

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**RELIGIOSIDADE, RESILIÊNCIA E DEPRESSÃO EM
PACIENTES INTERNADOS**

Bruno Paz Mosqueiro
Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck
Co-Orientadora: Neusa Sica da Rocha

PORTO ALEGRE – RS
MARÇO DE 2015

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

RELIGIOSIDADE, RESILIÊNCIA E DEPRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS

Bruno Paz Mosqueiro
Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck
Co-Orientadora: Neusa Sica da Rocha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

PORTO ALEGRE – RS
MARÇO DE 2015

CIP - Catalogação na Publicação

Paz Mosqueiro, Bruno
Religiosidade, Resiliência e Depressão em
Pacientes Internados / Bruno Paz Mosqueiro. -- 2015.
111 f.

Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck.
Coorientadora: Neusa Sica da Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,
Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Religiosidade. 2. Resiliência. 3. Depressão.
4. Suicídio. 5. Qualidade de Vida. I. Pio de Almeida
Fleck, Marcelo, orient. II. Sica da Rocha, Neusa,
coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, à família, pelo apoio, compreensão e estímulo ao longo dos últimos anos, especialmente minha esposa Letícia, meus pais Jairo e Amália, meus irmãos Otávio e Mariana, e os pequenos sobrinhos Pedro, Manoela e Gustavo.

Agradecimento especial dedico aos meus orientadores professor Marcelo, pelo ensino, apoio e exemplo de conduta profissional, ética, na prática clínica e pesquisa, e à professora Neusa, pela dedicação, suporte, orientações e estímulo desde o início do atual projeto.

A busca de aprendizado e crescimento na psiquiatria muito se devem ao ensino e convivência com queridos e dedicados professores. Lembro de forma especial dos primeiros contatos em pesquisa com os professores Edson Moraes e Ângelo Cunha na Faculdade de Medicina em Santa Maria, do aprendizado com a professora Clarissa Gama no Hospital de Clínicas em Porto Alegre e da convivência com os vários professores durante a Residência Médica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Agradeço pelo exemplo, descontração e estímulo a pesquisa com os professores Márcia Sant'Anna, Maurício Kunz, e com o amigo Pedro Goi, e pelos momentos de aprendizado e exemplo dos professores Giselle Manfro, Flávio Kapczinski, Flávio Pechanski, Félix Kessler, Cláudio Osório e Claudio Eizirik, entre tantos supervisores nos ambulatórios de psiquiatria e psicoterapia nos últimos anos.

Ao longo do caminho encontramos muitos colegas e amigos. Agradeço o apoio de todos colegas e bolsistas do Grupo de Pesquisa na Internação Psiquiátrica, especialmente ao Felipe e Fernanda, aos amigos Livia, Lucas e Marco do PROTHUM e todos aqueles que estiveram próximos em momento ou outro ao longo desses anos de pós-graduação.

Agradeço pela inspiração no estudo da Espiritualidade em Saúde Mental nos colegas Sérgio Lopes, Alberto Almeida, pela contribuição e aprendizado com pesquisadores na área como o Prof. Alexander Moreira

Almeida, e mais recentemente na convivência no Núcleo de Psiquiatria e Espiritualidade da Associação de Psiquiatria do RS, com os amigos Anahy Fonseca, Paulo Rogério Aguiar, Regina Margis, Lucianne Valdivia, Leandro Pizutti, Michelle Ponzoni, Alexandre Fontoura dos Santos, Emanuel Burck dos Santos, Letícia Alminhana, Tiago Tatton, entre outros.

Por fim, deixo um agradecimento aos amigos de perto ou de longe, em Santo Ângelo, Santa Maria e Porto Alegre, sempre próximos em sentimento e contentes com os progressos, incluindo os amigos Antônio, Lia, Roberto, Cláudia, Ricardo, Maria Cláudia, Edson, Adrion, Márcia, Lise, Gabriel, Tiane, Beth, entre tantos, e em especial ao amigo Rodrigo Dufau, pela amizade incondicional, inspiração e apoio.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	11
APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1. Religiosidade e Saúde Mental	17
2.2. Conceitos e Dimensões da Religiosidade	19
2.3. Religiosidade Intrínseca	21
2.4. Pesquisas em Saúde Mental e Religiosidade	22
2.5. Depressão	24
2.6. Vulnerabilidade e Etiologia da Depressão	26
2.7. Resiliência	28
2.8. Resiliência e Depressão	30
2.9. Religiosidade e Resiliência	32
2.10. “Red-Flags” e Religiosidade/Espiritualidade	34
2.11. Religiosidade e Prática Clínica	35
3. JUSTIFICATIVA	37
4. OBJETIVOS	38
5. METODOLOGIA	39
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
7. ARTIGO	47
7.1. Abstract	48
7.2. Introduction	49
7.3. Methods	51
7.4. Results	56
7.5. Discussion.....	58
7.6. Conclusion	61
7.7. References	62
7.8. Figure 1	69

7.9. Table 1	70
7.10. Table 2	71
7.11. Table 3	72
7.12. Table 4.	73
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
9. REFERÊNCIAS	77
10. ANEXO I – Protocolo Admissão	86
11. ANEXO II – WHOQOL-BREF	92
12. ANEXO III – Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL)	94
13. ANEXO IV – Escala de Resiliência	95
14. ANEXO V – Questionário de Apoio Social (MOS)	97
15. ANEXO VI – Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D)	99
16. ANEXO VII – Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS)	100
17. ANEXO VIII – Impressão Clínica Global (CGI)	105
18. ANEXO IX – Escala de Funcionamento Global (GAF)	106
19. ANEXO X – CIRS	107
20. ANEXO XI – Protocolo de Alta	108
21. ANEXO XII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
22. ANEXO XIII – Confirmação de Aceitação do Artigo	111

ABREVIATURAS E SIGLAS

R/E – Religiosidade/Espiritualidade.

RI – Religiosidade Intrínseca.

RIA – Religiosidade Intrínseca Alta.

RIB – Religiosidade Intrínseca Baixa.

HIR – High Intrinsic Religiosity.

LIR – Low Intrinsic Religiosity.

DUREL – Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (*Duke University Religion Index*).

ER – Escala de Resiliência (*Resilience Scale*).

RS – Resilience Scale.

HAM-D – Escala de Depressão de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale*).

CGI – Escala Impressão Clínica Global (*Clinical Global Impression Scale*)

GAF - Escala Global de Avaliação de Funcionamento (*Global Assessment of Functioning*)

CIRS - Índice de Comorbidades Clínicas (*Cumulative Illness Rating Scale*)

BPRS – Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (*Brief Psychiatry Rating Scale*).

WHOQOL-BREF – escala para avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, versão abreviada (*World Health Organization Quality of Life abbreviated instrument*).

MOS – Escala de Suporte Social MOS (*Medical Outcomes Study's Social Support Scale*).

RESUMO

Estudos nas últimas décadas relatam associações inversas entre religiosidade, depressão e suicídio e relações diretas com bem-estar e qualidade de vida. Um dos desafios em pesquisa é compreender quais os mecanismos mediadores dos efeitos da religiosidade em saúde mental. Poucos estudos, nesse sentido, avaliam as relações da religiosidade com resiliência, possível mediadora de desfechos clínicos em pacientes com depressão.

Objetivos:

O objetivo da atual dissertação é avaliar as relações entre religiosidade, resiliência e depressão em pacientes em internação psiquiátrica. O estudo apresentado aborda as relações entre religiosidade intrínseca, resiliência, risco de suicídio, características clínicas e qualidade de vida de pacientes com depressão internados.

Métodos:

A atual dissertação inicia com uma revisão da literatura sobre religiosidade, resiliência e depressão. O artigo publicado avalia uma corte de pacientes com depressão internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os participantes do estudo foram incluídos consecutivamente, com avaliações nas primeiras 72 horas da admissão e 48 horas antes da alta hospitalar. Dados sociodemográficos, clínicos, resiliência e qualidade de vida foram comparados em pacientes com religiosidade intrínseca alta (RIA) e baixa (RIB). Análise de regressão linear e o teste d de Cohen foram utilizados na avaliação da relação entre resiliência e religiosidade intrínseca.

Resultados:

Pacientes (n=143) com RIA e RIB não apresentaram diferenças na idade, gênero, grupo étnico, situação conjugal, nível socioeconômico e situação ocupacional. Pacientes com RIA apresentaram maior sintomatologia

(HAM-D, BPRS), pior funcionalidade (GAF), maior gravidade de sintomas (CGI), menor escolaridade, maior suporte social e menos tentativas de suicídio na admissão. Na alta hospitalar pacientes com RIA relatavam maior resiliência (com grande tamanho de efeito entre os grupos) e maior qualidade de vida. Em análise de regressão, a religiosidade intrínseca foi associada a resiliência, controlando a análise para variáveis como suporte social, escolaridade, sintomas depressivos e tempo de internação.

Conclusões

No estudo apresentado a religiosidade intrínseca se mostrou associada a maior amplitude de melhora de sintomas depressivos, maior resiliência, menos tentativas de suicídio e maior qualidade de vida em pacientes com depressão em internação psiquiátrica. Os achados apresentados reforçam a importância do tema em pesquisa e na prática clínica em saúde mental.

ABSTRACT

Religiosity has been inversely associated to depression, suicide and directly associated to well-being and quality of life in empirical research. Nonetheless, there is no consensus in literature on the pathways that mediate the relationship of religiosity to mental health. Additionally, few studies evaluate religiosity at inpatient treatment settings.

Objectives:

The aim of this project is to evaluate the relationships of intrinsic religiosity, resilience and depression. Our objective is to assess how intrinsic religiosity is related to resilience, suicide risk, general psychopathology measures, and quality of life in a sample of depressed inpatients.

Methods:

The present project includes a brief literature review on religiosity, resilience and depression in psychiatry. The presented study is a prospective naturalistic cohort of depressed inpatients in Psychiatry Unit at *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Patients who agreed to participate were consecutively included and assessed in the first 72 h at admission and 48 h before discharge. High (HIR) and low intrinsic religiosity (LIR) groups of depressed inpatients were evaluated across socio-demographic, clinical, resilience and quality of life measures. A linear regression model and d Cohen test were performed to evaluate the relationship of intrinsic religiosity and resilience.

Results:

In a sample of 143 depressed inpatients there was no statistically significant difference in age, gender, ethnicity, marital status, occupation and socio-economic level in high and low intrinsic religiosity groups. HIR patients presented higher symptomatology (HAM-D, BPRS), lower educational levels (years of study), higher social support (MOS) and fewer previous suicide

attempts at admission. At discharge, analysis showed that HIR patients reported higher resilience (with a large effect size difference between groups) and higher quality of life. In a linear regression model, intrinsic religiosity was statistically associated with resilience, controlling for social support, education, depressive symptoms at discharge and days in psychiatric unit.

Conclusion:

In a sample of depressed inpatients intrinsic religiosity was associated with higher improvement in depressive symptomatology, higher resilience, quality of life at discharge and reported fewer previous suicide attempts. The present findings highlight the relevance of religiosity research in depression and the need to improve religious assessments in mental health.

APRESENTAÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado visa discutir as relações entre resiliência, religiosidade e depressão.

Nas últimas décadas diversos estudos apresentaram evidências de relações inversas entre religiosidade e sintomas depressivos. A religiosidade também se relaciona a menor risco de suicídio e apresenta relação positiva com bem-estar e qualidade de vida (Moreira-Almeida et al. 2006).

Com os tratamentos vigentes, são comuns a recorrência de sintomas e os intensos prejuízos psicossociais em pacientes com depressão, especialmente aqueles com quadros graves em internações psiquiátricas (Seemüller et al. 2010). A compreensão de fatores capazes de promover resiliência, ou seja, a capacidade de readaptação diante de adversidades ou estresse, representa um paradigma de pesquisa na busca de melhorar as condições de tratamento e curso da depressão.

O presente trabalho se encontra organizado da seguinte forma. Inicialmente são apresentadas evidências gerais sobre o tema, incluindo relações entre religiosidade, depressão e resiliência. Na revisão de literatura são abordados conceitos ligados ao estudo da religiosidade em saúde mental, aspectos ligados a etiologia e vulnerabilidade para depressão e relações entre resiliência, religiosidade e prática clínica em saúde mental.

O artigo apresentado avalia as relações entre religiosidade intrínseca, resiliência, características clínicas e qualidade de vida em uma amostra de pacientes com depressão internados em Unidade Psiquiátrica.

Em anexo disponibilizamos os instrumentos utilizados no projeto incluindo protocolo de coleta de dados e escalas para a avaliação dos sintomas, qualidade de vida, religiosidade intrínseca e resiliência. Nas

considerações finais integramos as discussões propostas sobre o tema e perspectivas futuras para estudo.

1. INTRODUÇÃO

O entendimento das relações entre religiosidade e saúde mental constitui-se em um dos relevantes e atuais desafios da psiquiatria (Blazer 2012).

Diversos estudos identificam a associação da religiosidade com melhores desfechos em transtornos de ansiedade, uso de substâncias, transtorno bipolar, depressão maior e diminuição no risco de suicídio (Moreira-Almeida *et al.* 2006).

O interesse na compreensão de fatores positivos do comportamento humano como resiliência, bem-estar e qualidade de vida (Fleck 2008; Layous *et al.* 2011; Cloninger 2012), e o crescimento de estudos empíricos sobre tema, com menos vieses teóricos ou ideológicos, tem permitido um novo entendimento da importância da religiosidade e espiritualidade em saúde mental (Pargament and Lomax 2013).

A compreensão dos processos através dos quais a religiosidade pode interferir na saúde mental tem se tornado um dos objetivos dos estudos recentes (Koenig 2012). Mensurações multidimensionais, incluindo como exemplo, a diferenciação da religiosidade institucional, práticas privadas e religiosidade intrínseca (Lucchetti *et al.* 2010), vem contribuindo para o entendimento da complexidade e das possíveis ligações da religiosidade/espiritualidade com desfechos em psiquiatria (Rosmarin *et al.* 2013).

Uma das formas de abordagem da religiosidade em saúde mental consiste em avaliar sua capacidade de promover resiliência em situações de adversidade, como traumas ou situações de estresse agudo ou crônico (Southwick *et al.* 2011). Descrições teóricas na primeira metade do século XX abordam predominantemente as relações da religiosidade com psicopatologia, incluindo contribuições da psicanálise, psicologia e psiquiatria

clínica (Moreira-Almeida et al. 2006). Nas últimas 3 décadas, a literatura destaca um papel protetor da religiosidade em situações de adversidade e como estratégia de *coping* na prevenção de estresse, depressão e risco de suicídio (Pargament et al. 2004; Schaefer et al. 2008).

Pacientes com depressão em internação psiquiátrica apresentam sintomatologia grave, recorrente, com importante sofrimento psíquico e prejuízos psicossociais (Moussavi et al. 2007; Seemüller et al. 2010). A identificação de fatores que possam se associar a recuperação, prevenção de complicações e promoção de bem-estar e qualidade de vida, apresentam particular importância. Não identificamos estudos que abordem a relação entre religiosidade e resiliência em pacientes internados com depressão grave.

O objetivo geral da atual tese é estudar as relações entre religiosidade e resiliência em pacientes com depressão em internação psiquiátrica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Religiosidade e Saúde Mental

A religiosidade encontra-se presente na cultura e história da humanidade e segue como tema de grande interesse (Koenig et al. 2012).

Estimativas do Instituto Gallup nos Estados Unidos indicam que 70% da população americana refere níveis de religiosidade moderada a alta quando perguntado o quanto a religião representa tema importante na própria vida (Newport 2014).

Em estudo epidemiológico recente no Brasil 73,3% dos adolescentes entrevistados e 83,8% dos adultos consideram a religião como dimensão muito importante em suas vidas, e em média 30% da amostra relata frequência a algum grupo ou instituição religiosa ao menos uma vez por semana (Moreira-Almeida et al. 2010).

Ao longo do século XX podemos identificar diferentes abordagens na área da saúde mental sobre o tema. No início do século XX, Sigmund Freud relaciona a religiosidade à neurose obsessiva, culpa, onipotência ou projeção de desejos infantis ilusórios diante dos sofrimentos da realidade (Miller 2012). No trabalho “*O Futuro de Uma Ilusão*”, Freud considera que a religião deveria ser superada com o desenvolvimento da ciência e da sociedade (Freud 2006). Nesta mesma época são também descritas as relações entre sintomas psicóticos e religiosidade, como delírios místicos ou alucinações observados em pacientes com transtornos mentais graves (Dalgalarondo 2008).

Outros autores discutem o papel construtivo da religiosidade e espiritualidade em saúde. William Osler relaciona a religiosidade com a confiança e bons resultados nos tratamentos médicos (Osler 1910). William James dedica boa parte de sua obra na busca de compreensão da

complexidade das experiências ligadas a religiosidade e espiritualidade e seu papel na psicologia e desenvolvimento humano (Sech Junior et al. 2013).

Carl Gustav Jung aborda a religiosidade em busca dos seus significados individuais na teoria analítica. No processo de individuação, a transcendência e a busca da própria espiritualidade representam aspectos positivos do desenvolvimento do Self (Wagenseller 1998).

Gordon Allport propõe o estudo empírico da religiosidade, introduzindo conceitos como religiosidade madura e imatura e religiosidade intrínseca e extrínseca em pesquisas na segunda metade do século XX. O autor identifica e procura compreender as relações por vezes paradoxais de grupos religiosos com dogmatismos, intolerância, inflexibilidade de pensamento, autoritarismo, e em outras circunstâncias com aspectos positivos como compreensão e altruísmo (Allport and Ross 1967).

Abordagens psicanalíticas mais recentes identificam aspectos da religiosidade/espiritualidade associados a um desenvolvimento positivo da personalidade (Blass 2004). A religiosidade estaria relacionada a diferenciação pessoal, arte, criatividade, sentimentos de aproximação e cuidado com o outro (Dalgarrondo 2008). Winnicott identifica na arte e na religiosidade *objetos transicionais* e espaços psíquicos para expressão de capacidades pessoais e culturais (Blass 2004) e Bion relaciona a fé a capacidade de confiar e pensar (Neri 2005).

A contribuição de Viktor Frankl no estudo de adversidades e sentido existencial, aproxima em alguns momentos a espiritualidade à resiliência (Frankl 1994). Abordagens recentes ligadas a psicologia positiva (Layous et al. 2011), estudo do bem-estar (Cloninger 2006) e qualidade de vida (WHOQOL-SRPB 2006) descrevem características adaptativas ligadas a religiosidade e espiritualidade.

2.2. Conceitos e Dimensões da Religiosidade

Diversas definições sobre religiosidade e espiritualidade salientam a complexidade do conceito e diversidade de perspectivas abordadas.

William James, no início do século XX, na obra “*The Varieties of Religious Experience*” traz a seguinte definição sobre religiosidade:

“It consists of the belief that there is an unseen order, and that our supreme good lies in harmoniously adjusting ourselves thereto. This belief and this adjustment are the religious attitude in the soul”
(James 2004).

Alguns autores discutem conceitos de religiosidade e espiritualidade de forma mais ampla, incluindo uma diversidade de apresentações, ligadas ou não a instituições religiosas. O filósofo francês André Comte-Sponville, por exemplo, traz uma definição de espiritualidade como “*nossa relação com o infinito ou com a imensidade, nossa experiência temporal da eternidade, nosso acesso relativo ao absoluto*” (Comte-Sponville 2009), enquanto outros autores abordam o entendimento de uma “religiosidade laica”, independente de organizações religiosas (Dalgalarrodo 2008).

“Talvez uma perspectiva aceitável seria pensar a religião e a religiosidade de modo mais amplo. A religiosidade laica seria análoga ou comparável a uma profunda admiração pelo mistério, uma atração indefinida pela dimensão poética da vida e do universo, uma percepção clara da insignificância do próprio eu e um desejo obscuro de transcendência, seja lá o que isso signifique”.

(Dalgalarrodo 2008)

Embora individualmente as fronteiras entre religiosidade e espiritualidade possam ser variáveis, a ideia da existência do *sagrado* e do *transcendente* seria algo que diferenciaria a religiosidade e espiritualidade de

outras formas de crenças filosóficas e humanísticas (Hill and Pargament 2003; Moreira-Almeida et al. 2006).

Um dos conceitos atuais de religiosidade e espiritualidade mais aceitos em pesquisa e mais específico é trazido por Koenig e colaboradores da Universidade de Duke nos Estados Unidos. A Religião é entendida como o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar a aproximação com experiências do sagrado ou transcendente (Deus, força superior, verdade/realidade última). Espiritualidade é compreendida como a busca pessoal de respostas para questões ligadas a vida, significado existencial e relação com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar a rituais religiosos ou experiências em comunidade (Koenig *et al.* 2012).

Tendo em vista a proximidade entre os construtos, alguns autores propõem o uso da expressão religiosidade/espiritualidade (R/E) referindo-se de forma ampla à temática (King and Koenig 2009). Embora se saiba de populações que se declaram espiritualizadas e sem religião, as fronteiras entre espiritualidade e religiosidade seriam muito tênues, favorecendo uma descrição conjunta da R/E em muitos estudos (King and Koenig 2009).

Diretrizes para o estudo da religiosidade em saúde mental concordam com a necessidade de avaliações multidimensionais para melhor descrição e avaliação de desfechos em saúde (Kendler et al. 2003) (Pargament and Lomax 2013). Dimensões específicas da R/E são avaliadas, por exemplo, em instrumentos como a escala DUREL (Moreira-Almeida *et al.* 2008), escala de *coping* religioso/espiritual (Panzini and Bandeira 2007), escala de bem-estar espiritual (Marques et al. 2009) ou no instrumento WHOQOL-SRPB para avaliação da qualidade de vida ligada a espiritualidade e crenças pessoais da OMS (WHOQOL-SRPB 2006). O instrumento MMRS (*Multidimensional Measurement Of Religiousness/Spirituality*) de forma ampla integra 12 dimensões ligadas a R/S, incluindo experiências espirituais diárias, sentido existencial, valores, crenças, compreensão/perdão, práticas privadas, *coping* religioso/espiritual, suporte social, história espiritual, dedicação/comprometimento, religiosidade organizacional e denominação

religiosa (Fetzer Institute National Institute on Aging 1999). Para uma revisão completa dos instrumentos validados para o Brasil e sua aplicabilidade, sugere-se a revisão de Lucchetti e colaboradores (Lucchetti et al. 2013b).

2.3. Religiosidade Intrínseca

O conceito de religiosidade intrínseca se desenvolve a partir de Gordon Allport na segunda metade do século XX (Koenig and Bussing 2010). O autor propõe a existência de um *continuum* na forma de vivência religiosa. Em um polo existiria a religiosidade *extrínseca*, onde os indivíduos apresentam uma vinculação mais institucional, com menor comprometimento com ideais religiosos específicos. No outro polo estaria a religiosidade *intrínseca*, em que a ênfase estaria em uma relação subjetiva maior com as crenças, ideais e fé religiosa, sem enfatizar o aspecto institucional (Donahue 1985).

A religiosidade extrínseca apresentaria um meio para pessoa atingir objetivos incluindo a busca de bem-estar pessoal, segurança, convivência e pertencimento a um grupo, visibilidade, *status* e conveniência. Pessoas com predomínio da religiosidade intrínseca, por sua vez, encontram finalidade existencial nos ideais religiosos, e até mesmo outras necessidades e desejos se tornam secundários diante das vivências espirituais. Conforme o autor, os benefícios da religiosidade sobre a saúde ocorrem predominantemente com a religiosidade intrínseca (Allport and Ross 1967).

Um dos instrumentos internacionalmente mais utilizados em pesquisa, a escala DUREL (*Duke University Religion Index*), avalia a religiosidade intrínseca, além de práticas religiosas institucionais e privadas (Lucchetti et al. 2010). O instrumento tem origem nas escalas de religiosidade de Allport e Hoge, replicadas e validadas na Universidade de Duke. A religiosidade extrínseca não apresenta relação conceitual com os domínios de religiosidade organizacional ou não-organizacional da escala DUREL (Koenig and Bussing 2010).

A seguir, descrevemos alguns estudos abordando relações da religiosidade intrínseca com desfechos em depressão e saúde mental.

2.4. Pesquisas em Saúde Mental e Religiosidade Intrínseca

Ao longo das últimas décadas multiplicaram-se estudos na área da medicina e psicologia investigando empiricamente as relações entre religiosidade/espiritualidade e desfechos em saúde. Em breve pesquisa na base de dados “*Pubmed*”, por exemplo, identifica-se o crescimento do número de publicações na área de saúde mental, a partir da estratégia de busca “*religio* AND mental health*” (ver figura 1).

Conforme Koenig, em revisão sistemática incluindo 3300 estudos publicados sobre religiosidade e saúde, de 1982 a 2010, 80% dos estudos abordavam as relações entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental. Destes, 454 estudos abordavam a religiosidade como estratégia de *coping* ou resiliência em diferentes contextos incluindo doenças clínicas, traumas e adversidades (Koenig 2012).

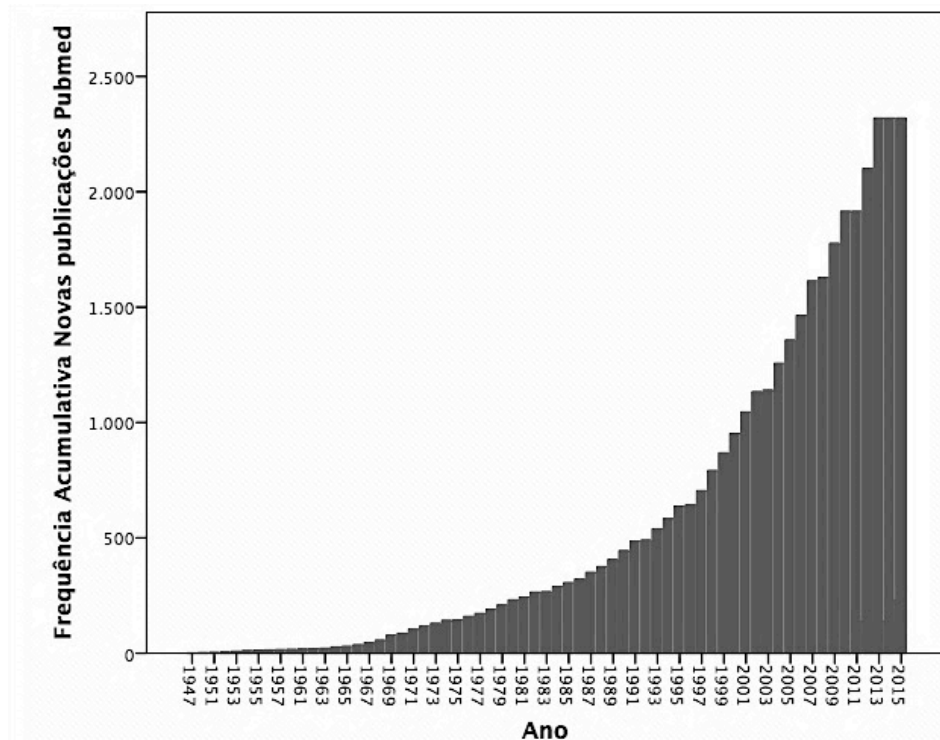


Figura 1. Frequência Acumulada de publicações na base de dados Pubmed de 1947 a 2015 com estratégia de busca “*religio* AND mental health*”.

Em uma análise dos 444 estudos em pacientes com depressão, 61% dos estudos identificaram relações inversas (maior R/S, menos depressão) e 6% relações diretas entre religiosidade/espiritualidade e depressão (maior R/S, mais depressão). Analisando apenas 178 estudos com maior rigor metodológico, 67% identificam relações inversas e 7% diretas entre R/S e depressão. O autor analisa dados de 70 estudos prospectivos sobre o tema e de 30 ensaios clínicos com intervenções ligadas a R/S, com predomínio de um efeito protetor da religiosidade/espiritualidade para sintomas depressivos (Koenig 2012).

Em metanálise de Smith e colaboradores incluindo 147 estudos, a religiosidade apresentou uma correlação inversa com depressão de -0,096, com variabilidade entre -0,54 e 0,24. Maior efeito foi identificado para religiosidade intrínseca (-0,17) e em pacientes que se encontravam em situações de adversidade (-0,15) (Smith *et al.* 2003).

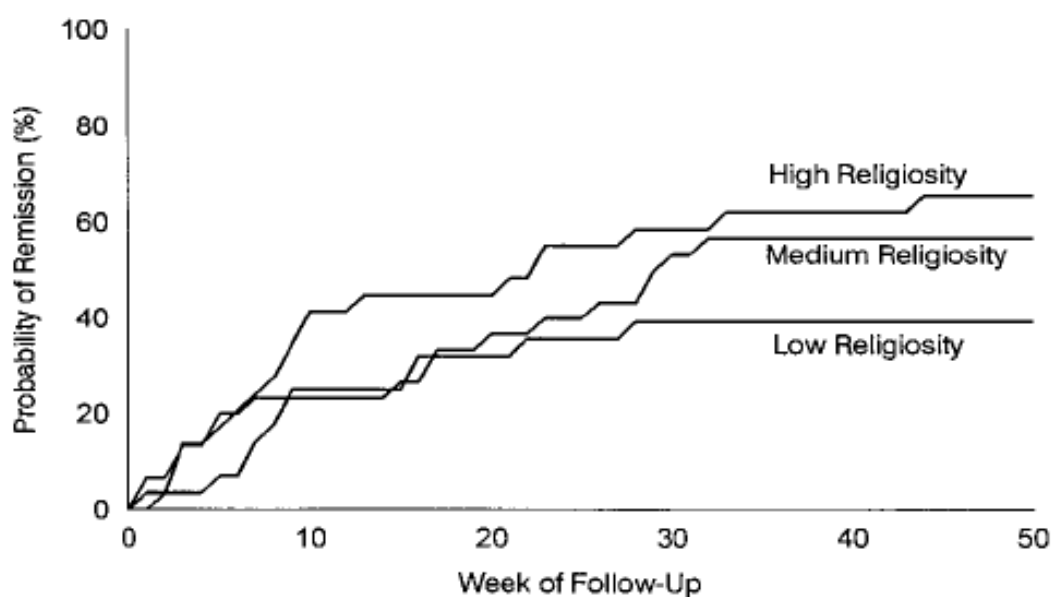


Figura 2. Adaptado de Koenig e col. Curva de sobrevivência Kaplan-Meier para remissão da depressão em 87 pacientes idosos, classificados conforme nível de religiosidade intrínseca (alta, média e baixa religiosidade intrínseca x probabilidade de remissão).

Estudo clássico de Koenig publicado no “*American Journal of Psychiatry*” foi o primeiro estudo prospectivo que avaliou os efeitos da religiosidade intrínseca sobre o curso da depressão (ver figura 2). Nesse estudo a religiosidade intrínseca foi significativamente preditora do tempo para remissão da depressão em pacientes idosos (Koenig *et al.* 1998). Em estudos recentes a religiosidade intrínseca foi associada a estratégias de *coping* adaptativas e a bem-estar em pacientes com câncer (Pérez and Rex Smith 2014). Em pacientes com Transtorno Bipolar a religiosidade intrínseca se mostrou inversamente relacionada a sintomas depressivos e diretamente relacionada a qualidade de vida em um contexto ambulatorial (Stroppa and Moreira-Almeida 2013).

2.5. Depressão

A depressão é considerada uma das principais causas de sofrimento psíquico e disfuncionalidade conforme a Organização Mundial de Saúde (Moussavi *et al.* 2007).

O diagnóstico de depressão envolve um conjunto de sintomas, com duração ou tempo mínimo e prejuízos funcionais, conforme critérios diagnósticos do DSM-5 (APA 2014). A sintomatologia inclui humor depressivo, irritabilidade, anedonia, ideias de desvalia, culpa, pensamentos de morte, desvalor ou ideação suicida e alterações vegetativas como mudanças no sono, apetite, alterações psicomotoras (lentificação ou agitação), perda de energia, dificuldade de concentração, além de sintomas somáticos e ansiosos comumente associados (Harald and Gordon 2012).

Segundo a OMS, mais de 150 milhões de pessoas sofrem de depressão em algum momento da vida e em torno de 1 milhão de pessoas cometem suicídio a cada ano no mundo (Moussavi *et al.* 2007). Estudo multicêntrico internacional recente, utilizando critérios diagnósticos do DSM-IV, identificou no Brasil uma prevalência de depressão de 10,4% em 12 meses e de 18,4% ao longo da vida (Bromet *et al.* 2011).

O tratamento dos quadros depressivos pode envolver abordagens psicoterápicas em episódios leves, incluindo estratégias psicofarmacológicas e somáticas associadas para quadros depressivos moderados a graves (Anthes 2014). No entanto, mesmo diante das alternativas terapêuticas disponíveis é comum a persistência e recorrência dos quadros depressivos (Parker *et al.* 2012).

Em revisão de estudos no NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence, London-UK*), um terço dos pacientes com depressão não respondem a tratamentos de primeira linha com antidepressivos, 20% dos pacientes persistem com sintomas após 2 anos e 10 a 20% dos pacientes apresentam seguimento com desfechos ruins (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2010). No estudo STAR-D apenas 28% dos indivíduos com depressão apresentaram remissão dos sintomas com tratamento ambulatorial inicial com uso de citalopram (Fava and Team 2006).

Pacientes com depressão em internações psiquiátricas representam um grupo em média com sintomatologia grave, recorrente, com múltiplas comorbidades e risco de suicídio importante (Seemüller *et al.* 2010; Hyman 2014; Ripke *et al.* 2014). Comorbidades clínicas e psiquiátricas, sintomas refratários e risco de suicídio (Mann *et al.* 2005) apresentam-se como fatores complicadores no tratamento, com importantes prejuízos psicossociais (Caldieraro *et al.* 2013).

O estudo de fatores que possam prevenir o início, melhorar o tratamento, diminuir a recorrência ou complicações relacionadas a depressão, quer em contextos comunitários, ambulatoriais ou em internações, constitui-se relevante tema em saúde, considerando os prejuízos pessoais e globais com a depressão (Southwick and Charney 2012).

2.6. Vulnerabilidade e Etiologia da Depressão

Modelos atuais identificam múltiplos fatores ligados a etiologia da depressão, embora não exista um modelo fisiopatológico consensual. Interações complexas entre genes e ambiente determinam a probabilidade de ocorrência de episódios depressivos (Krishnan and Nestler 2008).

Fatores epidemiológicos relacionados a vulnerabilidade para depressão incluem desde patologias clínicas, aspectos genéticos, sexo feminino, adversidades ambientais, traumas na infância, traços de personalidade e contexto social com pobreza e privações (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2010).

Estudos estimam que a história familiar represente 39% da herdabilidade da depressão (Kendler *et al.* 2001). No entanto, cada polimorfismo genético parece apresentar tamanho de efeito reduzido na etiologia (Krishnan and Nestler 2008; Hyman 2014). Estudos de associação em varreduras genômicas (*genome wide association studies* ou GWAS) até o momento não identificaram alelos com grande impacto para compreensão

dos quadros depressivos (Hyman 2014; Ripke *et al.* 2014). O papel de genes candidatos específicos ligados a condições como estresse e neuroplasticidade, por exemplo, e a compreensão das interações entre genes são apontadas como estratégias promissoras para o futuro (Rovaris *et al.* 2013). O estudo de polimorfismos genéticos associados a vulnerabilidade diante do estresse (Caspi *et al.* 2003) e abordagens epigenéticas (Nestler 2014) podem auxiliar na compreensão da interação entre gene-ambiente e vulnerabilidade para depressão.

Eventos estressores constituem um dos fatores precipitantes mais robustos relacionados a depressão (Hill *et al.* 2012). Eventos estressores podem ser categorizados em eventos traumáticos agudos ou adversidades crônicas, que podem ocorrer em diferentes fases do desenvolvimento na infância, adolescência e idade adulta (Southwick *et al.* 2011). A definição de eventos potencialmente estressores é utilizada diante da variabilidade de respostas para ocorrências na vida diária que podem ser percebidas como traumáticas (Bonanno and Diminich 2012).

Em estudo de Kendler com 1898 mulheres da população geral na Virgínia, Estados Unidos, eventos estressores apresentavam uma relação causal com episódios depressivos em uma proporção estimada de 75%, sendo o terço de variabilidade adicional relacionada a fatores genéticos ligados a predisposição biológica ou a maior exposição a estressores (Kendler *et al.* 1999).

Em estudos epidemiológicos, abusos, traumas e negligências na infância aumentam a vulnerabilidade para psicopatologia na vida adulta, incluindo depressão maior e suicídio (Brietzke *et al.* 2012). Indivíduos com história de traumas na infância demoram três vezes mais para responder a tratamentos, apresentam sintomatologia mais grave, recorrente, com maior vulnerabilidade a sintomas psicóticos, maior uso de serviços de saúde e maior risco de internações psiquiátricas (Brietzke *et al.* 2012).

O entendimento de fatores capazes de promover resiliência ao estresse e prevenir depressão constitui-se abordagem complementar aos estudos com foco na vulnerabilidade para compreensão da fisiopatologia da depressão (Southwick and Charney 2012).

2.7. Resiliência

A origem da palavra resiliência remonta à física e significa a propriedade de alguns materiais de acumular energia quando deformados sob tensão, e retornar ao estado normal sem ruptura (Bhui 2014). Um dos primeiros teóricos a utilizar o termo resiliência foi o médico, filósofo e físico inglês Thomas Young em 1807. A ideia de resiliência de Young envolve sub-conceitos como tensão, deformação, plasticidade e elasticidade dos materiais (Yunes 2003).

Ao longo do século XX, o conceito de resiliência evolui para aplicação nas ciências sociais, ecologia, medicina e saúde mental a partir da ideia de capacidade de recuperação e adaptação saudável diante de danos, adversidades e estressores (Bhui 2014).

Não existe uma definição única e consensual de resiliência em saúde mental (Southwick *et al.* 2011). Alguns autores propõe o uso da expressão resiliência no sentido de *resistência* a psicopatologia, incluindo apenas os indivíduos assintomáticos diante de traumas e adversidades (Bonanno *et al.* 2006). Outras definições abordam a resiliência como *processo* de readaptação diante dos estressores, incluindo recuperação e mesmo crescimento pessoal com as adversidades (Masten and Tellegen 2012), enquanto outros autores conceituam resiliência como capacidade de regulação neurobiológica diante do estresse (Rutten *et al.* 2013).

Um dos conceitos mais utilizados é trazido pela Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association*), que define resiliência como o processo de adaptar-se bem diante de situações de trauma,

adversidades, ameaçadoras ou de estresse significativos (Southwick and Charney 2012).

Em pesquisa o termo resiliência pode ser utilizado para avaliar (1) desfechos positivos diante de uma situação específica traumática (Lee *et al.* 2012) ou (2) o conjunto de características individuais relacionadas a readaptação diante de adversidades (Luthar *et al.* 2000). No primeiro caso a definição de resiliência é variável tendo em vista os diferentes fatores que podem ser considerados desfechos positivos em determinado grupo de indivíduos, como por exemplo, bom desempenho escolar em crianças em situação de adversidade ou ausência de sintomas depressivos e de estresse pós-traumático em indivíduos que vivenciam determinado trauma (Bonanno and Diminich 2012). Na segunda forma de definição, o conceito de resiliência se refere a um conjunto de características psicológicas de indivíduos reconhecidamente protetoras diante de adversidades, onde um indivíduo com maior resiliência apresentaria características de personalidade como, por exemplo, persistência, flexibilidade, otimismo, e estratégias específicas de *coping* para superar traumas e adversidades (Abiola and Udofia 2011). A segunda definição também é referida como “características psicológicas ligadas a resiliência”, avaliada em instrumentos como a Escala de Resiliência ou Escala de Connor-Davidson (Luthar *et al.* 2000).

Os primeiros estudos empíricos sobre resiliência surgiram na década de 70 com a busca de compreensão da etiologia dos transtornos mentais em crianças em situação de risco (Masten and Tellegen 2012). Uma visão geral no início do século XX tendia a estruturar a ideia de que um indivíduo exposto a um ambiente com grande adversidade ao longo do desenvolvimento invariavelmente desenvolveria alguma forma de psicopatologia (Cicchetti 2010). No entanto, a observação identificou uma diversidade de cursos em indivíduos considerados com alto risco para o desenvolvimento de psicopatologia (Masten and Tellegen 2012). Dados empíricos posteriormente mostraram que a resiliência diante de estressores constitui-se na trajetória mais comum dos indivíduos (Masten 2001).

Destacam-se as contribuições de pioneiros no estudo da resiliência como Norman Garmezy na Universidade de Minnessota, Emmy Werner, da Universidade de Califórnia e Michel Rutter na Universidade de Londres (Masten and Tellegen 2012). Os primeiros estudos sobre o tema abordavam conceitos como competência e resiliência em crianças com alto risco para esquizofrenia, e resistência ao estresse em crianças em situação de adversidade (Masten and Tellegen 2012). Inicialmente foram identificados fatores individuais associados a resiliência em crianças, seguidos de fatores familiares e sociais (Cicchetti 2010). Mais recentemente tem sido estudados aspectos neurobiológicos e intervenções capazes de promover resiliência (Bonanno and Diminich 2012; Diaz-Granados and Herrman 2014).

Atualmente a resiliência é entendida como conceito multidimensional incluindo variáveis psicológicas, sociais e aspectos neurobiológicos (Rutten *et al.* 2013). A capacidade de resiliência é compreendida em um sentido dinâmico, variável ao longo do ciclo vital e diante do tipo de estressor. É possível que um indivíduo apresente desfechos resilientes em determinada área da vida e comprometimentos em outras (Southwick *et al.* 2011). Bonanno sugere uma diversidade de trajetórias relacionadas a vivências traumáticas, com diferentes níveis de sintomas experienciados, tempos de recuperação e readaptação (Bonanno and Diminich 2012).

2.8. Resiliência e Depressão

A resiliência relacionada a depressão pode ocorrer com a capacidade de prevenir episódios depressivos diante de adversidades e traumas (início ou recorrência dos sintomas) (Waugh and Koster 2014) e na recuperação ou readaptação na vigência de um episódio depressivo ou sintomas depressivos (Leontjevas *et al.* 2014).

Southwick e Charney destacaram no periódico “*Science*” que fatores neurobiológicos e psicossociais relacionados a resiliência ao estresse são

estratégias promissoras na prevenção e tratamento da depressão (Southwick and Charney 2012).

Poucos estudos empíricos abordam diretamente o assunto. Wingo e col. identificaram o efeito protetor da resiliência (mensurada através da escala Connor-Davidson) para sintomas depressivos em 792 afro-americanos com história de exposição a traumas na infância e adversidades em região urbana nos Estados Unidos (Wingo *et al.* 2010).

Campbell em amostra com 132 jovens em San Diego, identifica que a resiliência (escala de Connor-Davidson) esteve inversamente associada sintomas psiquiátricos, com forte correlação negativa com traços de personalidade como neuroticismo (*neuroticism*, $-0,65$) (Campbell-Sills *et al.* 2006).

Traços de personalidade incluindo elevada autodeterminação (*self-directness*) e baixa evitação de danos (*harm-avoidance*) foram diretamente associados a resiliência (Escala de Resiliência) (Eley *et al.* 2013) e inversamente relacionados ao desenvolvimento de episódios depressivos em outros estudos (Cloninger *et al.* 2006). Em outros estudos, a autotranscendência, dimensão do caráter no modelo de personalidade de Cloninger, foi diretamente ligada ao bem-estar e emoções positivas quando associada a elevada autodeterminação (Cloninger 2006).

Em 323 indivíduos afro-americanos em região urbana com alta exposição a estressores como perdas psicossociais, violência e traumas, nos Estados Unidos, o sentido existencial (*purpose in life*) foi um dos fatores mais fortemente relacionados a resiliência (definida como ausência de sintomas, incluindo depressão) ou recuperação de transtorno mental, comparado com indivíduos com psicopatologia atual. Outros fatores associados a resiliência e recuperação incluem auto-eficácia (*mastery*), religiosidade (frequência a instituição religiosa e baixos níveis de *coping* religioso/espiritual negativo), otimismo e suporte social (Alim *et al.* 2008).

Estratégias ligadas a busca de desenvolvimento pessoal (incluindo religiosidade e espiritualidade) foram mais utilizadas e efetivas que o suporte social para resiliência em pacientes com depressão, com melhores desfechos em 1 ano de acompanhamento quanto a sintomas depressivos, qualidade de vida e uso de medicações (Griffiths *et al.* 2014).

Waugh e colaboradores propõem modelo para promover resiliência e prevenir a recorrência de episódios depressivos em pacientes com depressão, incluindo estratégias para melhorar a capacidade de recuperação ao estresse, desenvolvimento de emoções positivas e aumento na flexibilidade cognitiva para lidar com estressores (Waugh and Koster 2014).

2.9. Religiosidade e Resiliência

A compreensão das ligações entre religiosidade, espiritualidade e resiliência, implica, de uma certa forma, em uma nova perspectiva no estudo da religiosidade em saúde mental.

Vários fatores associados a resiliência apresentam proximidade com aspectos ligados a religiosidade e espiritualidade, embora não exclusivos. Conforme Charney e Southwith estão associados a resiliência ao trauma e estressores psicossociais em geral os seguintes fatores: otimismo e emoções positivas, cuidadores com vínculos próximos, amorosos, história de bons vínculos ao longo do desenvolvimento, capacidade de superar dificuldades, flexibilidade cognitiva (incluindo habilidade de reconsiderar situações adversas incluindo aspectos positivos), auto-eficácia, suporte social forte, foco disciplinado para aquisição de habilidades, altruísmo, presença de sentido ou significado existencial, capacidade de identificar sentido diante das dificuldades, religiosidade e espiritualidade, cuidados de saúde, boa saúde cardiovascular e capacidade de recuperação rápida diante de estressores (Southwick *et al.* 2011).

Cicchetti em revisão de fatores psicossociais associados a resiliência inclui a qualidade e proximidade de relacionamentos e vínculos interpessoais familiares e sociais, habilidades de auto-regulação emocional, visões de *self* positivas, auto-eficácia, autodeterminação, habilidades para resolução de problemas, estratégias de *coping* ativo, capacidade de enfrentamento de situações ameaçadoras e pouco uso de estratégias psicológicas como negação. Além dos fatores expostos, o otimismo, a percepção dos eventos estressores em um viés positivo, espiritualidade e a capacidade de encontrar sentido em uma situação de extrema adversidade foram identificados como fatores relacionados a resiliência (Cicchetti 2010). A escala Connor-Davidson inclui diretamente na avaliação da resiliência questões relacionadas a fé e espiritualidade (Connor and Davidson 2003).

Estratégias de *coping* religioso/espiritual possuem efeitos protetores em contextos de patologias clínicas (Ramirez *et al.* 2012), situações adversas e traumáticas (Feder *et al.* 2012), sintomas depressivos em pacientes com transtorno bipolar (Stroppa and Moreira-Almeida 2013) e depressão maior (Pargament *et al.* 2004).

Boris Cyrulnik ao estudar crianças em abrigos sobreviventes às adversidades da segunda guerra mundial, incluindo situações de estresse, traumas, abusos e negligência, relata que as crianças resilientes demonstravam capacidade de encontrar sentido, discurso e significado ao sofrimento. Conforme o autor, “*momentos de sofrimento e tormenta podem levar a contemplação de um futuro ou sentido espiritual para existência*” (Cyrulnik 2011).

Em estudo com 65 mulheres afro-americanas vítimas de violência doméstica, a religiosidade mostrou-se fator protetor ao desenvolvimento de sintomas depressivos e de estresse pós-traumático. Suporte social ou *coping* religioso não se mostraram efeitos mediadores da religiosidade sobre depressão ou TEPT (Watlington and Murphy 2006). Outros estudos reforçam efeitos protetores da religiosidade/espiritualidade em ambientes com múltiplos estressores ou violência política (Sousa *et al.* 2013).

Estudo de Miller e colaboradores destaca a importância do estudo das relações entre religiosidade e resiliência para depressão. O estudo avaliou o papel protetor da religiosidade em seguimento de 10 anos de 114 indivíduos com alto risco para depressão em recente publicação no “*American Journal of Psychiatry*”. Indivíduos que relatavam que a religiosidade era algo muito importante em suas vidas apresentaram um quarto do risco de apresentar um episódio depressivo ao longo de 10 anos de seguimento. Efeito maior foi identificado nos indivíduos com alto risco (filhos de pacientes com história de depressão) apresentando um décimo do risco para episódio depressivo (Miller *et al.* 2012).

2.10. “Red-Flags” e Religiosidade/Espiritualidade

Embora a literatura identifique efeitos protetores e adaptativos da religiosidade/espiritualidade, estudos também identificam ausência de efeitos ou mesmo prejuízos na área da saúde mental.

Estudo multicêntrico prospectivo em países da Europa e Chile não identificou benefícios da religiosidade/espiritualidade para depressão e resiliência a estressores. De forma inversa, na Inglaterra, indivíduos que se denominavam mais espiritualizados apresentavam associação positiva com sintomas depressivos (Leurent *et al.* 2013).

Em pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar foi identificada uma associação direta entre sintomas mistos e práticas privadas ligadas religiosidade (Cruz *et al.* 2010). Pacientes com sintomas psicóticos e delírios com conteúdo religioso necessitam cuidado maior com relação a vivências ligadas a religião (de Mamani *et al.* 2010).

O uso de estratégias religiosas associadas ao *coping* religioso/espiritual negativo, que inclui posturas passivas diante do sofrimento, delegação de responsabilidade pessoal e conflitos com ideais

religiosos e/ou institucionais, se relaciona a piores desfechos em saúde mental, e piora em sintomas depressivos (Pargament *et al.* 2004).

Pargament utiliza a expressão “*red-flags*” ao abordar sinais de alerta ligados a religiosidade/espiritualidade em situações de crise destacando o papel prejudicial de metas e expectativas distorcidas e conflitos ligados a valores pessoais e ideais religiosos (Pargament *et al.* 1998). Foy sugere quatro fatores associados a desfechos prejudiciais na relação da religiosidade e resiliência incluindo perda da fé ou crise religiosa, *coping* religioso/espiritual negativo, culpa e dificuldades com compreensão/perdão (Southwick *et al.* 2011).

Blazer aborda em Editorial no “*American Journal of Psychiatry*» os cuidados com a extrapolação de dados empíricos ligados a pesquisa na área da religiosidade/espiritualidade e saúde, tendo em vista a complexidade do tema (Blazer 2012).

2.11. Religiosidade e Prática Clínica

A diversidade de relações com a saúde mental e a importância da religiosidade ou espiritualidade na vida dos pacientes salientam a relevância da compreensão do tema para adequada abordagem clínica.

Recente revisão sistemática aborda estratégias para avaliação da religiosidade/espiritualidade no atendimento clínico em saúde mental, incluindo perspectivas éticas e diretrizes práticas para entrevistas (Moreira-Almeida *et al.* 2014).

A abertura para temas ligados a religiosidade/espiritualidade em psicoterapias representa área em estudo com resultados interessantes (Lomax *et al.* 2011). A literatura identifica benefícios independentes da postura religiosa do terapeuta e mesmo em profissionais sem crenças religiosas (Moreira-Almeida *et al.* 2014). A postura de neutralidade ou isenção do terapeuta é condição ética consensual indispensável (Garcia *et al.* 2013).

As contribuições individuais, culturais e sociais na relação entre religiosidade e benefícios em saúde é um dos temas em debate (Gebauer et al. 2012). A proximidade com grupos religiosos e uma postura interessada, aberta e compreensiva do profissional da saúde são estratégias para abordar do ponto de vista bioético as questões ligadas a religiosidade e espiritualidade e acessar os seus efeitos em cada situação clínica (Pargament and Lomax 2013).

O estudo empírico da religiosidade/espiritualidade e o adequado treinamento dos profissionais de saúde contribuem para compreensão e abordagem do tema com os pacientes (Lucchetti et al. 2013a).

Diversas instituições internacionais destacam a importância da avaliação de aspectos religiosos e espirituais na prática clínica (Moreira-Almeida et al. 2014). Algumas apresentam seções para estudo da religiosidade/espiritualidade incluindo no Brasil a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul¹, a Associação Britânica de Psiquiatria (Royal College of Psychiatrists *Spirituality and Psychiatry Special Interest Group*)² a Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association Section 36*)³ e a Associação Mundial de Psiquiatria (*Religion, Spirituality and Psychiatry Section World Psychiatric Association*)⁴.

¹ <http://www.aprs.org.br/psicoterapia/nucleo-de-psiquiatria-e-espiritualidade>

² <http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/specialinterestgroups/spirituality.aspx>

³ <http://www.apadivisions.org/division-36/index.aspx>

⁴ <http://www.religionandpsychiatry.com/>

3. JUSTIFICATIVA

Pacientes com depressão em internação psiquiátrica representam grupo com sintomatologia grave, com risco de suicídio significativo e importante prejuízo psicossocial. O estudo de fatores capazes de auxiliar a recuperação, diminuir complicações, prevenir a recorrência de sintomas e promover qualidade de vida, constituem relevantes questões de pesquisa em saúde mental.

A religiosidade tem se mostrado inversamente associada a depressão e risco de suicídio em diversos estudos e representa elemento importante e presente na vida da maioria dos pacientes. A religiosidade pode ser utilizada tanto como estratégia de enfrentamento de adversidades e resiliência, como pode representar fator complicador ao tratamento. O entendimento das relações entre religiosidade, resiliência, características clínicas e qualidade de vida em pacientes em internação psiquiátrica pode contribuir para melhor entendimento da importância do tema na psiquiatria e para compreensão das relações da religiosidade em saúde mental.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Avaliar a associação da religiosidade intrínseca com resiliência em pacientes com depressão em internação psiquiátrica.

4.2. Objetivos Específicos

- Avaliar se existe relação entre religiosidade intrínseca e características psicológicas ligadas a resiliência em pacientes com depressão em internação psiquiátrica.
- Avaliar as relações da religiosidade intrínseca com variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com depressão internados.
- Avaliar o impacto da religiosidade intrínseca no risco de suicídio.
- Avaliar a associação entre religiosidade intrínseca e qualidade de vida dos pacientes com depressão internados.

5. METODOLOGIA

5.1. Questão de Pesquisa

A religiosidade intrínseca está relacionada a resiliência em pacientes com depressão internados em unidade psiquiátrica?

5.2. Delineamento do Estudo

O presente estudo faz parte de uma Coorte prospectiva de pacientes em internação psiquiátrica incluído no projeto maior intitulado “Avaliação e seguimento de pacientes com doença mental severa: fatores diagnósticos, prognósticos e de tratamento e sua associação com marcadores biológicos” e aprovado com número 10-265 no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O atual estudo inclui apenas os indivíduos com diagnóstico de depressão. Os pacientes incluídos foram avaliados nas primeiras 72 horas da admissão e a partir de 48 horas antes da alta hospitalar.

5.3. Amostra

Foram incluídos consecutivamente no estudo pacientes com diagnóstico de depressão internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre de maio de 2011 a agosto de 2013.

Com base no desfecho primário estudado (escore de resiliência Escala de Resiliência) foi estimado um tamanho amostral mínimo de 88 pacientes para detectar uma diferença na Escala de Resiliência com tamanho de efeito de 20% entre dois grupos de pacientes com maior e menor religiosidade intrínseca.

5.4. Desfechos Avaliados

- Desfecho primário: diferença entre escores de resiliência em pacientes com maior e menor religiosidade intrínseca.
- Desfechos secundários: comparação entre variáveis sociodemográficas, risco de suicídio, sintomas psiquiátricos na admissão e na alta, tempo de internação, suporte social, quociente intelectual, comorbidades clínicas e qualidade de vida entre pacientes com maior e menor religiosidade intrínseca.

Tabela 1. Coleta de Dados no Projeto

Instrumentos	Admissão	Alta	Bolsistas	Residentes
Protocolo Admissão	x		x	
Protocolo Alta		x	x	
WHOQOL-BREF	x	x	x	
MOS	x		x	
DUREL		x	x	
Escala de Resiliência		x	x	
HAM-D	x	x		x
BPRS	x	x		x
CGI	x	x		x
GAF	x	x		x
CIRS	x	x		x
MINI	x			x
Biomarcadores	x	x	x	

5.5. Instrumentos Aplicados

As variáveis analisadas foram coletadas em protocolo geral e escalas para avaliação clínica aplicados na admissão e na alta. Junto com a coleta de

dados foi realizada coleta de sangue para análise de biomarcadores, não avaliados no atual estudo.

Identificamos na tabela 1 as escalas e protocolos utilizados, subdividindo os pesquisadores responsáveis pela coleta no grupo de bolsistas (estudantes de medicina e psicologia) e residentes (médicos residentes em psiquiatria ou psiquiatras).

5.6. Protocolo Geral

O protocolo geral, aplicado por estudantes de iniciação científica (estudantes de graduação em medicina e psicologia) inclui na admissão informações sociodemográficas gerais (identificação, endereço, telefones, sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e laboral, perfil socioeconômico) e variáveis ligadas ao diagnóstico, curso e tratamento psiquiátrico (idade do diagnóstico, internações prévias, realização de ECT, motivos da internação atual, tentativas de suicídio, uso de substâncias psicoativas, dados específicos do desenvolvimento, história familiar, histórico de medicações utilizadas) (ver anexos). Alguns dados específicos foram coletados antes da alta, incluindo tempo de internação, uso de medicações, realização de ECT e encaminhamentos pós-alta.

A estratégia de coleta de dados utilizou o critério de busca da melhor informação disponível, incluindo dados coletados com o paciente, e complementações com dados do prontuário ou obtidos em entrevistas com familiar.

5.7. Diagnóstico Psiquiátrico e Instrumentos Clínicos

O diagnóstico psiquiátrico foi realizado através da aplicação da entrevista diagnóstica semiestruturada do MINI (Amorim 2000), nas primeiras 72 horas da internação. Pesquisadores foram treinados na aplicação do instrumento (médicos residentes em psiquiatria do segundo e terceiro ano e psiquiatras) com reuniões regulares para treinamento e reavaliação da

confiabilidade das coletas de dados. Escalas gerais para avaliação de sintomas psiquiátricos, em suas versões validadas para o português no Brasil, incluíram a “*Brief Psychiatry Rating Scale*” (BPRS) para avaliar sintomatologia psiquiátrica geral (Crippa et al. 2002); “*Clinical Global Impression Scale*” (CGI) para avaliação clínica da gravidade dos quadros apresentados pelos pacientes (Lima et al. 2007); “*Global Assessment of Functioning Scale*” (GAF) para avaliação funcional, “*Cumulative Illness Rating Scale*” (CIRS) para avaliação de comorbidades clínicas e a escala de depressão de Hamilton ou “*Hamilton Depression Rating Scale*” (HAM-D) avaliação dos sintomas depressivos (Hamilton 1960).

5.8. Resiliência

Para avaliar resiliência foi aplicada a Escala de Resiliência (ER) em sua versão validada para português no Brasil (Pesce et al. 2005). A ER foi elaborada por Wagnild e Young em 1998, a partir de estudo qualitativo com mulheres resilientes após eventos traumáticos e revisão do conceito de resiliência (Wagnild and Young 1993). Posteriormente a escala foi validada internacionalmente e em diferentes amostras e faixas etárias (Nishi et al. 2010; Abiola and Udofia 2011) (Windle et al. 2011). O construto de resiliência inclui características positivas da personalidade relacionadas a adaptação em situações de adversidade, distribuídos em 25 itens avaliados na escala (Wagnild and Young 1993). Cada item apresenta pontuação variável de 1 a 7, em escala Likert, e o escore global varia de 25 a 175. Quanto maior a pontuação, maior a resiliência. Originalmente, Wagnild e Young sugerem 5 fatores principais relacionados a resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido existencial e autossuficiência. Em análise fatorial posterior em estudo quantitativo com 810 adultos, os autores identificaram 2 domínios principais, o primeiro relacionado a autoconfiança, determinação, perseverança, independência e auto-eficácia, sendo denominado Competência Pessoal (*Personal Competence*). O segundo domínio incluía características como serenidade, flexibilidade, sentido existencial e pacificação apesar das adversidades, sendo denominado Aceitação de Si Mesmo e da Vida (*Acceptance of Self and Life*) (Wagnild and Young 1993).

5.9. Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL)

A religiosidade intrínseca foi avaliada através da escala de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL). A escala DUREL avalia dimensões centrais da religiosidade como a religiosidade organizacional (frequência a Instituições, Templos ou Igrejas), não-organizacional (atividades privadas, como preces, leituras, práticas meditativas) e religiosidade intrínseca (envolvimento subjetivo, dedicação e vivência dos ideais religiosos/espirituais) (Koenig and Bussing 2010).

A escala apresenta 5 questões. As duas primeiras questões avaliam a religiosidade organizacional e não-organizacional, respectivamente, com pontuação de 1 a 6. As três últimas questões compõem o escore da religiosidade intrínseca, com uma pontuação podendo variar de 3 a 15 pontos (Lucchetti et al. 2010). Para divisão categórica entre religiosidade intrínseca alta e baixa, utilizou-se o ponto de corte maior ou igual a 10 pontos, conforme estudos anteriores (Stroppa and Moreira-Almeida 2013).

A avaliação da religiosidade foi realizada no período antecedente à alta hospitalar, para evitar que os sintomas psicóticos interferissem na sua avaliação e para dividir os instrumentos de acordo com o estudo de Coorte.

5.10. Suporte Social

Para avaliação do suporte social foi utilizada a escala “*Medical Outcomes Study’s Social Support Scale*” (MOS) validada para o português no Brasil (Griep et al. 2005). A escala MOS foi utilizada em estudo epidemiológico de doenças crônicas, incluindo depressão, diabetes e doenças cardiovasculares, nos Estados Unidos. Tem como definição de suporte social a percepção do indivíduo de recursos sociais disponíveis em uma situação de necessidade. É composta por 19 questões para análise quantitativa, com pontuação entre 1 a 5. Maiores pontuações refletem maior percepção de suporte social pelo indivíduo.

5.11. Qualidade de Vida

A qualidade de vida dos pacientes foi avaliada através do instrumento “*World Health Organization Quality of Life abbreviated instrument*” (WHOQOL-BREF). A escala WHOQOL-BREF foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em estudos multicêntricos, incluindo validação em português no Brasil. Inclui 26 questões, com pontuações entre 1 a 5. A escala é dividida em 4 domínios de qualidade de vida analisados de forma independente (físico, psicológico, ambiental e social) e um escore geral (Rocha et al. 2012).

A definição de qualidade de vida proposta pelo instrumento WHOQOL, traz como pressuposto o conceito de saúde da OMS, sendo definida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*” (Fleck 2008).

5.12. Análise Estatística

A análise estatística do estudo foi realizada através do software SPSS. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliação da normalidade na distribuição das variáveis. Pacientes com religiosidade intrínseca alta e baixa foram comparados utilizando-se o teste T de Student para variáveis com distribuição normal e o teste de Mann Whitney para variáveis com distribuição não-paramétrica. Variáveis categóricas foram avaliadas utilizando-se o teste Qui-Quadrado. A significância estatística de 5% foi utilizada como critério em todas análises.

Foram comparadas variáveis sociodemográficas, clínicas, resiliência e qualidade de vida nos pacientes com RI alta e baixa. Para testar o tamanho

de efeito da diferença entre os escores de resiliência entre os grupos foi realizado o teste d de Cohen.

Posteriormente, uma análise de regressão linear foi utilizada para controlar outras variáveis na relação entre religiosidade intrínseca e resiliência. Foram selecionadas variáveis identificadas em correlação bivariadas com os escores de resiliência (religiosidade organizacional, não-organizacional, intrínseca, tempo de internação, suporte social e qualidade de vida na alta) e variáveis reconhecidamente importantes para controlar a relação entre religiosidade e resiliência (como escolaridade e sintomas depressivos). Tendo em vista a alta colinearidade entre as três dimensões de religiosidade estudadas, optou-se pela manutenção da religiosidade intrínseca como dimensão central na avaliação. A variável qualidade de vida na alta foi excluída do modelo por se considerar não um mediador da relação entre religiosidade e resiliência, mas um desfecho relacionado a maior resiliência. O modelo de regressão final avaliou a relação da resiliência (como variável dependente) com religiosidade intrínseca, escolaridade (anos de estudo), sintomas depressivos na alta (HAM-D), tempo de internação e suporte social (como variáveis independentes).

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo encontra-se vinculado ao projeto “Avaliação e seguimento de pacientes com doença mental severa: fatores diagnósticos, prognósticos e de tratamento e sua associação com marcadores biológicos”. O projeto avalia diversas variáveis relacionadas ao diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes com transtornos mentais internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O estudo atual inclui a avaliação das variáveis coletadas relacionadas a religiosidade e resiliência nos pacientes com diagnóstico de depressão na amostra maior.

O projeto encontra-se aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pacientes que concordaram com a participação preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido. A identidade dos pacientes foi mantida em sigilo e foram atendidos os compromissos bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência, veracidade e confidencialidade.

7. ARTIGO

“Intrinsic Religiosity, Resilience, Quality of Life and Suicide Risk in Depressed Inpatients”

Mosqueiro B.P., Rocha, N.S., Fleck M.P.A.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Submetido para publicação: “*Journal of Affective Disorders*”

Fator de Impacto: 3.705

Status: Aceito

ABSTRACT

Background

Religiosity is inversely related to depression and is directly associated with positive psychological outcomes. Nonetheless, there is no consensus on whether or how religiosity could impact and protect against depression. The present study evaluated the association between intrinsic religiosity and resilient psychological characteristics in depressed inpatients.

Methods

A sample of 143 depressed patients was prospectively evaluated in an inpatient psychiatric treatment in South Brazil. High Intrinsic Religiosity (HIR) and Low Intrinsic Religiosity (LIR) patients were compared across socio-demographic information, clinical measures, religiosity, resilience and quality of life. A linear regression model was used to evaluate the association between intrinsic religiosity and resilience, and the Cohen *d* test was utilized to assess effect sizes.

Results

At admission, HIR patients showed higher HAM-D ($p=0.05$), BPRS ($p=0.02$), GAF ($p=0.02$), and CGI ($p=0.03$) scores, lower educational levels ($p=0.04$), higher social support ($p=0.05$), and fewer previous suicide attempts ($p=0.05$). At discharge, HIR patients showed higher quality of life ($p=0.001$) and higher resilience ($p=0.000$), with a large effect size difference between groups (1.02). Based on a linear regression model (adjusted $r=0.19$, $p=0.000$), intrinsic religiosity was associated with resilience, controlling for covariates.

Conclusion

In a sample of depressed inpatients, intrinsic religiosity was found to be associated with resilience, quality of life, and fewer previous suicide attempts. These findings support the relevance of religiosity assessments in mental health practice and support the hypothesis that resilient psychological characteristics may mediate the positive effects of intrinsic religiosity in depression.

INTRODUCTION

The relationship between religiosity and depression remains a challenging issue in psychiatry. Religiosity has been described as a protective factor for major depression (Braam *et al.* 2001; Miller *et al.* 2012; Toussaint *et al.* 2012), suicide (Moreira-Almeida *et al.* 2006; Huguelet *et al.* 2007) and is positively associated with psychological health (Rosmarin *et al.* 2013), and quality of life (Panzini *et al.* 2011). Nonetheless, to date, there is no consensus on the pathways that mediate benefits of religiosity on depression (Blazer 2012).

In a systematic review, 67% of the most methodologically rigorous studies identified inverse relationships between religiosity and depression (Bonelli *et al.* 2012). A meta-analysis of 147 studies identified a weak but inverse association between religiousness and depression; a stronger association was found in people undergoing stressful life events (Smith *et al.* 2003). Intrinsic religiosity, more specifically, predicted shorter time to remission in older depressed inpatients (Koenig *et al.* 1998) and was associated with less depressive symptomatology and higher quality of life in bipolar disorder patients (Stroppa & Moreira-Almeida 2013).

Resilience is defined as the capacity to “bounce back” or recover in the context of trauma or adversity (Southwick *et al.* 2011; Rutten *et al.* 2013). Religiosity is thought to be resource of resilience in adversities and traumatic events (Kendler *et al.* 1997; Schaefer *et al.* 2008). In United States, after the September 11th terrorist attacks, for example, turning to religion represented the second most used coping strategy to deal with stress based on 90% of community interviewed individuals (Schuster *et al.* 2001). Spirituality, likewise, was identified as a key independent predictor of resilience in patients with depression (Min *et al.* 2012).

Depressed inpatients represent a population with severe symptomatology and at a high risk for suicide (Seemüller *et al.* 2010). To our

knowledge, no previous studies have directly assessed how intrinsic religiosity is related to resilience in this population. The aim of present study was to evaluate intrinsic religiosity, resilience, quality of life and clinical characteristics of depressed inpatients. The hypothesis of the present study was that intrinsic religiosity is positively associated with psychological resilient characteristics, representing a possible pathway to mediate more favorable clinical outcomes in depression.

METHODS

Study Sample

This study evaluated a prospective cohort of psychiatric inpatients in *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, a tertiary care general hospital in South Brazil. Information regarding religiosity and resilience of depressed inpatients was collected from May 2011 to August 2013. Assessments were performed in the first 72 hours of admission and in the 48 hours before hospital discharge. Informed consent was obtained according to the ethical committee's requirement. Patients with cognitive deficits which prevented comprehension or patients with acute substance use disorder as a primary diagnosis were not included in the study.

Assessments

Diagnostic, Socio-demographic and Clinical Data

Trained psychiatrists or psychiatry residents evaluated diagnostic and clinical measures. Diagnosis of depressive episodes and comorbidities were assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview (Amorim 2000) in a semi-structured interview performed within the first 72 hours of admission. Clinical measures scales were used at admission and before discharge, including Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (Hamilton 1960), General Assessment of Functionality (GAF) (Smith *et al.* 2011), Clinical Global Impression (CGI) (Lima *et al.* 2007), and Brief Psychopathological Rating Scale (BPRS) (Crippa *et al.* 2002).

Trained interviewers (medicine or psychology students and psychologists) independently evaluated socio-demographic data and the Brazilian versions of the following instruments: World Health Organization Quality of Life abbreviated form instrument (WHOQOL-BREF) (Berlim *et al.* 2005), Duke University Religion Index (DUREL) (Moreira-Almeida *et al.* 2008), Resilience Scale (RS) (Pesce *et al.* 2005), Medical Outcomes Study's Social Support Scale (MOS) (Griep *et al.* 2005), and Cumulative Illness Rating Scale

(CIRS) (Salvi *et al.* 2008). Socio-demographic information was structured in a protocol completed with the best information available (patient interview or medical records) within the first 72 hours of admission, including age, sex, ethnicity, marital status, occupation, education, and socioeconomic level, number of previous psychiatry hospitalizations, suicide attempts, and illicit drug use. Trained psychologists used the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) Brazilian adapted version to estimate IQ (Wagner *et al.* 2010). Religiosity and resilience measures were evaluated before patient discharge. Researchers were not strictly blinded to religiosity and resilience instruments, but the clinical data and the main protocol information were collected independently and before religiosity and resilience instruments were used.

Religiosity Measures

Religiosity was evaluated using Duke University Religion Index (DUREL) (Moreira-Almeida *et al.* 2008; Lucchetti *et al.* 2010). DUREL is a 5-item Likert scale measure with three dimensions of religiosity. The first question evaluates organizational religiosity (including church, temple, or institutional attendance), the second evaluates non-organizational religiosity (religion activities performed in private, such as prayer, readings, and meditation), and the last three questions evaluated intrinsic religiosity dimensions (subjective beliefs and motivation related to religiosity involvement). Intrinsic religiosity was chosen as the main religiosity dimension to study its relationship to resilience. According to previous research, DUREL can be used as a continuous score in each domain or as a categorical division. High intrinsic religiosity was defined by an overall score in the last three questions of more than 10 points (Stroppa & Moreira-Almeida 2013).

Social Support

Medical Outcomes Study's Social Support Scale (MOS) was used to quantify social support (Griep *et al.* 2005). The instrument was developed and applied in an epidemiological study with chronic diseases, such as hypertension, diabetes, cardiovascular diseases, and depression in three centers in the United States. Social support was defined as the individual perception of available social resources in a needed situation. MOS

instrument is composed of 19 questions in a 5-item Likert scale format. A higher overall score reflects greater social support (Griep *et al.* 2005).

Quality of Life

Quality of Life was evaluated using the World Health Organization Quality of Life abbreviated instrument (WHOQOL-BREF) (Rocha *et al.* 2012). The instrument is composed of 26 items in a Likert scale. WHOQOL-BREF is based on the full version WHOQOL-100, developed in a worldwide perspective which included 15 international field centers. WHOQOL-BREF is composed of physical, psychological, social, and environmental domains. It has been developed and validated based on the concept of quality of life proposed by WHO as “an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns (Fleck *et al.* 1999).”

Resilience

Resilience is defined as a process of adaptation in the face of trauma, stress, or adversity. Psychological characteristics associated with resilience were studied using the Brazilian Portuguese version of Resilience Scale (RS) (Pesce *et al.* 2005). Resilience Scale scores are positively correlated with well being (Cloninger & Zohar 2011), life satisfaction, morale, and health (Wagnild & Young 1993) and negatively correlated with depression (Wagnild & Young 1993; Hasui *et al.* 2009; Abiola & Udofia 2011). The instrument includes 25 items with a 7-point Likert scale. Measures were analyzed as global score ranging from 25 to 175 and a two-domain division identified by Wagnild e Young in factorial analysis (Wagnild & Young 1993; Hasui *et al.* 2009; Windle *et al.* 2011). The first domain is called Personal Competence and represents self-reliance, independence, determination, invincibility, mastery, resourcefulness and perseverance. The second reflects adaptability, flexibility, and a sense of peace in the face of adversity, as well as a balanced perspective of life and acceptance of life circumstances. Higher scores on RS indicate greater resilience.

Statistical Analysis

Analyses were performed using SPSS software. The Kolmogorov-Smirnov test evaluated the normality distribution of the sample. A Student's t test was used to compare continuous normally distributed variables, a Chi-Square test was used to evaluate categorical variables, and a Mann-Whitney test was used to compare non-parametric distributions. High intrinsic religiosity (HIR) and Low intrinsic Religiosity (LIR) groups of depressed inpatients were compared across socio-demographic data, clinical variables, resilience, and quality of life. The Cohen's d test evaluates the effect size of differences in resilience between LIR and HIR groups. The relationship between resilience and socio-demographic, clinical data, and religiosity was investigated using bivariate correlation analysis. A linear regression model was performed to investigate the association between intrinsic religiosity and resilience, controlling for covariates. A significance level of 5% was accepted as significant.

Linear Regression Mode

Significant associations identified in bivariate correlation were considered in a theoretical linear regression model to evaluate the relationship between intrinsic religiosity and resilience. Variables associated with resilience in the bivariate analysis (Pearson or Spearman moment-to-moment correlations) were organizational religiosity ($r=0.20$, $p=0.02$), non-organizational religiosity ($r=0.27$, $p=0.02$), intrinsic religiosity ($r=0.44$, $p=0.000$), mean days in psychiatry unit ($r=0.21$, $p=0.01$), estimated IQ ($r=-0.23$, $p=0.03$), MOS ($r=0.43$, $p=0.000$), and mean WHOQOL-BREF overall score at discharge ($r=0.42$, $p=0.000$). Resilience was evaluated as a dependent variable controlling for intrinsic religiosity, organizational, non-organizational religiosity, MOS scores, education level (years of study), and days in psychiatric unit, and HAM-D score at discharge as independent variables. Considering high colinearity statistics, in the three dimensions of religiosity, intrinsic religiosity was the main variable. The variable number of years studied that indirectly evaluated education levels, considering its association to resilience reported in literature, and the significant difference

identified in t test comparison analysis between HIR and LIR groups was included in the model. The MOS global score represented the relevance of social support in the relationship between religiosity and health (Rushing *et al.* 2012). Quality of life theoretically was not considered as a control variable in relation of intrinsic religiosity and resilience, but as a possible outcome of intrinsic religiosity and resilience.

RESULTS

The sample of 143 depressed inpatients was composed primarily of women (59.4%) who were white (86.5%) with a mean age of 46 years old. Around 40% of patients were married; only 23.5% of patients were currently employed. Patients presented with a mean 3 previous psychiatric admissions, with 11 years of psychiatric diagnosis. Previously, 61% of patients had attempted suicide, with a mean of 1.9 suicide attempts across patients. The mean HAM-D and BPRS scores in admission were 23.2 and 24.3 points, respectively.

Almost two-thirds patients (65.4%) reported attendance to a religious institution at least a few times a year, and a half (53.6%) attended at least a few times a month. Attendance of private religious practices were reported by 83.5% of patients at least a few times a month. 68.1% of patients were part of the HIR group and 31.9% were part of the LIR group.

The analyses showed no statistically significant differences across age, gender, ethnicity, marital status, occupation, and socio-economic levels between groups. Patients with LIR had statistically higher levels of education (2 years more of study). Those with HIR had higher HAM-D, BPRS, GAF, and CGI scores at admission. HIR patients also reported more social support and fewer suicide attempts. No statistically significant difference was identified across the other variables, including the number of previous psychiatry hospitalizations, previous substance use, and IQ measures (Table 1).

WHOQOL-BREF measures at admission showed no difference between groups. At discharge, HIR patients had higher quality of life scores and in domains evaluated (Table 2). HIR patients also had higher resilience scores across both domains (Table 3). Cohen's *d* test identified a large effect size difference between groups (1.02). A linear regression model (Figure 1) found an association between resilience and intrinsic religiosity ($r=0.19$, $p=0.000$). Intrinsic religiosity was statistically associated with resilience,

controlling for social support (MOS), education (years of study), HAM-D at discharge, and days spent in the psychiatric unit (Table 4).

DISCUSSION

The present study demonstrated that intrinsic religiosity is associated with resilience, quality of life, and fewer reported suicide attempts in a sample of severe depressed inpatients. The present findings are in accordance with prospective studies reporting a protective effect of religiosity on depression (Koenig *et al.* 2012), which is highlighted in a recent published ten-year follow up study performed by Miler and cols that identified an inverse relationship of self-reported religiosity and depression in high risk patients (Miller *et al.* 2012).

HIR patients had a greater symptomatology at admission compared to LIR patients. As suicide risk constitutes a main indication of inpatient treatment and religiosity represent a protective factor to suicide (Wasserman *et al.* 2011), HIR patients may be admitted under more severe conditions. Nonetheless, despite greater symptomatology, HIR patients had more resilience, greater quality of life, and reported less previous suicide attempts, supporting a protective effect of intrinsic religiosity on suicide and inpatient psychiatric admission (Pargament & Lomax 2013).

An important step in this research is to understand the mechanisms that mediate the complex interplay of religiosity, psychopathology, and health (Maselko *et al.* 2008; Koenig *et al.* 2012). The literature suggests that religiosity benefits to depressive disorders are related to positive coping (Pargament *et al.* 2004), meaning and purpose in life (Rutten *et al.* 2013), forgiveness (Toussaint *et al.* 2012), positive emotions (Rutten *et al.* 2013), healthy behaviour (Moreira-Almeida *et al.* 2006), and religious environmental support (Southwick & Charney 2012).

Psychologically-resilient characteristics represent another possible pathway to mediate positive outcomes of intrinsic religiosity in mental health. Personality studies have identified an association of psychological resilience with high self-directness and low harm-avoidance (Eley *et al.* 2013). Self-directness and harm-avoidance in turn are identified as strong protective traits to depression (Cloninger *et al.* 2006). Moreover, self-transcendence, a

character dimension close to intrinsic religiosity, is independently related to positive emotions and well-being (Cloninger 2006; Cloninger & Zohar 2011; Josefsson *et al.* 2011). The relationship between intrinsic religiosity and resilient psychological characteristics represents another route to understand benefits of intrinsic religiosity to depression.

There were some limitations in the present study. Transversal analysis of intrinsic religiosity and resilience do not allow definitive causal explanations. Intrinsic religiosity additionally was able to explain a slight part of resilience of depressed inpatients; otherwise, this is according literature stands that resilience is likely to result from multiple, independent predictors, with each accounting for a relatively small portion of the variance (Bonanno & Diminich 2012). The time of follow up in this preliminary analysis (from patient admission to discharge) may have limited identification of differences in clinical outcomes of patients with higher resilience measures. Absence data on religiosity denomination or a more comprehensive questionnaire regarding religious beliefs and practices was limited by the possibilities of a Cohort Study. Religiosity and resilience data were collected before discharge, to avoid confusion with psychotic symptoms and to distribute research instruments according study possibilities. We do not know whether these variables can be influenced by acute symptomatology. Limitations of self-report questionnaires of religiosity and resilience are overshadowed by the relevance of patient reported outcomes instruments in health assistance and to research.

Despite limitations, intrinsic religiosity was consistently associated with positive mental health outcomes in depressed inpatients, including a large effect size difference in self-reported psychological resilience and positive associations with quality of life and fewer suicide attempts. The long-term relationship of intrinsic religiosity as a resilience resource to depression constitutes relevant research to prospective studies. An interesting discussion is to what extent intrinsic religiosity capacity to promote resilience is independent, moderated or specific to some cultures where religiosity plays relevant role (Gebauer *et al.* 2012). The biological pathways in the

relationship of intrinsic religiosity to resilience to depression constitute another promised field of research (Miller *et al.* 2012; Southwick & Charney 2012).

CONCLUSION

The importance of religiosity, reported by patients, and its relationships with mental health, highlights the relevance to address this topic in clinical practice. In high-risk populations with potential compromising outcomes psychological resilient characteristics may mediate positive relationships of intrinsic religiosity and mental health.

REFERENCES

Abiola T, & Udofia O (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. BioMed Central Ltd *BMC Research Notes* **4**, 509.

Amorim P (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *SciELO Brasil Rev Bras Psiquiatr* **22**, 106–115.

Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MAK, & Fleck MPA (2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression., *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* **14**, 561–564.

Blazer D (2012). Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies?, *The American journal of psychiatry* **169**, 10–12.

Bonanno GA, & Diminich ED (2012). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity - trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **54**, 378–401.

Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, & Vasegh S (2012). Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research, *Depression Research and Treatment* **2012**, 1–8.

Braam AW, Van den Eeden P, Prince MJ, Beekman ATF, Kivela SL, Lawlor BA, Birkhofer A, Fuhrer R, Lobo A, Magnusson H, Mann AH, Meller I, Roelands M, Skoog I, Turrina C, & Copeland JRM (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration, *Psychological Medicine* **31**

Cloninger CR (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders., *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* **5**, 71–76.

Cloninger CR, & Zohar AH (2011). Personality and the perception of health

and happiness. Elsevier B.V. *Journal of Affective Disorders* **128**, 24–32.

Cloninger CR, Svrakic DM, & Przybeck TR (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects, *Journal of Affective Disorders* **92**, 35–44.

Crippa JAS, Sanches RF, Hallak JEC, Loureiro SR, & Zuardi AW (2002). Factor structure of Bech's version of the Brief Psychiatric Rating Scale in Brazilian patients, *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* **35**, 1209–1213.

Eley DS, Cloninger CR, Walters L, Laurence C, Synnott R, & Wilkinson D (2013). The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well being., *PeerJ* **1**, e216.

Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, & Pinzon V (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100), *Rev Saúde Pública* **33**

Gebauer JE, Sedikides C, & Neberich W (2012). Religiosity, Social Self-Esteem, and Psychological Adjustment: On the Cross-Cultural Specificity of the Psychological Benefits of Religiosity, *Psychological Science* **23**, 158–160.

Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, & Lopes CS (2005). [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study]., *Cadernos de Saúde Pública* **21**, 703–714.

Hamilton M (1960). A rating scale for depression, *Journal of neurology*

Hasui C, Igarashi H, Shikai N, Shono M, Nagata T, & Kitamura T (2009). The resilience scale: A duplication study in Japan, *Open Family Studies Journal* **2**, 15–22.

Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt P-Y, & Borrás L (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or

schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders., *European Psychiatry* **22**, 188–194.

Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M, Jokela M, Pulkki-Råback L, & Keltikangas-Järvinen L (2011). Associations of personality profiles with various aspects of well-being: A population-based study. Elsevier B.V. *Journal of Affective Disorders* **133**, 265–273.

Kendler KS, Gardner CO, & Prescott CA (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *Am Psychiatric Assoc American Journal of Psychiatry* **154**, 322–329.

Koenig H, King D, & Carson VB (2012). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press, USA.

Koenig HG, George LK, & Peterson BL (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients., *American Journal of Psychiatry* **155**, 536–542.

Lima MS de, Soares BG de O, Paoliello G, Vieira RM, Martins CM, Mota Neto JID, Ferrão Y, Schirmer DA, & Volpe FM (2007). The Portuguese version of the clinical global impression-schizophrenia scale: validation study. *SciELO Brasil Revista Brasileira de Psiquiatria* **29**, 246–249.

Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, & Koenig HG (2010). Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version), *Journal of Religion and Health*

Maselko J, Gilman SE, & Buka S (2008). Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression, *Psychological Medicine* **39**, 1009.

Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, & Weissman MM (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study., *The American journal of psychiatry* **169**, 89–94.

Min J-A, Jung Y-E, Kim D-J, Yim H-W, Kim J-J, Kim T-S, Lee C-U, Lee C,

& Chae J-H (2012). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders, *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* **22**, 231–241.

Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, & Koenig HG (2006). Religiousness and mental health: a review. *SciELO Brasil Revista Brasileira de Psiquiatria* **28**, 242–250.

Moreira-Almeida A, Peres MF, aloe F, Lotufo Neto F, & Koenig HG (2008). Portuguese version of Duke Religious Index: DUREL. *SciELO Brasil Revista de Psiquiatria Clínica* **35**, 31–32.

Panzini RG, Maganha C, Rocha NSD, Bandeira DR, & Fleck MP (2011). Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs., *Rev Saúde Pública* **45**, 153–165.

Pargament KI, & Lomax JW (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness., *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* **12**, 26–32.

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, & Hahn J (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study., *Journal of health psychology* **9**, 713–730.

Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, & Carvalhaes R (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *SciELO Public Health Cadernos de Saúde Pública* **21**, 436–448.

Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, & Fleck MP (2012). Cross-cultural evaluation of the WHOQOL-BREF domains in primary care depressed patients using Rasch analysis., *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making* **32**, 41–55.

Rosmarin DH, Bigda-Peyton JS, Kertz SJ, Smith N, Rauch SL, & Björgvinsson T (2013). A test of faith in God and treatment The relationship

of belief in God to psychiatric treatment outcomes. Elsevier *Journal of Affective Disorders* **146**, 441–446.

Rushing NC, Corsentino E, Hames JL, Sachs-Ericsson N, & Steffens DC (2012). The relationship of religious involvement indicators and social support to current and past suicidality among depressed older adults, *Aging & mental health*, 1–9.

Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, van den Hove D, Kenis G, van Os J, & Wichers M (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives, *Acta Psychiatrica Scandinavica* **128**, 3–20.

Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, Spazzafumo L, Mancinelli L, Espinosa E, Rappelli A, & Dessì-Fulgheri P (2008). A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients., *Journal of the American Geriatrics Society* **56**, 1926–1931.

Schaefer FC, Blazer DG, & Koenig HG (2008). Religious and spiritual factors and the consequences of trauma: a review and model of the interrelationship., *International journal of psychiatry in medicine* **38**, 507–524.

Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN, Zhou AJ, Kanouse DE, Morrison JL, & Berry SH (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks., *The New England journal of medicine* **345**, 1507–1512.

Seemüller F, Riedel M, Obermeier M, Bauer M, Adli M, Kronmüller K, Holsboer F, Brieger P, Laux G, Bender W, Heuser I, Zeiler J, Gaebel W, Dichgans E, Bottländer R, Musil R, & Möller H-J (2010). Outcomes of 1014 naturalistically treated inpatients with major depressive episode. Elsevier B.V. and ECNP *European Neuropsychopharmacology* **20**, 346–355.

Smith GN, Ehmann TS, Flynn SW, MacEwan GW, Tee K, Kopala LC, Thornton AE, Schenk CH, & Honer WG (2011). The assessment of

symptom severity and functional impairment with DSM-IV axis V., *Psychiatric services (Washington, D.C.)* **62**, 411–417.

Smith TB, McCullough ME, & Poll J (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events., *Psychological Bulletin* **129**, 614–636.

Southwick SM, & Charney DS (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression., *Science (New York, N.Y.)* **338**, 79–82.

Southwick SM, Charney D, & Friedman MJ (2011). Resilience and mental health: challenges across the lifespan

Stroppa A, & Moreira-Almeida A (2013). Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder, *Bipolar disorders* **15**, 385–393.

Toussaint LL, Marschall JC, & Williams DR (2012). Prospective Associations between Religiousness/Spirituality and Depression and Mediating Effects of Forgiveness in a Nationally Representative Sample of United States Adults., *Depression Research and Treatment* **2012**, 267820.

Wagner F, Pawlowski J, Yates DB, Camey SA, & Trentini CM (2010). Viability of IQ estimates based on Vocabulary and Block Design WAIS-III subtests. *SciELO Brasil Psico-USF* **15**, 215–224.

Wagnild GM, & Young HM (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale., *Journal of nursing measurement* **1**, 165–178.

Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, & Carli V (2011). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Elsevier Masson SAS *European Psychiatry*, 1–13.

Windle G, Bennett KM, & Noyes J (2011). A methodological review of resilience measurement scales. BioMed Central Ltd *Health and Quality of Life*

Outcomes 9, 8.

FIGURE 1

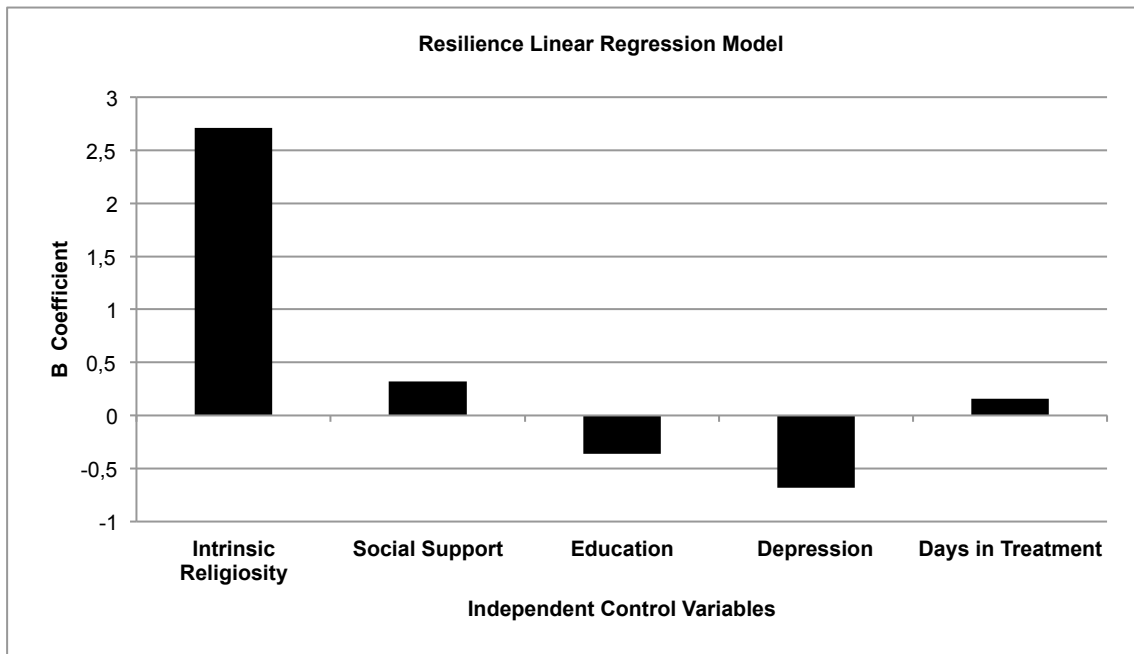


Fig. 1. Resilience Multivariate Linear Regression Model of Depressed Inpatients, controlling for covariates. Coefficients Dependent Variable: Resilience Scale, n=70, R Square 0.22, adjusted R Square 0.16, p=0.005.

TABLE 1

Socio-Demographic Data	Low IR	High IR	p
Age	43.2	48.3	0.07
Male	33.3%	44.8%	0.1
Ethnicity			
White	85.4%	87.8%	0.7
Non-White	18.2%	12.5%	
Marital Status			
Single	37.2%	31.3%	0.3
Married	44.2%	38.6%	
Separated	11.6%	25.5%	
Widowed	7%	6.4%	
Education (years of study)	10.4	8.5	0.04
Occupation			
Student	4.8%	3.3%	
Employed	28.6%	21.7%	
Unemployed	23.8%	18.8%	0.44
Stay at home	2.4%	2.2%	
Receiving Benefits	23.8%	17.4%	
Retired	9.5%	17.4%	
Prefer not to mention	7.1%	19.6%	
Duration of Illness (years)	11.3	10.8	0.64
Psychiatry Hospitalizations	2.7	3.4	0.89
Length of Inpatient Treatment	26.1	30.2	0.29
Number of Previous Suicide Attempts	2.4	1.6	0.05
Any Suicide Attempt	68.9%	57.4%	0.1
Illicit Substance Use in Life	30%	28.1%	0.8
Social Support (MOS)	68.6	75.4	0.05
Clinical Measures			
Depression (MINI)			
Previous Mania	33.3%	33.7%	0.96
Previous Hypomania	13.3%	12.6%	0.90
CIRS	2.4	2.7	0.95
HAM-D Admission	21.3	24.0	0.05
BPRS Admission	21.2	25.5	0.02
CGI Admission	5.0	5.5	0.03
GAF Admission	37.8	31.1	0.02
HAM-D AD*	13.6	16.9	0.04
BPRS AD*	12.6	16.8	0.03
CGI AD*	1.7	2.1	0.21
GAF AD*	31.6	28.6	0.59
Estimated IQ**	90.3	85.3	0.12

* Mean variation between (A) admission and (D) discharge; ** Adult Intelligence Scale (WAIS) Brazilian version

TABLE 2

Table 2. Mean Resilience Scale Scores in Low and High Intrinsic Religiosity Depressed Inpatients (n=141)

	Low IR	High IR	p-value*
Personal Competence	73.5	92.8	0.000
1. When a make plans I follow through with them	4.1	5.3	0.000
2. I usually manage one way or another.	4.4	5.0	0.09
3. I am able to depend on myself more than anyone else.	4.1	5.1	0.004
4. Keeping interested in things is important to me.	4.9	5.9	0.000
5. I can be on my own if I have to.	4.1	5.4	0.000
6. I feel proud that I have accomplished things in my life.	4.7	6.2	0.000
9. I think that I can handle many things at a time.	3.5	4.7	0.002
10. I am determined.	4.2	5.5	0.001
13. I can get through difficult times because I've experience difficulty before.	4.3	5.5	0.001
14. I have self-discipline.	4.4	5.4	0.001
15. I keep interested in things.	4.4	5.6	0.000
17. My belief in myself gets me through hard times.	4.0	5.1	0.001
18. In an emergency, I'm someone people generally can rely on.	5.0	6.2	0.000
19. I can usually look at a situation in a number of ways.	4.6	5.6	0.000
20. Sometimes I make myself do things whether I want or not.	4.8	5.0	0.45
23. When I'm in a difficult situation, I can usually find my way out of it.	4.1	5.2	0.03
24. I have enough energy to do what I have to do.	4.1	5.3	0.001
Acceptance of Life and Self	32.6	40.4	0.000
7. I usually take things in stride.	3.3	4.4	0.003
8. I am friend with my self.	4.4	5.6	0.001
11. I seldom wonder what the point of it all is.	3.9	4.2	0.45
12. I take things one day at time.	4.0	5.0	0.004
16. I can usually find something to laugh about.	4.1	4.8	0.04
21. My life has meaning.	4.2	5.7	0.000
22. I do not dwell on things that I can't do anything about.	4.3	5.1	0.01
25. It's Ok if there are people who don't like me.	4.6	5.5	0.05
Total Score (n=127)	104.7	133.2	0.000

*Mann-Whitney test. Domain division according Wagnild e Young (Wagnild & Young, 1993)

TABLE 3

Table 3. WHOQOL-BREF Scores of Depressed Inpatients at Discharge and High and Low Intrinsic Religiosity (n=138)

WHOQOL-BREF Domains	Low IR (n=44)	High IR (n=93)	T- Test p-value
Physical Health	12.3 (2.1)*	13.7 (2.9)	0.005
Psychological Health	11.5 (2.9)	13.7 (3.2)	0.000
Social Relationships	12.3 (2.7)	13.9 (3.9)	0.02
Environment	12.5 (2.2)	14.0 (2.4)	0.001
Overall	12.7 (3.7)	14.8 (3.2)	0.001

*mean values (\pm SD)

TABLE 4

Table 4. Multivariate Linear Regression Model Resilience Scale*

	Unstandardized	Standardized	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	Coefficients	Coefficients			Tolerance	VIF
	B	Beta				
Intrinsic Religiosity	2.71	0.33	2.78	0.007	0.84	1.188
Social Support (MOS)	0.32	0.19	1.63	0.1	0.88	1.136
Education (years of study)	-0.36	-0.05	-0.42	0.67	0.83	1.198
Depression (HAM-D discharge)	-0.68	-0.12	-1.05	0.29	0.93	1.068
Days in Psychiatric Unit	0.16	0.08	0.76	0.44	0.88	1.163

*Coefficients Dependent Variable: Resilience Scale, n=70, R Square 0,22, adjusted R Square 0,16, p=0,005.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou uma associação entre religiosidade intrínseca e resiliência em pacientes com depressão em internação psiquiátrica. Embora com sintomas mais graves na admissão, pacientes que relatavam maior religiosidade intrínseca reportavam maior resiliência, menos tentativas de suicídio e maior qualidade de vida. Tendo em vista maior sintomatologia na admissão e sintomas semelhantes na alta, pacientes com maior religiosidade intrínseca apresentaram maior amplitude de melhora.

O fato do estudo ter sido realizado em pacientes internados contribui para o entendimento da influência da religiosidade em pacientes com maior gravidade. Dúvidas quanto a possíveis prejuízos psíquicos com a R/E em pacientes internados podem ser relacionados a culpa, *coping* negativo ou sintomas psicóticos (Pargament and Lomax 2013). Ao mesmo tempo, a literatura descreve que efeitos protetores da religiosidade ocorrem justamente em situações de maior adversidade (Smith 2003). Outras evidências que reforçam efeitos positivos da religiosidade incluem estudo de Koenig em pacientes idosos com depressão em internação psiquiátrica (Koenig et al. 1998) e estudos em pacientes com esquizofrenia, relatando mais benefícios que prejuízos psicológicos com a religiosidade (Huguelet et al. 2007). A ausência de análise e controle quanto a sintomas psicóticos no estudo atual são contrapontos necessários para avaliação (de Mamani et al. 2010).

Conforme a literatura, a maior parte das evidências identifica relações inversas entre religiosidade e depressão (Koenig 2012). A associação da religiosidade com menor risco de suicídio é também relatada em estudos epidemiológicos (Kleiman and Liu 2014). Estudo de Miler e colaboradores vem de encontro aos atuais achados, identificando efeitos protetores da religiosidade para depressão ao longo de 10 anos de seguimento em indivíduos com alto risco (Miller et al. 2012).

Efeitos benéficos da religiosidade sobre a saúde mental e depressão podem ocorrer por diversos mecanismos, embora não exista um modelo teórico consensual (Koenig 2012). Evidências sugerem que os efeitos positivos da religiosidade/espiritualidade podem ser consequência de comportamentos saudáveis, menor uso de substâncias psicoativas, maior suporte social, além de efeitos psicológicos específicos, como emoções positivas, sentido existencial e *coping* religioso/espiritual (Moreira-Almeida *et al.* 2006).

Fatores psicológicos relacionados a resiliência podem ser um dos mecanismos mediadores dos benefícios da religiosidade. A associação encontrada no presente estudo com maior qualidade de vida, entendida como um desfecho ligado a religiosidade intrínseca e resiliência, ajuda a considerar essa hipótese, embora a mesma não tenha sido testado em modelo estatístico específico.

O papel de aspectos culturais na associação entre religiosidade e resiliência é um tema que tem sido destacado por alguns autores (Gebauer *et al.* 2012; Leurent *et al.* 2013). Pargament reforça a necessidade de estudos em diferentes países e culturas, incluindo diferentes diagnósticos psiquiátricos, para entendimento das relações entre religiosidade e saúde (Pargament and Lomax 2013). A existência de dados brasileiros contribui nesse sentido.

Podemos identificar algumas limitações no presente trabalho. A análise transversal da relação entre religiosidade e resiliência limita o entendimento das relações causais entre as variáveis. O pequeno intervalo de seguimento dos pacientes pode ter dificultado a avaliação do impacto da religiosidade intrínseca e resiliência nos sintomas. A contribuição da variáveis estudadas no modelo de regressão, incluindo religiosidade intrínseca, explica por volta de 20% da resiliência, e mostra que existe uma diversidade de fatores potencialmente envolvidos e que não foram incluídos no modelo. A ausência de dados mais completos sobre a religiosidade dos pacientes, incluindo denominação religiosa, outras dimensões da religiosidade e análise

mais específica de pacientes que não relatam qualquer tipo de religiosidade, constituem-se outras limitações do projeto.

Koenig, sugere algumas diretrizes para pesquisas futuras sobre religiosidade e depressão, incluindo: (1) populações ou culturas religiosas além dos Estados Unidos; (2) metodologia prospectiva e abordagens multidimensionais sobre religiosidade, para melhor avaliação das relações com psicopatologia; (3) avaliação da trajetória de desenvolvimento religioso/espiritual ao longo da vida, incluindo religiosidade em crianças e adolescentes; (4) variáveis genéticas, biológicas e de neuroimagem para compreensão de mediadores biológicos dos efeitos religiosidade e (5) ensaios clínicos avaliando intervenções ligadas a religiosidade/espiritualidade (Koenig et al. 2012).

Apesar das limitações apresentadas, o presente estudo é o primeiro a relatar as relações da religiosidade intrínseca com sintomas depressivos, resiliência, tentativas de suicídio e qualidade de vida em pacientes com depressão em internação psiquiátrica. A importância referida pelos pacientes e as relações com desfechos em saúde mental reforçam a importância do tema em pesquisa e para prática clínica.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiola T, Udofia O. Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. *BMC Research Notes*. BioMed Central Ltd; 2011 Nov 23;4(1):509.
- Alim TN, Feder A, Graves RE, Wang Y, Weaver J, Westphal M, et al. Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *Am J Psychiatry*. 2008 Dec;165(12):1566-75.
- Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and social psychology*. 1967 Apr;5(4):432-43.
- Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. SciELO Brasil; 2000;22(3):106-15.
- Anthes E. Depression: a change of mind. *Nature*. 2014 Nov 13;:185-7.
- APA APA. Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5.ed. Artmed Editora; 2014.
- Bhui K. A fine balance in the science of risk and resilience. *The British Journal of Psychiatry*. 2014 May 1;204(5):413-4.
- Blass RB. Beyond illusion: Psychoanalysis and the question of religious truth1. *The International Journal of Psychoanalysis*. Wiley Online Library; 2004;85(3):615-34.
- Blazer D. Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies? *Am J Psychiatry*. 2012 Jan;169(1):10-2.
- Bonanno GA, Diminich ED. Annual Research Review: Positive adjustment to adversity - trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012 Dec 7;54(4):378-401.
- Bonanno GA, Galea S, Bucchiarelli A, Vlahov D. Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*. 2006 Mar;17(3):181-6.
- Brietzke E, Kauer-Sant'Anna M, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, et al. Impact of childhood stress on psychopathology. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 Dec;34(4):480-8.
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. BioMed Central Ltd; 2011 Jul 26;9(1):90.

- Caldieraro MAK, Baeza FLC, Pinheiro DO, Ribeiro MR, Parker G, Fleck MP. Clinical differences between melancholic and nonmelancholic depression as defined by the CORE system. *Comprehensive Psychiatry*. Elsevier Inc; 2013 Jan 1;54(1):11-5.
- Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*. 2006 Apr;44(4):585-99.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003 Jul 18;301(5631):386-9.
- Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*. 2010 Oct;9(3):145-54.
- Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*. 2006 Jun;5(2):71-6.
- Cloninger CR. Healthy personality development and well-being. *World Psychiatry*. 2012 Jun;11(2):103-4.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*. 2006 May;92(1):35-44.
- Comte-Sponville A. *O Espírito do Ateísmo*. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003 Sep 2;18(2):76-82.
- Crippa JAS, Sanches RF, Hallak JEC, Loureiro SR, Zuardi AW. Factor structure of Bech's version of the Brief Psychiatric Rating Scale in Brazilian patients. *Braz J Med Biol Res*. 2002;35(10):1209-13.
- Cruz M, Pincus HA, Welsh DE, Greenwald D, Lasky E, Kilbourne AM. The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2010 Feb;12(1):68-76.
- Cyrułnik B. *Resilience: How Your Inner Strength Can Set You Free from the Past*. 2011.
- Dalgalarrondo P. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Artmed; 2008.
- de Mamani AGW, Tuchman N, Duarte EA. Incorporating Religion/Spirituality Into Treatment for Serious Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. Elsevier B.V; 2010 Nov 1;17(4):348-57.
- Diaz-Granados N, Herrman H. Promoting resilience in adults with experience of intimate partner violence or child maltreatment: a narrative synthesis of

- evidence across settings. *Journal of public ...* 2014.
- Donahue M. Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta-Analysis. Association AP, editor. *Journal of Personality and social psychology*. 1985 Sep 23;48(2):400–19.
- Eley DS, Cloninger CR, Walters L, Laurence C, Synnott R, Wilkinson D. The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well being. *PeerJ*. 2013;1(3):e216.
- Fava M, Team SDS. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR* D: implications for clinical practice. *American Journal of ...* 2006.
- Feder A, Ahmad S, Lee EJ, Morgan JE, Singh R, Smith BW, et al. Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier; 2012 Nov 26;1–8.
- Fetzer Institute, National Institute on Aging. *Multidimensional Measurement of Religiousness/spirituality for Use in Health Research*. 1999. pp. 1–103.
- Fleck MP de A. *A Avaliação de Qualidade de Vida*. 1st ed. Porto Alegre: Artmed Editora SA; 2008.
- Frankl VE. *Em Busca de Sentido*. Editora Sinodal; 1994.
- Freud S. *O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos (1927-1931)*. Imago; 2006.
- Garcia DL, Sansonowicz TK, Nuernberg GL, de Almeida Fleck MP, da Rocha NS. Spirituality in psychiatricconsultation: healthbenefits and ethical aspects. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(3):335–6.
- Gebauer JE, Sedikides C, Neberich W. Religiosity, Social Self-Esteem, and Psychological Adjustment: On the Cross-Cultural Specificity of the Psychological Benefits of Religiosity. *Psychological Science*. 2012 Feb 2;23(2):158–60.
- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study]. *Cad Saude Publica*. 2005 May;21(3):703–14.
- Griffiths FE, Boardman FK, Chondros P, Dowrick CF, Densley K, Hegarty KL, et al. The effect of strategies of personal resilience on depression recovery in an Australian cohort: A mixed methods study. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 2014 Dec 18;19(1):86–106.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology*. 1960.

- Harald B, Gordon P. Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V; 2012 Jul 1;139(2):126–40.
- Hill MN, Hellemans KGC, Verma P, Gorzalka BB, Weinberg J. Neurobiology of chronic mild stress: Parallels to major depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd; 2012 Oct 1;36(9):2085–117.
- Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*. 2003;58(1):64–74.
- Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt P-Y, Borrás L. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry*. 2007 Apr;22(3):188–94.
- Hyman S. Mental health: depression needs large human-genetics studies. *Nature*. 2014 Nov 13;515(7526):189–91.
- James W. *The Varieties of Religious Experience* (1902). New York: Barnes & Noble; 2004.
- Kendler KS, Gardner CO, Neale MC, Prescott CA. Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? *Psychol Med*. 2001 May;31(4):605–16.
- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*. 1999 Jun;156(6):837–41.
- Kendler KS, Liu X-Q, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2003 Mar;160(3):496–503.
- King MB, Koenig HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:116.
- Kleiman EM, Liu RT. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. *Br J Psychiatry*. 2014;204:262–6.
- Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press, USA; 2012.
- Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012(8):1–33.
- Koenig HG, Bussing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. 2010 Dec 1;:1–8.

- Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*. 1998 Apr;155(4):536–42.
- Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature*. 2008 Oct 16;455(7215):894–902.
- Layous K, Chancellor J, Lyubomirsky S, Wang L, Doraiswamy PM. Delivering Happiness: Translating Positive Psychology Intervention Research for Treating Major and Minor Depressive Disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2011 Aug;17(8):675–83.
- Lee TY, Cheung CK, Kwong WM. Resilience as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review. *The Scientific World Journal*. 2012;2012(3):1–9.
- Leontjevas R, de Beek WO, Lataster J, Jacobs N. Resilience to affective disorders: A comparative validation of two resilience scales. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Jul 17;168C:262–8.
- Leurent B, Nazareth I, Bellón-Saameño J, Geerlings M-I, Maarros H, Saldivia S, et al. Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: an international cohort study. *Psychol Med [Internet]*. 2013 Jan 29;43(10):2109–20. Available from: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=23360581&retmode=ref&cmd=prlinks>
- Lima MS de, Soares BG de O, Paoliello G, Vieira RM, Martins CM, Mota Neto JID, et al. The Portuguese version of the clinical global impression-schizophrenia scale: validation study. *Rev Bras Psiquiatr. SciELO Brasil*; 2007;29(3):246–9.
- Lomax JW, Kripal JJ, Pargament KI. Perspectives on “sacred moments” in psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2011. pp. 12–8.
- Lucchetti G, de Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG, SBAME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBAME. *BMC Med Educ*. 2013a;13:162.
- Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2010 Nov 24.
- Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J*. 2013b;131(2):112–22.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development [Internet]*. Wiley Online Library; 2000;71(3):543–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez45.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC1885202/pdf/nihms-21559.pdf>

- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064–74.
- Marques LF, Sarriera JC, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação psicológica. Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica. UFRGS*; 2009;8(2):179–86.
- Masten AS. *Ordinary magic: Resilience processes in development*. American Psychologist. 2001.
- Masten AS, Tellegen A. Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Dev Psychopathol*. 2012 Apr 17;24(02):345–61.
- Miller L, Wickramaratne P, Gamaroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2012 Jan;169(1):89–94.
- Miller LJ. *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*. Oxford University Press; 2012.
- Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(2):176–82.
- Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr. SciELO Brasil*; 2006;28(3):242–50.
- Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Portuguese version of Duke Religious Index: DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica. SciELO Brasil*; 2008;35(1):31–2.
- Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Revista de Psiquiatria Clínica. SciELO Brasil*; 2010;37(1):12–5.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851–8.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.
- Neri C. What is the function of faith and trust in psychoanalysis? 1. *The International Journal of Psychoanalysis*. Wiley Online Library; 2005;86(1):79–97.
- Nestler EJ. Epigenetic mechanisms of depression. *JAMA Psychiatry*. 2014

- Apr;71(4):454–6.
- Newport F. Gallup Poll. onlinedata gallup.com. 2014.
- Nishi D, Uehara R, Kondo M, Matsuoka Y. Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Research Notes*. 2010 Nov 17;3(1):310.
- Osler W. The Faith That Heals. *Br Med J*. 1910 Jun 18;1(2581):1470–2.
- Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007 Dec 29;:126–35.
- Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J Health Psychol*. 2004 Nov;9(6):713–30.
- Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*. 2013 Feb;12(1):26–32.
- Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, Butter EM, Zerowin J, Stanik P. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *J Clin Psychol*. 1998 Jan;54(1):77–89.
- Parker G, McCraw S, Blanch B, Hadzi-Pavlovic D, Synnott H, Rees A-M. Discriminating melancholic and non-melancholic depression by prototypic clinical features. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier; 2012 Aug 3;:1–9.
- Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*. SciELO Public Health; 2005;21(2):436–48.
- Pérez JE, Rex Smith A. Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *J Behav Med*. 2014 Aug 29.
- Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res*. 2012 Feb;72(2):129–35.
- Ripke S, Neale BM, Corvin A, Walters JTR, Farh K-H, Holmans PA, et al. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*. 2014 Jul 22;511(7510):421–7.
- Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP. Cross-cultural evaluation of the WHOQOL-BREF domains in primary care depressed patients using Rasch analysis. *Med Decis Making*. 2012 Jan;32(1):41–55.
- Rosmarin DH, Bigda-Peyton JS, Kertz SJ, Smith N, Rauch SL, Björgvinsson T. A test of faith in God and treatment The relationship of belief in God to psychiatric

- treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier; 2013 Apr 25;146(3):441–6.
- Rovaris DL, Mota NR, Callegari-Jacques SM, Bau CHD. Approaching “phantom heritability” in psychiatry by hypothesis-driven gene–gene interactions. *Frontiers in human neuroscience*. Frontiers Media SA; 2013;7.
- Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. 2013 Mar 14;128(1):3–20.
- Schaefer FC, Blazer DG, Koenig HG. Religious and spiritual factors and the consequences of trauma: a review and model of the interrelationship. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38(4):507–24.
- Sech Junior A, de Freitas Araujo S, moreira-Almeida A. William James and psychical research: towards a radical science of mind. *History of Psychiatry*. 2013 Feb 19;24(1):62–78.
- Seemüller F, Riedel M, Obermeier M, Bauer M, Adli M, Kronmüller K, et al. Outcomes of 1014 naturalistically treated inpatients with major depressive episode. *European Neuropsychopharmacology*. Elsevier B.V. and ECNP; 2010 May 1;20(5):346–55.
- Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*. 2003;129(4):614–36.
- Sousa CA, Haj-Yahia MM, Feldman G, Lee J. Individual and collective dimensions of resilience within political violence. *Trauma, Violence, & Abuse* [Internet]. 2013 Jun 20;14(3):235–54. Available from: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=23793902&retmode=ref&cmd=prlinks>
- Southwick SM, Charney D, Friedman MJ. Resilience and mental health: challenges across the lifespan. 2011.
- Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science* [Internet]. 2012 Oct 5;338(6103):79–82. Available from: http://www.viriya.net/jabref/resilience/the_science_of_resilience_-_implications_for_the_prevention_and_treatment_of_depression.pdf
- Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2013 Apr 22;15(4):385–93.
- Wagenseller JP. Spiritual renewal at midlife. *J Relig Health*. 1998.
- Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165–78.

- Watlington CG, Murphy CM. The roles of religion and spirituality among African American survivors of domestic violence. *J Clin Psychol*. 2006;62(7):837–57.
- Waugh CE, Koster EHW. *Clinical Psychology Review*. Clin Psychol Rev. Elsevier Ltd; 2014 Jun 12;:1–12.
- WHOQOL-SRPB G. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*. 2006 Mar;62(6):1486–97.
- Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*. BioMed Central Ltd; 2011 Feb 4;9(1):8.
- Wingo AP, Wrenn G, Pelletier T, Gutman AR, Bradley B, Ressler KJ. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*. 2010 Nov;126(3):411–4.
- Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em estudo*. SciELO Brasil; 2003;8(spe):75–84.

2.8. Hospitalizações Psiquiátricas:

1 sim 2 não 0 sem condições de responder
Se sim, quantas:

2.9. Idade na hospitalização anterior: anos

2.10. Já realizou ECT: 1 sim 2 não 0 sem condições de responder

Se sim, quantas séries:

2.11. Tentativa de suicídio: 1 sim 2 não 9 não quer informar
 0 sem condições de responder

Se sim, número: vezes

Tipo tentativa: 1 arma fogo 2 enforcamento 3 cortar pulsos

4 medicação 5 pular de local alto

6 outro, qual:

3. Hábitos

3.1. Tabagismo Passado: 1 sim 2 não Se sim, tempo de uso: anos

Tabagismo Atual: 1 sim 2 não Se sim, maços/dia:

3.2. Uso Atual Chá: 1 sim 2 não

Chimarrão: 1 sim 2 não

Café: 1 sim 2 não

3.3 Já usou ou usa drogas de abuso: 1 Sim 2 Não

Se sim, qual?

1 Maconha 1 Uso Atual 2 Uso passado

2 Cocaína 1 Uso Atual 2 Uso passado

3 Crack 1 Uso Atual 2 Uso passado

4 Alucinógeno 1 Uso Atual 2 Uso passado

5 Anfetaminas 1 Uso Atual 2 Uso passado

6 Álcool 1 Uso Atual 2 Uso passado

7 Benzodiazepínico sem prescrição 1 Uso Atual 2 Uso passado

8 Outro. Qual? 1 Uso Atual 2 Uso passado

4. Tratamento Psiquiátrico

4.1. Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico? 1 Sim 2 Não
Quais **medicamentos** você tomou para qualquer dos comportamentos/ problemas psiquiátricos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Antidepressivos | <input type="checkbox"/> 4 Anticolinérgico |
| <input type="checkbox"/> 2 Antipsicóticos | <input type="checkbox"/> 5 Benzodiazepínico |
| <input type="checkbox"/> 3 Estabilizador do Humor | <input type="checkbox"/> 6 Metilfenidato |

(Preencher de acordo com códigos em Tabela de Medicções Psiquiátricas):

Número da Medicação	Uso Atual		Dose	Número da Medicação	Uso Atual		Dose
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	

5. História Familiar de Doença Psiquiátrica:

Filho adotivo? 1 Sim 2 Não 9 Não Sabe 0 sem condições de informar

Código para transtorno: 1 – Transtorno Bipolar 2- Depressão 3- Esquizofrenia

4- Ansiedade 5-Problemas com álcool 6-Problemas com drogas

Código para desfecho: 1- Tentativas de suicídio 2-Suicídio completo

3-Internação psiquiátrica 4- Uso de medicação psiquiátrica

1 Mãe	Transtorno: <input type="checkbox"/>	Desfecho: <input type="checkbox"/>
2 Pai	Transtorno: <input type="checkbox"/>	Desfecho: <input type="checkbox"/>
3 Irmãos	Quantos afetados? <input type="text"/> <input type="text"/>	Transtorno: <input type="checkbox"/> Desfecho: <input type="checkbox"/>
4 Avó/Avô Materno	Quantos afetados? <input type="text"/> <input type="text"/>	Transtorno: <input type="checkbox"/> Desfecho: <input type="checkbox"/>
5 Avó/Avô Paterno	Quantos afetados? <input type="text"/> <input type="text"/>	Transtorno: <input type="checkbox"/> Desfecho: <input type="checkbox"/>
6 Tios Maternos	Quantos afetados? <input type="text"/> <input type="text"/>	Transtorno: <input type="checkbox"/> Desfecho: <input type="checkbox"/>
7 Tios Paternos	Quantos afetados? <input type="text"/> <input type="text"/>	Transtorno: <input type="checkbox"/> Desfecho: <input type="checkbox"/>

6. Fatores relacionados ao sexo feminino (Obs: codificar para sexo masculino: 9- não se aplica)

6.1. Gravidez atual? 1 Sim 2 Não

6.2. Uso atual de método anticoncepcional: 1 sim 2 não 0 sem condições de informar

Se sim, Qual (is): 1 Anticoncepcional oral (pílula) 2 DIU
 3 Camisinha 4 Diafragma 5 coito interrompido 6 L.Tubária
 7 Vasectomia do marido 8 tabelinha 9 Anticoncepcional Injetável

2. Grau de Instrução do **chefe da família**

Analfabeto /Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Classe:

- 1 A1 (30-34) 2 A2 (25-29) 3 B1 (21-24) 4 B2 (17-20)
- 5 C (11-16) 6 D (6-10) 7 E (0-5)

Impressão do avaliador:

- 1 Entrevista fácil: paciente informa bem em relação a datas e fatos
- 2 Entrevista média: paciente informa bem alguns aspectos, mas não outros, menos de metade das informações são de prontuário ou do familiar
- 3 Entrevista difícil: paciente informa pouco, maioria das informações obtidas de prontuário ou familiar
- 4 Entrevista muito difícil: paciente não informa quase nada, baixa confiabilidade das informações
- 5 Entrevista impossível – informações apenas de terceiros.

11. ANEXO II – WHOQOL-BREF

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas duas últimas semanas:

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que	1	2	3	4	5

	precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas:

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

12. ANEXO III – Escala de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL)

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

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

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

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

A seção seguinte contém 3 frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

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

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

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

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

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

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

13. ANEXO IV – Escala de Resiliência

Circule os números que se pareçam com as experiências vividas por você, sendo que 1 representa que você discorda totalmente, ou seja, é como se fosse falso e 7 é que você concorda totalmente, como se fosse verdadeira a afirmação.

1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

4. Manter interesse nas coisas é importante para mim

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

8. Eu sou amigo de mim mesmo

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

10. Eu sou determinado

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

14. Eu sou disciplinado

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

15. Eu mantenho interesse nas coisas

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

16. Eu normalmente posso achar motivo para rir

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

21. Minha vida tem sentido

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim

(discordo totalmente) 1 2 3 4 5 6 7 (concordo totalmente).

14. ANEXO V- Questionário de Apoio Social (MOS)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

I1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

_____ parentes não tenho nenhum parente

I2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes)

_____ amigos não tenho nenhum amigo

I3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase Sempre

Sempre

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Para levá-lo ao médico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Para divertirem-se juntos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Que lhe dê um abraço?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Com quem relaxar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
m) De quem realmente quer conselhos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
n) Com quem distrair a cabeça?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

I3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
r) Para fazer coisas agradáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
s) Que compreenda seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

15. ANEXO VI – Hamilton Depression Rating Scale

1. HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, inutilidade)

- 0 - Ausente.
- 1 - Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
- 2 - Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
- 3 - Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
- 4 - Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- 0 - Ausente
- 1 - Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.
- 2 - Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações.
- 3 - A doença atual é um castigo.
- 4 - Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

- 0 - Ausente.
- 1 - Sente que a vida não vale a pena.
- 2 - Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
- 3 - Idéias ou gestos suicidas.
- 4 - Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

- 0 - Sem dificuldades para conciliar o sono.
- 1 - Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
- 2 - Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- 0 - Sem dificuldades.
- 1 - O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
- 2 - Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

- 0 - Sem dificuldades.
- 1 - Acorda de madrugada, mas volta a dormir
- 2 - Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- 0 - Sem dificuldades.
- 1 - Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.
- 2 - Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).
- 3 - Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).
- 4 - Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

- 0 - Pensamento e fala normais.
- 1 - Leve retardo à entrevista.
- 2 - Retardo óbvio à entrevista.
- 3 - Entrevista difícil.
- 4 - Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

- 0 - Nenhuma.
- 1 - Inquietude.
- 2 - Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
- 3 - Mexe-se, não consegue sentar quieto.
- 4 - Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0 - Sem dificuldade.
- 1 - Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2 - Preocupação com trivialidades.
- 3 - Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
- 4 - Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

- Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como: Gastrointestinais (boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação), cardiovasculares (palpitações, cefaléia), respiratórios (hiperventilação, suspiros), frequência urinária, sudoresa
- 0 - Ausente
 - 1 - Leve
 - 2 - Moderada
 - 3 - Grave
 - 4 - Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

- 0 - Nenhum
- 1 - Perda de appetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen
- 2 - Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- 0 - Nenhum
- 1 - Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço.
- 2 - Qualquer sintoma bem caracterizado é nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENTAIS (perda da libido, distúrbios menstruais)

- 0 - Ausentes
- 1 - Leves
- 2 - Intensos

15. HIPOCONDRIA

- 0 - Ausente
- 1 - Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2 - Preocupação com a saúde
- 3 - Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4 - Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

- A) Quando avaliada pela história clínica
- 0 - Sem perda de peso.
 - 1 - Provável perda de peso associada à moléstia atual.
 - 2 - Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
 - 3 - Não avaliada.
- B) Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso
- 0 - Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
 - 1 - Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
 - 2 - Mais de 1 Kg de perda por semana.
 - 3 - Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

- 0 - Reconhece que está deprimido e doente.
- 1 - Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
- 2 - Nega estar doente.

TOTAL:

16. ANEXO VII - Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS)

Versão Ancorada (BPRS-A (Woerner, 1998, tradução de Romano e Elkis, 1996) associada a Entrevista Clínica Estruturada (SIG-BPRS) de Rhoades e Overall (1988)

Paciente:	Número	Data:
Entrevistador:	Registro:	Fase do estudo:
<p>Instruções: A escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Os itens assinalados com OBSERVAÇÃO (3, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 18) devem ser avaliados tomando por base OBSERVAÇÕES feitas durante a entrevista. Os itens assinalados com RELATO DO PACIENTE devem ser avaliados a partir de informação RELATADA (ou seja, SUBJETIVA) referente ao período escolhido (em geral 1 semana). As perguntas-guia em negrito devem ser formuladas diretamente nos itens em que se avalia a relato do paciente.</p> <p>Início da entrevista: comece com estas perguntas e utilize as respostas às mesmas para completar o item 18 (Orientação) Qual o seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?): Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje? (semana- mês- ano)?</p>		

1	RELATO DO PACIENTE	<p>Preocupação Somática: Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários)</p> <p><i>Pergunta-Guia</i> Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve a sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?</p> <p>0 Não relatado 1 Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas. 2 Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada, ou freqüentemente fica levemente apreensivo. 3 Moderado: Ocasionalmente muito preocupado ou moderadamente preocupado com freqüência. 4 Moderadamente Grave: Freqüentemente muito preocupado. 5 Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo. 6 Muito Grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.</p>
2	RELATO DO PACIENTE	<p>ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.</p> <p><i>Pergunta-Guia</i> Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (quando se sente assim, você consegue saber o porque? De que forma as suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia-dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)</p> <p>0 Não relatado 1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso. 2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou freqüentemente se sente levemente ansioso. 3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou freqüentemente se sente moderadamente ansioso. 4 Moderadamente Grave: Freqüentemente se sente muito ansioso 5 Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.</p>
3	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>RETRAIMENTO AFETIVO: Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade, e tom de voz. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p> <p>0 Não observado 1 Muito leve: Ex: ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador. 2 Leve: Ex: como acima, porém mais freqüente. 3 Moderado: Ex: demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões. 4 Moderadamente Grave: Ex: olha fixamente no chão e afasta-se do entrevistador mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista. 5 Grave: E: como acima, porém mais persistente e disseminado. 6 Muito Grave: Ex: parece estar "aéreo", "nas nuvens" ou "viajando" (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não-envolvido u não-comprometido com situação da entrevista (Não pontuar se explicado pela desorientação)</p>

4	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (p.ex, associações frouxas, incoerência, fuga de idéias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (p.ex: "Meus pensamentos estão voando", "Não consigo manter o pensamento", "Meus pensamentos se misturam todos"). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.
0 Não observado. 1 Muito leve: Ex: levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa. 2 Leve: Ex: freqüentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista. 3 Moderado: Ex: ocasionalmente faz afirmações irrelevantes; uso infreqüente de neologismos; ou associações moderadamente frouxas. 4 Moderadamente Grave: Como acima, porém mais freqüente. 5 Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil. 6 Muito Grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.		
5	RELATO DO PACIENTE	SENTIMENTOS DE CULPA: Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal. Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.
<i>Pergunta-Guia</i> 0 Não relatado 1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado. 2 Leve Ocasionalmente se sente moderadamente culpado; ou freqüentemente se sente levemente culpado. 3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado; ou freqüentemente se sente moderadamente culpado 4 Moderadamente Grave: freqüentemente se sente muito culpado. 5 Grave: Sente-se muito culpado a maior parte o tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado. 6 Muito Grave: Sentimento de culpa angustiante e constante; ou delírios de culpa disseminados.		<i>Nos últimos dias você tem se sentido um peso pára sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que você está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)</i>
6	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (p.ex: discinesia tardia).
0 Não observado. 1 Muito leve: Ex: ocasionalmente agitado 2 Leve: Ex: freqüentemente agitado. 3 Moderado: Ex: agita-se constantemente ou freqüentemente. Torce as mãos e puxa a roupa. 4 Moderadamente Grave: Ex: agita-se constantemente. Torce as mãos e puxa a roupa. 5 Grave: Ex: não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar. 6 Muito Grave: anda de maneira frenética		
7	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	MANEIRISMOS E POSTURA: comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento; não pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar freqüência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.
0 Não observado 1 Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa, por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infreqüentes. 2 Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro, por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente. 3 Moderado: Ex: adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo. 4 Moderadamente Grave: Como acima, porém mais freqüente, intenso ou disseminado. 5 Grave: Como acima, porém mais freqüente, intenso ou disseminado. 6 Muito Grave: Ex: postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.		
8	RELATO DO PACIENTE	IDÉIAS DE GRANDEZA: Autoestima (autoconfiança) exagerada, ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. Não pontuar mera qualidade grandiosa de alegações (p. ex.: "sou o pior pecador do mundo", "todo o país está tentando me matar") a menos que a culpa/perseguição esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se o paciente nega talentos, poderes, etc, mesmo que ele afirme que outros digam que ele possui estas qualidades, este item não deve ser pontuado Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
<i>Pergunta-Guia</i> 0		<i>Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?</i>

	<p>1 Não relatado</p> <p>2 Muito leve: Ex: é mais confiante que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.</p> <p>3</p> <p>4 Leve: Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.</p> <p>5</p> <p>6 Moderado: Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.</p> <p>Moderadamente Grave: Ex: um único (e claramente definido) delírios de grandeza encapsulados ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).</p> <p>Grave: Ex: um único, ou claros delírios/ sistema delirantes ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.</p> <p>Muito Grave: Ex: como acima, mas a quase-totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.</p>
9	<p>RELATO DO PACIENTE</p> <p>HUMOR DEPRESSIVO: Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, “estar na fossa”, etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de identificação geral e queixas somáticas. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	<p><i>Pergunta-Guia</i></p> <p>0 <i>Como tem estado o seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (como esse sentimento tem afetado o seu dia-dia?)</i></p> <p>1 Não relatado</p> <p>2 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.</p> <p>3 Leve Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido, ou freqüentemente se sente levemente deprimido.</p> <p>4</p> <p>5 Moderado. Ocasionalmente se sente muito deprimido, ou freqüentemente se sente moderadamente deprimido.</p> <p>6 Moderadamente Grave Freqüentemente se sente muito deprimido</p> <p>Grave Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.</p> <p>Muito Grave Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.</p>
10	<p>RELATO DO PACIENTE</p> <p>HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação da entrevista. Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros. Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.</p>
	<p><i>Pergunta-Guia</i></p> <p>0 <i>Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos)?</i></p> <p>1 Não relatado</p> <p>2 Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.</p> <p>3 Leve: Freqüentemente sente um pouco de raiva, ou ocasionalmente sente raiva moderada.</p> <p>4 Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva; ou freqüentemente sente raiva moderada.</p> <p>5 Moderadamente Grave: Freqüentemente sente muita raiva.</p> <p>6 Grave: Atuou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.</p> <p>Muito Grave: Atuou sua raiva em várias ocasiões.</p>
11	<p>RELATO DO PACIENTE</p> <p>DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação a paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais, quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	<p><i>Pergunta-Guia</i></p> <p>0 <i>Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (de que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçado para lhe causar problemas? (Quem? Por que? Como você sabe disso?)</i></p> <p>1 Não relatado</p> <p>2 Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.</p> <p>3</p> <p>4 Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.</p> <p>5</p> <p>6 Moderado: Desconfiança mais freqüente; ou idéias de referência passageiras.</p> <p>Moderadamente Grave: Desconfiança disseminada; ou idéias de referência freqüentes.</p> <p>Grave: claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (p. ex. um delírio encapsulado).</p> <p>Muito Grave: como acima, porém mais abrangente, freqüente, ou intenso.</p>
12	<p>RELATO DO PACIENTE</p> <p>COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas as experiências que ocorrem na última semana: Não pontuar “vozes na minha cabeça”, ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.</p>
	<p><i>Pergunta-Guia</i></p> <p>0 <i>Você tem tido experiências incomuns, que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir?(você estava acordado neste momento? O que você ouvia [barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si]? Com que freqüência? Interferem no seu dia-dia?) Você tem visto coisa que a maioria das pessoas não podem ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via [luzes, formas, imagens]? Com que freqüência ? Interferem no seu dia-dia?)</i></p> <p>1</p> <p>2</p>

		<p>3 Não relatado</p> <p>4 Muito leve Apenas se suspeita de alucinação</p> <p>5 Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes, ou transitórias.</p> <p>6 Moderado Como acima, porém mais frequentes (p. ex: frequentemente vê a cara do diabo; duas vozes travam uma longa conversa)</p> <p>Moderadamente Grave: As alucinações são experimentadas quase todo o dia, ou são fontes de incômodo extremo.</p> <p>Grave: Como acima e exerceu impacto moderado no comportamento do paciente (p.ex: dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).</p> <p>Muito Grave: como acima, com grave impacto (p.ex.: tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).</p>
13	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>RETARDAMENTO MOTOR: Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente. Não pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.</p>
		<p>0 Não observado</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Ex conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.</p> <p>3 Moderado: Ex: conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.</p> <p>4 Moderadamente Grave: Ex: conversa é arrastada, movimenta-se muito lentamente.</p> <p>5 Grave: Ex: é difícil manter a conversa, quase não se movimenta.</p> <p>6 Muito Grave: Ex: conversa é quase impossível, ou paciente não se move durante toda a entrevista.</p>
14	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com o entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. Não pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.</p>
		<p>0 Não observado</p> <p>1 Muito leve: Ex: não parece motivado.</p> <p>2 Leve: Ex: parece evasivo em certos assuntos.</p> <p>3 Moderado: Ex: monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.</p> <p>4 Moderadamente Grave: Ex: expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.</p> <p>5 Grave: Ex: recusa-se a responder à algumas questões.</p> <p>6 Muito Grave Ex: recusa-se a responder à maior parte das questões</p>
15	RELATO DO PACIENTE	<p>ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO-DELÍRIOS: Gravidade de qualquer tipo de delírio – considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-Guia	<p>Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mande mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?</p>
		<p>0</p> <p>1</p> <p>2 Não relatado</p> <p>3 Muito leve: suspeita-se ou há probabilidade de delírio.</p> <p>4 Leve: às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).</p> <p>5 Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.</p> <p>6 Moderadamente Grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.</p> <p>Grave: Delírios têm efeito significativo; por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus.</p> <p>Muito Grave: Delírios têm impactos marcantes, por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada.</p>
16	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por déficits na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
		<p>0 Não observado</p> <p>1 Muito leve Ex: ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.</p> <p>2 Leve: Ex: expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.</p> <p>3 Moderado: Ex: como acima, porém mais intenso, prolongado ou frequente.</p> <p>4 Moderadamente Grave: Ex: achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características:falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada</p> <p>5 Grave: Ex: profundo achatamento de afeto.</p> <p>6 Muito Grave: Ex: voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.</p>
17	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaniaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza.Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>

	<p>0 Não observado</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Ex: às vezes irritadiço ou expansivo.</p> <p>3 Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.</p> <p>4 Moderadamente Grave Ex: Constantemente irritadiço ou expansivo às vezes enfurecido ou eufórico.</p> <p>5</p> <p>6 Grave: Ex: Enfurecido ou eufórico a maior parte da entrevista. Muito Grave Ex: como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.</p>
18	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE
<i>Pergunta-Guia</i>	<p>DESORIENTAÇÃO: confusão ou falta de orientação adequada em relação às pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p> <p>Primeira avaliação: <i>Qual o seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?)</i></p> <p>Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje? (semana- mês- ano)?</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2 <i>Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário faça exame específico).</i></p> <p>3 Re-entrevista: <i>Você pode me dizer que dia é hoje? (semana- mês- ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?</i></p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>Não observado</p> <p>Muito leve: Ex: parece um pouco confuso.</p> <p>Leve: Ex: indica 2003 quando é na verdade 2004.</p> <p>Moderado: Ex: indica 1992.</p> <p>Moderadamente Grave: Ex: não sabe ao certo onde está.</p> <p>Grave: Ex: não faz idéia onde está.</p> <p>Muito Grave: Ex: não sabe quem é.</p>

17. ANEXO VIII – Escala Impressão Clínica Global (CGI)

Considerando a sua experiência com este tipo de problema,
qual a gravidade da doença deste paciente no momento?

- () 1 – Não está doente.
- () 2 – Muito leve.
- () 3 – Leve.
- () 4 – Moderada
- () 5 - Acentuada
- () 6 – Grave
- () 7 – Extremamente grave

18. ANEXO IX– Escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em uma linha contínua hipotética de saúde mental - doença mental. Não incluir problema no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Obs.: usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 45, 68, 72)

100-91	Funcionamento superior em ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais parecem sair de seu controle, é procurado por outros pelas qualidades positivas. Não apresenta sintomas.
90-81	Sintomas ausentes ou mínimos (ex: ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, envolvido e interessado em muitas atividades, socialmente afetivo, geralmente satisfeito com a vida. Não mais do que problemas ou preocupações cotidianas com a vida. Ex.: discussão ocasional com familiar.
80-71	Se existem sintomas, estes são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais. Ex.: dificuldade de se concentrar depois de uma discussão com família. Leve prejuízo social, ocupacional ou escolar.
70-61	Sintomas leves (humor depressivo, insônia leve) OU alguma dificuldade social, escolar. Geralmente funcionam bem. Têm relacionamentos interpessoais significativos.
60-51	Sintomas moderados (afeto plano, fala circunstancial, ataques ocasionais de pânico) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
50-41	Sintomas sérios (ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).
40-31	Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (fala as vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas: emprego, escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (evita amigos, negligencia a família, incapaz de trabalhar. Crianças batem em mais jovens, desafiadoras em casa, vão mal a escola).
30-21	Comportamento influenciado por delírios, ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação, ou julgamento (amplamente incoerente, age de forma amplamente inapropriada, preocupação suicida) OU incapacidade para funcionar na maioria das áreas (ex: permanece na cama o dia inteiro, sem emprego, casa ou amigos).
20-11	Algum perigo de ferir a si e aos outros (tentativa de suicídio sem clara expectativa de morte, violento, maníaco) OU ocasionalmente deixa de manter a higiene pessoal mínima (suja-se de fezes) OU amplo prejuízo na comunicação (amplamente incoerente ou mudo).
10-1	10 - Perigo persistente de ferir severamente a si ou outros (violência recorrente) OU uma incapacidade persistente para manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com clara expectativa de morte
0	Informações Inadequadas

19. ANEXO X- CIRS

CIRS (G) Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric

Instruções: anote as descrições dos problemas médicos que justifiquem a pontuação a cada item (se necessário use a página atrás)

Pontuação:

0: sem problema.

1: problema de média intensidade ou problema passado significativo.

2: morbidade ou incapacidade aguda ou que necessitem de terapia de primeira linha.

3: incapacidade severa ou constante ou doença crônica incontrolada.

4: necessidade de tratamento severo imediato ou extremo ou falência final de órgão ou grave comprometimento funcional.

Sistema	Condição Clínica	Pontos
Coração		
Vascular		
Hematopoiético		
Respiratório		
Otorrinolaringológico		
Trato GI superior		
Trato GI inferior		
Fígado		
Rim		
Genito-urinário		
Musculoesquelético/tegumento		
Neurológico		
Endócrino/metabólico/mama		
Doença psiquiátrica		

Tratamento Psiquiátrico

Quais **medicamentos** você tomou durante a internação ?
(Preencher de acordo com códigos em Tabela de Medicações Psiquiátricas):

Número da Medicação	Uso Atual		Dose	Número da Medicação	Uso Atual		Dose
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	

Levando em consideração o problema que lhe trouxe a tratamento, em relação a seu estado na baixa, você está:

9 pior 1 Igual 2 Melhor

Você voltará a morar no mesmo lugar em que vivia antes da internação?

1 Sim 2 Não

Onde? 1 pensão 2 institucionalização 3 irá morar com outro familiar

4 outro – qual?

Você já tem um local para seguir seu atendimento? 1 sim 2 não

1 Ambulatório HCPA

2 Psiquiatra particular (não psicoterapia)

3 CAPS HCPA () OUTRO CAPS Qual?

4 CAPS AD

5 Outro Qual ?

Indicação de tratamento:

Psicoterapia: 1 Sim 2 Não 9 Não sabe

Medicamentos: 1 Sim 2 Não 9 Não sabe

Quais?

(Preencher de acordo com códigos em Tabela de Medicações Psiquiátricas):

Número da Medicação	Dose	Número da Medicação	Dose

21. ANEXO XII – Termo de Consentimento

Termo de consentimento Livre e Esclarecido

O objetivo deste estudo é avaliar no sangue o nível de algumas substâncias que podem estar alteradas em pessoas com problemas mentais. Você está sendo convidado a participar deste estudo.

Será feita uma coleta de amostra de sangue (10 ml), no momento da internação e de sua alta hospitalar. O sangue coletado será armazenado, para fins de pesquisa, e os riscos envolvidos neste procedimento são mal-estar passageiro ou mancha roxa no local da coleta de sangue. Além desta coleta de sangue, você fará uma avaliação psiquiátrica e psicológica, composta por entrevista e alguns questionários. A entrevista e o preenchimento dos questionários não envolvem maiores riscos e levará em torno de 40 minutos. Algumas perguntas podem trazer algum desconforto e você tem a liberdade de não respondê-las. Uma parte destas avaliações será repetida na sua alta e em 6 meses depois, por telefone. O nome do paciente será mantido em sigilo pelos pesquisadores, sendo estes dados utilizados apenas para esta pesquisa. Você não terá nenhum custo pela participação neste estudo.

Eu, _____, fui informado dos objetivos especificados acima e da justificativa desta pesquisa, de forma detalhada e clara. Recebi informações específicas sobre cada procedimento, dos desconfortos e riscos previstos, tanto dos benefícios esperados. Todas minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disto, sei que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa de acordo com estas informações e a qualquer momento do estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu atendimento.

O profissional _____ certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial, sem identificação do paciente.

Este documento foi elaborado em 2 vias, uma ficará com você e outra ficará arquivada com o pesquisador.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com Dr. Marcelo Fleck ou com Dra. Neusa Sica da Rocha pelos telefones 33598294 ou 33598413. Serviço de Psiquiatria- HCPA Ramiro Barcelos, 2350- 4º andar, sala 400 N.

Autorizo o uso do material e das informações coletadas para uso em outros estudos futuros desde que aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação.

() Sim, autorizo.

() Não, não autorizo

Assinatura do paciente

Assinatura do investigador

Assinatura do responsável legal

Data:

Caso tenha dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, ligue para o Comitê de Ética em Pesquisa-HCPA, fone 51 33598304

22. ANEXO XIII- Confirmação Submissão de Artigo

Ms. Ref. No.: JAD-D-14-01542

Title: Intrinsic Religiosity, Resilience, Quality of Life and Suicide Risk in Depressed Inpatients
Journal of Affective Disorders

Dear Bruno,

I am pleased to confirm that your paper "Intrinsic Religiosity, Resilience, Quality of Life and Suicide Risk in Depressed Inpatients" has been accepted for publication in the Journal of Affective Disorders.

Thank you for submitting your work to this journal.

With kind regards,

Hagop Akiskal
Editor-in-Chief
Journal of Affective Disorders

Comments from the Editors and Reviewers:

Editorial Office:

We have accepted your submission AS IS, no need for any revision.