de experiências com outras áreas do conhecimento, como a antropologia.**

**Ao amigo e colega, Gustavo Bolognesi, pelo incansável trabalho na etapa dos grupos focais.**

**A equipe de coleta pela presteza na realização de sua tarefa.**

**A Vânia Naomi Hirakata pela consultoria estatística e sua paciência oriental.**

**Aos meus médicos, por terem me cuidado com presteza e atenção.**

**A minha família, na qual incluo o Alexandre, pelos constantes incentivo, apoio e compreensão.**

**A minha irmã e colega, Taís, pelo constante apoio e troca de conhecimentos desde os tempos das Feiras e Clube de Ciências e Iniciação Científica.**

**SUMÁRIO**

|   |            |
|---|------------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b>                        | <b>6</b>   |
| <b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>             | <b>10</b>  |
| <b>3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>        | <b>31</b>  |
| <b>4. JUSTIFICATIVA</b>                     | <b>39</b>  |
| <b>5. OBJETIVOS</b>                         | <b>40</b>  |
| <b>6. HIPÓTESES</b>                         | <b>42</b>  |
| <b>7. ARTIGO CIENTÍFICO 1 EM PORTUGUÊS</b>  | <b>43</b>  |
| <b>8. ARTIGO CIENTÍFICO 2 EM PORTUGUÊS</b>  | <b>76</b>  |
| <b>9. ARTIGO CIENTÍFICO 2 EM INGLÊS</b>     | <b>101</b> |
| <b>10. ARTIGO CIENTÍFICO 3 EM PORTUGUÊS</b> | <b>124</b> |
| <b>11. ARTIGO CIENTÍFICO 3 EM INGLÊS</b>    | <b>143</b> |
| <b>12. ANEXOS</b>                           | <b>162</b> |

## INTRODUÇÃO

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou que estão doentes. Apesar disto, a medicina ocidental (Fabrega, 2000) e a psiquiatria em especial, tem tido duas posturas principais em relação ao tema: (1) negligência, por considerar estes assuntos sem importância, irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; (2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidência de psicopatologias diversas (Sims, 1994; Levin e Chatters, 1998).

Uma revisão sistemática teve como um de seus objetivos principais, verificar com que frequência foram incluídas variáveis religiosas nas pesquisas quantitativas em psiquiatria. Dos 2348 artigos revisados em um período de 5 anos, apenas 59 artigos tinham alguma medida da variável religião e apenas em 3 estudos esta fazia parte de seu objetivo principal. Esses achados apontam para a dificuldade dos psiquiatras em valorizar a religiosidade como tema de estudo. Parece que as crenças pessoais dos psiquiatras podem estar explicando esses resultados. Como eles pessoalmente não consideram importante a religião em suas vidas, imaginam que possa ser irrelevante para seus pacientes também. (Larson et al, 1986) Tem sido difícil também controlar o viés de avaliação que os médicos tendem a fazer do significado do bem-estar espiritual a partir de suas próprias culturas e crenças. Assim, a religiosidade, da mesma forma que o gênero e a raça, pode ser fonte de preconceito, discriminação e maus tratos, o que fere gravemente os preceitos éticos que devem ser norteadores das condutas médicas (Larson, 1996).

A psicanálise inicialmente foi uma das áreas do conhecimento humano que mais destacou o aspecto psicodinâmico das religiões. Freud (1907) caracterizou a religião como uma neurose universal que está ligada a uma desordem obsessiva -compulsiva encontrada em pessoas mentalmente perturbadas. Apesar de acreditar que a aderência à neurose universal poderia poupar alguns indivíduos de desenvolver as suas próprias, ele também pensava que a religião levava a uma não saudável repressão de instintos naturais. Ele propunha a substituição das crenças religiosas e rituais por operações racionais do intelecto, que levariam a um mais efetivo e durável controle sobre esses impulsos e medos. Atualmente, ao contrário, alguns autores psicanalíticos, tem proposto um entendimento da espiritualidade como algo relevante para vida humana, inclusive sendo vista com aspectos opostos ao narcisismo, uma vez que através desta, a pessoa admite sua condição humilde frente ao universo maior, representado pela humanidade (Stone, 1999). Um estudo realizado com indivíduos normais demonstrou que um maior nível de religiosidade intrínseca estava correlacionado com menores níveis de depressão e de características exploradoras de personalidade (conceito derivado de uma escala de narcisismo)(Kroll e Sheehan, 1989).

Existe uma disparidade entre as crenças dos psiquiatras e as crenças da população em geral. Enquanto cerca de 90% da população em geral acredita em Deus, mais de 40% refere ir pelo menos uma vez por semana em um serviço religioso e 20% percebem a religião como muito importante, apenas 43% de uma amostra de psiquiatras membros da Associação Psiquiátrica Americana acreditam em Deus (Larson et al, 1986).

Em recente pesquisa realizada no site MEDSCAPE, uma amostra de 720 médicos

responderam a seguinte questão: “Quão bem treinado você foi para atender as necessidades de cuidados médicos de pacientes com bagagem cultural e religiosa diferente da sua?”. Apenas 15% consideram-se bem treinados e 58% receberam pouco ou nenhum treinamento.

No entanto, desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a questão de incluir uma dimensão “não material” ou “espiritual” de saúde vem sendo discutida extensamente a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de “saúde” da Organização Mundial de Saúde para “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (WHO/MAS/MHP/98.2). Críticas tem sido feitas a esta definição, primeiramente no que diz respeito a sua operacionalidade e seu conteúdo. Quanto ao conteúdo, discute-se a natureza utópica da palavra “completo” bem-estar, uma vez que se sabe ser esse um estado praticamente impossível de ser alcançado. Ainda relacionado ao conteúdo, discute-se a mudança da dimensão social para psicossocial que integraria tanto o bem-estar social quanto mental e centraria o locus no indivíduo e não na sociedade. Uma definição anterior a esta considerava saúde como composta por 3 elementos: mente, corpo e espírito (Larson, 1996).

A estruturação da base teórica foi realizada a partir de pesquisa das seguintes base de dados:

- MEDLINE 1989 a 2001, usando as palavras-chave: Religion, Mental Healing, Religion and Medicine, Quality of Life, Psychiatric Status Rating Scales, Geriatric Assessment, Interviews, Questionnaires, Health Status, Depression, Depressive symptom;
- Sociological Abstracts 1986 a 2001 usando as palavras-chave: Illness, Religiosity, Religions, Faith or spiritual, Quality of Life, Diseases, Religiosity;

- LILACS 1984 a 2001 - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, utilizando as palavras-chave: Fé, religião, espiritualidade, doença, qualidade de vida;

Todos os artigos que se relacionavam com os objetivos do nosso estudo foram revisados e os considerados relevantes e metodologicamente adequados foram incluídos na revisão da literatura.

## REVISÃO DA LITERATURA

Um grande número de investigações tem tentado clarificar este tema controverso, examinando a relação entre religião e uma série de parâmetros de saúde em populações psiquiátricas e não-psiquiátricas.

Analisando a experiência religiosa em indivíduos normais em amostras nacionais dos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália, 20 a 60 % dos entrevistados referiram já ter tido algum tipo de experiência religiosa, tais como: consciência da presença de Deus, consciência de ter recebido ajuda em resposta a uma reza, ter a sensação de estar sendo guiado ou cuidado por alguma presença que não necessariamente Deus, a sensação de estar na presença de alguém que já morreu, a sensação da presença de alguém sagrado e a sensação da presença de algo relacionado ao inferno (Saver e Rabin, 1997).

Uma vez que na velhice os estresses físicos e emocionais são maiores e a prevalência de crenças e comportamentos religiosos está aumentada, esta faixa etária tem sido objeto principal de uma grande gama de estudos. (Koenig, 1991; Holt e Dellmann-Jenkns, 1992). Diferenças estatisticamente significativas e efeitos salutares foram encontrados em relação à saúde subjetiva, inabilidade funcional, sintomatologia física, prevalência de hipertensão, prevalência de câncer, comportamento de beber e fumar, auto-estima, enfrentamento do estresse, sintomas depressivos, ansiedade crônica, demência, solidão, felicidade e ajustamento emocional (Holt e Dellmann-Jenkns, 1992; Levin e Chatters, 1998). Num estudo longitudinal de 3 anos de acompanhamento, O'Brien (1982) examinou o papel da religião no ajustamento de pacientes em hemodiálise. Mais de 70 % dos pacientes notaram que crenças religiosas e éticas foram associadas com melhor ajustamento

a sua doença. Após 3 anos de acompanhamento, os pacientes que eram mais religiosos no início do estudo tinham aumentado suas crenças religiosas e tinham um comportamento mais interativo, maior adesão ao tratamento e menos alienação social (O'Brien apud (Koenig, 1991).

Um número de estudos tem demonstrado uma relação inversa entre hipertensão e a frequência com que o indivíduo vai à igreja. No entanto, a importância subjetiva dada a religião tem um efeito maior do que a frequência de idas à igreja. Mecanismos neuropsicológicos tem sido implicados na gênese da hipertensão. Ambas, atividade religiosa organizacional e privada, podem proteger contra a ansiedade que adversamente influi na hipertensão (Koenig, 1991) .

Em relação à mortalidade, um estudo identificou que a “força derivada da religião” foi o mais forte preditor inversamente correlacionado com mortalidade em 2 anos de acompanhamento de uma amostra de idosos. A taxa de mortalidade entre os idosos com saúde fraca, e baixos escores num índice de religiosidade, foi de 42%, comparados com 19% dos com mais altos escores de religiosidade. Os pacientes com escores menores de religiosidade foram mais propensos a morrer durante o período de acompanhamento.

Altos níveis de religiosidade intrínseca em pacientes idosos estão associados a menor uso de cigarro e álcool (Koenig, 1991). Está claro que as pessoas idosas estão mais propensas a serem religiosas, porém não se sabe se isto representa um efeito do envelhecimento ou da observação ao longo do tempo (efeito da coorte)(Ferraro e Kelley-Moore, 2000).

Há poucos estudos que enfocam a religião como estratégia de enfrentamento de estresse semelhantes aos enfrentados na velhice, mas em populações mais jovens (Koenig, 1991).

Existem evidências crescentes de que a religiosidade está associada com saúde mental. Uma revisão sistemática de aproximadamente 200 artigos, demonstrou uma associação positiva em 50% dos casos e negativa em 25% deles. Nesta revisão, a religiosidade foi considerada como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais (Gartner et al apud Levin e Chatters, 1998).

Numa amostra de 4853 sujeitos, jovens que não se consideravam religiosos foram significativamente mais propensos a usar medicações psiquiátricas comparados aos indivíduos muito religiosos (Koenig, 1991).

Ao estudar a relação entre religiosidade e tempo de permanência no hospital, foi constatado que pacientes deprimidos religiosos permaneceram menos tempo internados do que os não religiosos (Braam et al, 1997; Mitka, 1998; Koenig, 1998). A religiosidade parece atuar como “tampão” no controle do risco para depressão associado com violência, doença física ou perda de alguém próximo (Kendler et al, 1999). Níveis maiores de religiosidade estão negativamente correlacionados com sintomas depressivos.

Dentre as diferentes afiliações religiosas, existem evidências de que os judeus e as pessoas sem afiliação estão em maior risco de desenvolver depressão em comparação aos

católicos e pentecostais. Uma possível explicação seria um viés de resposta no grupo dos pentecostais, pois alguns dos estudos foram feitos com prisioneiros, este grupo pode não ter respondido com fidedignidade, por se tratar de um grupo vulnerável que tende a responder a pesquisas conforme imagina que o pesquisador espera. Já para o grupo dos judeus, o viés de confusão pode ser, atribuir a religião, o que na realidade pode ser um efeito da marginalização que os membros desta afiliação religiosa muitas vezes acabam sofrendo e portanto desenvolvendo depressão (McCullough, 1999).

Um estudo realizado com 577 pacientes internados com idade superior a 55 anos demonstrou que aqueles que tinham uma forma negativa de ligação (por exemplo: sentir-se punido pelo ser superior) com a religião tinham maiores índices de depressão e piores escores de qualidade de vida. Ainda os pacientes em pior estado de saúde apresentavam maior número de formas de ligação positiva (por exemplo: sentir-se ajudado) com a religião. Como o estudo tinha delineamento transversal, não se pode estabelecer uma relação de causa-efeito, ou seja, não podemos dizer que as pessoas estão mais doentes porque são mais religiosas, ou vice-versa (Koenig, 1998).

Estudando pacientes com AIDS, através de uma escala para medir Bem-estar Espiritual e desesperança, observou-se que os pacientes com escores maiores em bem-estar espiritual tendiam a ser mais esperançosos (Elerhorst-Ryan, 1996).

Uma revisão de 27 estudos epidemiológicos sobre a relação entre frequência a cultos religiosos e saúde mostrou que em 21 houve um impacto positivo e em 4 a associação foi considerada insignificante. Esta revisão demonstrou que freqüentar cultos religiosos é um

fator protetor para uma vasta gama de desfechos clínicos: hipertensão (Luskin, 2000), tricomoníase, câncer cervical, tuberculose, saúde subjetiva, suicídio, risco de hipertensão, enfisema (Luskin, 2000), fatores de risco para câncer, nível de dor relacionado ao câncer e morte (Levin e Vanderpool, 1987; Luskin, 2000).

Já um estudo realizado com homens homossexuais infectados pelo HIV, demonstrou que os homens que usavam a religião como forma de enfrentamento tendiam a ter menos sintomas de depressão e que esta associação foi independente da intensidade de sintomas físicos. Além disso, os comportamentos religiosos, tais como rezar e participar de cerimônias religiosas, associou-se positivamente com a contagem de CD4 (Woods et al, 1999). Já um estudo realizado com idosos encontrou uma relação inversa entre atividade religiosa e níveis de Interleucina 6 (um mediador da resposta inflamatória que está inversamente relacionado ao funcionamento do sistema imune). Aqueles idosos com maior atividade religiosa tinham um sistema imune funcionando melhor (Koenig et al, 1997).

Num estudo realizado com 250 pacientes que foram entrevistados 9 meses após sua internação, identificou que aqueles que tinham crenças espirituais mais fortes estavam piores ou iguais a quando saíram do hospital. Os autores sugerem que este achado pode relacionar-se com uma possível maior insatisfação destes pacientes com o atendimento médico por isso acabam relatando mais sintomas e sendo considerados mais graves, sem haver, portanto, algum efeito direto da espiritualidade na pior evolução (King et al, 1999).

Com o objetivo de avaliar o efeito da reza sobre o prognóstico de pacientes internados em uma UTI cardiológica americana, um grupo de líderes religiosos realizou rezas

diariamente para um grupo e não rezou para o grupo controle. Nem os pacientes sabiam que havia alguém rezando por eles, nem os religiosos tinham alguma informação a respeito do estado de saúde do paciente, a não ser seu primeiro nome. O grupo que recebeu a reza teve número menor de intercorrências clínicas que o grupo controle. Os autores sugerem que o mecanismo para tal efeito ainda permanece desconhecido e o comparam a descoberta inicial de que frutas cítricas curavam o escorbuto por algum mecanismo que mais tarde se descobriu ser a vitamina C (Harris et al, 1999).

Muitos possíveis fatores têm sido identificados para explicar a associação da religiosidade e o estado de saúde. Idler propôs uma explicação sociológica a partir da qual uma prática ou crença religiosa pode influenciar a saúde por oferecer e promover uma coesão social (tamponando o impacto do estresse) (Ferraro e Kelley-Moore, 2000), coerência (percepções cognitivas como otimismo que reduzem as incertezas) e um comportamento saudável (a religião desencoraja comportamentos sabidamente relacionados a fatores de risco como beber e fumar) (Jarvis e Northcott, 1987; Levin, 1994; Levin e Chatters, 1998).

A relação entre espiritualidade e status de saúde, embora existente, apresenta um nível de complexidade grande e alguns modelos teóricos têm sido propostos para explicá-la. Tal mecanismo é composto de uma interação entre vários níveis: sociais, psicológicos, comportamentais e biológicos. Nesse modelo as dimensões religiosas estão ligadas com melhores resultados de saúde através de vários padrões de mediação:

**1-Compromisso religioso** (atitudes religiosas subjetivas) pode influenciar a saúde mental por encorajar comportamentos saudáveis, reduzindo o risco de doenças relacionadas

ao estilo de vida e aumentando o bem estar e a saúde física.

**2-Envolvimento religioso** (participação das cerimônias ou qualquer outra forma organizada de religiosidade) pode influenciar o bem-estar por oferecer um suporte social melhor, tais como envolvimento com relacionamentos sociais significativos e integração com uma rede de suporte. O suporte social tem sido visto como um “tampão” contra os efeitos deletérios do estresse, oferecendo fonte de enfrentamento do estresse ambiental e de agentes patogênicos, além de proteger contra a morbidade e mortalidade.

**3-Culto religioso** (reza e outros rituais) pode influenciar a saúde mental por proporcionar e estimular emoções positivas, tais como esperança, perdão, auto-estima, contentamento e amor.

**4-Fé religiosa** pode influenciar a saúde mental por gerar otimismo e expectativas esperançosas que Deus irá retribuir expressões de piedade ou devoção, com saúde e bem-estar (Levin e Chatters, 1998).

Apesar da maioria dos estudos apontarem para um efeito benéfico da religiosidade, existe a possibilidade de que algumas pessoas procurem a fé buscando a cura de doenças graves. Isto pode impedir pacientes de procurarem um tratamento médico adequado ou de segui-lo. Práticas religiosas contrárias à prática médica, entretanto, não são muito comuns mesmo entre as religiões de tradição fundamentalista e evangélica, que mais fortemente defendem os aspectos sobrenaturais da cura de problemas físicos (Koenig, 1991). Um exemplo disto, é o de um estudo realizado comparando pacientes clínicos e psiquiátricos, que demonstrou que os pacientes psiquiátricos procuravam mais frequentemente a religião como fonte de cura de seus problemas, bem como apresentaram uma taxa maior de mudança de religião durante o processo de adoecimento (Machado e Cabral, 1997). A

prática religiosa levada ao extremo pode influenciar negativamente tanto a saúde física quanto mental. Por vezes, é utilizada para justificar sentimentos de raiva, ódio, agressão e preconceito, sendo restritiva e confinadora (Koenig et al, 2001).

A religião também pode ser utilizada como modelo explicativo da origem ou causa das doenças “competindo” com o modelo médico. No Brasil, muitas religiões apresentam explicações e modelos de cura para as doenças como o Pentecostalismo, o Espiritismo e o Candomblé. Para o primeiro, a doença é causada pela intrusão de entidades do mal e a cura se estabelece através da expulsão pública do mal. Para o segundo, é causada pela interferência ou obsessão de espíritos menos desenvolvidos e a cura é possível com a educação destes espíritos. Para o último, a doença é causada pela ação prejudicial de homens e/ou entidades sobrenaturais e a cura pode ser alcançada firmando-se alianças(ex.: oferenda) para garantir proteção ao indivíduo. Em algumas situações estas visões podem competir com o tratamento médico (Rabelo, 1993).

Knauth e colaboradores (1997), em nosso meio, estudaram as representações religiosas sobre a doação de órgãos e a influência da definição do momento da morte. A análise preliminar de 15 entrevistas realizadas com líderes religiosos, identificou que estes apesar de não contra-indicarem o transplante, não o viram como muito positivo. O transplante pois causaria uma interferência no desligamento do espírito do corpo.

A experiência religiosa pode ser ainda considerada como evidência de psicopatologia. Um estudo realizado em uma internação psiquiátrica em Campinas/SP identificou que os pacientes de afiliação religiosa pentecostal apresentavam uma frequência

significativamente maior de psicoses funcionais e frequência significativamente menor de diagnósticos de neuroses e distúrbios de personalidade que os de afiliação católica. A afiliação religiosa pode nesses casos ter influenciado fortemente o uso de serviços de saúde. Grupos minoritários como os acima citados podem ter encaminhado para os serviços médicos oficiais seus casos mais graves e “tratado” nas igrejas e nos cultos os casos mais leves (Dalgarrondo, 1996). A presença de sintomas de conteúdo religioso é freqüente em uma variada gama de transtornos, tais como: Esquizofrenia, Transtorno de Humor Bipolar, Epilepsia, abuso de alucinógenos, transtornos delirantes e demências corticais degenerativas (Saver e Rabin, 1997). Num levantamento realizado em uma internação psiquiátrica brasileira foram encontradas correlações positivas entre presença e intensidade de sintomas religiosos e sintomas de espectro maníaco (Dalgarrondo, 1999).

Levin & Chatters(1998) propõem 5 modelos teóricos para entender o impacto da religiosidade na saúde mental.

**1-Modelo supressor:** A saúde debilitada ou qualquer estressor leva a uma atividade religiosa aumentada e a outras respostas psicológicas, sociais e comportamentais de enfrentamento. Essas também servem para reduzir ou suprimir os efeitos deletérios do estresse na saúde mental. O modelo é consistente com os dados da literatura que se referem a estratégias de enfrentamento geradas pela religiosidade (Koenig e Futterman apud Levin e Chatters, 1998).

**2- Modelo do contra-balanço:** A saúde debilitada e a religiosidade têm um efeito independente e oposto na saúde mental. A saúde debilitada não gera nem aumento na religiosidade nem nas respostas psicossociais de enfrentamento.

**3- Modelo da prevenção:** a religião exerce efeito protetor direto e indireto na saúde

mental. O envolvimento com a religião e com mediadores psicossociais, beneficia a saúde mental indiretamente, por prevenir a morbidade física que por si só é um fator de risco para desconforto psicológico.

**4- Modelo moderador:** prevê uma associação de modificação de efeito. A saúde debilitada interage com a religião e com os fatores mediadores, de forma que os efeitos deletérios desses sobre a saúde mental variam de acordo com o grau de envolvimento religioso.

**5- Modelo dos efeitos da saúde:** é semelhante ao modelo supressor, mas a sua direção de efeito é justamente oposta. A saúde debilitada (ex. dificuldade de mobilização) suprime ou prejudica certos tipos de atividade religiosa (ex. envolvimento organizacional) e pode exercer um efeito psicossocial negativo.

A maioria dos estudos tem focalizado seu interesse em esclarecer se uma maior ou menor vinculação com a religião pode levar a melhores resultados na saúde. Poucos têm se feito a pergunta ao contrário, isto é, será que quando se fica doente, se fica mais religioso?

Poucos estudos compararam o quanto a religiosidade pode ajudar as pessoas de diferentes grupos a enfrentar situações negativas das suas vidas. Uma exceção foi um estudo realizado nos EUA, utilizando uma amostra nacional, onde foi perguntado qual a estratégia de enfrentamento que eles mais utilizaram para lidar com sérios problemas pessoais. De todos os participantes, 44% disseram que rezar era a forma de enfrentamento que melhor tinha lhes ajudado. Especificamente uma percentagem mais alta de mulheres (King et al, 1994; Ferraro e Kelley-Moore, 2000), indivíduos mais velhos e com ganhos financeiros menores identificaram a reza como sua melhor forma de lidar com estresse (Pargament e

Brant, 1998).

Num estudo realizado com 586 pessoas que costumavam freqüentar a igreja, verificou-se que, durante eventos negativos de vida, principalmente durante episódios de doença, estes fortaleceram sua relação com a religião (Pargament et al apud Ferraro e Kelley-Moore, 2000).

Outro estudo identificou que pessoas que são forçadas a lidar com doenças crônicas, usam 5 vezes mais a reza como estratégia de enfrentamento do estresse que pessoas que têm de lidar com problemas que não se relacionem com a saúde (Elisson et Taylor apud (Ferraro e Kelley-Moore, 2000).

Utilizando uma forma de avaliação da religiosidade que era composta por questões sobre aconselhamento, prática e afiliação religiosos, bem como importância dada à religião, Ferraro et Kelley-Moore (2000) realizaram um estudo longitudinal com uma amostra nacional de 3517 pessoas com idade acima de 25 anos. Neste as mulheres procuraram mais o aconselhamento religioso que os homens, bem como as pessoas que davam mais importância à religião eram as que tinham problemas crônicos de saúde.

As demandas emocionais criadas pela vivência de uma doença crônica têm sido objeto de interesse. O diagnóstico de Aids, por exemplo, pode colocar o indivíduo pela primeira vez em contato com a idéia da sua morte. Este fato gera uma necessidade encontrar um significado para sua vida que muitas vezes é dado pela vinculação com a espiritualidade. Esta dimensão pode também lhe oferecer uma fonte de esperança, maximizar o bem estar e

diminuir os sentimentos de depressão e ansiedade, como têm sugerido alguns autores (O'Neil e Kenny, 1998). Estudos com pacientes com Diabete Mellitus já haviam apontado na mesma direção (Landis, 1996).

Pacientes com câncer ginecológico quando pesquisadas referiram que ficaram mais religiosas após terem adoecido e que as mais religiosas eram mais esperançosas e tinham menos dor (Luskin, 2000).

Ross (1995) também descreve um modelo de entendimento da ligação dos pacientes com a religiosidade. Ela acredita que quando um indivíduo está saudável sente que tem o controle sobre sua vida. Quando adoece, este equilíbrio se desfaz e o indivíduo se dá conta que não tem o total controle de sua vida. Esta constatação motivaria a busca de controle fora de si, por exemplo em Deus. Para outras pessoas, a experiência de ter uma doença física pode levar a um questionamento da religiosidade e uma necessidade menor de busca por auxílio espiritual.

### **LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS PARA O ESTUDO DA RELIGIOSIDADE**

A literatura que avalia o impacto da religiosidade em saúde apresenta vários problemas metodológicos. Sloan e colaboradores (1999) revisando este assunto, destacam que diferenças genéticas, comportamentais e variáveis como idade, sexo, educação, etnia, nível sócio-econômico, e estado de saúde podem ser importantes vieses de confusão nestes estudos. Os mesmos autores sugerem a necessidade de estudos bem conduzidos para orientar condutas baseadas em evidências também nesta área.

Outra dificuldade apontada nesta área é o de como “medir” religiosidade. A avaliação da religiosidade é feita de diversas maneiras nos diferentes estudos (King et al, 1999). Em geral, a variável “religiosidade” é avaliada em relação à afiliação (ex. católica, budista, etc..), ou prática religiosa (praticante / não praticante) ou frequência aos cultos (semanal, mensal, etc.). Estas estratégias são sabidamente limitadas para estudar uma variável da complexidade que é (ou o que pode vir a ser) a religiosidade na vida de um paciente (Larson et al, 1986; King et al, 1994).

Não existem, na literatura, instrumentos para avaliar a religiosidade que sejam ao mesmo tempo de fácil aplicação, que atendam aos aspectos mais genéricos das religiões, isto é aqueles presentes em todas ou na maioria delas, e também capazes de incorporar realidades específicas de uma determinada religião. Além disso, os poucos instrumentos disponíveis são em geral desenvolvidos nos Estados Unidos e provavelmente pouco válidos para estudar a prática religiosa em diferentes culturas.

Um instrumento criado por Ellison (Escala de Bem-Estar Espiritual) e validado em certas populações por Kirschling e Pittman (1989) apesar de ser amplamente aceito e freqüentemente utilizado, apresenta as limitações psicométricas além de apresentar uma perspectiva claramente judaico-cristã (O’ Neil e Kenny, 1998; Hatch et al, 1998).

Os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade não são consensuais. O dicionário Oxford define “espírito” como a “parte do homem imaterial, intelectual ou moral”. A *Espiritualidade* coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de

viver e não se limita a alguns tipos de crenças ou práticas. A religião é definida como a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo”. *Religiosidade* é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja uma considerável sobreposição entre a noção de espiritualidade e de religiosidade, a religiosidade difere na medida em que há uma clara sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo. *Crenças pessoais* podem ser quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento. Embora possa haver uma sobreposição com o conceito de espiritualidade, as crenças pessoais não necessariamente são de natureza não-material como no caso do ateísmo.

### **RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA:**

A religiosidade parece não somente estar relacionada positivamente a prognósticos clínicos, mas também com qualidade de vida. A respeito disto, alguns estudos têm apontado para a importância da inclusão da dimensão espiritual entre seus domínios. (Holland, 1998; Gioiella, 1998; Cella, 1999).

Ross (1995) definiu a dimensão espiritual como dependendo de três componentes: (1) a necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; (2) a necessidade de esperança / vontade para viver; (3) a necessidade de ter fé em si mesmo nos outros ou em Deus. A necessidade de significado é considerada uma condição essencial à vida e quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado ele sofre em função de sentimentos de vazio e desespero.

A dimensão espiritual tem sido considerada essencial para o conceito de saúde, bem-estar e qualidade de vida, principalmente para aqueles com diagnósticos potencialmente fatais. A dimensão espiritual foi definida por pacientes, numa amostra de conveniência (n=15) com 10 mulheres com câncer e 5 homens com AIDS, como sendo composta por 3 conceitos principais: a crença em uma força superior, o reconhecimento da mortalidade e a atualização do eu que seria composto por amor próprio, aceitação e encontrar significado na vida e na doença. Neste estudo, aqueles doentes que encontraram um significado para sua doença também apresentaram uma melhor qualidade de vida (Fryback e Reinert, 1999).

A frequência com que uma pessoa reza parece não ser um bom indicador do impacto da oração na qualidade de vida de um indivíduo. Um estudo com 560 pessoas selecionadas aleatoriamente para entrevista por telefone procurou avaliar quais tipos de oração tem maior efeito sobre a qualidade de vida. Mais importante que a frequência de oração, foram os aspectos qualitativos da reza e a forma de rezar. Ter tido uma experiência durante a reza foi consistentemente relacionada com 5 medidas de qualidade de vida: satisfação com sua vida, bem-estar existencial, felicidade, afetos negativos e satisfação religiosa. Apenas em relação aos afetos negativos é que não houve significância estatística. Convém ressaltar as limitações do estudo que realizou entrevistas por telefone e utilizou um construto de qualidade de vida que colocava um peso muito grande para os aspectos espirituais. O artigo também não deixa claro qual o significado de ter uma experiência religiosa (Paloma e Pendleton, 1989).

As pessoas podem utilizar a religião de diferentes formas para enfrentar situações difíceis. Com o objetivo de avaliar o quanto uma forma positiva ou negativa de relacionamento com a religião pode correlacionar-se ou não com qualidade de vida, Pargament e colaboradores (1998) realizaram um estudo com idosos com sérias doenças médicas, com pessoas que tinham sido vítimas do ataque de bomba em Oklahoma e com jovens que haviam sofrido eventos de vida estressantes. Uma maior utilização da forma positiva de relacionamento não se correlacionou com qualidade de vida ou depressão. No entanto, uma maior utilização da forma negativa correlacionou-se moderadamente com níveis maiores de depressão e níveis piores de qualidade de vida. Os autores concluem que a religião pode ser tanto uma fonte de alívio como de desconforto, dependendo de como a pessoa se relaciona com ela (Pargement et al, 1998; Kendler et al, 1999).

A correlação positiva entre bem-estar espiritual e qualidade de vida em pacientes oncológicos independente do tipo de neoplasia foi confirmada em pesquisas recentes (Cella et al, 1999). Num estudo utilizando a técnica de grupo focal, realizado com 21 pacientes portadoras de câncer de mama, o bem-estar espiritual (composto por esperança, sentido da vida, mudança espiritual, atividade espiritual/religiosa e incerteza) foi considerado muito importante como parte de um construto de qualidade de vida (Ferrel et al, 1995). Um outro estudo desenvolvido com uma amostra com pacientes com diversos tipos de câncer verificou que maiores escores de religiosidade estavam positivamente correlacionados com qualidade de vida em geral e negativamente correlacionado com desesperança (Ringdal, 1996). Entre mulheres sobreviventes de câncer de mama assintomáticas por mais de 5 anos, aquelas que tinham uma visão da vida positiva tanto filosoficamente quanto espiritualmente foram mais propensas a terem hábitos mais saudáveis e tenderam a dar mais suporte para

seus semelhantes (Kurtz et al, 1995). Pacientes com vários tipos de neoplasias ginecológicas mostraram uma relação positiva entre qualidade de vida e bem-estar espiritual, existencial e religioso (Gioiela, 1998).

Assim o construto Espiritualidade teria um valor intrínseco para avaliação em saúde ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento da condição de doença .

### **MÓDULO DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS DA OMS ( WHOQOL-SRPB):**

A partir das evidências acumuladas na literatura e na prática médica, a Organização Mundial da Saúde através do Grupo de Qualidade de Vida incluiu no seu instrumento genérico de avaliação de Qualidade de vida, o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Instrument – 100 itens), um domínio denominado Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais. Este domínio é composto por 4 questões que se mostraram insuficientes nos testes de campo realizados em vários centros. Assim, o Grupo de Qualidade de Vida decidiu desenvolver um módulo do WHOQOL-100 específico para avaliar esta dimensão dentro de uma perspectiva trans-cultural. Descreveremos a seguir o domínio Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais do WHOQOL-100:

*“Esta faceta examina as crenças da pessoa e como estas afetam a qualidade de vida. Isto pode estar ajudando a pessoa a enfrentar as dificuldades da sua vida, dando estrutura para experimentar, atribuir um significado a questões pessoais e espirituais e, mais genericamente fornecer à pessoa um senso de bem-estar. Esta faceta se dirige a*

*peessoas com diferentes crenças religiosas (i.e. budistas, cristãos, hindus, muçulmanos, etc.), bem como a pessoa com crenças espirituais e pessoais que não se encaixam em uma orientação religiosa em particular.*

*Para muitas pessoas, a religião, as crenças pessoais e espirituais são uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, “senso de pertencer”, ideal e força. Entretanto, algumas pessoas sentem que a religião tem uma influência negativa em suas vidas. As questões foram formuladas para permitir que estes aspectos da faceta apareçam.”*

As questões referentes a este domínio foram genéricas e permitiam que um indivíduo com qualquer atitude diante desta dimensão pudesse responder às perguntas propostas. No WHOQOL-100, elas foram em número de 4:

- 1) Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?
- 2) Em que extensão você sente um significado em sua vida?
- 3) Em que extensão suas crenças pessoais dão-lhe forças para enfrentar dificuldades?
- 4) Em que extensão suas crenças pessoais ajudam-no a entender as dificuldades na vida?

O desenvolvimento do Módulo WHOQOL-SRPB segue uma metodologia utilizada em outros projetos do Grupo WHOQOL. Esta metodologia tem várias características únicas:

- (1) O desenvolvimento do instrumento ocorre de forma colaborativa e simultânea entre os diferentes centros. Assim, as questões de equivalência e tradução antecedem a aplicação do instrumento. Para garantir as características trans-culturais genuínas do desenvolvimento do instrumento, centros são selecionados em países com diferentes níveis de industrialização,

disponibilidade de serviços de saúde com representantes de países dos diferentes continentes.

(2) O método é iterativo de forma que as informações trazidas dos profissionais de saúde e dos pacientes são discutidas pelos experts e incorporadas ao instrumento.

(3) Um método de tradução iterativo utilizando tradução, retro-tradução e uma revisão por painéis bilíngües para garantir equivalência conceitual, semântica.

Até que se chegue na versão final do módulo já foram realizados várias etapas que descreveremos a seguir:

### **1. Revisão da literatura e do construto “Espiritualidade” e**

#### **Reunião com experts:**

Um grupo de Experts na área reuniu-se e produziu uma síntese dos principais aspectos da dimensão espiritual que deveria ser discutido nos grupos focais.

### **2. Grupos Focais a partir das Definições**

As discussões nos grupos focais foram conduzidas nos centros colaboradores em suas línguas nacionais, sendo considerado na metodologia utilizada um passo central na aquisição de informações trans-culturais.

Os objetivos desta etapa são gerar itens para inclusão no questionário do WHOQOL- SRPB, revisar e modificar as definições das facetas propostas pelo painel dos experts; bem como, gerar qualquer faceta adicional que seja importante à qualidade de vida e espiritualidade, religiosidade e crenças de uma pessoa.

Foi definido que, na constituição dos grupos focais, seriam priorizados: (1) profissionais de saúde (independente de suas crenças religiosas); (2) ateus; (3) pessoas com doenças agudas, crônicas e terminais; (4) pacientes que se recuperaram de doenças; (5) membros da religião dominante de cada centro; (6) indivíduos de grupos religiosos minoritários.

### **3. Geração de Questões nos Países**

Depois de completada a etapa dos grupos focais, os centros discutiram os achados encontrados dos grupos focais. Participam desta etapa, o investigador principal e os moderadores. Foram as anotações feitas durante os grupos focais com o objetivo de fazer sugestões de mudanças nas definições das facetas bem como sua compreensibilidade. Sugestões de cada centro foram encaminhadas para o grupo coordenador em Genebra com sua justificativa.

### **4. Reunião para Redação dos Itens em Genebra**

Os dados oriundos do trabalho dos diferentes centros foram vertidos para o inglês e reunidos com o objetivo de verificar os itens propostos, transcritos, anotados e graduados por importância nos grupos focais. As questões propostas foram então re-escritas, segundo os critérios definidos previamente para os instrumentos WHOQOL (Fleck e cols. 1999).

### **5. Desenvolvimento do Módulo do Estudo Piloto**

Os itens foram organizados em um questionário para ser utilizado juntamente com o WHOQOL-100. Os questionários foram pré-testados numa pequena amostra em alguns países. O objetivo desta fase foi o de obter um feedback preliminar dos problemas com

as palavras utilizadas, escalas de respostas, instruções, relevância das questões e receptividade geral do módulo.

## **6. Condução do Estudo Piloto**

O estudo piloto foi realizado com no mínimo 240 indivíduos por centro participante. Dados demográficos, além dos relacionados à saúde dos indivíduos participantes, foram coletados pelos investigadores.

## **7. Análise Estatística dos Dados do Estudo Piloto**

Há um plano de análise padronizado desenvolvido para analisar os dados. Foram realizadas, a análise de frequência, de confiabilidade e de correlação, além de análise fatorial e de multi-dimensionalidade.

## **8. Teste de Campo**

O objetivo do teste de campo é o de (1) estabelecer as propriedades psicométricas do módulo WHOQOL-SRPB; (2) avaliar a relação entre saúde, qualidade de vida e Espiritualidade, crenças pessoais

Atualmente a ampliação do domínio 6 já foi testada em piloto e a análise estatística já foi concluída e aguarda o teste de campo, a não ser na etapa da reunião com experts, o centro brasileiro participou de todas as etapas realizadas até o momento.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. BECK AT , STEER RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Task Force for The Handbook of Psychiatric Measures, Handbook of Psychiatric Measures Washington: American Psychiatric Association, 2000: 519-523.
2. BRAAM AW , BEEKMAN ATF, DEEG DJH, SMIT JH, TILBURG W van. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand, 1997; 199-205.
3. CELLA D, BRADY MJ, PETTERMAN AH, FITCHETT GA. Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology, Psycho-oncology, 1999; 8: 417-428.
4. Critério de Classificação Econômica Brasil. <http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>
5. DALGALARRONDO P, DANTAS CR, PAVARIN LB. Sintomas de Conteúdo Religioso em Pacientes Psiquiátricos. Revista Brasileira de Psiquiatria, 1999; 21(3): 158-164.
6. DALGALARRONDO P. Religiões Cristãs Evangélicas e Diagnóstico Psiquiátrico: Dados de uma Pesquisa Transcultural. Revista ABP-APAL, 1996; 18(4):125-135.
7. DALGALARRONDO P. Religious Issues in Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 1991; 148(1): 1414-1415.
8. ELERHORST-RYAN JM. Instruments to Measure Spiritual Status. In: Spilker, B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996: 145-153.

9. FABREGA H. Culture, spirituality and Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*; 2000, 13: 525-530.
10. FERRARO KF, KELLEY-MOORE JA. Religious Consolation among Men and Women: do Health Problems Spur Seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2000; 39: 220-234.
11. FERREL B, GRANT MM, FUNK B, OTTIS-GREEN S, GARCIA N. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus group. *Psycho-oncology*, 1997; 6: 13-23.
12. FLECK M, LEAL OF, LOUZADA S et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL- 100), *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999; 21 (1):19-28.
13. FLECK M, LOUZADA S, XAVIER, M et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 1999; 33(2):198-205.
14. FREUD S. Futuro de uma Ilusão- O Mal Estar de uma Civilização. Vol XXI. Rio de Janeiro: Obras Completas/ Imago, 1974.
15. FREUD S. Totem e o Tabu. Vol XIII Rio de Janeiro: Obras Completas/ Imago, 1974.
16. FRYBACK PB, REINERT B. Spirituality and People with Potentially Fatal Diagnoses. *Nursing Forum*, 1999; 34:13-22.
17. GIOIELLA ME, BERKMAN B, ROBINSON M. Spirituality and Quality of Life in Gynecologic Oncology Patients. *Cancer Practice*, 1998; 6(6): 333-338.
18. GORESTEIN C, ANDRADE L. Inventário de Depressão de Beck- Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorestein, C.; Andrade, L.H.S.G.;

- Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia, São Paulo: Lemos Editora, 2000: 89-93.
19. HARRIS WS, GOWDA M, KOLB JW et al. A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit. *Archives of Internal Medicine*, 1999; 159: 2273-2278.
  20. HATCH RL, BURG MA, NABERHAUS DS, HELLMICH LK. The Spiritual Involvement and Beliefs Scale: Development and Testing of a New Instrument. *The Journal of Family Practice*, 1998; 46(6): 476-486.
  21. HOLLAND JC, KASH KM, PASSIK S et al. A Brief Spiritual Beliefs Inventory for Use in Quality of Life Research in Life-Threatening Illness. *Psycho-oncology*, 1998; 7:460-469.
  22. HOLT MK, DELLMANN-JENKINS M. Research and Implications for Practice: Religion, Well-Being/Morale, and Coping Behavior in Later Life. *Journal of Applied Gerontology*, 1992; 11(1): 101-110.
  23. <http://www.medscape.com/px/instantpollservelet/result?PollID=501>
  24. JARVIS GK, NORTHCTT, HC. Religion and Differences in Morbidity and Mortality. *Social Science and Medicine*, 1987; 25(7):813-824.
  25. KENDLER KS, GARDNER CO, PRESCOTT, CA. Clarifying the Relationship Between Religiosity and Psychiatric Illness: The Impact of Covariates and the Specificity of Buffering Effects. *Twin Research* , 1999; 2: 137-144.
  26. KING M, SPECK P, THOMAS A. The Effect of Spiritual Beliefs on Outcome from Illness. *Social Science and Medicine*, 1999; 48: 1291-1299.

27. KING M, SPECK P, THOMAS A. Spiritual and Religious Beliefs in Acute Illness- Is This a Feasible Area for Study? *Social Science and Medicine*, 1994; 38(4): 631-636.
28. KIRSCHLING JM, PITTMAN JF. Measurement of Spiritual Well-being: A Hospice Caregiver Sample, *The Hospice Journal*, 1989; 5(2): 1-11.
29. KNAUTH, D. et al. Um estudo das Representações Religiosas sobre Doações de Órgãos e Sangue e Influência da Definição do Momento da Morte. *Revista do HCPA*, 1997; 15(2).
30. KOENIG HG, GEORGE LK, PETERSON BL. Religiosity and Remission of Depression in Medical Ill Older Patients. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(4): 536-42.
31. KOENIG HG, LARSON DB, LARSON SS. Religion and Coping with Serious Medical Illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 2001; 35:352-359.
32. KOENIG HG, PARGAMENT KI, NIELSEN J. Religious Coping and Health Status in Medical Ill Hospitalized Older Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998; 186: 513-521.
33. KOENIG HG, COHEN HJ, GEORGE LK, HAYS JC, LARSON DB, BLAZER DG. Attendance at Religious Services, Interleukin-6, and Other Biological Parameters of Immune Function in Older Adults. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 1997; 27(3):233-250.
34. KOENIG HG. Religion and Prevention of Illness in Later Life. *Religion and Prevention in Mental Health*, 1991; 69-89.
35. KROLL J, SHEEHAN W. Religious Beliefs and Practices Among 52 Psychiatric Inpatients in Minnesota. *American Journal of Psychiatry*, 1989; 146(1): 67-72.

36. KURTZ ME, WYATT G, KURTZ JC. Psychological and Sexual Well-Being, Philosophical/Spiritual Views, and Health Habits of Long-term Cancer Survivors. *Heath Care for Women International*, 1995; 16: 253-262.
37. LANDIS BJ. Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Adjustment to Chronic Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 1996; 17: 217-231.
38. LARSON DB, PATTISON M, BLAZER DG, OMRAM AR, KAPLAN BH. Systematic Analysis of Research on Religion Variables in Four Major Psychiatric Journals, 1978-1982 . *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(3): 329-334.
39. LARSON JS. The World Health Organization's Definition of Health: Social Versus Spiritual Health. *Social Indicators Research*, 1996; 38:181-192.
40. LEVIN JS, CHATTERS LM. Research on Religion and Mental Health: An Overview of Empirical Findings and Theoretical Issues. In: Koenig, H. *Handbook of Religion and Mental Health*, Londres: Academic Press, 1998: 33-50.
41. LEVIN JS, CHATTERS LM. Religion, Health, and Psychological Well-Being in Older Adults. Findings from National Surveys. *Journal of Aging and Health*, 1998; 10(4):504-531.
42. LEVIN JS, VANDERPOOL HY. Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better Health: Toward an Epidemiology of Religion. *Social Science and Medicine*, 1987; 24(7): 589-600.
43. LEVIN JS. Religion and Health: is There an Association, is it Valid, and is it Causal? *Social Science and Medicine*, 1994; 38(11):1475-1482.
44. LUSKIN F. Review of the Effect of Spiritual and Religious Factors on Mortality and Morbidity with a Focus on Cardiovascular and Pulmonary Disease, *Journal of Cadiopulmonary Rehabilitation*, 2000; 20(8): 8-15.

45. MACHADO AL, CABRAL MAA. Estudo Descritivo da Influência das Práticas Religiosas no Doente Mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1997; 46(12): 639-644.
46. McCULLOUGH ME, LARSON DB. Religion and Depression: a Review of the Literature. *Twin Research*, 1999; 2: 126-136.
47. MITKA M. Getting religion Seen as Help in Well Being. *JAMA*, 1998; 280(22): 1896-1897.
48. O'NEIL DP, KENNY EK. Spirituality and Chronic Illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998, 30: 275-280.
49. PALOMA MM, PENDLETON BF. Exploring Types of Prayer and Quality of Life: a Research Note. *Review of Religious Research* 1989, 31: 46-53
50. PARGAMENT KI, SMITH BW, KOENIG HG, PEREZ L. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1998; 37: 710-724.
51. PARGAMENT KI, BRANT CR. Religion and Coping. In: Koenig, H. *Handbook of Religion and Mental Health*, Londres: Academic Press, 1998: 111-128.
52. PIERUCCI AF, PRANDI R. Religiões e Voto: a Eleição Presidencial de 1994. In: Pierucci, A. F. *A Realidade Social das Religiões no Brasil*, São Paulo: HUCITEC, 1996: 211-238.
53. POLOMA MM, PENDLETON BF. Religious Domains General Well-Being, Social Indicators Research, 1990; 22: 255-276.
54. RABELO MC. Religião e Cura: Algumas Reflexões sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 1993; 9(3):316-325.

55. RINGDAL GI. Religiosity, Quality of Life, and Survival in Cancer Patients. *Social Indicators Research*, 1996; 38: 193-211.
56. ROSS L. The Spiritual Dimension: its Importance to Patients' Health , Well-being and Quality of Life and its Implications for Nursing Practice. *Int J Nurs Stud*, 1995; 32: 457-468.
57. SAVER JL, RABIN J. The Neural Substrates of Religious Experience. *Journal of Neuropsychiatry*, 1997; 9(3):498-510.
58. SIMS A. Culture, spirituality and Psychiatry-Comments. *Current Opinion in Psychiatry*, 2000;13: 535-537
59. SIMS A. Psyche – Spirit as Well as Mind?. *British Journal of Psychiatry*, 1994; 165: 441-446.
60. SLOAN RP, BAGIELLA E, POWEL T. Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 1999; 353:664-667.
61. STONE MH. Pós-escrito: Tendências do Século XXI. In: Stone, M. H. *A Cura da Mente*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1999: 387-390.
62. VÍCTORA CG, KNAUTH DR, HASSEN MNA. Técnicas de Pesquisa-Grupo Focal. In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde- uma Introdução ao Tema*, Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000: 65-67.
63. VÍCTORA CG, KNAUTH DR, HASSEN MNA. Metodologias Qualitativas e Quantitativas. In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde- uma Introdução ao Tema*, Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000: 33-44.
64. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)- Report on WHO Consultation, WHO/MSA/MHP/98.2, 2- 23

65. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine*, 1998;46(12): 1569-1585.
66. WHOQOL Group. WHOQOL Analysis of the SRPB Domain, September, 8<sup>th</sup> 2002.(artigo ainda não publicado).
67. WIG NN. Culture, spirituality and Psychiatry-Comments. *Current Opinion in Psychiatry*, 2000; 13: 535-536.
68. WOODS TE, ANTONI MH, IRONSON GH, KLING DW. Religiosity is Associated with Affective and Immune Status in Symptomatic HIV- Infected Gay Men. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999; 46 (2): 165-176.
69. World Health Organization Resolution WHA/37/1984/REC/1.6. Geneva: World Health Organization Resolution; 1984.

## JUSTIFICATIVA

Frente as informações vindas dos estudos apresentados nas seções de Introdução e Revisão de Literatura, podemos observar a importância e relevância do tema, não só no que se refere a associação da religiosidade com uma gama de prognósticos favoráveis, mas principalmente no que diz respeito ao estudo de sua associação com melhor de qualidade de vida. Outro fator a ser considerado para justificar a realização deste estudo, é a inexistência de estudos nacionais com o objetivo de avaliar a associação da religiosidade/espiritualidade com estado de saúde e qualidade de vida. Por isso, optou-se por realizar esta dissertação de mestrado que inclui 3 artigos, com os quais pretendemos desenvolver nossos objetivos.

O primeiro artigo descreve a etapa qualitativa que consta do desenvolvimento de um instrumento para avaliar religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais.

Já o segundo, trata de testar a associação entre estado de saúde (a presença ou não de uma doença) com religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais e com qualidade de vida.

E o terceiro e último, procura estudar a associação entre o estado de saúde com sintomas depressivos e qualidade de vida. Embora, se relacione indiretamente com o objetivo principal de nosso estudo, tal associação foi considerada por nós, como sendo de extrema relevância clínica, merecendo um destaque em um artigo específico.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

- Avaliar se existe uma associação entre alteração do estado de saúde, qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB).

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar a versão em português do instrumento para avaliar religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais e qualidade de vida (WHOQOL-SRPB)
- Descrever as etapas realizadas para a elaboração do WHOQOL-SRPB, com interesse especial na etapa dos grupos focais
- Verificar se existe uma associação entre alteração do estado de saúde e SRPB
- Verificar se a associação entre alteração do estado de saúde e SRPB permanece significativa após ajustar para idade, nível sócio-econômico, sintomas depressivos e estado civil.
- Verificar se existe uma associação entre estado de saúde e sintomas depressivos.
- Verificar se existe uma associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida.

- Verificar se a associação dos sintomas depressivos e qualidade de vida se mantém após ajustar para idade, nível sócio-econômico e estado de saúde.

## HIPÓTESES

- A religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais são mais intensas nas pessoas doentes (pior estado de saúde).
- A religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais se associam com melhor qualidade de vida.
- Os sintomas depressivos são mais intensos nas pessoas doentes (pior estado de saúde)
- Os sintomas depressivos se associam com pior qualidade de vida .

**ARTIGO CIENTÍFICO 1**  
**EM PORTUGUÊS**

**DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE  
RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS PESSOAIS(WHOQOL-  
SRPB)- DESCRIÇÃO E RESULTADOS DA ETAPA DOS GRUPOS FOCAIS <sup>a</sup>**

**Neusa Sica da Rocha <sup>1</sup>, Zulmira Newlands Borges <sup>2</sup>, Gustavo Bolognesi <sup>1</sup>, Marcelo Pio  
de Almeida Fleck <sup>3</sup>**

- 
- 1) Médico Psiquiatra**
  - 2) Professora de Antropologia do Departamento de Sociologia da Universidade  
Federal de Santa Maria**
  - 3) Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da  
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

**Este estudo teve financiamento do FIPE- HCPA e da Fetzer Foundation. Aceito para  
publicação na Revista de Saúde Pública.**

**Foi apresentado na Reunião Brasileira de Antropologia, Gramado/ RS, 16 A 19 de junho de  
2002.**

<sup>a</sup> O presente artigo não foi traduzido para o inglês por já ter sido enviado para publicação em português.

## **Resumo**

### **Introdução**

Um grupo de experts vinculados a OMS elaborou uma série de facetas relacionadas à religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais para a confecção de um instrumento para sua avaliação (WHOQOL-SRPB). O presente artigo tem como objetivo: 1) descrever o processo de desenvolvimento do módulo “Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais” (WHOQOL-SRPB); (2) relatar os principais achados dos grupos focais desenvolvidos em Porto Alegre, Brasil com pessoas representativas das práticas religiosas mais frequentes no nosso meio, pacientes e profissionais da saúde.

### **Métodos**

Realizaram-se 15 grupos focais (n= 142), incluindo profissionais da saúde, pacientes agudos, crônicos e terminais, bem como de religiosos (católicos, evangélicos, afro-brasileiros e espíritas) e ateus. Nestes foram discutidas as facetas sugeridas pelo grupo de experts.

### **Resultados e conclusões**

A técnica de grupo focal mostrou-se adequada para captar as diferentes opiniões dos participantes. Permitiu que fossem testadas as hipóteses dos pesquisadores redirecionando e/ou ampliando conceitos previamente estabelecidos por um grupo de experts. Além disso, evidenciou a importância da discussão sobre a dimensão espiritual na vida dos pacientes.

## 1. INTRODUÇÃO

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou que estão doentes. Apesar disto, a medicina ocidental como um todo, e a psiquiatria em especial, tem tido duas posturas principais em relação ao tema: (1) negligência, por considerar estes assuntos sem importância, irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; (2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidência de psicopatologias diversas.<sup>9,13</sup> Por outro, a tradição da medicina oriental difere buscando integrar de forma explícita a dimensão religiosa e espiritual ao binômio saúde/doença.<sup>3</sup>

Existem evidências crescentes de que a religiosidade está associada com saúde mental. Em um estudo de revisão, houve uma associação positiva em 50% dos casos e negativa em 25% deles. Nesta revisão, a religiosidade foi considerada como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais.(Gartner et al apud<sup>7</sup>) Ao estudar a relação entre religiosidade e tempo de permanência, foi constatado que pacientes deprimidos religiosos permaneceram menos tempo internados do que os não religiosos.<sup>1,6,8</sup> Estudando pacientes com AIDS, através de uma escala para medir Bem-estar Espiritual e desesperança, observou-se que os pacientes com escores maiores em bem-estar espiritual tendiam a ser mais esperançosos.<sup>2</sup>

Desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a questão de incluir uma dimensão “não material” ou “espiritual” de saúde vem sendo discutida extensamente a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de “saúde” da Organização Mundial de Saúde para “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (WHO/MAS/MHP/98.2).

No entanto, existem vários problemas metodológicos na literatura que busca estudar a relação entre saúde e religiosidade. Sloan e cols (1999) destacam que diferenças genéticas, comportamentais e variáveis como idade, sexo, educação, etnia, nível sócio-econômico, e estado de saúde podem ser importantes vieses de confusão nestes estudos. Os mesmos autores sugerem a necessidade de estudos bem conduzidos para orientar condutas baseada em evidências também nesta área.

Um primeiro problema metodológico nesta área é o de como “medir” religiosidade. A avaliação da religiosidade é feita de diversas maneiras nos diferentes estudos. Em geral, a variável “religiosidade” é avaliada em relação à afiliação (ex. católica, budista, etc.), ou prática religiosa (praticante / não praticante) ou frequência aos cultos (semanal, mensal, etc.). Estas estratégias são sabidamente limitadas para estudar uma variável da complexidade que é ou o que pode vir a ser na vida de um paciente.

Não existem, na literatura, instrumentos para avaliar a religiosidade que sejam ao mesmo tempo de fácil aplicação, que atendam aos aspectos mais genéricos das religiões, isto é aqueles presentes em todas ou na maioria delas, e também capazes de incorporar realidades específicas de uma determinada religião. Além disso, os poucos instrumentos disponíveis são em geral desenvolvidos nos Estados Unidos e provavelmente pouco válidos para estudar a prática religiosa em diferentes culturas.

Em função do acima exposto, a Organização Mundial da Saúde através do Grupo de Qualidade de Vida incluiu no seu instrumento genérico de avaliação de Qualidade de vida, o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Instrument – 100 itens), um domínio denominado Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais. Este domínio é composto por 4 questões que se mostraram insuficientes nos testes de campo realizados em vários centros. Assim, o Grupo de Qualidade de Vida decidiu desenvolver um módulo do WHOQOL-100 específico para avaliar esta dimensão dentro de uma perspectiva transcultural.

O presente artigo tem como objetivo: (1) descrever o processo de desenvolvimento do módulo “Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais” (WHOQOL-SRPB); (2) relatar os principais achados dos grupos focais desenvolvidos em Porto Alegre, Brasil com pacientes, profissionais da saúde e pessoas representativas das práticas religiosas mais frequentes no nosso meio.

## **2. O DOMÍNIO ESPIRITUALIDADE RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS DO WHOQOL**

Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais foram definidos da seguinte forma na elaboração do WHOQOL-100:

*“Esta faceta examina as crenças da pessoa e como estas afetam a qualidade de vida. Isto pode estar ajudando a pessoa a enfrentar as dificuldades da sua vida, dando estrutura para experimentar, atribuir um significado a questões pessoais e espirituais e, mais genericamente fornecer à pessoa um senso de bem-estar. Esta faceta se dirige a pessoas com diferentes crenças religiosas (i.e. budistas, cristãos, hindus, muçulmanos), bem como a pessoa com crenças espirituais e pessoais que não se encaixam em uma orientação religiosa em particular.*

*Para muitas pessoas, a religião, as crenças pessoais e espirituais são uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, “senso de pertencer”, ideal e força. Entretanto, algumas pessoas sentem que a religião tem uma influência negativa em suas vidas. As questões foram formuladas para permitir que estes aspectos da faceta apareçam.”*

As questões referentes a este domínio foram genéricas e permitiam que um indivíduo com qualquer atitude diante desta dimensão pudesse responder às perguntas propostas. No WHOQOL-100, elas foram em número de 4:

- 1) Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?
- 2) Em que extensão você sente um significado em sua vida?
- 3) Em que extensão suas crenças pessoais dão-lhe forças para enfrentar dificuldades?

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

### **3) DESENVOLVIMENTO DO MÓDULO WHOQOL- SRPB**

O desenvolvimento do Módulo WHOQOL-SRPB seguiu uma metodologia utilizada em outros projetos do Grupo WHOQOL. Esta metodologia tem várias características únicas:

- a. O desenvolvimento do instrumento ocorre de forma colaborativa e simultânea entre os diferentes centros. Assim, as questões de equivalência e tradução antecedem a aplicação do instrumento. Para garantir as características trans-culturais genuínas do desenvolvimento do instrumento, centros são selecionados em países com diferentes níveis de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde com representantes de países dos diferentes continentes.
- b. O método é iterativo de forma que as informações trazidas dos profissionais de saúde e dos pacientes são discutidas pelos experts e incorporadas ao instrumento.
- c. Um método de tradução iterativo utilizando tradução, retro-tradução e uma revisão por painéis bilíngües para garantir equivalência conceitual, semântica.

### 3.1- Revisão da literatura e o construto “Espiritualidade”

Um encontro de experts em Qualidade de Vida e Espiritualidade marcou o início deste projeto. A finalidade deste encontro era o de revisar o WHOQOL-100 com uma ênfase no domínio 6 ( Espiritualidade- Religiosidade – Crenças Pessoais) deste instrumento. A discussão sobre espiritualidade incluiu uma revisão da literatura.

O dicionário Oxford define “espírito” como a “parte do homem imaterial, intelectual ou moral”. A *Espiritualidade* coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver e não se limita a alguns tipos de crenças ou práticas. A religião é definida como a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo”. *Religiosidade* é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja uma considerável sobreposição entre a noção de espiritualidade e de religiosidade, a religiosidade difere na medida em que há uma clara sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo. *Crenças pessoais* podem ser quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento. Embora possa haver uma sobreposição com o conceito de espiritualidade, as crenças pessoais não necessariamente são de natureza não-material como no caso do ateísmo.

A definição de Ross (1995) da dimensão espiritual foi considerada de extrema utilidade. Para este autor a Espiritualidade depende de três componentes: (1) a necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; (2) a necessidade de esperança / vontade para viver; (3) a necessidade de ter fé em si mesmo nos outros ou em Deus. A necessidade de significado é considerada uma condição essencial à vida e quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado ele sofre em função de sentimentos de vazio e desespero.

Assim o construto Espiritualidade teria um valor intrínseco para avaliação em saúde ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento da condição de doença .<sup>18</sup>

### **3.2-Grupos Focais a partir das Definições**

As discussões nos grupos focais são conduzidas nos centros colaboradores em suas línguas nacionais, sendo considerado na metodologia utilizada um passo central na aquisição de informações trans-culturais.

Os objetivos desta etapa são gerar itens para inclusão no questionário do WHOQOL- SRPB, revisar e modificar as definições das facetas propostas pelo painel dos experts; bem como, gerar qualquer faceta adicional que seja importante à qualidade de vida e espiritualidade, religiosidade e crenças de uma pessoa.

Foi definido que, na constituição dos grupos focais, seriam priorizados: (1) profissionais de saúde (independente de suas crenças religiosas); (2) ateus; (3) pessoas com doenças agudas, crônicas e terminais; (4) pacientes que se recuperaram de doenças; (5) membros da religião dominante de cada centro; (6) indivíduos de grupos religiosos minoritários.

### **3.3- Geração de Questões nos Países**

Depois de completada a etapa dos grupos focais, os centros discutem os achados encontrados dos grupos focais. Participam desta etapa, o investigador principal e os moderadores. São revisadas as anotações feitas durante os grupos focais com o objetivo de fazer sugestões de mudanças nas definições das facetas bem como sua compreensibilidade. Sugestões de cada centro são encaminhadas para o grupo coordenador em Genebra com sua justificativa.

### **3.4- Reunião para Redação dos Itens em Genebra**

Os dados oriundos do trabalho dos diferentes centros são vertidos para o inglês e reunidos com o objetivo de verificar os itens propostos, transcritos, anotados e graduados por importância nos grupos focais. As questões propostas são então re-escritas, segundo os critérios definidos previamente para os instrumentos WHOQOL (Fleck e cols. 1999).

Brevemente, as questões devem (1) adequar-se às escalas de respostas dos instrumentos WHOQOL; (2) Derivaram-se diretamente da faceta; (3) evitar qualquer ponto de referência explícito em relação a tempo ou outras comparações; (4) ser aplicável a qualquer pessoa com qualquer crença religiosa ou não, com exceção dos itens adicionais referentes a religiões específicas.

### **3.5- Desenvolvimento do Módulo do Estudo Piloto**

Os itens são organizados em um questionário para ser utilizado juntamente com o WHOQOL-100. Os questionários são pré-testados numa pequena amostra em alguns países. O objetivo desta fase é o de obter um feedback preliminar dos problemas com as palavras utilizadas, escalas de respostas, instruções, relevância das questões e receptividade geral do módulo.

### **3.5- Condução do Estudo Piloto**

O estudo piloto é realizado com no mínimo 240 indivíduos por centro participante. Dados demográficos, além dos relacionados à saúde dos indivíduos participantes, são coletados pelos investigadores. O recrutamento em cada país deve refletir, na medida do possível, o perfil dos usuários dos cuidados de saúde do respectivo país ou região.

### **3.6- Análise Estatística dos Dados do Estudo Piloto**

Há um plano de análise padronizado desenvolvido para analisar os dados. O plano é similar ao utilizado pela OMS no WHOQOL-100 original e no módulo HIV-AIDS. Os dados são analisados tanto por centro quanto utilizando a amostra global.

Serão realizadas, a análise de frequência, de confiabilidade e de correlação, além de análise fatorial e de multi-dimensionalidade.

### **3.7- Teste de Campo**

O objetivo do teste de campo é o de (1) estabelecer as propriedades psicométricas do módulo WHOQOL-SRPB; (2) avaliar a relação entre saúde, qualidade de vida e Espiritualidade, crenças pessoais

## **4) PARTICIPAÇÃO DO CENTRO BRASILEIRO NO DESENVOLVIMENTO DO MÓDULO**

O trabalho foi desenvolvido por um professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Coordenador do Grupo WHOQOL e com experiência em coordenação de grupos focais dos outros projetos do Grupo WHOQOL que além de coordenador foi moderador dos grupos focais, dois psiquiatras e uma antropóloga, professora do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Maria, RS que trabalharam como relatores dos grupos focais.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

#### **4.1- Tradução do Material**

A reunião realizada com os experts (descrito no item 3.1) produziu um documento em inglês <sup>18</sup>. Este documento constava de várias facetas como mostra a tabela 1, além de suas respectivas definições. Ele foi traduzido para o português por um psiquiatra bilíngüe e a tradução foi revisada por um painel composto por toda a equipe envolvida.

#### **4.2- Discussão das facetas nos grupos focais <sup>4,15</sup>**

##### **a) Dinâmica na Condução do Grupo Focal**

Os indivíduos após o convite de participação assinavam um Termo de Consentimento Informado e eram preenchidos seus dados demográficos.

Primeiramente, o coordenador dava as boas vindas e as instruções a todos os participantes. As instruções referiam-se à forma e aos objetivos da reunião, além de uma descrição breve da dimensão do projeto da Organização Mundial da Saúde para o desenvolvimento de um módulo para avaliar Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais.

A discussão se iniciava com a leitura da faceta, de sua definição e das perguntas a ela relacionadas a partir do documento traduzido como mostra o exemplo da tabela a seguir:

O grupo era ativamente estimulado a analisar a compreensibilidade, a forma como estavam redigidas, e a adequação das facetas e de suas definições para o instrumento. Também eram estimulados a fazer sugestões de inclusão de novas facetas ou de modificação das já existentes .

Ao final da discussão de cada faceta, o grupo era questionado sobre a sua importância para o tema em estudo e também se o grupo se sentia em condições para seguir adiante.

Quando se chegava ao final de cada reunião e não havia espontaneamente sugestões de novas facetas, o coordenador questionava diretamente o grupo a esse respeito.

#### **b) Constituição dos Grupos Focais e da Equipe de Trabalho**

Num período de aproximadamente oito meses, foram realizados 15 grupos focais que estão sumarizados na tabela 3.

A escolha das religiões acima se baseou na frequência destas na população brasileira e no Estado do Rio Grande do Sul .<sup>10</sup>

A alocação dos grupos com pacientes e profissionais de saúde foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os pacientes foram recrutados através do contato com a enfermeira responsável pela enfermagem que sugeria os indivíduos a partir de sua disponibilidade e condição clínica para participar de uma atividade de grupo focal.

Os indivíduos pertencentes às diferentes religiões foram selecionados a partir de contato telefônico com líderes religiosos de templos próximos geograficamente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A região localiza-se perto do centro da cidade de Porto Alegre, sendo tipicamente uma região de classe média, mas com marcado trânsito de pessoas de diferentes classes sociais

Todos os participantes assinaram um consentimento informado. As reuniões dos grupos duraram em média 2 horas e meia. Neste momento, o projeto encontra-se em sua fase final, preparando a aplicação do Teste de campo.

Ao todo em nossas reuniões, recrutamos 142 indivíduos distribuídos nos 15 grupos. Sendo eles: 16 profissionais da saúde, 13 indivíduos ateus, 78 indivíduos religiosos e 35 indivíduos doentes. A idade mínima foi de 21 anos e máxima de 81 anos. A duração mínima do grupo foi de 1h e 25 min e máxima de 2h e 30 min.

Os dados demográficos dos grupos estão sumarizados nas tabelas seguir. (tabela 4)

### **4.3- Resultados das Discussões:**

Após se analisar o conteúdo das discussões, chegou-se aos resultados abaixo.

#### **4.3.1- Aspectos Gerais:**

Os indivíduos ateus consideram que seu tipo de pensamento não pode ser qualificado como sendo uma crença da mesma maneira que as pessoas que tem uma crença religiosa, consideram o que pensam uma verdade científica e racional, diferente da fé que é irracional. Sugeriram que as perguntas fossem redigidas de forma a contemplar estas diferenças. A maioria das facetas que tinham uma clara ligação com crenças religiosas, como por exemplo, fé ou conexão com ser ou força espiritual, foi considerada sem importância por este grupo.

Tanto o grupo de ateus quanto dos profissionais da saúde consideraram a maioria das definições com uma conotação religiosa muito forte o que pode, segundo eles, enviesar o instrumento. Ao contrário, o grupo de pacientes transplantados colocou que as facetas que não tivessem uma clara ligação com religiosidade, como por exemplo, segundo estes, força interior, não deveriam fazer parte do instrumento por não serem relevantes.

Algumas definições de facetas, como a de “Código para se viver” e a de “Controle sobre sua vida”, “Conexão com um Ser ou força espiritual” e Sentido da vida foram sugeridas uma redação mais clara por diferentes grupos, embora com a discussão o sentido tenha sido esclarecido.

Além das facetas já existentes, alguns grupos sugeriram a criação de outras, bem como de perguntas novas para essas facetas. (tabela 5)

#### **4.3.1.1 Semelhanças entre os grupos:**

Todos os grupos, sem exceção, consideraram muito importante a discussão do tema proposto. Ficaram gratos por terem sido convidados a participar do estudo e relataram ter sido uma boa oportunidade para refletirem sobre o assunto, talvez uma oportunidade única.

Para várias questões os grupos dos profissionais de saúde e os grupos dos ateus tiveram posições semelhantes.

A maioria das facetas com conteúdo religioso foi considerada importante pelos grupos religiosos e pelos grupos de pacientes.

#### **4.3.1.2 Dificuldades Encontradas:**

Houve diferenças quanto a compreensão das facetas que podem estar relacionadas a familiaridade ou não dos indivíduos com o tema.

Os pacientes com menor nível educacional e com situação de saúde mais debilitada tiveram também maior dificuldade de compreender o material proposto para discussão, mas não tiveram dificuldade de discutir o tema.

Já os grupos dos profissionais de saúde também apontaram a dificuldade de discutir e mensurar o tema, levando em conta sua grande subjetividade.

#### **4.3.2- Aspectos Específicos:**

A seguir são descritos os achados da análise de conteúdo a partir das facetas adicionais do WHOQOL-SRPB.(tabela 1)

##### **Transcendência :**

Os grupos dos pacientes “Recuperado 1”, “Pacientes Crônicos”, “Agudos” e “Terminais” tiveram dificuldade de entender o que significa transcendência.

O grupo dos “Profissionais da Saúde 1” ficou dividido em relação à possibilidade de se quantificar (ou não) transcendência.

Segundo os “Ateus”, este domínio os exclui.

##### **Conexão com Ser ou Força Espiritual**

Todos os grupos dos pacientes, com exceção do grupo dos “Recuperados 2”, tiveram dificuldade de entender esta faceta.

O grupo dos “Evangélicos” considerou importante manter a faceta, pois reflete o sentimento de estar acompanhado por Deus nas horas difíceis.

Para o grupo dos “Espíritas 2”, a conexão com o Ser ou força espiritual é Deus propriamente dito.

### **Sentido da Vida**

Os grupos de “Pacientes Crônicos”, “Recuperados 1”, “Católicos” e “Afro-brasileiros” concordaram com a definição de Sentido da Vida apresentada.<sup>11</sup>

Já o grupo de pacientes “Recuperados 2” e “Agudos” consideraram muito complicada e difícil de fazer questões a respeito.

Para o grupo de pacientes “Recuperados 1” e “Evangélicos”, o sentido da vida são a espiritualidade e Deus, respectivamente.

### **Admiração**

Segundo ambos os grupos de pacientes “Recuperados”, sentimentos de admiração surgem após ter uma doença séria.

Esta faceta consiste em um sentimento de admiração diante da beleza do mundo e da natureza. Alguns grupos (“Evangélicos”, “Afro-brasileiros”, “Espíritas 1 e 2”) não concordaram que ela pudesse levar um a um sentimento de inferioridade conforme descrito nesta faceta.

### **Totalidade/ Integração**

Em relação a esta faceta, tivemos posições opostas. Enquanto o grupo dos “Ateus 1” considerou a faceta muito confusa, os grupos dos “Recuperados 2” e “Espíritas 1” consideraram-na muito bem escrita.

### **Amor Divino**

Parte do grupo dos “Profissionais da Saúde 1” questionou se o amor divino pode ser separado do amor pelas outras pessoas.

Segundo o grupo de “Pacientes Crônicos” a palavra “divino” restringe a faceta aos católicos.

### **Paz Interior/ Serenidade/ Harmonia**

Foi caracterizada como uma faceta importante pelos grupos “Espíritas 1”, “Terminais”, “Agudos”, “Afro-brasileiros”, “Recuperados 2”, “Profissionais da saúde 1”, “Católicos 2” e “Crônicos”.

Ambos grupos de “Ateus”, consideraram que lidar com situações difíceis está mais relacionado ao estado psicológico que com Paz Interior.

### **Força Interior**

O grupo dos “Espíritas 2” sugeriu unir as facetas “Paz interior” e “Força Interior”.

O grupo dos “Recuperados 2” achou que esta faceta deve ser suprimida, por não ter relação com religiosidade.

### **Morte / Morrer**

Ao se deparar com esta faceta , o grupo de “Pacientes Terminais” não se sentiu à vontade de discutir sobre o assunto e preferiu seguir a diante.

Para o grupo dos “Espíritas 2” e “Evangélicos”, a morte representa uma separação momentânea dos amigos e parentes.

Para o grupo dos “Ateus 2”, o medo e a ignorância em relação à morte foi a maior motivação do homem para criar a religião.

### **Apego / Desapego**

Para o grupo dos “Evangélicos”, “Afro-brasileiros” e “Ateus 2”, o desapego não é importante.

### **Esperança /Otimismo**

A importância de se fazer perguntas sobre esta faceta foi destacada pelos grupos dos “Recuperados 1”, “Católicos 1e 2”, “Espíritas 1 e 2”, “Agudos”, “Terminais”, “Profissionais da saúde 1”, “Crônicos” e “Evangélicos”.

O grupo dos “Afro-brasileiros” sugeriu a inclusão desta faceta em “ Sentido da Vida”.

Para os grupos de “Ateus 2” e “Espíritas 2”, esta faceta está muito semelhante a “Força Interior”.

### **Controle sobre sua Vida**

Alguns grupos não concordaram com o uso da palavra “controle” . Preferem “gerenciar ou administrar” (“Espíritas 1”), “decidir” (“Evangélicos”).

### **Bondade com os outros/Abnegação/Renúncia**

Para o grupo dos pacientes “Crônicos”, as pessoas podem não dar respostas sinceras para esta faceta.

Para os “Ateus”, esta faceta refere-se muito mais a virtudes morais, que vem de dentro dos indivíduos, do que propriamente religiosidade.

### **Aceitação dos Outros**

Para o grupo dos pacientes “Crônicos”, é uma faceta muito importante, mas difícil de se colocar em prática.

O grupo dos “Afro-brasileiros” não considera esta faceta importante, pois é complicado aceitar os outros sempre.

O grupo dos “Ateus 1” sugeriu substituir “aceitar os outros” por “reconhecer os outros”.

Para o grupo dos “Ateus 2”, o conceito de aceitação dos outros só faz sentido dentro de uma perspectiva religiosa.

## **Perdão**

Para os grupos dos “Ateus 2” e “Afro-brasileiros”, o perdão não é incondicional, este depende do que a pessoa fez.

Já para o grupo dos “Evangélicos”, o perdão é incondicional.

O grupo dos “Afro-brasileiros” sugeriu incluir esta faceta em “aceitação dos outros”.

Para o grupo dos “Profissionais da saúde 2”, deveria ser separado dois tipos de perdão em facetas diferentes, o perdão de um ser superior e o de uma pessoa.

## **Código para se Viver**

Para o grupo do “Recuperados 1”, esta faceta é uma repetição, pois está incluída nas demais.

Os “Afro-brasileiros” não tem um código escrito, tudo é passado oralmente.

Para os “Evangélicos”, a Bíblia não é somente um código, é Deus falando.

## **Liberdade para Praticar Crenças e Rituais**

Os “Afro-brasileiros” consideraram esta a faceta mais importante do instrumento.

## **Fé**

Para o grupo dos pacientes “Crônicos” e “Recuperados 1”, a fé é, respectivamente, pensamento positivo e otimismo.

O grupo dos “Profissionais da saúde 1” sugeriu a inclusão desta faceta no domínio transcendência.

Para o grupo dos “Espíritas 2”, esta faceta é muito semelhante a “Força Interior”.

## **Crenças Religiosas Específicas**

Todos os grupos consideram importante manter questões sobre crenças religiosas específicas.

### **4.3.3- Outros Aspectos Relevantes:**

Em alguns momentos durante as discussões nos grupos , surgiram colocações muito interessantes que, embora não tivessem relacionadas com o roteiro, estavam diretamente relacionadas ao tema.

Uma paciente do grupo de pacientes “ Recuperados 1” relatou que geralmente evitava expor suas crenças religiosas aos médicos, pois nas vezes que o havia feito tinha sido ativamente rechaçada pela equipe. A paciente é devota de uma santa da igreja católica e em um dado momento do tratamento atribuiu a sua melhora a sua fé, isto não foi aceito pela equipe que se colocou em disputa pelos méritos da melhora.

Também no grupo “Recuperados 1” e no dos transplantados (Recuperados 2), quando discutimos a faceta relacionada a morte, ambos relataram uma vivência simbólica de terem “morrido” e “ressuscitado, renascido”. Tanto a melhora dos ataques de pânico, como a melhora clínica após o transplante, tiveram a mesma representação para os grupos, uma oportunidade de ganharem uma nova vida.

## **5- DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:**

Podemos concluir que as definições das facetas propostas pela a OMS, de uma maneira geral, foram consideradas representativas e adequadas para servir como uma diretriz no desenvolvimento de questões válidas sobre espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.

No entanto, houve sugestões de acréscimo de algumas facetas consideradas importantes por alguns grupos, notadamente os religiosos, embora não houvesse consenso entre os diferentes grupos sobre quais facetas deveriam ser acrescentadas. Os grupos de “Ateus” e os “Profissionais da saúde” diferiram em relação aos demais grupos, ao salientar que a maioria das facetas parte do princípio, na sua definição, de que o indivíduo tem crenças religiosas ou espirituais.

Embora esta observação seja pertinente, o instrumento, através de sua escala de respostas prevê que o indivíduo possa encontrar uma resposta que represente a não importância do item em sua vida, o que oferece a possibilidade de quantificação da ausência de crenças.

A técnica de grupo focal foi conduzida de acordo com que é proposto metodologicamente por autores que estudam o tema<sup>4,15</sup> e mostrou-se adequada para captar as diferentes opiniões dos participantes. Permitiu que fossem testadas as hipóteses dos pesquisadores redirecionando e/ou ampliando conceitos previamente estabelecidos por um grupo de experts. Além disso, evidenciou a importância da discussão sobre a dimensão espiritual na vida dos pacientes.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. BRAAM, AW. et al. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scand* 1997: 199-205.
2. ELERHORST-RYAN, J.M. Instruments to Measure Spiritual status. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2a ed, 1996.
3. FABREGA, H. Culture, spirituality and Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 2000,13: 525-530.
4. FERREL, B et al. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus group. *Psycho-oncology* 1997, vol.6: 13-23.
5. FLECK, M et al., Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL- 100), *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1):19-28, 1999.
6. KOENIG, HG et al. Religiosity and remission of depression in medical ill older patients, *Am J Psychiatry* 1998: 536-42
7. LEVIN, J.S. et CHATTERS, L.M. Research on Religion and Mental Health: An Overview of Empirical Findings and Theoretical Issues. , *Handbook of Religion and Mental Health*. Londres. Academic Press, 1998.
8. MITKA,M. Getting religion Seen as Help in Well Being, *JAMA*, 1896-1897, 1998.
9. PARGAMENT, K. I. et BRANT, C.R. Religion and Coping, *Handbook of Religion and Mental Health*. Londres. Academic Press, 1998

10. PIERUCCI, A.F. et PRANDI, R. In: Pierucci, AF. *Religiões e Voto: a Eleição Presidencial de 1994. A Realidade Social das Religiões no Brasil*. São Paulo. HUCITEC, 1996.
11. ROSS, L. The spiritual dimension: its importance to patients' health , well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud* 1995, 32: 457-468
12. SIMS, A. Psyche – Spirit as Well as Mind?. *British Journal of Psychiatry*, 441-446,1994.
13. SIMS, A. Culture, spirituality and Psychiatry-Comments. *Current Opinion in Psychiatry* 2000,13: 535-537
14. SLOAN, R.P., BAGIELLA, E. et POWEL, T. Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 664-667, 1999
15. VÍCTORA, C.G., KNAUTH DR, HASSEN MN. Técnicas de Pesquisa-Grupo Focal. In: Vistora CG, Knauth Pesquisa DR, Hassen MN. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000; 65-67.
16. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)- Report on WHO Consultation, WHO/MSA/MHP/98.2, 2- 23
17. WIG, N.N. Culture, spirituality and Psychiatry-Comments. *Current Opinion in Psychiatry* 2000,13: 535-536
18. World Health Organization Resolution WHA/37/1984/REC/1.6. Geneva: World Health Organization Resolution; 1984.

**Tabela 1:** Facetas produzidas pela reunião de Experts

|   |
|---|
| 1. Transcendência                         |
| Conexão com Ser ou Força Espiritual       |
| Sentido da Vida                           |
| Admiração                                 |
| Totalidade/Integração                     |
| Amor Divino                               |
| Paz Interior/Serenidade/ Harmonia         |
| Força Interior                            |
| Morte e Morrer                            |
| Apego/Desapego                            |
| Esperança/ Otimismo                       |
| Controle sobre sua Vida                   |
| 2. Relações Pessoais                      |
| Bondade com os outros/Abnegação/Renúncia  |
| Aceitação dos Outros                      |
| Perdão                                    |
| 3. Código para se Viver                   |
| Código para se Viver                      |
| Liberdade para praticar crenças e rituais |
| Fé  |
| 4. Crenças religiosas específicas         |
| Crenças religiosas específicas            |

Tabela 2: Exemplo de uma Parte do documento traduzido e discutido

|   |
|---|
| Faceta:   |
| Paz Interior, Serenidade, Harmonia  |
| Definição:  |
| Esta faceta explora o quanto as pessoas estão em paz com elas mesmas. A fonte desta paz está dentro da pessoa e pode estar associada a um relacionamento que a pessoa tem com Deus ou pode derivar de uma crença, um código moral ou sistema de crenças. O sentimento é de serenidade e calma. Mesmo que as coisas dêem errado, esta paz interior ajuda a lidar com isto. É vista como uma condição muito desejada. |
| Perguntas:  |
| Em que medida você se sente em paz consigo mesmo?   |
| Em que medida você é capaz de ficar calmo em situações difíceis?  |
| Em que medida o senso de paz interior faz você se sentir bem?   |
| Em que medida você aceita sua vida?   |
| Quão confortável você se sente com presença de Deus/ espírito/ suas crenças?  |

**Tabela 3 – Grupos Focais**

| Categoria              | Número de Grupos |
|------------------------|------------------|
| Profissionais da Saúde | 2                |
| Grupos Religiosos      |                  |
| Católicos              | 2                |
| Evangélicos            | 1                |
| Afro-brasileiros       | 1                |
| Espíritas              | 2                |
| Ateus                  | 2                |
| Pacientes              |                  |
| Recuperados            | 2                |
| Agudos                 | 1                |
| Crônicos               | 1                |
| Terminais              | 1                |
| Total                  | 15               |

**Tabela 4a- Dados Demográficos dos Grupos Focais: Profissionais da Saúde**

|                             | Grupo1          | Grupo2          |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| Idade: Média<br>(amplitude) | 37,3<br>(25-53) | 37,3<br>(24-52) |
| Sexo                        |                 |                 |
| Masculino                   | 3               | 3               |
| Feminino                    | 6               | 4               |
| Estado Civil                |                 |                 |
| Casado                      | 3               | 4               |
| Solteiro                    | 5               | 3               |
| Separado                    | 1               | 0               |
| Nível Educacional           |                 |                 |
| Primário                    | 0               | 0               |
| Secundário                  | 1               | 1               |
| Universitário               | 8               | 6               |
| Ocupação                    |                 |                 |
| Médicos                     | 3               | 3               |
| Enfermeira                  | 1               | 1               |
| Auxiliar de Enfermagem      | 2               | 1               |
| Psicóloga                   | 1               | 1               |
| Assistente Social           | 2               | 1               |
| Número de Participantes     | 9               | 7               |
| Duração(h)                  | 2:00            | 2:30            |

**Tabela 4b-** Dados Demográficos dos Grupos Focais: Ateus e Religiosos

|               | Ateu 1  | Ateu 2  | Católico1 | Católico2 | Espírita 1 | Espírita 2 | Afro-brasileiro | Evangélico |
|---------------|---------|---------|-----------|-----------|------------|------------|-----------------|------------|
| Idade Média   | 29      | 44,2    | 65        | 35,6      | 44,5       | 42,1       | 40              | 29,3       |
| (Amplitude)   | (23-35) | (25-72) | (52-79)   | (28-44)   | (28-66)    | (19-67)    | (17-72)         | (21-55)    |
| Sexo          |         |         |           |           |            |            |                 |            |
| Masculino     | 6       | 2       | 2         | 6         | 6          | 7          | 5               | 7          |
| Feminino      | 2       | 3       | 11        | 5         | 5          | 5          | 13              | 6          |
| Estado Civil  |         |         |           |           |            |            |                 |            |
| Casado        | 3       | 1       | 9         | 11        | 5          | 7          | 10              | 3          |
| Solteiro      | 5       | 3       | 0         | 0         | 2          | 3          | 5               | 10         |
| Separado      | 1       | 0       | 0         | 0         | 1          | 1          | 1               | 0          |
| Viúvo         | 0       | 1       | 4         | 0         | 1          | 1          | 1               | 0          |
| Não           | 0       | 0       | 0         | 0         | 1          | 0          | 0               | 0          |
| Informou      |         |         |           |           |            |            |                 |            |
| Nível         |         |         |           |           |            |            |                 |            |
| Educacional   |         |         |           |           |            |            |                 |            |
| Primário      | 0       | 0       | 0         | 0         | 0          | 2          | 5               | 1          |
| Secundário    | 8       | 2       | 2         | 3         | 7          | 7          | 7               | 3          |
| Universitário | 0       | 3       | 11        | 7         | 4          | 3          | 5               | 9          |
| Não Informou  | 0       | 0       | 0         | 0         | 0          | 0          | 1               | 0          |
| Número de     | 8       | 5       | 13        | 11        | 11         | 12         | 18              | 13         |
| Participantes |         |         |           |           |            |            |                 |            |
| Duração(h)    | 2:30    | 2:00    | 2:15      | 2:10      | 2:00       | 1:30       | 2:00            | 1:50       |

**Tabela 4c-** Dados Demográficos dos Grupos Focais: Pacientes

|                            | Agudos          | Crônicos        | Terminais | Recuperados 1 | Recuperados 2   |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------|---------------|-----------------|
| Idade Média<br>(amplitude) | 50,2<br>(30-69) | 66,5<br>(55-81) | 49,3      | 38<br>(33-43) | 49,6<br>(37-65) |
| Sexo                       |                 |                 |           |               |                 |
| Masculino                  | 4               | 2               | 4         | 0             | 4               |
| Feminino                   | 3               | 11              | 1         | 2             | 4               |
| Estado Civil               |                 |                 |           |               |                 |
| Casado                     | 4               | 4               | 2         | 2             | 6               |
| Solteiro                   | 3               | 1               | 3         | 0             | 0               |
| Separado                   | 0               | 5               | 0         | 0             | 2               |
| Viúvo                      | 0               | 4               | 0         | 0             | 0               |
| Não Informou               | 0               | 0               | 0         | 0             | 0               |
| Nível Educacional          |                 |                 |           |               |                 |
| Analfabeto                 | 2               | 0               | 2         | 0             | 0               |
| Primário                   | 5               | 8               | 2         | 1             | 2               |
| Secundário                 | 0               | 5               | 1         | 0             | 3               |
| Universitário              | 0               | 0               | 0         | 1             | 3               |
| Não Informou               | 0               | 0               | 0         | 0             | 0               |
| Religião                   |                 |                 |           |               |                 |
| Católicos                  | SR              | 8               | SR        | 2             | 7               |
| Afro-bras                  | SR              | 1               | SR        | 0             | 0               |
| Espíritas                  | SR              | 1               | SR        | 0             | 1               |
| Não Informou               | SR              | 3               | SR        | 0             | 0               |
| Número de Participantes    | 7               | 13              | 5         | 2             | 8               |
| Duração(h)                 | 1:30            | 1:30            | 1:30      | 1:25          | 2:00            |

SR: sem registro

**Tabela 5: Facetas e Perguntas Sugeridas pelos Grupos**

| Facetas   | Perguntas sugeridas   | Grupo Focal  |
|---|---|--|
| Balanço(equilíbrio) e<br>Crescimento Pessoal<br>Coerência | Quão coerentes com sua fé são seus atos?  | Espírita<br>Profissionais da<br>Saúde<br>Católicos |
| Amor pelos Outros<br>(Humanidade)                         | Quão satisfeito você está com o amor que<br>você sente pelos outros?                                      | Profissionais da<br>Saúde<br>Católicos             |
| Reencarnação<br>Fé Racional                               | Quão importante é para você que sua fé seja<br>baseada em evidências científicas?                         | Espíritas<br>Espíritas                             |
| Punição   | Até que ponto um ser superior é capaz de<br>punir? (papel da punição divina no<br>entendimento da doença) | Pacientes<br>Crônicos                              |
| Sincretismo   |   | Ateus  |

**ARTIGO CIENTÍFICO 2  
EM PORTUGUÊS**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO DE SAÚDE,  
ESPIRITURALIDADE/RELIGIOSIDADE/CRENÇAS PESSOAIS E  
QUALIDADE DE VIDA**

**Neusa Sica da Rocha<sup>1</sup>, Zulmira Newlands Borges<sup>2</sup> e Marcelo Pio da Almeida Fleck<sup>3</sup>**

- 
- 1) Médica Psiquiatra**
  - 2) Professora de Antropologia do Departamento de Sociologia e Política da Universidade Federal de Santa Maria**
  - 3) Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Este trabalho foi parcialmente financiado pelo Fundo de Incentivo a Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pela Fundação Fetzner.**

**Este trabalho foi apresentado na sessão de Pôsteres da 9ª Conferência Anual da Sociedade Internacional de Pesquisa de Qualidade de Vida em 31 de outubro de 2002, em Orlando/EUA e no 20º Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 19 de outubro de 2002 em Florianópolis/SC.**

**Seu resumo está publicado na revista Quality of Life Research, 2002; 11(7): 654.**

## RESUMO:

**Objetivos:** verificar a associação entre: (1) estado de saúde e níveis de espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB); (2) estado de saúde e qualidade de vida; (3) qualidade de vida e SRPB.

**Métodos:** foi realizado um estudo transversal controlado. Selecionamos uma amostra (n=241) por conveniência, composta por 122 pacientes e 119 indivíduos saudáveis da comunidade. Os instrumentos utilizados foram : a) WHOQOL-100 para medir qualidade de vida; b) BDI para medir sintomas depressivos; c) BHS para medir sintomas de desesperança; d) WHOQOL-SRPBi- escala de importância dada as facetas usada no teste piloto do Módulo de Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais do WHOQOL-100, para medir SRPB. A amostra foi pareada por sexo, idade e religião.

**Resultados:** A comparação entre pacientes e saudáveis quanto aos domínios do WHOQOL-100 demonstrou piores escores para os pacientes na maioria dos os domínios. Apenas no domínio do SRPB, os pacientes apresentaram uma média maior que os saudáveis, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa. Já a média/paciente do WHOQOL-SRPBi foi 96,9 comparada a média/saudáveis = 92,9 (P=0,03). Após usar um modelo de regressão múltipla onde incluía a variável NSE esta diferença deixou de ser significativa. Também num modelo de regressão múltipla, o WHOQOL-SRPBi aparece positivamente associado com domínio psicológico, relações sociais, ambiente, SRPB e QOL geral (beta= 0,17; beta=0,12; beta= 0,11; beta= 0,72; beta= 0,10, respectivamente), quando ajustado para idade, NSE, BDI e estado de saúde.

**Discussão:** Apesar do aumento do WHOQOL-SRPBi (escores de importância das facetas) estar sofrendo influência de outros fatores, principalmente NSE. Em relação a qualidade de

vida, a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais teve uma associação positiva em alguns domínios da qualidade de vida independente de outros fatores envolvidos.

## INTRODUÇÃO

Existem evidências crescentes de que a religiosidade está associada com saúde mental. Em uma revisão sistemática de aproximadamente 200 artigos, demonstrou uma associação positiva em 50% dos casos e negativa em 25% deles. Nesta revisão, a religiosidade foi considerada como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais.(Gartner et al apud Levin e Chatters, , 1998) Alguns pesquisadores têm observado um aumento da religiosidade em eventos negativos de vida, nos quais se inclui o adoecimento (Pargament et al apud Ferraro e Kelley-Moore, 2000). Por outro lado, a vinculação com a religião pode ser tanto fonte de alívio como de desconforto, dependendo de como a pessoa se relaciona com ela (Pargament et al, 1998; Kendler et al, 1999).

Apesar de serem em grande número, os estudos relacionados com avaliação da religiosidade apresentam uma série de limitações metodológicas. Revisando o assunto, Sloan e cols (1999) destacam que diferenças genéticas, comportamentais e variáveis como idade, sexo, educação, etnia, nível sócio-econômico, e estado de saúde podem ser importantes vieses de confusão nestes estudos.

Outra dificuldade é a de como “medir” religiosidade. A avaliação da religiosidade é feita de diversas maneiras nos diferentes estudos (King et al, 1999). Em geral, a variável “religiosidade” é avaliada em relação à afiliação (ex. católica, budista, etc..), ou prática

religiosa (praticante / não praticante) ou frequência aos cultos (semanal, mensal, etc.). Estas estratégias são sabidamente limitadas para estudar uma variável da complexidade que é (ou o que pode vir a ser) a religiosidade na vida de um paciente (Larson et al, 1986; King, 1994).

Independentemente de seu efeito sobre a evolução de doenças esta dimensão tem sido identificada como muito relevante e um importante domínio a ser considerado na avaliação de qualidade de vida (Gioiella et al, 1998; Holland, 1998; Cella et al, 1999). Como exemplo do reconhecimento da importância da dimensão espiritual, a Organização Mundial da Saúde no seu instrumento de avaliação de qualidade de vida (o WHOQOL) incluiu um domínio de espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (WHOQOL Group, 1998).

Uma vez que a maioria dos estudos se refere a populações de pacientes idosos, com doenças crônicas ou com doenças terminais, tanto em nosso meio, como na literatura internacional, existe uma carência de estudos procurando elucidar a associação da religiosidade com qualidade de vida comparando pessoas doentes e normais independente do tipo de doença e da faixa etária, usando um conceito mais definido da dimensão não-material .

Apesar da importância do tema, existe uma carência de estudos procurando elucidar a associação entre religiosidade e qualidade de vida. Os estudos existentes, na maioria das vezes, restringem –se a pacientes idosos, a doentes crônicos e/ou terminais.

Assim, há uma carência na literatura, tanto nacional quanto internacional de estudos

bem conduzidos metodologicamente e com a preocupação de controlar os vários vieses de confusão, de aferição e aleatórios.

O presente estudo tem como objetivos: 1) Avaliar a associação entre alteração do estado de saúde com a religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais; 2) Avaliar a associação entre religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais e qualidade de vida; 3) Avaliar se associação entre religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais, alteração do estado de saúde e qualidade de vida permanece significativa depois de ajustar para idade, nível sócio-econômico, sintomas depressivos e estado civil;

#### **MATERIAIS E MÉTODOS:**

A coleta foi desenvolvida nas enfermarias e no ambulatório do HCPA, e na comunidade, a partir das comunidades religiosas num período de 3 meses. Foi realizada por quatro estudantes de Psicologia, quatro estudantes de Medicina, uma médica psiquiatra e um médico residente em Psiquiatria que foram treinados para realizar esta tarefa. Após a obtenção do consentimento informado, os entrevistadores realizaram uma breve entrevista com os participantes, coletando as variáveis demográficas, e as relacionadas à saúde. As demais variáveis foram obtidas por instrumentos auto-aplicáveis com a supervisão dos entrevistadores.

O delineamento foi o de estudo transversal controlado, pareado por idade, sexo e religião.

A seleção da amostra foi por Conveniência tanto para pacientes quanto para os “saudáveis”. Para o grupo dos saudáveis, foi utilizada a técnica de “snow- ball”(cada indivíduo selecionado indicava mais um participante) (Víctora et al, 2000) partindo de templos e locais de culto próximos à área geográfica do hospital.

Foi planejada para ser composta por 240 indivíduos pareados da seguinte maneira: 50% foram pacientes e 50% não doentes ou “saudáveis” da comunidade, dentro de cada grupo 50% do sexo masculino e 50% feminino, e 50% com menos de 45 anos e 50 % com mais de 45 anos.

A escolha das religiões foi feita a partir da prevalência destas na população brasileira, sendo 72 % de católicos, 15 % evangélicos, 5% espíritas, 3 % afro-brasileiros e 5 % ateus (Pierucci, 1996).

**Critérios de inclusão de indivíduos no grupo de pacientes:**

- pacientes adultos (a partir de 18 anos) escolhidos aleatoriamente entre os atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre na unidade de internação e ambulatório nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas que tivessem condições clínicas e que concordassem em participar do estudo;

**Critérios de inclusão de indivíduos no grupo de saudáveis:**

- indivíduos adultos da comunidade (a partir de 18 anos) de toda a área geográfica próxima ao hospital que não possuíssem qualquer doença

cl clinicamente detectável. Foram excluídos da amostra de saudáveis, os indivíduos que respondessem positivamente a qualquer uma das seguintes perguntas:

- Você tem alguma doença crônica?
- Você usa algum remédio de forma regular atualmente?
- Você consultou algum médico ou profissional da saúde no último mês (exceção feita a prevenção, ex. revisão ginecológica)?

Independente de fazerem parte do grupo saudável ou de paciente, os indivíduos selecionados, deveriam ter alguma crença religiosa e estarem vinculados a esta religião. No caso dos ateus deveriam considerar-se com tal.

**Variáveis de interesse:**

- demográficas: sexo, idade, anos de estudo, grau de instrução, estado civil;
- nível sócio- econômico (NSE) através da escala Critério de Classificação Econômica Brasil
- tipo de doença
- religião
- estado de saúde
- domínios da qualidade de vida através do instrumento WHOQOL-100
- religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais através da escala de importância das facetas do WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPBi)
- sintomas de depressão e desesperança através das seguintes escalas:
  - de Depressão de Beck (BDI)
  - de Desesperança de Beck (BHS)

**Instrumentos de Pesquisa:**

**WHOQOL-SRPB:** instrumento auto-aplicável, trans-cultural elaborado pela Organização Mundial da Saúde com mais 15 centros envolvidos no mundo todo, para avaliar religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais através de 8 facetas: conexão com ser ou força espiritual, paz interior/serenidade/harmonia, significado da vida, admiração, totalidade/integração, força espiritual, fé e esperança/otimismo. O teste piloto com análise psicométrica preliminar mostrou correlações entre as facetas entre 0,51 a 0,91 e alfa total= 0,91. Como o instrumento em sua versão final ainda não está disponível, utilizamos, como medida de espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, as questões relativas ao grau de importância dado as facetas (WHOQOL-SRPBi) (WHOQOL Group, 2002).

**WHOQOL-100:** instrumento auto-aplicável, trans-cultural elaborado pela Organização Mundial da Saúde para avaliar Qualidade de Vida através de 6 domínios: físico, psicológico, ambiente, relações sociais, nível de independência e religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al, 1999; Fleck et al, 1998);

**Escalas de Depressão e de Desesperança de Beck:** instrumentos auto-aplicáveis, validados e traduzidos para o português que avaliam sintomas depressivos e de desesperança nas semana prévia a sua aplicação (Beck, 2000; Gorestein e Fonseca, 2000);

**Critério de Classificação Econômica Brasil:** avalia nível sócio-econômico através dos bens de consumo e nível educacional do indivíduo;<sup>4</sup>

Todos os indivíduos convidados a participar do estudo preencheram um termo de consentimento onde constam os objetivos do estudo. O projeto foi aprovado pela Comissão de ética da HCPA.

## **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Foram utilizados: Teste t student para comparação entre as médias; Qui- quadrado de Pearson com correção de Yates quando necessário, para comparação de proporções das variáveis categóricas; Regressão Linear Múltipla para controle de vieses de confusão e covariáveis. O nível de significância utilizado foi de 5%, para a maioria dos testes, com exceção da Regressão Múltipla onde foi utilizado o nível de 10%. Também foi calculado o tamanho de efeito padronizado (TEP) para os principais achados. O programa estatístico utilizado foi o SPSS 10.0.

## **RESULTADOS:**

As principais características da amostra estão dispostas na Tabela 1. Os problemas de saúde mais freqüentemente apresentados pelos pacientes os foram: hipertensão 18%, doenças cardiológicas 15,6%, neoplasias 13,1%, diabetes 13,1%, enfisema/asma/bronquite 11,5%, doenças auto-imunes 8,2%, doenças renais crônicas 8,2%.

Com o objetivo de comparar a qualidade de vida e estado de saúde ou doença, comparou-se as médias nos domínios de qualidade de vida medidos pelo WHOQOL-100 em pacientes e saudáveis. Os pacientes tiveram médias de escores significativamente mais baixos na maioria dos domínios da qualidade de vida, inclusive qualidade de vida em geral, com exceção do domínio da religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais onde os

pacientes tiveram uma média maior, mas que não foi estatisticamente significativa conforme mostra a Tabela 2.

Usando a medida da Magnitude de Efeito podemos verificar que os valores variam de trivial a muito grande, estando em sua maioria na faixa de efeito moderado.

Comparando pacientes e saudáveis quanto a medida de espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, através das médias do índice de importância das facetas (WHOQOL-SRPBi), os pacientes tiveram escores significativamente maiores que os saudáveis. Figura 1.

Uma vez que, apesar do pareamento, houve diferenças significativas entre pacientes e saudáveis nas principais variáveis de interesse (idade, nível sócio-econômico, estado civil e escores de BDI) e estas podem estar correlacionadas com religiosidade ( $r^2_{idade} = 0,19$ ;  $r^2_{NSE} = -0,14$ ;  $r^2_{BDI} = -0,08$ ), buscamos controlar as diferenças encontradas na religiosidade através de um modelo de regressão linear múltipla, que teve como variável dependente o *WHOQOL-SRPBi* e variáveis independentes, *idade, nível sócio-econômico estado civil e escores de BDI*. Tabela 3.

Foi incluído no modelo apenas a variável *nível sócio-econômico* e excluído *anos de estudo e nível educacional*, porque além de serem variáveis altamente correlacionadas ( $r^2 = 0,56$ ), a escala de nível sócio-econômico utilizada contém em seus itens perguntas sobre nível educacional. O mesmo raciocínio usamos para incluir a variável *BDI* e excluir *BHS* ( $r^2 = 0,59$ ). Tabela 3.

Como podemos observar na Tabela 4, o estado de saúde e religiosidade apresentam uma correlação positiva ( $\beta = 0,14$ ;  $P = 0,02$ ). Quando apenas o NSE é colocado na equação da regressão esta correlação diminui e perde a significância estatística ( $\beta = 0,09$ ;  $P = 0,23$ ). Por outro lado com BDI ocorre o oposto, a correlação aumenta e se mantém ( $\beta = 0,18$ ;  $P = 0,01$ ). Já ao colocarmos somente a idade, essa também diminui, mas o nível de significância estatística se mantém ( $\beta = 0,10$ ;  $P = 0,10$ ). Quando colocados juntos na equação idade e NSE, é o ponto onde ocorre a maior queda da correlação e do nível de significância ( $\beta = 0,05$ ;  $P = 0,55$ ). Como o BDI pode estar aumentando a correlação do estado de saúde, como já mencionado anteriormente, quando adicionado na equação com NSE, a correlação passa de 0,09 para 0,13 e o nível estatístico volta a ter significância ( $P = 0,08$ ). Reunindo na equação idade e BDI, a correlação se mantém ( $\beta = 0,16$ ;  $P = 0,03$ ). Quando os três fatores são colocados juntos na equação, a correlação não se mantém ( $\beta = 0,09$ ;  $P = 0,23$ ). A partir, destes dados o principal fator que pode estar enviesando os resultados é o NSE, pois na maioria dos passos da regressão, fez com a correlação entre estado de saúde e religiosidade desaparecesse. Apenas quando o NSE foi colocado com BDI é que a correlação se manteve.

Outro modelo de regressão múltipla considerando o WHOQOL-SRPBi como uma das variáveis independentes e os domínios do WHOQOL-100 como variáveis dependentes é apresentado na Tabela 5. A espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (WHOQOL-SRPBi) está positivamente associada com a maioria dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-100,

inclusive com qualidade de vida em geral, mesmo quando são levados em consideração outros fatores como, idade, NSE, sintomas depressivos e estado de saúde. As maiores correlações são encontradas com domínio SRPB(beta= 0,72; P<0,0001) e domínio psicológico(beta= 0,17; P<0,0001), seguidas do domínio das relações sociais ( beta= 0,12; P <0,05), ambiente (beta=0,11; P<0,10) e qualidade de vida em geral (beta= 0,10; P<0,10).

O estado de saúde está negativamente correlacionado com o domínio físico, nível de independência e qualidade de vida em geral (beta= -0,32; beta= -0,48; beta= -0,22, respectivamente).

Outro dado interessante, é a participação dos sintomas depressivos com correlações negativas em todos os domínios da qualidade de vida.

O nível sócio-econômico parece estar negativamente correlacionado apenas no domínio das relações sociais e no do ambiente.

### **DISCUSSÃO:**

O presente estudo mostrou diferenças nos escores do WHOQOL-SRPBi entre os grupos de pacientes (pior estado de saúde) e saudáveis (melhor estado de saúde). Esta diferença pode estar subestimada no presente estudo, já que os indivíduos saudáveis eram membros praticantes de sua religião e por isso tenderiam a ter escores de religiosidade maiores do que na população em geral. A diferença, portanto, pode ser explicada: 1) pela necessidade aumentada que os apresentam de apoio para enfrentar as

demandas associadas ao adoecimento(Landis, 1996; O'Neil e Kenny, 1998; Pargament e Brant, 1998; Koenig et al, 2001, 2) a possibilidade de que os indivíduos doentes procurem um significado ou explicação para seu adoecimento(Ross, 1995) ou 3) até mesmo da tentativa de cura através da fé (Rabelo, 1993).

Quanto a qualidade de vida, podemos ver que a presença de uma doença pode estar associada com uma piora na maioria de seus domínios, exceto no domínio da SRPB. Neste, os escores aumentam nas pessoas doentes. Tal achado sugere que o domínio da SRPB pode não estar adequado para demonstrar as diferenças entre doentes e saudáveis.

É interessante que quando se analisa o impacto da religiosidade nos vários domínios da qualidade de vida se observa que esta pode estar positivamente associada com a maioria de seus domínios. A espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (medidas através do WHOQOL-SRPBi) está positivamente correlacionado com o domínio psicológico, relações sociais, ambiente, qualidade de vida e obviamente com o do SRPB, mesmo após o ajuste para nível sócio-econômico, sintomas de depressão, idade e estado de saúde. Tal achado está em consonância com a literatura atual que demonstra a relação entre religiosidade e maiores relações sociais (Levin e Vanderpool, 1987; Levin e Chatters, 1998). Também em relação ao domínio psicológico, é sabido o quanto a religiosidade pode estar associada a menores níveis de depressão (Braam et al, 1997; Koenig et al, 1998), maiores índices de esperança e bem-estar (Elerhorst, 1996), o que pode também explicar a correlação positiva com qualidade de vida em geral.

O nível de evidência atual, não permite que recomendemos que nossos pacientes sejam mais religiosos ou se vinculem mais com a dimensão não material, conforme já é estabelecido em relação a hábitos e comportamentos como por exemplo, beber e fumar. No entanto, os dados apresentados sugerem a dimensão não-material deve ser considerada como fator importante no processo de adoecimento.

O papel do nível sócio-econômico nos achados encontrados, nos faz buscar explicações. No Brasil, as populações de menor nível sócio-econômico muitas vezes têm mais facilidade acesso as comunidades religiosas do que dos próprios serviços de saúde(Dalgalarrondo, 1996). Além disto, as pessoas com menor nível sócio-econômico podem ter menos modelos explicativos que concorrem com a religião, por uma questão de nível cultural associado.

Os dados do presente estudo indicam que há entre religiosidade e estado de saúde variáveis que se inter-relacionam e portanto, um modelo linear de causa e efeito não se aplica a complexidade do fenômeno. A figura 2 descreve um possível esquema que ilustra esta complexidade. Praticamente todas as variáveis em estudo se correlacionam entre si. Partindo, por exemplo, da variável “Nível Sócio-econômico”. Um nível sócio-econômico mais baixo está associado com maiores escores no WHOQOL-SRPBi(maior necessidade de apoio/rede social e menos modelos explicativos). Tanto um nível sócio-econômico mais baixo pode estar associado com pior estado de saúde (dificuldades de trabalho encontradas pelas pessoas que adoecem), quanto um pior estado de saúde pode estar associado com um nível sócio-econômico mais baixo (NSE baixo está associado com piores condições de saúde, por questões econômicas e de acesso). Já os sintomas

depressivos tanto podem ser mais intensos em indivíduos de nível sócio-econômico mais baixo, quanto a presença de sintomas depressivos pode levar a uma piora do nível sócio-econômico (pelas limitações laborativas já conhecidas que os sintomas depressivos podem causar). Além disso, uma idade mais elevada pode também estar associada a maiores escores no WHOQOL-SRPBi. Esta pode estar também associada a maior ocorrência de sintomas depressivos (devido as múltiplas perdas que ocorrem na velhice, por exemplo). Há evidência de que pessoas religiosas se recuperam mais rápido de sintomas depressivos. Os sintomas depressivos podem piorar o estado de saúde (má adesão aos tratamentos, por exemplo), um pior estado de saúde pode predispor a ocorrência de sintomas depressivos (estresse relacionado ao adoecimento, perdas). Ainda em relação a idade, esta pode estar associada a um pior estado de saúde (maior risco de doenças físicas na velhice). Um pior estado de saúde pode estar associado com níveis maiores de WHOQOL-SRPBi (como estratégia de enfrentamento do estresse relacionado ao adoecimento). Finalmente, um pior NSE pode estar associado a uma menor longevidade (piores condições de saúde) e uma idade mais avançada pode estar associada com um NSE mais baixo (perda de status econômico).

A partir dos nossos dados e os encontrados na literatura, é evidente complexidade do estudo da dimensão não-material da vida. Mesmo tendo ajustado nossos resultados através de um modelo de regressão múltipla, é necessário desenvolvermos modelos mais complexos capazes de descrever melhor o que realmente acontece. Certamente a metodologia exclusivamente quantitativa é insuficiente para o entendimento deste fenômeno.

É provável que tenhamos de desenvolver métodos que além se levar em consideração a complexidade do tema, sejam capazes de melhor definir o papel da religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais no processo de adoecimento e sua relação com a qualidade de vida.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. BRAAM, AW. et al. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 199-205.
2. BECK AT , STEER RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Task Force for The Handbook of Psychiatric Measures, *Handbook of Psychiatric Measures* Washington: American Psychiatric Association, 2000: 519-523.
3. CELLA D, BRADY MJ, PETTERMAN AH, FITCHETT GA. Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology, *Psycho-oncology*, 1999; 8: 417-428.
4. Critério de Classificação Econômica Brasil. <http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>
5. DALGALARRONDO P. Religiões Cristãs Evangélicas e Diagnóstico Psiquiátrico: Dados de uma Pesquisa Transcultural. *Revista ABP-APAL*, 1996; 18(4):125-135.
6. ELERHORST-RYAN, J.M. Instruments to Measure Spiritual status. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2a ed, 1996.
7. FERRARO KF, KELLEY-MOORE JA. Religious Consolation among Men and Women: do Health Problems Spur Seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2000; 39: 220-234.
8. FLECK M, LEAL OF, LOUZADA S et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL- 100), *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999; 21 (1):19-28.

9. FLECK M, LOUZADA S, XAVIER, M et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 1999; 33(2):198-205.
10. GIOIELLA ME, BERKMAN B, ROBINSON M. Spirituality and Quality of Life in Gynecologic Oncology Patients. *Cancer Practice*, 1998; 6(6): 333-338.
11. GORESTEIN C, ANDRADE L. Inventário de Depressão de Beck- Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, São Paulo: Lemos Editora, 2000: 89-93.
12. HOLLAND JC, KASH KM, PASSIK S et al. A Brief Spiritual Beliefs Inventory for Use in Quality of Life Research in Life-Threatening Illness. *Psycho-oncology*, 1998; 7:460-469.
13. KENDLER KS, GARDNER CO, PRESCOTT, CA. Clarifying the Relationship Between Religiosity and Psychiatric Illness: The Impact of Covariates and the Specificity of Buffering Effects. *Twin Research* , 1999; 2: 137-144.
14. KING M, SPECK P, THOMAS A. Spiritual and Religious Beliefs in Acute Illness- Is This a Feasible Area for Study? *Social Science and Medicine*, 1994; 38(4): 631-636.
15. KING M, SPECK P, THOMAS A. The Effect of Spiritual Beliefs on Outcome from Illness. *Social Science and Medicine*, 1999; 48: 1291-1299.
16. KOENIG HG, GEORGE LK, PETERSON BL. Religiosity and Remission of Depression in Medical Ill Older Patients. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(4): 536-42.

17. KOENIG HG, LARSON DB, LARSON SS. Religion and Coping with Serious Medical Illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 2001; 35:352-359.
18. LANDIS BJ. Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Adjustment to Chronic Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 1996; 17: 217-231.
19. LARSON DB, PATTISON M, BLAZER DG, OMRAM AR, KAPLAN BH. Systematic Analysis of Research on Religion Variables in Four Major Psychiatric Journals, 1978-1982. *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(3): 329-334.
20. LEVIN JS, CHATTERS LM. Research on Religion and Mental Health: An Overview of Empirical Findings and Theoretical Issues. In: Koenig H. *Handbook of Religion and Mental Health*, Londres: Academic Press, 1998: 33-50.
21. LEVIN JS, VANDERPOOL HY. Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better Health: Toward an Epidemiology of Religion. *Social Science and Medicine*, 1987; 24(7): 589-600.
22. PARGAMENT KI, SMITH BW, KOENIG HG, PEREZ L. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1998; 37: 710-724.
23. PIERUCCI AF, PRANDI R. Religiões e Voto: a Eleição Presidencial de 1994. In: Pierucci, A. F. *A Realidade Social das Religiões no Brasil*, São Paulo: HUCITEC, 1996: 211-238.
24. O'NEIL DP, KENNY EK. Spirituality and Chronic Illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998, 30: 275-280.
25. RABELO MC. Religião e Cura: Algumas Reflexões sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 1993; 9(3):316-325.

26. RINGDAL GI. Religiosity, Quality of Life, and Survival in Cancer Patients. *Social Indicators Research*, 1996; 38: 193-211.
27. ROSS L. The Spiritual Dimension: its Importance to Patients' Health , Well-being and Quality of Life and its Implications for Nursing Practice. *Int J Nurs Stud*, 1995; 32: 457-468.
28. SLOAN RP, BAGIELLA E, POWEL T. Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 1999; 353:664-667.
29. VÍCTORA CG, KNAUTH DR, HASSEN MNA. Metodologias Qualitativas e Quantitativas. In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde- uma Introdução ao Tema*, Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000: 33-44.
30. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)- Report on WHO Consultation, WHO/MSA/MHP/98.2, 2- 23
31. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine*, 1998;46(12): 1569-1585.
32. WHOQOL Group.WHOQOL Analysis of the SRPB Domain, September, 8<sup>th</sup> 2002.(artigo ainda não publicado).

Tabela 1: Principais Características da Amostra Estudada

|                                    | Pacientes<br>N= 122 | Saudáveis<br>N= 119 | Valor de P         |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| <b>Sexo</b>                        |                     |                     |                    |
| Masculino                          | 66 (54,1%)          | 60 (50,4%)          | 0,66 <sup>a</sup>  |
| Feminino                           | 56 (45,9%)          | 59 (49,6%)          |                    |
| <b>Idade</b>                       | 45,15 ± 15,54       | 39,38 ± 15,3        | 0,004 <sup>c</sup> |
| <b>Anos de Estudo</b>              | 8,93 ± 3,99         | 13,13 ± 6,58        | 0,000 <sup>c</sup> |
| <b>Estado Civil</b>                |                     |                     |                    |
| Solteiro                           | 29 (23,8%)          | 46 (38,7%)          | 0,02 <sup>b</sup>  |
| Casado                             | 57 (46,7%)          | 53 (44,5%)          |                    |
| Vivendo como Casado                | 15 (12,3%)          | 4 (3,4%)            |                    |
| Separado                           | 7 (5,7%)            | 4 (3,4%)            |                    |
| Divorciado                         | 3 (2,5%)            | 6 (5%)              |                    |
| Viúvo                              | 11 (9%)             | 6 (5%)              |                    |
| <b>Religião</b>                    |                     |                     |                    |
| Católica                           | 89 (731%)           | 85 (71,4%)          | 0,86 <sup>b</sup>  |
| Evangélica                         | 17 (13,9%)          | 16 (13,4%)          |                    |
| Espírita                           | 6 (4,9%)            | 5 (4,2%)            |                    |
| Afro-brasileiro                    | 4 (3,3%)            | 3 (2,5%)            |                    |
| Ateu                               | 6 (4,9%)            | 10 (8,4%)           |                    |
| <b>Nível Sócio-econômico (NSE)</b> | 19,14 ± 9,36        | 31,08 ± 12,9        | 0,000 <sup>c</sup> |
| <b>Estado de Saúde</b>             |                     |                     |                    |
| Muito ruim                         | 5 (4,1%)            | 2 (1,7%)            | 0,000 <sup>b</sup> |
| Fraca                              | 13 (10,7%)          | 0                   |                    |
| Nem ruim nem boa                   | 47 (38,5%)          | 8 (6,7%)            |                    |
| Boa                                | 49 (40,2%)          | 53(44,5%)           |                    |
| Muito boa                          | 8 (6,6%)            | 56(47,1%)           |                    |
| <b>BDI total</b>                   | 10,55 ± 8,46        | 5,54 ± 5,68         | 0,000 <sup>c</sup> |
| <b>BHS total</b>                   | 3,68 ± 3,16         | 2,76 ± 2,65         | 0,007 <sup>c</sup> |

<sup>a</sup> Teste de  $\chi^2$  com correção de Yates.

<sup>b</sup> Teste  $\chi^2$  de Pearson

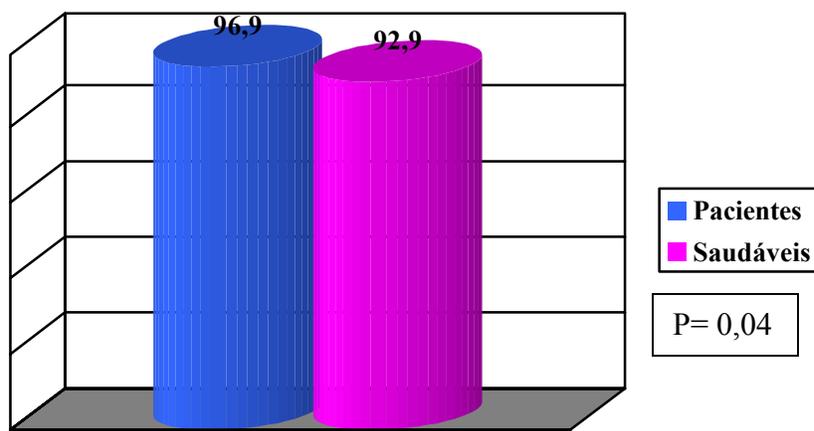
<sup>c</sup> Teste t de student para comparação de médias de amostras independentes

Tabela 2: Comparação do Estado de Saúde, Médias dos Domínios do WHOQOL

| Domínios WHOQOL               | Paciente<br>N=122<br>Média ± DP | Saudável<br>N=119<br>Média ± DP | Valor de P <sup>a</sup> | TEP <sup>b</sup> | Magnitude<br>de Efeito |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|------------------|------------------------|
| <b>Físico</b>                 | 50,02 ± 15,10                   | 64,25 ± 13,64                   | 0,000                   | 1,0              | Moderado a Grande      |
| <b>Psicológico</b>            | 62,72 ± 12,25                   | 69,10 ± 11,82                   | 0,000                   | 0,5              | Pequeno a Moderado     |
| <b>Nível de Independência</b> | 55,76 ± 19,43                   | 80,24 ± 11,25                   | 0,000                   | 1,5              | Grande a Muito Grande  |
| <b>Relações Sociais</b>       | 67,68 ± 13,97                   | 72,67 ± 12,43                   | 0,004                   | 0,4              | Pequeno a Moderado     |
| <b>Ambiente</b>               | 56,91 ± 10,90                   | 63,48 ± 10,42                   | 0,000                   | 0,6              | Moderado               |
| <b>Religiosidade</b>          | 71,33 ± 18,93                   | 68,96 ± 20,49                   | 0,35                    | 0,1              | Trivial a Pequeno      |
| <b>Geral</b>                  | 68,18 ± 12,92                   | 79,29 ± 12,04                   | 0,000                   | 0,9              | Moderado a Grande      |

<sup>a</sup> Teste de t de student para amostras independentes

<sup>b</sup> Tamanho de Efeito Padronizado

Figura 1: Médias do WHOQOL-SRPBi e Estado de Saúde<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Teste de t de student para amostras independentes

Tabela 3: Correlações Bi- variadas para as Principais Variáveis

|                |            | Idade | Anos de Estudo | NSE   | BDI   | BHS   | WHOQOL-SRPBi |
|----------------|------------|-------|----------------|-------|-------|-------|--------------|
| Idade          | Pearson    | 1     | -0,09          | 0,008 | 0,14  | 0,08  | 0,19         |
|                | Valor de P |       | 0,20           | 0,90  | 0,03  | 0,19  | 0,004        |
| Anos de Estudo | Pearson    | -0,09 | 1              | 0,56  | -0,21 | -0,12 | -0,08        |
|                | Valor de P | 0,20  |                | 0,000 | 0,002 | 0,07  | 0,26         |
| NSE            | Pearson    | 0,008 | 0,56           | 1     | -0,23 | -0,20 | -0,14        |
|                | Valor de P | 0,90  | 0,000          |       | 0,000 | 0,002 | 0,04         |
| BDI            | Pearson    | 0,14  | -0,21          | -0,23 | 1     | 0,59  | -0,08        |
|                | Valor de P | 0,03  | 0,002          | 0,000 |       | 0,000 | 0,26         |
| BHS            | Pearson    | 0,08  | -0,12          | -0,20 | 0,59  | 1     | -0,16        |
|                | Valor de P | 0,19  | 0,07           | 0,002 | 0,000 |       | 0,01         |
| WHOQOL-SRPBi   | Pearson    | 0,19  | -0,08          | -0,14 | -0,08 | -0,16 | 1            |
|                | Valor de P | 0,004 | 0,26           | 0,04  | 0,26  | 0,01  |              |

Tabela 4: Regressão Linear Múltipla para Estado de Saúde e WHOQOL-SRPBi \*

|   | beta | R <sup>2</sup> da Regressão | Valor de P |
|---|------|-----------------------------|------------|
| Estado de Saúde                             | 0,14 | 0,02                        | 0,02       |
| Estado de Saúde + NSE                       | 0,09 | 0,03                        | 0,23       |
| Estado de Saúde + Idade                     | 0,10 | 0,05                        | 0,10       |
| Estado de Saúde + BDI                       | 0,18 | 0,03                        | 0,01       |
| Estado de Saúde + Estado civil              | 0,11 | 0,05                        | 0,09       |
| Estado de Saúde + Idade + NSE               | 0,05 | 0,06                        | 0,55       |
| Estado de Saúde + BDI + NSE                 | 0,13 | 0,04                        | 0,08       |
| Estado de Saúde + BDI + Idade               | 0,16 | 0,07                        | 0,03       |
| Estado de Saúde + BDI + Idade + NSE         | 0,09 | 0,08                        | 0,23       |
| Estado de Saúde+ BDI+Idade+NSE+Estado civil | 0,09 | 0,09                        | 0,27       |

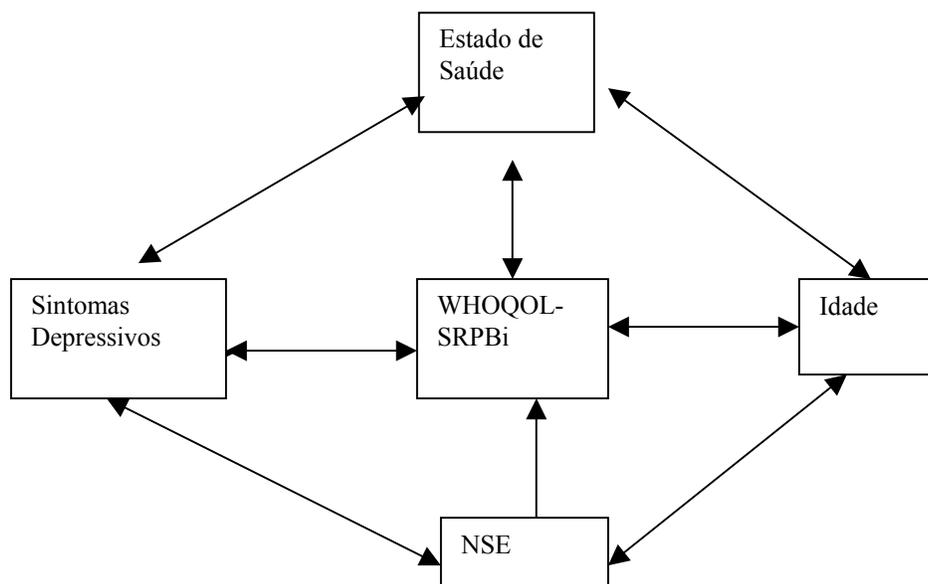
\* Variável Dependente: WHOQOL-SRPBi e Variáveis Independentes: Estado de Saúde, NSE, Idade e BDI.

Tabela 5: Regressão Múltipla para WHOQOL-SRPBi e Domínios do WHOQOL-100

|                             | Físico             | Psicológico        | Nível de Independência | Relações Sociais   | Ambiente           | SRPB               | QOL Geral          |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| WHOQOL-SRPBi                | -0,009             | 0,17 <sup>b</sup>  | -0,03                  | 0,12 <sup>b</sup>  | 0,11 <sup>c</sup>  | 0,72 <sup>a</sup>  | 0,10 <sup>c</sup>  |
| Idade                       | 0,06               | 0,08               | 0,03                   | -0,03              | 0,13 <sup>b</sup>  | 0,03               | 0,18               |
| NSE                         | -0,04              | 0,10               | -0,002                 | 0,20 <sup>b</sup>  | 0,30 <sup>a</sup>  | -0,03              | 0,11               |
| BDI                         | -0,42 <sup>a</sup> | -0,56 <sup>a</sup> | -0,39 <sup>a</sup>     | -0,44 <sup>a</sup> | -0,34 <sup>a</sup> | -0,21 <sup>a</sup> | -0,47 <sup>a</sup> |
| Estado de Saúde             | -0,32 <sup>a</sup> | -0,05              | -0,48 <sup>a</sup>     | 0,03               | -0,10              | 0,02               | -0,22 <sup>b</sup> |
| R <sup>2</sup> da Regressão | 0,34               | 0,42               | 0,50                   | 0,28               | 0,33               | 0,60               | 0,41               |

a P<0,0001, b P<0,05, c P<0,10

Figura 2: Esquema das Diversas Correlações Possíveis entre as Variáveis em Estudo:



**ARTICLE 2  
IN ENGLISH**

**ASSOCIATION BETWEEN HEALTH STATUS  
SPIRITUALITY/RELIGIOSITY/PERSONAL BELIEFS AND QUALITY OF LIFE**

**Neusa Sica da Rocha<sup>1</sup>, Zulmira Newlands Borges<sup>2</sup> and Marcelo Pio da Almeida  
Fleck<sup>3</sup>**

- 
- 1) M.D.. Psychiatrist**
  - 2) Professor of Anthropology in the Department of Sociology at the  
Universidade Federal de Santa Maria**
  - 3) Associate Professor in the Department of Psychiatry and Legal Medicine at  
the Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**This study was partly funded by the Research Development Fund (Fundo de Incentivo a Pesquisa) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre and by the Fetzer Foundation.**

**This paper was presented at the Poster Session of the 9th Annual Conference of the International Society of Research on Quality of Life on October 31, 2002, in Orlando/USA and at the 20th Brazilian Congress of Psychiatry, on October 19, 2002, in Florianópolis /SC.**

**The abstract is published in *Quality of Life Research*, 2002; 11(7): 654.**

**ABSTRACT:**

**Objectives:** to examine the association between: (1) Health Status and levels of spirituality/religiosity/personal beliefs (SRPB); (2) Health Status and quality of life; (3) quality of life and SRPB.

**Methods:** a controlled cross-sectional study was performed. We selected a sample (n=241) for reasons of convenience. It consisted of 122 patients and 119 healthy subjects in the community. The instruments used were: a) WHOQOL-100 to measure quality of life; b) BDI to measure depressive symptoms; c) BHS to measure symptoms of hopelessness; d) WHOQOL-SRPBi- scale of importance assigned to the facets used in the pilot test of the Spirituality/Religiosity/Personal Beliefs Module of WHOQOL-100. to measure SRBP. The sample was paired by gender. age and religion.

**Results:**

The comparison of patients and healthy subjects as to the WHOQOL-100 domains showed worse scores for patients in most domains. Only in SRPB. did the patients present a higher average than healthy subjects. but this difference was not statistically significant. On the other hand the patient/average of WHOQOL-SRPBi was 96.9 compared to the healthy subjects/average = 92.9 (P=0.03). After using a multiple regression model that included the SocioeconomicLevel (SEL) variable. this difference ceased to be significant. Also in a multiple regression model. WHOQOL-SRPBi appears positively associated with psychological domain. social relations. environment. SRPB and general QOL (beta= 0.17; beta=0.12; beta= 0.11; beta= 0.72; beta= 0.10. respectively). when adjusted for age. SEL. BDI and Health Status.

**Discussion:**

Despite the fact that the increase of WHOQOL-SRPBi (scores of importance of the facets) is influenced by other factors, especially SEL, in relation to quality of life spirituality/religiosity/personal beliefs appears to have a positive association in some domains of quality of life, independent of other factors involved.

## INTRODUCTION

There is growing evidence that religiosity is associated with mental health. In a systematic review of approximately 200 articles, a positive association was shown in 50% of the cases and a negative one in 25%. In this review, religiosity was considered a protective factor for suicide, drug abuse and alcohol, delinquent behavior, marital satisfaction, psychological suffering and psychoses (Gartner et al apud Levin and Chatters, 1998). Some researchers have observed increased religiosity during negative life events, which include falling ill (Pargament et al apud Ferraro and Kelley-Moore, 2000). On the other hand, the connection with religion may be both a source of relief and of discomfort, depending on how the person relates to it (; Pargament et al, 1998; Kendler et al, 1999).

Although there are many studies related to the evaluation of religiosity, they present a number of methodological limitations. Reviewing the subject, Sloan et cols (1999) point out that genetic, behavioral and variable differences such as age, gender, education, ethnic group, socioeconomic level and health status may be important confounding biases in these studies.

Another difficulty is how to “measure” religiosity. The evaluation of religiosity is done in different ways in the different studies (King, 1999). Generally, the “religiosity” variable is evaluated as to affiliation (for instance, Catholic, Budist . etc.), or religious practice (practicing/non-practicing), or frequency of attendance to religious services (weekly, monthly, etc.). These strategies are known to be limited to the study of a variable

of the complexity which religiosity in patient's life (or may become) (Larson, 1986; King et al, 1994).

Independent of its effect on the evolution of diseases, this dimension has been identified as very relevant and an important domain to be taken into account in evaluating quality of life (Gioiella et al, 1998; Holland et al, 1998; Cella et al, 1999). As an example of acknowledging the importance of the spiritual dimension, the World Health Organization, included a domain on spirituality/religiosity/personal beliefs (WHOQOL Group, 1998) in its instrument for the evaluation of quality of life (WHOQOL).

Since most of the studies refer to populations of aged patients, with chronic or terminal diseases, both in Brazilian and in international literature, there is a lack of studies seeking to elucidate the association of religiosity with quality of life, comparing sick and normal people, independent of the type of disease and age group, using a more defined concept of the non-material dimension.

Despite the importance of this topic, there is a lack of studies seeking to elucidate the association between religiosity and quality of life. Currently existing studies limit themselves mostly to aged chronically ill and/or terminal patients.

Thus, there is a lack, in both Brazilian and international literature, of methodologically well-managed studies with a concern to control the various biases of confusion measurement and randomness.

The objectives of the present study are: 1) To evaluate the association between change in health status with religiosity/spirituality/personal beliefs; 2) To evaluate the association between religiosity/spirituality/personal beliefs and quality of life; 3) To evaluate whether the association between religiosity/spirituality/ personal beliefs changes in health status and quality of life continues to be significant after adjusting for age, socioeconomic level, depressive symptoms and marital status.

#### **MATERIAL AND METHODS:**

Collection was performed in the wards and outpatient clinic at HCPA, and in the community, based on the religious communities during a 3 month-period. It was performed by four psychology students, four medical students, a psychiatrist and a psychiatry resident who were trained to perform this task. After obtaining informed consent the interviewers performed a brief interview with the participants, collecting the demographic variables, and those related to health. The other variables were obtained using self-applied instruments under the supervision of the interviewers.

The design was a cross-sectional study, paired by age, gender and religion.

The sample was selected by convenience, both for the patients and for the “healthy”. For the group of healthy individuals, the snow-ball technique was used (each individual selected indicated one more participant)(Víctora et al, 2000) based on temples and places of prayer close to the geographical area of the hospital.

It was designed to be constituted by 240 individuals paired as follows: 50% were patients and 50% were subjects who were not ill, i.e., “healthy” individuals from the community. In each group there were 50% males and 50% females , and 50% under the age of 45 years and 50% over the age of 45.

The choice of religions was performed based on the prevalence of the latter in the Brazilian population, 72% of them being Catholic, 15% Protestant (evangelical); 5% Spiritualist, 3% African-Brazilian religions and 5% atheists (Pierucci, 1996).

**Inclusion criteria for individuals in the group of patients:**

- adult patients (from the age of 18). chosen randomly among those seen at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, in the in-patient unit and outpatient clinic in the various clinical and surgical specialties who presented clinical conditions and agreed to participate in the study;

**Inclusion criteria for the group of healthy individuals:**

- adult individuals in the community (from the age of 18), from the geographical area close to the hospital, who did not have any clinically detectable disease. The individuals who answered affirmative to any of the questions below were excluded from the sample:
  - Do you have any chronic disease?
  - Do you currently use any medication regularly?
  - Have you consulted any physician or health professional during the last month (except for preventive care. such as gynecological check-up)?

Independent of being part of the healthy group or that of patients, the selected individuals should have some religious belief and be connected to this religion. In the case of atheists, they should consider themselves as such.

**Variables of interest:**

- demographic: gender, age, years of study, level of education, marital status;
- socioeconomic level (SEL) using the Economic Classification Criterion - Brazil
- type of disease
- religion
- health status
- quality of life domains using the WHOQOL-100 instrument

- religiosity/spirituality/personal beliefs using the scale of importance of facets of WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPBi)
- depressive symptoms and hopelessness using the following scales:
  - o Beck Depression Inventory (BDI)
  - o Beck Hopelessness Scale (BHS)

### **Research Instruments:**

**WHOQOL-SRPB:** cross-cultural self- applied instrument prepared by the World Health Organization, involving over 15 centers throughout the world, to evaluate religiosity, spirituality and personal beliefs using 8 facets: connection with a spiritual being or force, inner peace/serenity/harmony, meaning of life, admiration, totality/integration, spiritual strength, faith and hope/optimism. The pilot test with a preliminary psychometric analysis showed correlations between the facet between 0.51 to 0.91 and total alpha=0.91. Since the instrument is not yet available in its final version, we used. as a measure of spirituality/religiosity/personal beliefs, the questions relating to the degree of importance assigned to the facets (WHOQOL-SRPBi) (WHOQOL Group, 2002).

**WHOQOL-100:** Cross-cultural self-applied instrument. organized by the World Health Organization to evaluate Quality of Life through 6 domains: Physical, Psychological, Environment,. Social relationships. Level of independence and Spirituality/religiosity/personal beliefs (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al, 1999; Fleck et al, 1999);

**Beck Scales of Depression and Hopelessness:** self-applied instruments. validated and translated into Portuguese. that evaluate depressive symptoms and hopelessness in the weeks preceding their use (Beck, 2000; Gorestein and Andrade, 2000);

**Economic Classification Criterion - Brazil:** this evaluates the socioeconomic level considering consumer goods and the individual's level of education; <sup>4</sup>

All the individuals invited to participate in the study completed a letter of consent presenting the objectives of the study. The Ethics Committee at HCPA approved the project.

## **STATISTICAL ANALYSIS**

The following were used: t- student to compare means; Pearson' s Chi-square with Yates correction when necessary, to compare the proportions of the categorical variables; Multiple Linear Regression to control confounding biases and co-variables. The level of significance used was 5% for most tests except for Multiple Regression, in which the 10% level was used. The Effect Size (ES) was also calculated for the main findings. The statistical program used was SPSS 10.0.

## **RESULTS:**

The main characteristics of the sample are presented in Table 1. The health problems most frequently presented by the patients were: hypertension 18%, heart diseases 15.6%, neoplasms 13.1%, diabetes 13.1%, emphysema/asthma/bronchitis 11.5%, autoimmune diseases 8.2%, chronic kidney diseases 8.2%.

In order to compare quality of life and good or bad Health Status, the means in the domains of quality of life measured by WHOQOL-100 in patients and healthy individuals were compared. The patients had mean scores that were significantly lower in most domains of quality of life, including quality of life in general, except for the domain of religiosity/spirituality/personal beliefs, where the patients had a higher mean, but that was not statistically significant as shown in Table 2.

Using the mean of the Magnitude of Effect, we may find that the values range from trivial to very high. and most of them are within the range of moderate effect.

Comparing patients and healthy individuals as to the measure of spirituality/religiosity/personal beliefs, using the means of the rate of importance of the facets (WHOQOL-SRPBi), the patients had significantly higher scores than the healthy individuals. Figure 1.

Since, despite pairing, there were significant differences between patients and healthy individuals in the main variables of interest (age, socioeconomic level, marital status and BDI scores) and these may be correlated to religiosity ( $r^2_{age} = 0.19$ ;  $r^2_{SEL} = -0.14$ ;  $r^2_{BDI} = -0.08$ ), we seek to control the differences found in religiosity through a multiple linear regression model, whose dependent variable was *WHOQOL-SRPBi* and independent variables were *age*, *socioeconomic level (SEL)*, *marital status* and *BDI scores*. Table 3.

Only the socioeconomic level variable was included in the model, and years of study and level of education were excluded, because besides being highly correlated variables ( $r^2 = 0.56$ ), the socioeconomic level scale used contains among its items questions about level of education. The same rationale was used to include the variable *BDI* and exclude *BHS* ( $r^2 = 0.59$ ). Table 3.

As can be observed in Table 4, *Health Status and religiosity* present a positive correlation ( $\beta = 0.14$ ;  $P = 0.02$ ). When only SEL is included in the regression equation, this correlation is diminished and loses statistical significance ( $\beta = 0.09$ ;  $P = 0.23$ ). On the other hand, the opposite happens with BDI. the correlation increases and is maintained. ( $\beta = 0.10$ ;  $P = 0.10$ ). When placed together in the equation of age and SEL, it is the point where there is the greatest drop in correlation and level of significance ( $\beta = 0.05$ ;  $P = 0.55$ ). When BDI was added in the equation with SEL, the correlation goes from 0.09 to 0.13 and the statistical level becomes significant again ( $P = 0.08$ ). Bringing together age and BDI in the equation, the correlation is maintained ( $\beta = 0.16$ ;  $P = 0.03$ ). When the three factors are put together into the equation, the correlation is not maintained. ( $\beta = 0.09$ ;  $P = 0.23$ ). Based on these data, the main factor that may cause a bias in the results is SEL, because in most steps of the regression, SEL made the correlation between Health Status and religiosity disappear. The correlation was

only maintained when SEL was placed together with BDI.

A multiple regression model considering WHOQOL-SRPBi as one of the independent variables and the domains of WHOQOL-100 as dependent variables is shown in Table 5. The spirituality/religiosity/personal beliefs (WHOQOL-SRPBi) are positively associated with the majority of the quality of life domains of WHOQOL-100, including as regards quality of life in general, even when other factors such as age, SEL, depressive symptoms and Health Status are taken into account. The highest correlations are found with the SRPB domain (beta= 0.72;  $P < 0.0001$ ) and the psychological domain (beta= 0.17;  $P < 0.0001$ ), followed by the domains of social relationships (beta= 0.12;  $P < 0.05$ ), environment (beta=0.11;  $P < 0.10$ ) and quality of life in general (beta= 0.10;  $P < 0.10$ ).

Health Status is negatively correlated to the physical domain, level of independence and quality of life in general (beta= -0.32; beta= -0.48; beta= -0.22, respectively).

Another interesting item of information is the participation of depressive symptoms with negative correlations in all quality of life domains.

The socioeconomic level appears to be negatively correlated only in the domains of social relationships and environment.

## **DISCUSSION:**

The present study showed differences in the WHOQOL-SRPBi scores between groups of patients (worse Health Status) and healthy individuals (better Health Status). This difference may be underestimated in the present study, since the healthy individuals were practicing members of their religion and therefore would tend to have religiosity scores that were higher than in the population at large. The difference can, therefore be accounted for: 1) the increased need of support presented by the patients in order to face the demands associated with falling ill (Landis, 1996; O'Neil, and Kenny, 1998; Pargament and Brant, 1998; Koenig et al, 2001), 2) the possibility that sick individuals seek a meaning or explanation for the fact that they had fallen ill or (Ross, 1995), 3) an attempt at healing through faith (Rabelo, 1993).

As to quality of life, it can be seen that the presence of a disease may be associated with worsening in most domains, except the SRPB domain. In this, the scores rise in sick people. This finding suggests that the SRPB domain may not be appropriate to demonstrate the differences between healthy and sick individuals.

It is interesting to note that when one analyses the impact of religiosity on the different domains of quality of life, it is observed that this may be positively associated with most of its domains. Spirituality/religiosity/personal beliefs (measured by WHOQOL-SRPBi) is positively correlated to the psychological domain, social relationships, environment, quality of life and, obviously, with SRPB, even after the adjustment for the socioeconomic level, depressive symptoms, age and Health Status. This finding agrees with the current literature that shows the relationship between

religiosity and greater social relationships (Levin and Vanderpool, 1987; Levin and Chatters, 1998). Also, as regards the psychological domain, it is well-known how much religiosity can be associated to lower levels of depression (Braam et al, 1997; Koenig et al, 1998), higher indices of hope and well-being (Elerhost,1996), which could also account for the positive correlation with quality of life in general.

The current level of evidence does not allow us to recommend that our patients become more religious or connect more closely with the non-material dimension, as has already been established in relation to habits and behaviors, such as, for instance. drinking and smoking. However, the data presented suggested that the non-material dimension should be considered as an important factor in the process of falling ill.

The role of the socioeconomic level in the findings obliges us to seek explanations. In Brazil, the populations whose socioeconomic level is lower often find it much easier to achieve access to the religious communities than to the health services proper (Dalgarrondo, 1996). Furthermore, people with a lower socioeconomic level may have less explanatory models that compete with religion due to an issue of associated cultural level.

The data in the present study indicate that between religiosity and Health Status there are variables that interrelate and therefore a linear model of cause and effect does not apply to the complexity of the phenomenon. Figure 2 describes a possible scheme that illustrates this complexity. Practically all variables in the study are correlated to each other. For instance, beginning with the variable “Socioeconomic level”: A lower

socioeconomic level is associated to higher scores in the WHOQOL-SRPBi (higher need for support/social network and less explanatory models). Both a lower economic model may be associated with a worse Health Status (difficulties to work encountered by people who fall ill), as well as a worse Health Status may be associated with a lower socioeconomic level (low SEL is associated with worse health conditions, for economic reasons and issues of access). On the other hand, the depressive symptoms may be more intense in individuals with a lower socioeconomic level, but the presence of depressive symptoms may lead to a worsening of the socioeconomic level (due to the limitations in working capacity that are known to be caused by depressive symptoms). Furthermore, older age may also be associated to higher scores in WHOQOL-SRPBi. The latter may also be associated to the higher occurrence of depressive symptoms (due to the multiple losses that occur in old age. for instance). There is evidence that religious people recover faster from depressive symptoms. Depressive symptoms may worsen the health status (low compliance with treatments. for instance), worse health may predispose to depressive symptoms ( stress related to falling ill. losses). On the other hand, as regards age, this may be associated to a worse Health Status ( higher risk of physical illnesses in old age). A worse Health Status may be associated with higher levels of WHOQOL-SRPBi (as a strategy to face the stress related to becoming ill). Finally, a worse SEL may be associated to shorter longevity (worse health conditions) and older age may be associated to a lower SEL (losses of economic status).

Based on our data and those found in literature, the study of the non-material dimension of life is clearly complex. Even having adjusted our results by means of a multiple regression model, it is necessary to develop more complex models capable of

providing a better description of what really happens. Certainly, the exclusively quantitative methodology is insufficient to understand this phenomenon.

It is likely that we have to develop methods that, besides taking into account the complexity of the issue, will be able to improve the definition of the role of religiosity/spirituality/personal beliefs in the process of falling ill and its relationship with quality of life.

**REFERENCES:**

1. BRAAM, AW. et al. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 199-205.
2. BECK AT , STEER RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Task Force for The Handbook of Psychiatric Measures, *Handbook of Psychiatric Measures* Washington: American Psychiatric Association, 2000: 519-523.
3. CELLA D, BRADY MJ, PETTERMAN AH, FITCHETT GA. Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology, *Psycho-oncology*, 1999; 8: 417-428.
4. Critério de Classificação Econômica Brasil. <http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>
5. DALGALARRONDO P. Religiões Cristãs Evangélicas e Diagnóstico Psiquiátrico: Dados de uma Pesquisa Transcultural. *Revista ABP-APAL*, 1996; 18(4):125-135.
6. ELERHORST-RYAN, J.M. Instruments to Measure Spiritual status. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2a ed, 1996.
7. FERRARO KF, KELLEY-MOORE JA. Religious Consolation among Men and Women: do Health Problems Spur Seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2000; 39: 220-234.
8. FLECK M, LEAL OF, LOUZADA S et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL- 100), *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999; 21 (1):19-28.

9. FLECK M, LOUZADA S, XAVIER, M et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 1999; 33(2):198-205.
10. GIOIELLA ME, BERKMAN B, ROBINSON M. Spirituality and Quality of Life in Gynecologic Oncology Patients. *Cancer Practice*, 1998; 6(6): 333-338.
11. GORESTEIN C, ANDRADE L. Inventário de Depressão de Beck- Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, São Paulo: Lemos Editora, 2000: 89-93.
12. HOLLAND JC, KASH KM, PASSIK S et al. A Brief Spiritual Beliefs Inventory for Use in Quality of Life Research in Life-Threatening Illness. *Psycho-oncology*, 1998; 7:460-469.
13. KENDLER KS, GARDNER CO, PRESCOTT, CA. Clarifying the Relationship Between Religiosity and Psychiatric Illness: The Impact of Covariates and the Specificity of Buffering Effects. *Twin Research* , 1999; 2: 137-144.
14. KING M, SPECK P, THOMAS A. Spiritual and Religious Beliefs in Acute Illness- Is This a Feasible Area for Study? *Social Science and Medicine*, 1994; 38(4): 631-636.
15. KING M, SPECK P, THOMAS A. The Effect of Spiritual Beliefs on Outcome from Illness. *Social Science and Medicine*, 1999; 48: 1291-1299.
16. KOENIG HG, GEORGE LK, PETERSON BL. Religiosity and Remission of Depression in Medical Ill Older Patients. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(4): 536-42.

17. KOENIG HG, LARSON DB, LARSON SS. Religion and Coping with Serious Medical Illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 2001; 35:352-359.
18. LANDIS BJ. Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Adjustment to Chronic Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 1996; 17: 217-231.
19. LARSON DB, PATTISON M, BLAZER DG, OMRAM AR, KAPLAN BH. Systematic Analysis of Research on Religion Variables in Four Major Psychiatric Journals, 1978-1982. *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(3): 329-334.
20. LEVIN JS, CHATTERS LM. Research on Religion and Mental Health: An Overview of Empirical Findings and Theoretical Issues. In: Koenig H. *Handbook of Religion and Mental Health*, Londres: Academic Press, 1998: 33-50.
21. LEVIN JS, VANDERPOOL HY. Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better Health: Toward an Epidemiology of Religion. *Social Science and Medicine*, 1987; 24(7): 589-600.
22. PARGAMENT KI, SMITH BW, KOENIG HG, PEREZ L. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1998; 37: 710-724.
23. PIERUCCI AF, PRANDI R. Religiões e Voto: a Eleição Presidencial de 1994. In: Pierucci, A. F. *A Realidade Social das Religiões no Brasil*, São Paulo: HUCITEC, 1996: 211-238.
24. O'NEIL DP, KENNY EK. Spirituality and Chronic Illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998, 30: 275-280.
25. RABELO MC. Religião e Cura: Algumas Reflexões sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 1993; 9(3):316-325.

26. RINGDAL GI. Religiosity, Quality of Life, and Survival in Cancer Patients. *Social Indicators Research*, 1996; 38: 193-211.
27. ROSS L. The Spiritual Dimension: its Importance to Patients' Health , Well-being and Quality of Life and its Implications for Nursing Practice. *Int J Nurs Stud*, 1995; 32: 457-468.
28. SLOAN RP, BAGIELLA E, POWEL T. Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 1999; 353:664-667.
29. VÍCTORA CG, KNAUTH DR, HASSEN MNA. Metodologias Qualitativas e Quantitativas. In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde- uma Introdução ao Tema*, Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000: 33-44.
30. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)- Report on WHO Consultation, WHO/MSA/MHP/98.2, 2- 23
31. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine*, 1998;46(12): 1569-1585.
32. WHOQOL Group.WHOQOL Analysis of the SRPB Domain, September, 8<sup>th</sup> 2002.(not published).

Table 1: General Subjects Characteristics

|                                  | Patients<br>N= 122 | Healthy<br>N= 119 | P Value            |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Sex</b>                       |                    |                   |                    |
| Male                             | 66 (54.1%)         | 60 (50.4%)        | 0.66 <sup>a</sup>  |
| Female                           | 56 (45.9%)         | 59 (49.6%)        |                    |
| <b>Age</b>                       | 45.15 ± 15.54      | 39.38 ± 15.3      | 0.004 <sup>c</sup> |
| <b>Years of Study</b>            | 8.93 ± 3.99        | 13.13 ± 6.58      | 0.000 <sup>c</sup> |
| <b>Religion</b>                  |                    |                   |                    |
| Catholic                         | 89 (73.1%)         | 85 (71.4%)        | 0.86 <sup>b</sup>  |
| Evangelical                      | 17 (13.9%)         | 16 (13.4%)        |                    |
| Spiritualist                     | 6 (4.9%)           | 5 (4.2%)          |                    |
| Afro-brazilian                   | 4 (3.3%)           | 3 (2.5%)          |                    |
| Atheist                          | 6 (4.9%)           | 10 (8.4%)         |                    |
| <b>Marital Status</b>            |                    |                   |                    |
| Single                           | 29 (23.8%)         | 46 (38.7%)        | 0.02 <sup>b</sup>  |
| Married                          | 57 (46.7%)         | 53 (44.5%)        |                    |
| Living as Married                | 15 (12.3%)         | 4 (3.4%)          |                    |
| Separated                        | 7 (5.7%)           | 4 (3.4%)          |                    |
| Divorced                         | 3 (2.5%)           | 6 (5%)            |                    |
| Widowed                          | 11 (9%)            | 6 (5%)            |                    |
| <b>Socioeconomic Level (SEL)</b> | 19.14 ± 9.36       | 31.08 ± 12.9      | 0.000 <sup>c</sup> |
| <b>Health Status</b>             |                    |                   |                    |
| Very bad                         | 5 (4.1%)           | 2 (1.7%)          | 0.000 <sup>b</sup> |
| Bad                              | 13 (10.7%)         | 0                 |                    |
| Neither bad nor good             | 47 (38.5%)         | 8 (6.7%)          |                    |
| Good                             | 49 (40.2%)         | 53(44.5%)         |                    |
| Very good                        | 8 (6.6%)           | 56(47.1%)         |                    |
| <b>Total BDI</b>                 | 10.55 ± 8.46       | 5.54 ± 5.68       | 0.000 <sup>c</sup> |
| <b>Total BHS</b>                 | 3.68 ± 3.16        | 2.76 ± 2.65       | 0.007 <sup>c</sup> |

<sup>a</sup> Chi-square test with Yates' correction

<sup>b</sup> Pearson's Chi-square test

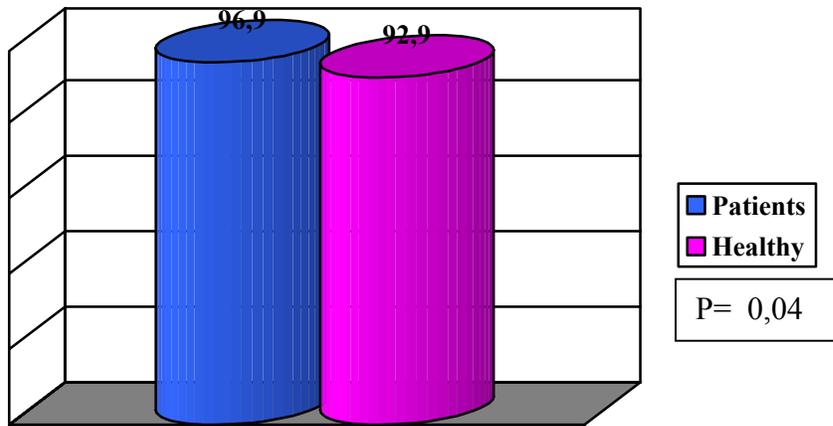
<sup>c</sup> t- student test to compare means of independent samples

Table 2: Comparison between Health Status and Means of WHOQOL Domains

| WHOQOL Domains       | Patients<br>N=122<br>Mean $\pm$ SD | Healthy<br>N=119<br>Mean $\pm$ SD | P Value <sup>a</sup> | ES <sup>b</sup> | Magnitude of Effect |
|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Physical             | 50.02 $\pm$ 15.10                  | 64.25 $\pm$ 13.64                 | 0.000                | 1.0             | Moderate to Large   |
| Psychological        | 62.72 $\pm$ 12.25                  | 69.10 $\pm$ 11.82                 | 0.000                | 0.5             | Small to Moderate   |
| Independence Level   | 55.76 $\pm$ 19.43                  | 80.24 $\pm$ 11.25                 | 0.000                | 1.5             | Large to Very Large |
| Social Relationships | 67.68 $\pm$ 13.97                  | 72.67 $\pm$ 12.43                 | 0.004                | 0.4             | Small to Moderate   |
| Environment          | 56.91 $\pm$ 10.90                  | 63.48 $\pm$ 10.42                 | 0.000                | 0.6             | Moderate            |
| SRPB                 | 71.33 $\pm$ 18.93                  | 68.96 $\pm$ 20.49                 | 0.35                 | 0.1             | Trivial to Small    |
| General QOL          | 68.18 $\pm$ 12.92                  | 79.29 $\pm$ 12.04                 | 0.000                | 0.9             | Moderate to Large   |

<sup>a</sup> t- student test for independent samples

<sup>b</sup> Effect Size

Figure 1: WHOQOL-SRPBi Means and Health Status <sup>a</sup>

<sup>a</sup> t- student test for independent samples

Table 3: Bi-variate Correlations for Main Variables

|                |            | Age   | Years of Study | SEL   | BDI   | BHS   | WHOQOL-SRPBi |
|----------------|------------|-------|----------------|-------|-------|-------|--------------|
| Age            | Pearson    | 1     | -0.09          | 0.008 | 0.14  | 0.08  | 0.19         |
|                | P Value    |       | 0.20           | 0.90  | 0.03  | 0.19  | 0.004        |
| Years of Study | Pearson    | -0.09 | 1              | 0.56  | -0.21 | -0.12 | -0.08        |
|                | Valor de P | 0.20  |                | 0.000 | 0.002 | 0.07  | 0.26         |
| SEL            | Pearson    | 0.008 | 0.56           | 1     | -0.23 | -0.20 | -0.14        |
|                | P Value    | 0.90  | 0.000          |       | 0.000 | 0.002 | 0.04         |
| BDI            | Pearson    | 0.14  | -0.21          | -0.23 | 1     | 0.59  | -0.08        |
|                | Valor de P | 0.03  | 0.002          | 0.000 |       | 0.000 | 0.26         |
| BHS            | Pearson    | 0.08  | -0.12          | -0.20 | 0.59  | 1     | -0.16        |
|                | P Value    | 0.19  | 0.07           | 0.002 | 0.000 |       | 0.01         |
| WHOQOL-SRPBi   | Pearson    | 0.19  | -0.08          | -0.14 | -0.08 | -0.16 | 1            |
|                | Valor de P | 0.004 | 0.26           | 0.04  | 0.26  | 0.01  |              |

Table 4: Multiple Regression for Health Status and WHOQOL-SRPBi \*

|  | beta | R <sup>2</sup> | P Value |
|--|------|----------------|---------|
| Health Status                                    | 0.14 | 0.02           | 0.02    |
| Health Status + SEL                              | 0.09 | 0.03           | 0.23    |
| Health Status + Age                              | 0.10 | 0.05           | 0.10    |
| Health Status + BDI                              | 0.18 | 0.03           | 0.01    |
| Health Status + Marital Status                   | 0.11 | 0.05           | 0.09    |
| Health Status + Age + SEL                        | 0.05 | 0.06           | 0.55    |
| Health Status + BDI + SEL                        | 0.13 | 0.04           | 0.08    |
| Health Status + BDI + Age                        | 0.16 | 0.07           | 0.03    |
| Health Status + BDI + Age + SEL                  | 0.09 | 0.08           | 0.23    |
| Health Status + BDI + Age + SEL + Marital Status | 0.09 | 0.09           | 0.27    |

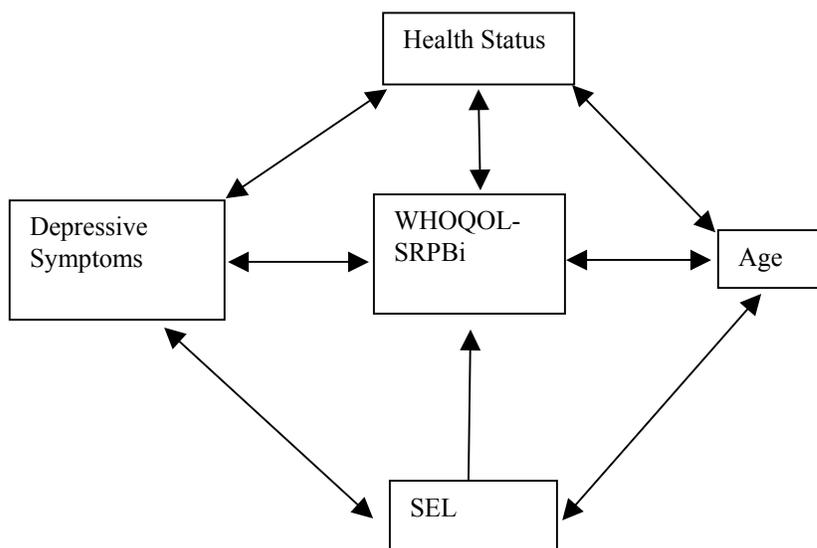
\* Dependent Variable: WHOQOL-SRPBi e Independent Variables: Health Status, SEL, Age and BDI.

Table 5: Multiple for WHOQOL-SRPBi and WHOQOL-100 Domains

|                | Physical           | Psychological      | Independence       | Social             | Environment        | SRPB               | General            |
|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                |                    |                    | Level              | Relationships      |                    |                    | QOL                |
| WHOQOL-SRPBi   | -0.009             | 0.17 <sup>b</sup>  | -0.03              | 0.12 <sup>b</sup>  | 0.11 <sup>c</sup>  | 0.72 <sup>a</sup>  | 0.10 <sup>c</sup>  |
| Age            | 0.06               | 0.08               | 0.03               | -0.03              | 0.13 <sup>b</sup>  | 0.03               | 0.18               |
| SEL            | -0.04              | 0.10               | -0.002             | 0.20 <sup>b</sup>  | 0.30 <sup>a</sup>  | -0.03              | 0.11               |
| BDI            | -0.42 <sup>a</sup> | -0.56 <sup>a</sup> | -0.39 <sup>a</sup> | -0.44 <sup>a</sup> | -0.34 <sup>a</sup> | -0.21 <sub>a</sub> | -0.47 <sup>a</sup> |
| Health Status  | -0.32 <sup>a</sup> | -0.05              | -0.48 <sup>a</sup> | 0.03               | -0.10              | 0.02               | -0.22 <sup>b</sup> |
| R <sup>2</sup> | 0.34               | 0.42               | 0.50               | 0.28               | 0.33               | 0.60               | 0.41               |

a P<0.0001. b P<0.05. c P<0.10

Figure 2 . Scheme of the Different Possible Correlations Between the Variables Studied.



**ARTIGO CIENTÍFICO 3  
EM PORTUGUÊS**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO DE SAÚDE, SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
QUALIDADE DE VIDA**

**Neusa Sica da Rocha<sup>1</sup> e Marcelo Pio da Almeida Fleck<sup>2</sup>**

---

**1) Médica Psiquiatra**

**2) Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Este trabalho foi parcialmente financiado pelo Fundo de Incentivo a Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pela Fundação Fetzner.**

**Este trabalho foi apresentado na sessão de Pôsteres da 9ª Conferência Anual da Sociedade Internacional de Pesquisa de Qualidade de Vida em 31 de outubro de 2002, em Orlando/EUA e no 20º Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 19 de outubro de 2002 em Florianópolis/SC.**

**Seu resumo está publicado na revista Quality of Life Research, 2002; 11(7): 662.**

## RESUMO:

**Objetivos:** verificar se sintomas depressivos se associam com pior qualidade de vida.

**Materiais e Métodos:** Selecionamos uma amostra de 241 indivíduos divididos em dois grupos, 119 indivíduos saudáveis provenientes da comunidade de Porto Alegre e 122 pacientes com alguma doença clínica proveniente do ambulatório e internação do HCPA. A análise estatística foi realizada com o teste t-student para amostras independentes. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o instrumento de qualidade de vida elaborado pela OMS (WHOQOL-100), as escalas de Beck de depressão (BDI) e desesperança (BHS).

**Resultados:** Os pacientes tiveram média  $\pm$  dp total de BDI ( $10,55 \pm 8,46$ ) mais elevada que os saudáveis ( $5,54 \pm 5,68$ ;  $p=0,0001$ ). Também a média total do BHS foi mais elevada nos pacientes ( $3,68 \pm 3,165$ ,  $p=0,007$ ) que nos saudáveis ( $2,76 \pm 2,65$ ). Níveis significativos de depressão foram identificados em 47,5% dos pacientes e 16% dos saudáveis, essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ), com razão de chances de 4,8 (IC<sub>95%</sub>: 2,6;8,4). Na maioria dos domínios do WHOQOL-100, os saudáveis tiveram médias mais elevadas que os pacientes, com exceção do domínio relacionado com a religiosidade. Foram realizados modelos de regressão múltipla no qual entraram fatores (idade, estado de saúde, nível sócio-econômico e sintomas depressivos) que pudessem estar influenciando as diferenças nos escores totais dos domínios do WHOQOL-100. No domínio físico, apareceram como fatores importantes o estado de saúde e os sintomas depressivos; no domínio psicológico, apareceram os sintomas depressivos e a idade; no domínio nível de independência, apareceram o estado de saúde e os sintomas depressivos; no domínio relações sociais, o nível sócio-econômico e os sintomas depressivos; no domínio ambiente,

a idade, nível sócio-econômico e sintomas depressivos; e finalmente no domínio dos aspectos da espiritualidade, a idade, o nível sócio-econômico e os sintomas depressivos .

**Discussão:** Embora o estado de saúde esteja relacionado negativamente com a qualidade de vida nos domínios físico, nível de independência e relações sociais, os sintomas depressivos estão em todos os domínios. Podemos concluir que o estado de saúde pode influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, mas que estas diferenças podem ser explicadas também por outros fatores, principalmente pela ocorrência de sintomas depressivos.

## **INTRODUÇÃO:**

A ocorrência de sintomas depressivos em pacientes com doenças clínicas tem sido extensamente estudada na literatura. Alguns autores (Wells et al, 1988) tem observado uma maior prevalência de depressão nestes pacientes em comparação a população em geral, podendo variar de 18 % a 83%, dependendo da metodologia da pesquisa e da condição médica estudada (Hascket, 1985; Mendez et al, 1986; Carney et al, 1987; Kamerow, 1988). A presença de uma ou mais condições médicas crônicas de saúde aumenta a prevalência de depressão recente e durante a vida, de 5,8% para 9,4% e de 8,9% para 12,9% respectivamente (Cassen e Berstein, 1997).

Os transtornos depressivos tem sido implicados na piora do estado de saúde física, das atividades da vida diária (Bruce et al, 1994; Oslin et al, 2000; Fleck et al, 2002) e na má adesão a tratamentos médicos, bem como em taxa maiores de morbi- mortalidade, (Wells et al, 1992; Wells et al, 1989; Broadhead et al, 1990; Johnson et al, 1992). Há evidência de que a depressão está associada a incapacitação para o desempenho social (Fleck et al, 2002) e que a melhora da depressão está associada a uma melhora na capacidade para o trabalho.

Wells e colaboradores (1989) observaram que deprimidos apresentam limitações prolongadas em múltiplos domínios de funcionamento e bem-estar podendo se igualar ou até ultrapassar aquelas causadas por outras doenças médicas crônicas. Pyne e cols (1997) encontraram achados semelhantes.

Além disto, os sintomas depressivos parecem influir na percepção das condições de saúde e da qualidade de vida dos pacientes (Sullivan et al, 2000). Unützer e cols(2000) encontraram uma diminuição dos anos de vida com qualidade em pacientes com doenças clínicas e com sintomas de depressão. O tratamento para depressão, além de aumentar os anos de vida com qualidade, parece estar implicado também numa melhora do estado de saúde (Lenert et al, 2000).

Uma piora da qualidade de vida e sua associação com sintomas depressivos tem sido estudada em patologias específicas: DPOC (Felker et al , 2001), cardiopatia isquêmica (Spertus et al, 2000), miocardiopatia dilatada (Steptoe et al, 2000) e incontinência urinária (Dugan et al, 2000), bem como em populações com ou sem patologias crônicas(Patrick et al, 2000).

O presente estudo tem como objetivos:1) avaliar a associação entre pior estado de saúde e sintomas depressivos; 2) avaliar associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida; 3) avaliar se associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos persiste após ajustar para idade, estado de saúde, nível sócio-econômico.

## **MATERIAIS E MÉTODOS:**

A coleta foi desenvolvida nas enfermarias e no ambulatório do HCPA, e na comunidade, num período de 3 meses. Foi realizada por estudantes de Psicologia e estudantes de Medicina , uma médica psiquiatra e um médico residente em Psiquiatria que foram treinados para realizar esta tarefa. Após a obtenção do consentimento informado, os entrevistadores realizaram uma breve entrevista com os participantes, coletando as

variáveis demográficas, e as relacionadas à saúde. As demais variáveis foram obtidas por instrumentos auto-aplicáveis com a supervisão dos entrevistadores.

A amostra foi selecionada por Conveniência tanto para pacientes quanto para os saudáveis normais. Para o grupo dos saudáveis, foi utilizada a técnica de “snow- ball”(cada indivíduo selecionado indicava mais um participante) (Víctora et al, 2000).

Foi planejada para ser composta por 240 indivíduos pareados da seguinte maneira: 50% foram pacientes e 50% não doentes (saudáveis) da comunidade, dentro de cada grupo 50% do sexo masculino e 50% feminino, e 50% com menos de 45 anos e 50 % com mais de 45 anos.

**Critérios de inclusão de indivíduos no grupo de pacientes:**

- pacientes adultos (a partir de 18 anos) escolhidos aleatoriamente entre os atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre na unidade de internação e ambulatório nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas que tivessem condições clínicas e que concordassem em participar do estudo;

**Critérios de inclusão de indivíduos no grupo de saudáveis:**

- indivíduos adultos da comunidade (a partir de 18 anos) de toda a área geográfica próxima ao hospital que não possuíssem qualquer doença clinicamente detectável. Foram excluídos da amostra os indivíduos que respondessem positivamente a qualquer uma das seguintes perguntas:
  - Você tem alguma doença crônica?
  - Você usa algum remédio de forma regular atualmente?

- Você consultou algum médico ou profissional da saúde no último mês (exceção feita a prevenção, ex. revisão ginecológica)?

**Variáveis de interesse:**

- demográficas: sexo, idade, anos de estudo, estado civil;
- nível sócio-econômico (NSE) através da escala do Critério de Classificação Econômica Brasil
- tipo de doença
- estado de saúde
- domínios da qualidade de vida através do instrumento WHOQOL-100
- sintomas de depressão e desesperança através das seguintes escalas:
  - de Depressão de Beck (BDI)
  - de Desesperança de Beck (BHS)

**Instrumentos de Pesquisa:**

**WHOQOL-100:** instrumento auto-aplicável, trans-cultural elaborado pela Organização Mundial da Saúde para avaliar Qualidade de Vida através de 6 domínios: físico, psicológico, ambiente, relações sociais, nível de independência e religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al, 1999; Fleck et al, 1999);

**Escala de Depressão e de Desesperança de Beck:** instrumentos auto-aplicáveis, validados e traduzidos para o português que avaliam sintomas depressivos e de desesperança nas semana prévia a sua aplicação (Beck e Steer, 2000; Gorestein e Andrade, 2000);

**Critério de Classificação Econômica Brasil:** avalia nível sócio-econômico através dos bens de consumo e nível educacional do indivíduo;<sup>8</sup>

Todos os indivíduos convidados a participar do estudo preencheram um termo de consentimento onde constam os objetivos do estudo. O projeto foi aprovado pela Comissão de ética da HCPA.

### **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Foram utilizados: Teste t student para comparação entre as médias; Qui- quadrado de Pearson com correção de Yates quando necessário, para comparação de proporções das variáveis categóricas; Regressão Linear Múltipla para controle de vieses de confusão e covariáveis. O nível de significância utilizado foi de 5 %, para a maioria dos testes, com exceção da Regressão Múltipla onde foi utilizado o nível de 10%. O programa estatístico utilizado foi o SPSS 10.0.

### **RESULTADOS:**

As principais características da amostra estão dispostas na Tabela 1. Os problemas de saúde apresentados pelos pacientes mais frequentes foram: hipertensão 18%, doenças cardiológicas 15,6%, neoplasias 13,1%, diabetes 13,1%, enfisema/asma/bronquite 11,5%, doenças auto-imunes 8,2%, doenças renais crônicas 8,2%.

A média de sintomas depressivos medida através do BDI foi maior no grupo de pacientes do que no grupo dos saudáveis, bem como a de sintomas de desesperança, conforme mostra a tabela 1.

Dividindo tanto o grupo dos pacientes, quanto o dos saudáveis pela presença ou não níveis de BDI e BHS, sugestivos de Síndrome Depressiva e de Desesperança (Gorestein e Andrade, 2000), vimos que os pacientes tem um percentual (47,5%) maior estatisticamente significativo de depressão que os saudáveis (16%,  $P=0,000$ ). Esta diferença resulta numa razão de chances de 4,8(IC95%:2,6;8,4) para o grupo de pacientes em comparação com os saudáveis. Tabela 2. Já em relação ao ponto de corte para desesperança, a diferença não atingiu significância estatística. Tabela 3.

Separando em categorias de sintomas depressivos definidos pelos pontos de corte encontrados na literatura (Gorestein e Andrade, 2000), observou-se que os pacientes também tiveram um percentual maior estatisticamente significativo ( $P=0,000$ ) para categoria severa, moderada e leve. Figura1.

A tabela 4 mostra a comparação de médias dos domínios do WHOQOL-100 entre os grupos de pacientes e saudáveis.

Buscando ajustar as diferenças encontradas entre pacientes e saudáveis em relação as variáveis demográficas utilizamos um modelo de regressão múltipla que teve como variáveis dependentes os domínios do WHOQOL-100 e variáveis independentes, *idade*, *NSE*, *BDI* e *estado de saúde*. Tabela 5.

Quanto ao domínio físico, persistem com correlações negativas estatisticamente significativas, o estado de saúde e BDI (beta= -0,32; beta=-0,39;  $P< 0,0001$ , respectivamente). No domínio psicológico, persistem a idade com uma correlação positiva (beta=0,09; $P<0,10$ ) e BDI com uma correlação negativa (beta=-0,59;  $P<0,001$ ). No domínio Nível de Independência, persistem estado de saúde e BDI com correlações

negativas (beta= -0,48; beta= -0,38;  $P < 0,001$ , respectivamente). No domínio Relações Sociais, persiste uma correlação positiva para NSE (beta= 0,17;  $P < 0,05$ ) e negativa para BDI (beta= -0,46;  $P < 0,001$ ). No domínio Ambiente persiste uma correlação positiva para idade e NSE (beta=0,12; beta= 0,29;  $P < 0,05$ ; respectivamente) e negativa para BDI (beta= -0,34;  $P < 0,0001$ ). No domínio SRPB persiste uma correlação positiva com idade (beta= 0,17;  $P < 0,05$ ) e negativa com NSE e BDI (beta= -0,13; beta= -0,33;  $P < 0,10$ ; respectivamente). Para qualidade de vida em geral persiste uma correlação positiva com NSE (beta=0,10;  $P < 0,10$ ) e negativa com BDI e estado de saúde (beta= -0,48; beta= -0,21;  $P < 0,05$ ; respectivamente).

## **DISCUSSÃO:**

Os nossos achados se assemelham aos dados da literatura que apontam para uma maior prevalência de sintomas depressivos em populações com doenças clínicas, de acordo com nossos dados estas apresentam uma chance quase 5 vezes maior de ter depressão.

Um pior estado de saúde parece estar relacionado com piora na qualidade de vida na maioria de seus domínios, exceto o domínio do SRPB. No entanto, quando ajustamos para idade, NSE e BDI, a correlação se mantém apenas com os domínios físico, nível de independência e qualidade de vida em geral. Podemos observar que a presença ou não de doença física parece ser menos importante que a ocorrência de sintomas depressivos, uma vez que esta acaba influenciando em todos os seus domínios, mesmo após o ajuste estatístico. Isso nos faz refletir que a piora da qualidade de vida relacionada ao estado de saúde parece sofrer a interferência principalmente de sintomas depressivos. Os dados sugerem que *sintomas depressivos* pode ser uma variável “mediadora” entre a doença e seu impacto sobre a qualidade de vida. O impacto clínico desta relação é evidente. Os esforços no tratamento de doenças físicas deveriam ter uma ênfase especial nos sintomas depressivos como forma de melhorar sua qualidade de vida. Os sintomas depressivos se mantêm negativamente correlacionados com qualidade de vida em todos os seus domínios, mesmo após o ajuste para idade, NSE e estado de saúde.

Existe uma discussão na literatura sobre a relação entre o construto de qualidade de vida e de depressão. Alguns autores chegam a sugerir que fossem construtos superponíveis. Dados empíricos sugerem que eles sejam embora interligados, construtos que se comportam diferentemente em relação a resposta a tratamentos (Demyttenaere et al, 2002). Por exemplo, utilizando o WHOQOL-100 como instrumento de medida de qualidade de vida após 8 semanas de tratamento com antidepressivo, demonstrou que houve uma melhora em todos os seus domínios e facetas, mas houve uma correlação moderada entre as mudanças percebidas na qualidade de vida com as mudanças na depressão (Skevington e Wright, 2001). Uma diferenciação mais difícil diz respeito à avaliação de sintomas depressivos através de escalas de depressão e a avaliação de qualidade de vida através de escalas de qualidade de vida específicas para depressão ou através de escalas de qualidade de vida baseadas apenas na avaliação de bem-estar sem levar em conta outras dimensões. Nestes casos parece haver uma redundância na aferição dos fenômenos, aquilo que se está atribuindo a qualidade de vida, na realidade se refere a avaliação de sintomas depressivos, pois tanto nas escalas específicas, quanto na avaliação de bem-estar há um peso grande para estes sintomas (Katschnig e Angermeyer, 1997). O conceito de qualidade de vida que estamos nos referindo neste trabalho, se propõe a ser mais abrangente. Inclui, além de aspectos psicológicos, aspectos relacionados com a vida diária dos indivíduos, que podem ou não estar diretamente associados com sintomas psicológicos.

O NSE está positivamente correlacionado com os domínios de relações sociais, ambiente e qualidade de vida em geral e negativamente correlacionado com SRPB. Estes resultados apontam também para importância de se atentar para os aspectos relacionados a situação econômica em países em desenvolvimento, uma vez que nestes países as desigualdades sociais podem ter um impacto particular na saúde e na qualidade de vida.

O presente trabalho reforça a importância da detecção e tratamento de sintomas depressivos em pacientes clínicos, tanto para preservar qualidade de vida, quanto para prevenir eventos relacionados a piora da saúde associados com níveis elevados de sintomas depressivos.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. BECK AT , STEER RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Task Force for The Handbook of Psychiatric Measures, Handbook of Psychiatric Measures Washington: American Psychiatric Association, 2000: 519-523.
2. BLUMENTHAL M, DIELMAN T. Depressive Symptomatology and Role Function in the General Population. Arch Gen Psychiatry, 1975; 32: 985-991.
3. BROADEHEAD WE, BLAZER DG, GEORGE LK, Tse CK. Depression Disability Days and Days Lost from Work in a Prospective Epidemiologic Survey. JAMA, 1990; 264:2524-2528.
4. BRUCE ML, SEEMAN TE, MERRIL SS, BLAZER DG. The Impact of Depressive Symptomatology on Physical Disability: MacArthur Studies of Successful Aging. American Journal of Public Health ,1994; 84(11):1796-1799.
5. CARNEY RM, RICK MW, TeVELVE A et al. Major Depression Disorder in Coronary Artery Disease. Am J Cardiol, 1987; 60: 1273-1275.
6. CASSEN NH, BERSTEIN JG. Depressed Patients. In: Cassen, NH. Handbook of General Hospital Psychiatry, Boston: Mobsy, 1997:35-68.
7. CRAIG T, VAN NATTA P. Disability and Depressive Symptoms in Two Communities. American Journal of Psychiatry, 1983; 140: 598-601.
8. Critério de Classificação Econômica Brasil. <http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>
9. DEMYTTENAERE K, DE FRUYT J, HUYGENS R. Measuring Quality of life in Depression. Current Opinion in Psychiatry, 2002; 15: 89-92.

10. DUGAN E, COHEN SJ, BLAND DR et al. The Association of Depressive Symptoms and Urinary Incontinence Among Older Adults. *JAGS*, 2000; 48: 413-416.
11. FELKER B, KATON W, HEDRICK SC et al. The Association between Depressive Symptoms and Health Status in Patients with Chronic Pulmonary Disease. *General Hospital Psychiatry*, 2000; 23: 56-61.
12. FLECK M, LEAL OF, LOUZADA S et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL- 100), *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999; 21 (1):19-28.
13. FLECK M, LIMA AFBS, LOUZADA S et al. Associação entre Sintomas Depressivos e Funcionamento Social em Cuidados Primários em Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 2002; 36(4): 431-438.
14. FLECK M, LOUZADA S, XAVIER, M et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 1999; 33(2):198-205.
15. GORESTEIN C, ANDRADE L. Inventário de Depressão de Beck- Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, São Paulo: Lemos Editora, 2000: 89-93.
16. HASCKETT RF. Diagnostic Categorization of Psychiatric Disturbance in Cushing's Syndrome, *American Journal of Psychiatry*, 1985; 142: 911-916.

17. JOHNSON J, WEISSMAN MM, KLERMAN GL. Service Utilization and Social Morbidity Associated with Depressive Symptoms in the Community. *JAMA*, 1992; 267: 1478-1483.
18. KAMEROW D. Anxiety and Depression in the Medical Setting: an Overview. *Med Clin North Am*, 1988; 72: 745-751.
19. KATSCHNIG H, ANGERMEYER MC. Quality of Life in Depression. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Quality of Life in Mental Disorders*, London, John Wiley and Sons, 1997: 137-147.
20. KLERMAN GL. Depressive Disorders: Further Evidence for Increased Medical Morbidity and Impairment of Social Functioning. *Arch Gen Psychiatry*, 1989; 46: 856-858.
21. LENERT L, SHERBOURNE CD, SUGAR C, WELLS K. Estimation of Utilities for the Effects of Depression from the SF12. *Medical Care*, 2000; 38(7): 763-770.
22. MENDEZ MF, CUNNING JL, BENSON DF et al. Depression in Epilepsy. Significance and Phenomenology, *Arch Neurol*, 1986; 43(8): 766-770.
23. OSLIN DW, STREIM J, KATZ IR, EDELL WS, TenHAVE. Change in Disability Fellows Inpatient Treatment for Late Life Depression, *JAGS*, 2000; 48:357-362.
24. PATRICK DL, KINNE S, ENGELBERG RA, PEARLMAN RA. Functional Status and Perceived Quality of Life in Adults with and without Chronic Conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000; 53: 779-785.
25. PYNE J, PETERSON T, KAPLAN R, GILLIN C, KOCH W, GRANT I. Assessment of the Quality of Life Patients with Major Depression. *Psychiatric Services* 1997; 48 (2): 224-230.

26. PYNE J, PETERSON T, KAPLAN R, HO S GILLIN JC, SHAHROKH G, GRANT I. Preliminary Longitudinal Assessment of Quality of Life in Patients with Major Depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 1997; 33 (1): 23-29.
27. SKEVINGTON SM, WRIGHT A. Changes in the Quality of Life of Patients Receiving Antidepressant Medication in Primary Care: Validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry*, 2001; 158: 261-267.
28. SPERTUS JA, McDONNELL M, WOODMAN CL, FIHN SD. Association between Depression and Worse Disease-specific Functional Status in Outpatients with Coronary Artery Disease. *Am Heart J*, 2000; 140: 105-110.
29. SPITZER RL, KROENKE K, LINZER M et al. Health-related quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 1995; 274(9):1511-1517.
30. STEPTOE A, MOHABIR A, MAHON NG, McKENNA WJ. Health related Quality of Life and Psychological Wellbeing in Patients with Dilated Cardiomyopathy. *Heart*, 2000; 83:645-650.
31. SULLIVAN MD, KEMPEN GIJM, Van SONDEREN E, ORMEL J. Models of Health-related Quality of Life in Population of Community-dwelling Dutch Elderly. *Quality of Life Research*, 2000; 9: 801-810.
32. UNÜTZER J, PATRICK DL, DIHER P et al. Quality Adjusted Life Years in Older Adults with Depressive Symptoms and Chronic Medical Disorders. *International Psychogeriatrics*, 2000; 12(1): 15-33.
33. VÍCTORA CG, KNAUTH DR, HASSEN MNA. Metodologias Qualitativas e Quantitativas. In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde- uma Introdução ao Tema*, Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000: 33-44.

34. WELLS KB, BURNAM A, ROGERS W, HAYS R, CAMP P. The Course of Depression in Adult Outpatients- Results from the Medical Outcomes Study. *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49: 788-794.
35. WELLS K, GOLDING JM, BURNAM A. Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population With and Without Chronic Medical Condition, *American Journal of Psychiatry*, 1988; 145 (8): 976-981.
36. WELLS KB, STEWART A, HAYS RD et al. The Functioning and Well-being of Depressed Patients: Results of the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 1989; 262: 914-919.
37. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine*, 1998;46(12): 1569-1585.

Tabela 1: Principais Características da Amostra Estudada

|                                    | Pacientes<br>N= 122 | Saudáveis<br>N= 119 | Valor de P         |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| <b>Sexo</b>                        |                     |                     |                    |
| Masculino                          | 66 (54,1%)          | 60 (50,4%)          | 0,66 <sup>a</sup>  |
| Feminino                           | 56 (45,9%)          | 59 (49,6%)          |                    |
| <b>Idade</b>                       | 45,15 ± 15,54       | 39,38 ± 15,3        | 0,004 <sup>c</sup> |
| <b>Anos de Estudo</b>              | 8,93 ± 3,99         | 13,13 ± 6,58        | 0,000 <sup>c</sup> |
| <b>Estado Civil</b>                |                     |                     |                    |
| Solteiro                           | 29 (23,8%)          | 46 (38,7%)          | 0,02 <sup>b</sup>  |
| Casado                             | 57 (46,7%)          | 53 (44,5%)          |                    |
| Vivendo como Casado                | 15 (12,3%)          | 4 (3,4%)            |                    |
| Separado                           | 7 (5,7%)            | 4 (3,4%)            |                    |
| Divorciado                         | 3 (2,5%)            | 6 (5%)              |                    |
| Viúvo                              | 11 (9%)             | 6 (5%)              |                    |
| <b>Nível Sócio-econômico (NSE)</b> | 19,14 ± 9,36        | 31,08 ± 12,9        | 0,000 <sup>c</sup> |
| <b>Estado de Saúde</b>             |                     |                     |                    |
| Muito ruim                         | 5 (4,1%)            | 2 (1,7%)            | 0,000 <sup>b</sup> |
| Fraca                              | 13 (10,7%)          | 0                   |                    |
| Nem ruim nem boa                   | 47 (38,5%)          | 8 (6,7%)            |                    |
| Boa                                | 49 (40,2%)          | 53 (44,5%)          |                    |
| Muito boa                          | 8 (6,6%)            | 56 (47,1%)          |                    |
| <b>BDI total</b>                   | 10,55 ± 8,46        | 5,54 ± 5,68         | 0,000 <sup>c</sup> |
| <b>BHS total</b>                   | 3,68 ± 3,16         | 2,76 ± 2,65         | 0,007 <sup>c</sup> |

<sup>a</sup> Teste de  $\chi^2$  com correção de Yates.

<sup>b</sup> <sup>c</sup> Teste t de student para comparação de médias de amostras independentes

Tabela 2: Comparação de Presença de Depressão entre Pacientes e Saudáveis<sup>a</sup>

|                                       | Pacientes<br>N= 122 | Saudáveis<br>N= 119 | Razão de<br>Chances<br>IC 95% |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|
| Escores de BDI ≤ 9<br>(Sem Depressão) | 64 (52,5%)          | 100 (84%)           |                               |
| Escores de BDI > 9<br>(Com Depressão) | 58 (47,5%)          | 19 (16%)            | 4,8 (2,6; 8,4)                |

<sup>a</sup> Teste de  $\chi^2$  com correção de Yates.

Tabela 3: Comparação de Presença de Desesperança entre Pacientes e Saudáveis <sup>a</sup>

|  | Pacientes<br>N= 122 | Saudáveis<br>N= 119 | Valor de P |
|--|---------------------|---------------------|------------|
| Escores de BHS ≤ 3<br>(Sem Desesperança) | 72 (59%)            | 81 (68,1%)          | > 0,05     |
| Escores de BDI > 9<br>(Com Desesperança) | 50 (41%)            | 19 (31,9%)          | > 0,05     |

<sup>a</sup> Teste de  $\chi^2$  com correção de Yates.

Tabela 4: Comparação das Médias dos Domínios do WHOQOL-100 entre Pacientes e Saudáveis

| Domínios WHOQOL               | Paciente<br>N=122<br>Média ± DP | Saudável<br>N=119<br>Média ± DP | Valor de P <sup>a</sup> | TEP <sup>b</sup> |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|------------------|
| <b>Físico</b>                 | 50,02 ± 15,10                   | 64,25 ± 13,64                   | 0,000                   | 1,0              |
| <b>Psicológico</b>            | 62,72 ± 12,25                   | 69,10 ± 11,82                   | 0,000                   | 0,5              |
| <b>Nível de Independência</b> | 55,76 ± 19,43                   | 80,24 ± 11,25                   | 0,000                   | 1,5              |
| <b>Relações Sociais</b>       | 67,68 ± 13,97                   | 72,67 ± 12,43                   | 0,004                   | 0,4              |
| <b>Ambiente</b>               | 56,91 ± 10,90                   | 63,48 ± 10,42                   | 0,000                   | 0,6              |
| <b>Religiosidade</b>          | 71,33 ± 18,93                   | 68,96 ± 20,49                   | 0,35                    | 0,1              |
| <b>Geral</b>                  | 68,18 ± 12,92                   | 79,29 ± 12,04                   | 0,000                   | 0,9              |

<sup>a</sup> Teste de t de student para amostras independentes

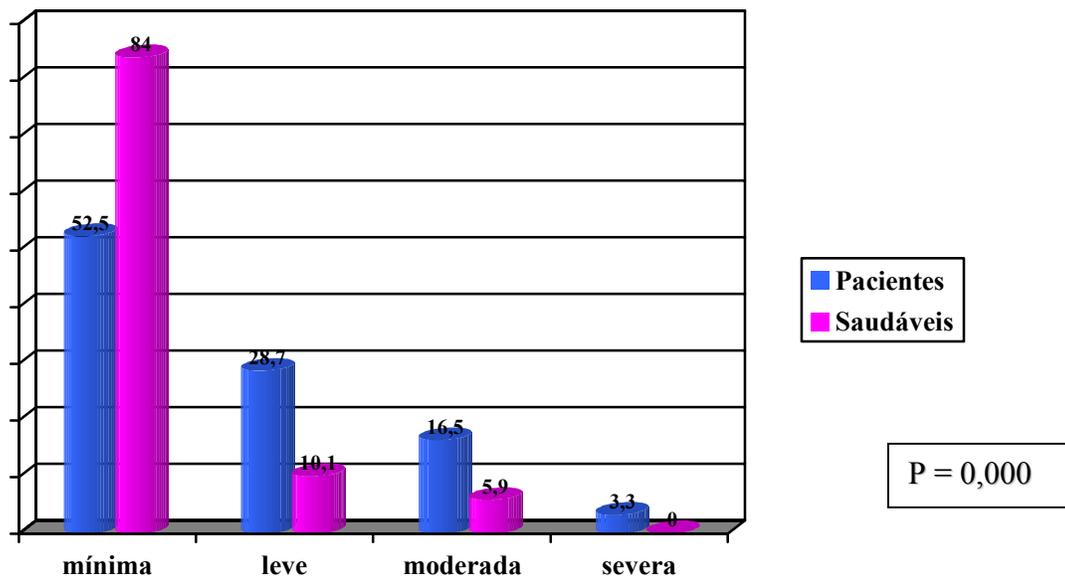
<sup>b</sup> Tamanho de Efeito Padronizado

Tabela 5 : Regressão Múltipla entre Qualidade de Vida e Variáveis de Interesse

|                 | Físico             | Psicológico        | Nível de Independência | Relações Sociais   | Ambiente           | SRPB               | QOL Geral          |
|-----------------|--------------------|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Idade           | 0,02               | 0,09 <sup>a</sup>  | 0,01                   | -0, 03             | 0,12 <sup>b</sup>  | 0,17 <sup>b</sup>  | 0,02               |
| NSE             | 0,002              | 0,09               | 0,02                   | 0,17 <sup>b</sup>  | 0,29 <sup>c</sup>  | -0,13 <sup>a</sup> | 0,10 <sup>a</sup>  |
| BDI             | -0,39 <sup>c</sup> | -0,59 <sup>c</sup> | -0,38 <sup>c</sup>     | -0,46 <sup>c</sup> | -0,34 <sup>c</sup> | -0,33 <sup>c</sup> | -0,48 <sup>c</sup> |
| Estado de Saúde | -0,32 <sup>c</sup> | -0,04              | -0,48 <sup>c</sup>     | 0,05               | -0,06              | 0,08               | -0,21 <sup>b</sup> |

a P < 0.10; b P < 0.05; c P < 0.001

Figura 1 : Comparação de Níveis de Depressão entre Pacientes e Saudáveis (%) \*



\* Teste  $\chi^2$  de Pearson

**ARTICLE 3  
IN ENGLISH**

**ASSOCIATION BETWEEN HEALTH STATUS, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND  
QUALITY OF LIFE**

**Neusa Sica da Rocha<sup>1</sup> and Marcelo Pio da Almeida Fleck<sup>2</sup>**

---

**1)M.D., Psychiatrist**

**2)Associate Professor, Department of Psychiatry and Legal Medicine,  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**This study was partly funded by the Research Development Fund (Fundo de Incentivo à Pesquisa) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre(HCPA) and by the Fetzer Foundation.**

**This paper was presented at the Poster Session of the 9th Annual Conference of the International Society of Research on Quality of Life, on October 31, 2002, in Orlando/USA, and at the 20th Brazilian Congress of Psychiatry, on October 19, 2002, in Florianópolis/SC.**

**Its abstract is published in Quality of Life Research, 2002; 11(7): 662.**

**ABSTRACT:**

**Objectives:** to verify whether depressive symptoms are associated with worse quality of life.

**Materials and Methods:** We selected a sample of 241 individuals divided into two groups, 119 healthy individuals from Porto Alegre community, and 122 patients with any clinical disease, among the outpatients and in-patients at HCPA. The statistical analysis was performed using the t- student test for independent samples. The evaluation instruments used were the World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-100), the Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Hopelessness Scale (BHS).

**Results:** Patients had a total BDI mean  $\pm$  sd ( $10.55 \pm 8.46$ ) that was higher than in healthy individuals ( $5.54 \pm 5.68$ ;  $p=0.0001$ ). The total BHS mean was also higher in patients ( $3.68 \pm 3.165$ ,  $p=0.007$ ) than in healthy individuals ( $2.76 \pm 2.65$ ). Significant levels of depression were identified in 47.5% of patients and 16% of healthy individuals. This difference was statistically significant ( $p=0.0001$ ), with an odds ratio of 4.8 (IC<sub>95%</sub>: 2.6;8.4). In most of WHOQOL-100 domains, healthy individuals had higher means than patients, except for the domain related to religiosity. Multiple regression models were made, which included factors (age, health status, socioeconomic level and depressive symptoms) that might be influencing the difference in total scores of the WHOQOL-100 domains. In physical domain the important factors were health status and depressive symptoms; in psychological domain, depressive symptoms and age; in level of independence, health status and depressive symptoms; in social relationships domain, socioeconomic level and depressive symptoms; in environment domain, age, socioeconomic level and depressive symptoms;

and, finally, in domain of aspects of spirituality, age, socioeconomic level and depressive symptoms appeared.

**Discussion:** Although health status is negatively related to quality of life in the physical, level of independence and social domains, the depressive symptoms are present in all domains. We may conclude that health status could provide a negative influence on the patients' quality of life, but that these differences may also be accounted for by other factors, mainly by the occurrence of depressive symptoms.

## **INTRODUCTION:**

The presence of depressive symptoms in patients with clinical diseases has been extensively studied in literature. Some authors (Wells et al, 1988) have observed a higher prevalence of depression in these patients as compared with the general population, and it may vary from 18 % to 83%, depending on the research methodology and the medical condition studied (Hasckett, 1985; Mendez et al, 1986; Carney et al, 1987; Kamerow, 1988;). The presence of one or more chronic medical health conditions increases the prevalence of recent depression and throughout life, with 5.8% to 9.4%, and from 8.9% to 12.9%, respectively (Cassen and Berstein, 1997).

Depressive disorders have been implicated in the worsening of physical health, activities of daily life (Bruce et al, 1994; Oslin et al, 2000; Fleck et al, 2002) and in poor compliance with medical treatment, as well as in higher morbidity and mortality rates(Wells et al, 1992; Wells et al, 1989; Broadhead et al, 1990; Johnson et al, 1992). There is evidence that depression is associated with incapacity for social performance (Fleck et al, 2002) and improvement in depression is associated with improved work capacity.

Wells et cols (1989) observed that depressed individuals present prolonged limitations in multiple domains of functioning and well-being that may be equal to or even greater than those caused by other chronic medical diseases. Pyne and cols (1997) made similar findings.

Furthermore, the depressive symptoms appear to influence the perception of patients health conditions and quality of life (Sullivan et al, 2000). Unützer et cols (2000) found a reduction in number of years with quality of life in patients who had clinical diseases and depressive symptoms. Treatment for depression, besides increasing the number of years with quality of life, also appears to be involved in an improvement of the health status (Lenert et al, 2000).

Worse quality of life and its association with depressive symptoms have been studied in specific pathologies: COPD (Felker et al , 2001), ischemic cardiopathy (Spertus et al, 2000), dilated myocardiopathy (Steptoe et al, 2000) and urinary incontinence (Dugan et al, 2000), as well as in populations with or without chronic pathologies (Patrick et al, 2000).

The objectives of the present study are: 1) to evaluate the association between worse health status and depressive symptoms; 2) to evaluate the association between depressive symptoms and quality of life; 3) to evaluate whether the association between quality of life and depressive symptoms persists after adjusting for age, health status and socioeconomic level.

## **MATERIALS AND METHODS:**

The collection was performed on the wards and in the outpatient clinic at HCPA, and in the community, over a 3-month period. Psychology and Medical students, a Psychiatrist and a Psychiatry resident who were trained for this task, performed it. After

obtaining informed consent, the interviewers performed a brief interview with the participants, collecting the demographic variables and those related to health. The other variables were obtained by self-applied instruments under the supervision of the interviewers.

A Convenience sample was selected , both for patients and for normally healthy individuals. For healthy individuals group the snow-ball technique was used (each individual selected indicated one more participant) (VÍctora et al, 2000).

It was planned to be constituted of 240 individuals, paired as follows: 50% were patients and 50% were healthy and came from the community; within each group 50% were males and 50% were female; 50% were under 45 years and 50% over 45.

**Inclusion criteria for individuals in patients group:**

- adult patients (from the age of 18) chosen randomly among those seen at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, in the in-patient unit and outpatient clinic, in the various clinical and surgical specialties, who presented clinical conditions and agreed to participate in the study;

**Inclusion criteria for healthy group:**

- adult individuals in the community (from the age of 18) from the geographical area close to the hospital, who did not have any clinically detectable disease. The individuals who answered in the affirmative to any of the questions below were excluded from the sample:

- Do you have any chronic disease?
- Do you currently use any medication regularly?
- Have you consulted any physician or health professional during the last month (except for preventive care, such as a gynecological check-up)?

**Variables of interest:**

- demographic: gender, age, years of study, marital status;
- socioeconomic level (SEL) using the Economic Classification Criterion – Brazil
- type of disease
- health status
- quality of life domains using instrument WHOQOL-100
- depressive and hopelessness symptoms using the following scales:
  - Beck Depression Inventory (BDI)
  - Beck Hopelessness Scale(BHS)

**Research Instruments:**

**WHOQOL-100:** cross-cultural self-applied instrument, prepared by the World Health Organization to evaluate Quality of Life through 6 domains: physical, psychological, environment, social relationships, level of independence and religiosity/spirituality/personal beliefs (WHOQOL Group, 1998, Fleck et al, 1999; Fleck et al, 1999);

**Beck Depression Inventory and Beck Hopelessness Scale:** self-applied instruments, validated and translated into Portuguese, that evaluate depressive symptoms and

hopelessness in the week preceding their use (Beck and Steer, 2000; Gorestein and Andrade, 2000);

**Economic Classification Criterion -Brazil:** this evaluates the socioeconomic level considering consumer goods and the individual's level of education;<sup>8</sup>

All individuals invited to participate in the study completed a letter of consent presenting the objectives of the study. The Ethics Committee of HCPA approved the project.

## **STATISTICAL ANALYSIS**

The following were used: t- student test to compare means; Pearson's Chi-square with Yates' correction when necessary, to compare the proportions of the categorical variables; Multiple Linear Regression to control confounding biases and co-variables. The level of significance used was 5% for most tests, except for Multiple Regression in which 10% level was used. Statistical program used was SPSS 10.0.

## **RESULTS:**

General sample characteristics are shown in Table 1. The health problems most frequently presented by patients were: hypertension 18%, heart diseases 15.6%, neoplasms 13.1%, diabetes 13.1%, emphysema/asthma/bronchitis 11.5%, autoimmune diseases 8.2%, chronic kidney diseases 8.2%.

Depressive symptoms mean measured by the BDI was higher in patients group than in healthy group, as well as that of symptoms of hopelessness, shown in table 1.

Dividing both patients group and healthy group, by the presence or absence of BDI and BHS scores that suggest a Depressive Syndrome and a Hopelessness Syndrome (Gorestein and Andrade, 2000), we find that patients have a higher statistically significant percentage (47.5%) of depression than healthy individuals (16%,  $P=0,000$ ). This difference results in an odds ratio of 4.8 (IC95%:2.6;8.4) for patients group as compared with healthy individuals. Table 2. On the other hand, as regards the cutoff point for hopelessness, the difference did not reach any statistical significance. Table 3.

Separating into categories of depressive symptoms defined by the cutoff points found in literature (Gorestein and Andrade, 2000), it was observed that patients also had a higher statistically significant percentage ( $P=0,000$ ) for the severe, moderate and mild category. Figure 1.

Table 4 shows the comparison of WHOQOL-100 domains means among patients and healthy individuals groups.

Seeking to adjust the differences found among patients and healthy individuals as regards the demographic variables, we use a multiple regression model whose dependent variables were WHOQOL-100 domains and independent variables, *age*, *SEL*, *BDI* and *health status*. Table 5.

As to physical domain, health status and BDI (beta= -0.32; beta=-0.39;  $P< 0.0001$ , respectively) still persist with statistically significant negative correlations. In psychological

domain, age still persists with a positive correlation ( $\beta=0.09; P<0.10$ ), as well as BDI with a negative correlation ( $\beta=-0.59; P<0.001$ ). In Level of Independence domain, health status and BDI ( $\beta= -0.48; \beta= -0.38; P<0.001$ , respectively) persist with a negative correlation. In Social Relationships domain a positive correlation persists for SEL ( $\beta= 0.17; P<0.05$ ) and a negative one for BDI ( $\beta= -0.46; P<0.001$ ). In Environment domain a positive correlation persists for age and SEL ( $\beta=0.12; \beta= 0.29; P<0.05$ ; respectively) and a negative one for BDI ( $\beta= -0.34; P<0.0001$ ). In the SRPB domain there is a positive correlation for age ( $\beta= 0.17; P<0.05$ ) and a negative one for SEL and BDI ( $\beta= -0.13; \beta= -0.33; P <0.10$ ; respectively). For general quality of life is still a positive correlation with SEL ( $\beta=0.10; P<0.10$ ) and a negative one with BDI and health status ( $\beta= -0.48; \beta= -0.21; P<0.05$ ; respectively).

## **DISCUSSION:**

Our findings are similar to the data in literature that indicate a higher prevalence of depressive symptoms in populations with clinical diseases; according to our data the latter mean an almost 5 times higher chance of presenting with depression.

Poorer health status appears to be related to worsened quality of life in most of domains, except SRPB. However, when we adjust for age, SEL and BDI, the correlation is maintained only in the following domains: physical, level of independence and quality of life in general. On the other hand, depressive symptoms remain negatively correlated with quality of life in all domains, even after adjustment for age, SEL and health status.

We may observe that the presence or absence of a physical disease appears to be less important than the occurrence of depressive symptoms, since the latter ultimately influences all its domains, even after statistical adjustment. This leads us to think that worse quality of life related to health status appears to suffer the interference mainly of depressive symptoms. The data suggest that *depressive symptoms* could be a “mediating” variable between disease and its impact on quality of life. The clinical impact of this relationship is clear. Efforts to treat physical diseases should be especially emphasized in depressive symptoms as a way of improving quality of life.

There is a discussion in literature regarding the relationship between the construct of quality of life and depression. Some authors have even suggested that they were redundant constructs. Empirical data suggest that, although interconnected, they are constructs that behave differently as regards response to treatments (Demyttenaere et al, 2002). For instance, using WHOQOL-100 as an instrument to measure quality of life after 8 weeks of treatment with an antidepressant, it was demonstrated that an improvement occurred in all domains and facets, but there was a moderate correlation between changes perceived in quality of life and changes in depression (Skevington e Wright, 2001). A more difficult distinction concerns the evaluation of depressive symptoms using depression scales and the evaluation of quality of life by means of quality of life scales specific to depression or by means of quality of life scales based only on well-being evaluation without taking other dimensions into account. In these cases there appears to be a redundancy in the measurement of the phenomenon, what is being assigned to quality of life actually referring to depressive symptoms evaluation, since both in specific scales, and in well-being evaluation, a great weight is assigned to these symptoms (Katschnig e Angermeyer, 1997). The concept of quality of life that we are referring to in this study intended to be broader. Besides psychological aspects it includes aspects related to individuals' daily life, which may or not be directly associated with psychological symptoms.

The SEL is positively correlated to social relationships, environment domains and general quality of life, and negatively correlated to the SRPB. These results also indicate the importance of paying attention to aspects related to economic situation in developing countries, since in such countries social differences may have a special impact on health and quality of life.

The present study reinforces the importance of detecting and treating depressive symptoms in clinical patients, both to preserve quality of life and to prevent events related to poorer health associated with high levels of depressive symptoms.

1. BECK AT , STEER RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Task Force for The Handbook of Psychiatric Measures, Handbook of Psychiatric Measures Washington: American Psychiatric Association, 2000: 519-523.
2. BLUMENTHAL M, DIELMAN T. Depressive Symptomatology and Role Function in the General Population. Arch Gen Psychiatry, 1975; 32: 985-991.
3. BROADEHEAD WE, BLAZER DG, GEORGE LK, Tse CK. Depression Disability Days and Days Lost from Work in a Prospective Epidemiologic Survey. JAMA, 1990; 264:2524-2528.
4. BRUCE ML, SEEMAN TE, MERRIL SS, BLAZER DG. The Impact of Depressive Symptomatology on Physical Disability: MacArthur Studies of Successful Aging. American Journal of Public Health ,1994; 84(11):1796-1799.
5. CARNEY RM, RICK MW, TeVELVE A et al. Major Depression Disorder in Coronary Artery Disease. Am J Cardiol, 1987; 60: 1273-1275.
6. CASSEN NH, BERSTEIN JG. Depressed Patients. In: Cassen, NH. Handbook of General Hospital Psychiatry, Boston: Mobsy, 1997:35-68.
7. CRAIG T, VAN NATTA P. Disability and Depressive Symptoms in Two Communities. American Journal of Psychiatry, 1983; 140: 598-601.
8. Critério de Classificação Econômica Brasil. <http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>
9. DEMYTTENAERE K, DE FRUYT J, HUYGENS R. Measuring Quality of life in Depression. Current Opinion in Psychiatry, 2002; 15: 89-92.
10. DUGAN E, COHEN SJ, BLAND DR et al. The Association of Depressive Symptoms and Urinary Incontinence Among Older Adults. JAGS, 2000; 48: 413-416.

11. FELKER B, KATON W, HEDRICK SC et al. The Association between Depressive Symptoms and Health Status in Patients with Chronic Pulmonary Disease. *General Hospital Psychiatry*, 2000; 23: 56-61.
12. FLECK M, LEAL OF, LOUZADA S et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL- 100), *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999; 21 (1):19-28.
13. FLECK M, LIMA AFBS, LOUZADA S et al. Associação entre Sintomas Depressivos e Funcionamento Social em Cuidados Primários em Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 2002; 36(4): 431-438.
14. FLECK M, LOUZADA S, XAVIER, M et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 1999; 33(2):198-205.
15. GORESTEIN C, ANDRADE L. Inventário de Depressão de Beck- Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorestein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, São Paulo: Lemos Editora, 2000: 89-93.
16. HASCKETT RF. Diagnostic Categorization of Psychiatric Disturbance in Cushing's Syndrome, *American Journal of Psychiatry*, 1985; 142: 911-916.
17. JOHNSON J, WEISSMAN MM, KLERMAN GL. Service Utilization and Social Morbidity Associated with Depressive Symptoms in the Community. *JAMA*, 1992; 267: 1478-1483.
18. KAMEROW D. Anxiety and Depression in the Medical Setting: an Overview. *Med Clin North Am*, 1988; 72: 745-751.

19. KATSCHNIG H, ANGERMEYER MC. Quality of Life in Depression. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Quality of Life in Mental Disorders, London, John Wiley and Sons, 1997: 137-147.
20. KLERMAN GL. Depressive Disorders: Further Evidence for Increased Medical Morbidity and Impairment of Social Functioning. Arch Gen Psychiatry, 1989; 46: 856-858.
21. LENERT L, SHERBOURNE CD, SUGAR C, WELLS K. Estimation of Utilities for the Effects of Depression from the SF12. Medical Care, 2000; 38(7): 763-770.
22. MENDEZ MF, CUNNING JL, BENSON DF et al. Depression in Epilepsy. Significance and Phenomenology, Arch Neurol, 1986; 43(8): 766-770.
23. OSLIN DW, STREIM J, KATZ IR, EDELL WS, TenHAVE. Change in Disability Fellows Inpatient Treatment for Late Life Depression, JAGS, 2000; 48:357-362.
24. PATRICK DL, KINNE S, ENGELBERG RA, PEARLMAN RA. Functional Status and Perceived Quality of Life in Adults with and without Chronic Conditions. Journal of Clinical Epidemiology, 2000; 53: 779-785.
25. PYNE J, PETERSON T, KAPLAN R, GILLIN C, KOCH W, GRANT I. Assessment of the Quality of Life Patients with Major Depression. Psychiatric Services 1997; 48 (2): 224-230.
26. PYNE J, PETERSON T, KAPLAN R, HO S GILLIN JC, SHAHROKH G, GRANT I. Preliminary Longitudinal Assessment of Quality of Life in Patients with Major Depression. Psychopharmacology Bulletin ,1997; 33 (1): 23-29.
27. SKEVINGTON SM, WRIGHT A. Changes in the Quality of Life of Patients Receiving Antidepressant Medication in Primary Care: Validation of the WHOQOL-100. Br J Psychiatry, 2001; 158: 261-267.

28. SPERTUS JA, McDONNEL M, WOODMAN CL, FIHN SD. Association between Depression and Worse Disease-specific Functional Status in Outpatients with Coronary Artery Disease. *Am Heart J*, 2000; 140: 105-110.
29. SPITZER RL, KROENKE K, LINZER M et al. Health-related quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 1995; 274(9):1511-1517.
30. STEPTOE A, MOHABIR A, MAHON NG, McKENNA WJ. Health related Quality of Life and Psychological Wellbeing in Patients with Dilated Cardiomyopathy. *Heart*, 2000; 83:645-650.
31. SULLIVAN MD, KEMPEN GIJM, Van SONDEREN E, ORMEL J. Models of Health-related Quality of Life in Population of Community-dwelling Dutch Elderly. *Quality of Life Research*, 2000; 9: 801-810.
32. UNÜTZER J, PATRICK DL, DIHER P et al. Quality Adjusted Life Years in Older Adults with Depressive Symptoms and Chronic Medical Disorders. *International Psychogeriatrics*, 2000; 12(1): 15-33.
33. VÍCTORA CG, KNAUTH DR, HASSEN MNA. Metodologias Qualitativas e Quantitativas. In: *Pesquisa Qualitativa em Saúde- uma Introdução ao Tema*, Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000: 33-44.
34. WELLS KB, BURNAM A, ROGERS W, HAYS R, CAMP P. The Course of Depression in Adult Outpatients- Results from the Medical Outcomes Study. *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49: 788-794.
35. WELLS K, GOLDING JM, BURNAM A. Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population With and Without Chronic Medical Condition, *American Journal of Psychiatry*, 1988; 145 (8): 976-981.

36. WELLS KB, STEWART A, HAYS RD et al. The Functioning and Well-being of Depressed Patients: Results of the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 1989; 262: 914-919.
37. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine*, 1998;46(12): 1569-1585.

Table 1: General Subjects Characteristics

|                                  | Patients<br>N= 122 | Healthy<br>N= 119 | P Value            |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Sex</b>                       |                    |                   |                    |
| Male                             | 66 (54.1%)         | 60 (50.4%)        | 0.66 <sup>a</sup>  |
| Female                           | 56 (45.9%)         | 59 (49.6%)        |                    |
| <b>Age</b>                       | 45.15 ± 15.54      | 39.38 ± 15.3      | 0.004 <sup>c</sup> |
| <b>Years of Study</b>            | 8.93 ± 3.99        | 13.13 ± 6.58      | 0.000 <sup>c</sup> |
| <b>Marital Status</b>            |                    |                   |                    |
| Single                           | 29 (23.8%)         | 46 (38.7%)        | 0.02 <sup>b</sup>  |
| Married                          | 57 (46.7%)         | 53 (44.5%)        |                    |
| Living as Married                | 15 (12.3%)         | 4 (3.4%)          |                    |
| Separated                        | 7 (5.7%)           | 4 (3.4%)          |                    |
| Divorced                         | 3 (2.5%)           | 6 (5%)            |                    |
| Widowed                          | 11 (9%)            | 6 (5%)            |                    |
| <b>Socioeconomic Level (SEL)</b> | 19.14 ± 9.36       | 31.08 ± 12.9      | 0.000 <sup>c</sup> |
| <b>Health Status</b>             |                    |                   |                    |
| Very bad                         | 5 (4.1%)           | 2 (1.7%)          | 0.000 <sup>b</sup> |
| Bad                              | 13 (10.7%)         | 0                 |                    |
| Neither bad nor good             | 47 (38.5%)         | 8 (6.7%)          |                    |
| Good                             | 49 (40.2%)         | 53(44.5%)         |                    |
| Very good                        | 8 (6.6%)           | 56(47.1%)         |                    |
| <b>Total BDI</b>                 | 10.55 ± 8.46       | 5.54 ± 5.68       | 0.000 <sup>c</sup> |
| <b>Total BHS</b>                 | 3.68 ± 3.16        | 2.76 ± 2.65       | 0.007 <sup>c</sup> |

<sup>a</sup> Chi-square test with Yates' correction

<sup>b</sup> Pearson's Chi-square test

<sup>c</sup> t- student test to compare means of independent samples

Table 2: Comparison for Depression between Patients and Healthy<sup>a</sup>

|  | Patients<br>N= 122 | Healthy<br>N= 119 | Odds Ratio<br>IC 95% |
|--|--------------------|-------------------|----------------------|
| BDI Scores ≤ 9<br>(Without Depression) | 64 (52.5%)         | 100 (84%)         |                      |
| BDI Scores > 9<br>(With Depression)    | 58 (47.5%)         | 19 (16%)          | 4.8 (2.6; 8.4)       |

<sup>a</sup> Chi-square test with Yates' correction

Table 3: Comparison for Hopelessness between Patients and Healthy <sup>a</sup>

|  | Patients<br>N= 122 | Healthy<br>N= 119 | P Value |
|--|--------------------|-------------------|---------|
| BHS Scores $\leq$ 3<br>(Without<br>Hopelessness) | 72 (59%)           | 81 (68,1%)        | > 0.05  |
| BDI Scores > 9<br>(With Hopelessness)            | 50 (41%)           | 19 (31,9%)        | > 0.05  |

<sup>a</sup> Chi-square test with Yates' correction

Table 4: Comparison between Health Status and Means of WHOQOL Domains

| WHOQOL Domains              | Patients<br>N=122<br>Mean $\pm$ SD | Healthy<br>N=119<br>Mean $\pm$ SD | P Value <sup>a</sup> | ES <sup>b</sup> |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Physical</b>             | 50.02 $\pm$ 15.10                  | 64.25 $\pm$ 13.64                 | 0.000                | 1.0             |
| <b>Psychological</b>        | 62.72 $\pm$ 12.25                  | 69.10 $\pm$ 11.82                 | 0.000                | 0.5             |
| <b>Independence Level</b>   | 55.76 $\pm$ 19.43                  | 80.24 $\pm$ 11.25                 | 0.000                | 1.5             |
| <b>Social Relationships</b> | 67.68 $\pm$ 13.97                  | 72.67 $\pm$ 12.43                 | 0.004                | 0.4             |
| <b>Environment</b>          | 56.91 $\pm$ 10.90                  | 63.48 $\pm$ 10.42                 | 0.000                | 0.6             |
| <b>SRPB</b>                 | 71.33 $\pm$ 18.93                  | 68.96 $\pm$ 20.49                 | 0.35                 | 0.1             |
| <b>General QOL</b>          | 68.18 $\pm$ 12.92                  | 79.29 $\pm$ 12.04                 | 0.000                | 0.9             |

<sup>a</sup> t- student test for independent samples

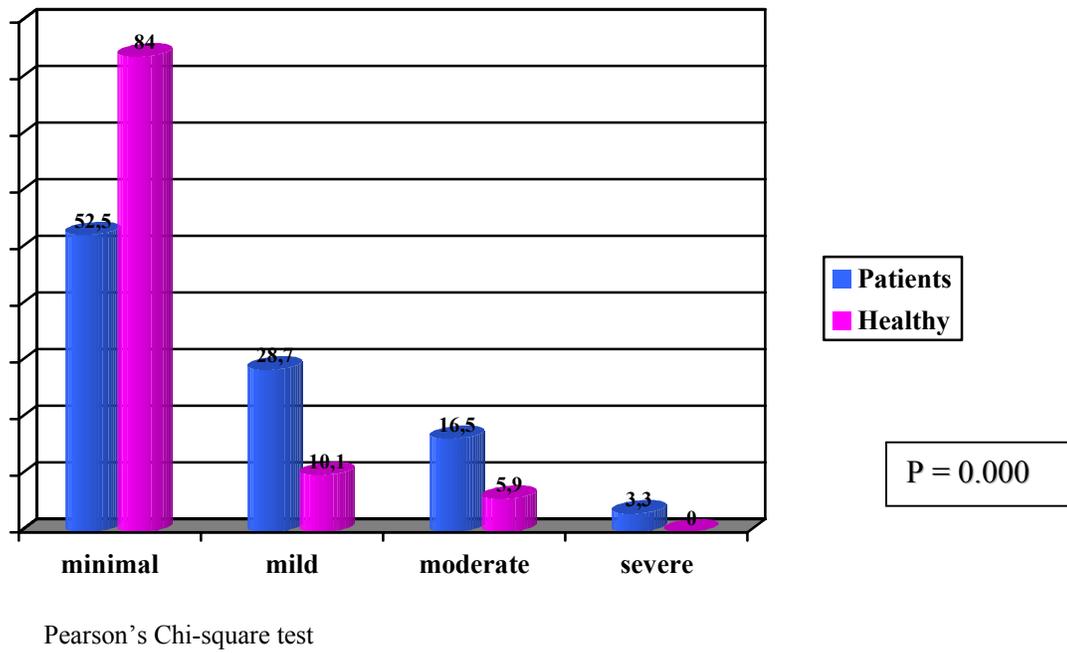
<sup>b</sup> Effect Size

Table 5 : Multiple Regression between Quality of Life and Interest Variables

|                  | Physical           | Psychological      | Independence<br>Level | Social<br>Relationships | Environment        | SRPB               | General<br>QOL     |
|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Age              | 0.02               | 0.09 <sup>a</sup>  | 0.01                  | -0.03                   | 0.12 <sup>b</sup>  | 0.17 <sup>b</sup>  | 0.02               |
| SEL              | 0.002              | 0.09               | 0.02                  | 0.17 <sup>b</sup>       | 0.29 <sup>c</sup>  | -0.13 <sup>a</sup> | 0.10 <sup>a</sup>  |
| BDI              | -0.39 <sup>c</sup> | -0.59 <sup>c</sup> | -0.38 <sup>c</sup>    | -0.46 <sup>c</sup>      | -0.34 <sup>c</sup> | -0.33 <sup>c</sup> | -0.48 <sup>c</sup> |
| Health<br>Status | -0.32 <sup>c</sup> | -0.04              | -0.48 <sup>c</sup>    | 0.05                    | -0.06              | 0.08               | -0.21 <sup>b</sup> |

a P < 0.10; b P < 0.05; c P < 0.001

Figure 1 : Comparison of Depression Levels between Patients and Healthy (%) \*



## ANEXOS