

INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE NO BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS PORTUGUESES DOS 12 AOS 90

Ana Veríssimo Ferreira

Escola Superior de Educação de Lisboa

Bolseira da FCT - SFRH/BPD/34963/2007

ana@jaf.pt

Félix Neto

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Fecha de recepción: 27 de enero de 2012

Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012

RESUMO

Em tempos de crise as desigualdades económicas e sociais emergem e as mudanças só são possíveis com grande envolvimento, conhecimento e tomada de consciência dos problemas sendo necessário alteração de atitudes com base no respeito e colaboração, trabalho e partilha. A intervenção das instituições é fundamental no apoio e às comunidades, famílias carenciadas e grupos de risco. Este estudo analisa a influência da religiosidade na satisfação com a sua vida em 822 portugueses com idades compreendidas entre os 12 e os 90 anos, sendo medida a religiosidade (atitude, orientação e bem-estar espiritual) e o bem-estar (satisfação com a vida e afectos positivos e negativos). Podemos concluir que quem é católico, frequenta mais a igreja, reza mais, tem atitudes mais favoráveis ao cristianismo e tem maior bem-estar religioso, é mais satisfeito com a vida e é mais entusiasta, atento e atencioso, estimulado, forte e emocionado. O sexo e a idade também influencia, as raparigas e as mulheres têm atitudes mais favoráveis ao cristianismo, frequentam mais os locais religiosos e têm mais satisfação com a vida. Os idosos têm maior religiosidade (intrínseca, organizacional e não organizacional) e não são os mais satisfeitos com a vida.

Palavras-chave: Religiosidade, bem-estar, satisfação com a vida e afetos

ABSTRACT

In times of crisis, the economic and social inequalities emerge and the changes are only possible with great commitment, knowledge and awareness of problems requiring changes in attitudes based on respect and collaboration, and sharing work. The intervention of the institutions is essential in supporting and communities, families in need and at risk groups. This study examines the influence of religion on their satisfaction with life in 822 Portuguese aged between 12 and 90 years. We measured religiosity (attitude, orientation and spiritual well-being) and well-being (life satisfaction and positive and negative affect). We can conclude that those who are Catholic, attending church more, pray more, have more favorable attitudes toward Christianity, have higher religious well-being, are more satisfied with life and are more enthusiastic, attentive and caring, stimulated, strong and emotional. Sex and age also affects girls and women have more favorable attitudes to

Christianity, more frequent religious sites and have more satisfaction with life. The elderly have higher religiosity (intrinsic, organizational and non organizational) and are not more satisfied with life.

Keywords: Religiosity, well-being, life satisfaction and affects

INTRODUÇÃO

As instituições públicas e privadas têm um papel fundamental no garante da solidariedade social em tempos de crise, têm um conhecimento transversal de toda a sociedade, prestam serviços de acompanhamento a crianças e jovens, aos mais idosos e mais carenciados. A promoção do bem-estar e da melhoria das condições de vida é desenvolvido através de um serviço de proximidade, muitas vezes dinamizado por instituições religiosas junto das populações, existindo muito trabalho empírico que aponta para a existência de uma associação positiva entre envolvimento religioso e bem-estar.

Taylor, Mattis e Chatters (1999) conceptualizaram um modelo tridimensional do envolvimento religioso: organizacional, não organizacional e religiosidade subjectiva. O envolvimento religioso organizacional refere-se aos comportamentos que ocorrem num contexto de igreja, mesquita como a frequência da igreja e a participação em grupos de auxílio. A participação não organizacional refere-se aos comportamentos que ocorrem fora das instituições religiosas, rezar em privado, leitura de livros e revistas religiosas, ouvir programas religiosos na rádio e ver programas de televisão.

A investigação tem posto em evidência três componentes do bem-estar subjetivo: afetividade positiva, afetividade negativa e satisfação com a vida. Os dois primeiros componentes referem-se a aspectos emocionais do construto e o terceiro refere-se a aspectos cognitivos, de julgamento" (Andrews e Withey, 1976, citados por Neto, 2000, p.81). O bem-estar psicológico é um construto amplo que tem diversas dimensões afetivas e cognitivas, positivas e negativas como a felicidade, a satisfação com a vida, congruência entre as expectativas e os resultados obtidos na vida, sintomas psicossomáticos e humor. Junto com a auto-estima, auto-eficácia e controlo pessoal, o bem-estar psicológico é uma componente do bem-estar subjectivo, sendo um "metaconstruto" que abrange avaliações pessoais das respostas dos indivíduos para a vida. O bem-estar subjectivo articula-se com o bem-estar objectivo (capacidade funcional, estado de saúde, estado socioeconómico), fazendo parte de um construto conhecido como qualidade de vida. (Levin e Chatters, 1998). Como factores determinantes do bem-estar psicológico os estudos incluem o estado de saúde (Witter, Stock, Okun e Haring, 1985); medidas objetivas de atividade e funcionamento físicos e subjetivas de saúde global (Chatters, 1988); status socioeconómico (Diener, 1984), tendo sido encontradas associações inversas com alguns indicadores individuais (por exemplo, a idade, Diener, 1984).

A forma como a idade e o género influencia a religiosidade dos indivíduos, tem sido muito estudada e os estudos comprovam existirem efeitos de geração, sendo os adolescentes e jovens adultos menos religiosos que os adultos mais velhos (Hood, Spilka, Hunsberger e Gorsuch, 1996) e as mulheres aderem mais fortemente às instruções e atividades da igreja e falam mais frequentemente com os padres do que os homens (Levin e Chatters, 1998).

Inglehart (1990) fez um estudo comparativo em 14 países europeus num total de 163 mil pessoas e concluiu que 85% desses indivíduos que iam à igreja uma vez por semana eram mais satisfeitos com a vida, comparando com os que iam ocasionalmente ou que nunca iam. Witter et al. (1985) efectuaram uma meta-análise com 56 estudos americanos e encontraram resultados similares embora mais modestos, havendo uma correlação positiva entre a religião e o bem-estar, sendo que este efeito aumenta com a idade. Ellison (1991) refere que ter firmes crenças (certezas existenciais) está correlacionado com a satisfação com a vida, independentemente da frequência da igreja e da devoção privada.

Analisando vários estudos feitos em todo o mundo, Argyle (2005) concluiu que os efeitos da religião no bem-estar são mais fortes na América do que nos países europeus e os efeitos são maiores para as pessoas mais velhas, negras, mulheres e protestantes.

A religiosidade inclui comportamentos, atitudes, valores, crenças e experiências (Taylor, Mattis e Chatters, 1999), refere-se ao grau de ligação ou aceitação que cada indivíduo tem face à instituição religiosa (Cook, Borman, Moore e Kunkel., 2000).

A forma como as crenças religiosas podem combater a influência negativa dos pares e da conduta antissocial na adolescência foi estudada por Grier e Gudiel (2011) que concluíram que algumas dimensões (ensinamentos da bíblia e justiça social) foram consideradas mais protetoras na previsão de comportamentos em contexto de conformidade com os pares.

Ellison e Levin (1998) referem que a frequência da igreja e a devoção privada têm efeitos no bem-estar através do impacto das crenças.

Dull e Skokan (1995) sugeriram que as crenças têm os seus efeitos nas percepções de controlo, auto-conceito e optimismo que Taylor e Brown (1988) mostraram os benefícios para o bem-estar. As crenças podem dar também significado a eventos, por exemplo mostrando que eles não são fortuitos, e que é possível um crescimento pessoal a seguir aos eventos negativos. Meltzer, Dogra, Vostanis e Ford (2011), num estudo realizado com 2992 crianças e jovens entre os 11 e os 19 anos, na Grã-Bretanha em 2007, referem que a frequência regular dos serviços religiosos ou encontros de oração e rezar, reduz a probabilidade de haver transtornos de conduta.

Paloutzian and Ellison (1982) têm feito interessantes investigações introduzindo uma medida de bem-estar espiritual com duas componentes: bem-estar religioso que se refere à relação satisfatória com Deus e bem-estar existencial que tem a ver com a existência de um propósito/satisfação com a vida.

A satisfação com a vida é estudada através da escala de Satisfação com a Vida (SWLS) que foi originalmente utilizada por Diener et al. (1985), tendo sido adaptada para a população portuguesa por Neto et al. (1990), sendo reforçada a possibilidade de ser uma escala utilizável com diferentes grupos de idade. Num estudo realizado com filhos de migrantes, Neto (1993) examinou "se existiam diferenças na satisfação com a vida de acordo com algumas características do meio de origem, como o género, a religião, a participação em associações, a leitura de jornais, o número de amigos portugueses e a identidade étnica" (Neto, 1997, p. 147). Refere também que a religião e a participação religiosa podem ser vistas como um dos domínios da satisfação.

Petts (2011) analisou as relações entre a religiosidade dos pais e o bem-estar de crianças e jovens e refere que a frequência semanal dos serviços religiosos está associado a uma menor exteriorização dos problemas perante as crianças, referindo também que um maior bem-estar entre as crianças está associado a serem educadas por mães que acreditam que a religião é importante para a vida familiar.

Este estudo pretende analisar a influência da religiosidade (organizacional e não organizacional, atitudes face ao cristianismo e orientação intrínseca) no bem estar subjetivo (satisfação com a vida e afetos positivos e negativos) dos portugueses. Espera-se que, quem frequenta mais a igreja, reza mais, tenha atitudes mais favoráveis ao cristianismo e seja mais intrínseco, tenha maiores níveis de satisfação com a vida e tenha uma afetividade mais positiva.

O ESTUDO

A amostra é constituída por 822 portugueses com idades compreendidas entre os 12 e os 90 anos, com uma idade média de 36 anos (DP=21,4) e estão distribuídos por 4 grupos de idade: 225 adolescentes, entre os 12 e os 18 anos, 209 jovens adultos entre os 19 e os 29 anos, adultos com idades compreendidas entre os 30 e os 59 anos e 187 idosos com idades entre os 60 e os 90 anos. 646 são do sexo feminino e 276 são do sexo masculino.

Quadro 1 – Caracterização da amostra em relação ao sexo, idade e percepção do estado de saúde

	Sexo		Grupo de idade			
	Masculino	Feminino	Adolescentes	Jovens adultos	Adultos	Idosos
N	276	546	225	209	201	187
%	33,6	66,4	27,4	25,4	24,5	22,7

	Percepção do Estado de saúde			
	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau
N	248	379	184	11
%	30,2	46,1	22,4	1,3

A maioria dos portugueses inquiridos considera o seu estado de saúde bom ou muito bom (76,3%), 22,4% razoável e só 1,3% considera que é mau.

No que se refere à religião, 708 são católicos e 114 dizem não ter religião. 268 são crentes praticantes, 384 crentes não praticantes e 170 referem não ser crentes nem praticantes.

Quadro 2 – Caracterização da amostra em relação à religião, prática religiosa, frequência da igreja e frequência de oração

	Religião		Prática Religiosa		
	Católicos	Nenhuma	Crente Praticante	Crente Não Praticante	Nem Crente Nem Praticante
N	708	114	268	384	170
%	86,1	13,9	32,6	46,7	20,7

De acordo com os dados apresentados a maioria dos inquiridos são católicos (86,1%) e dizem ser crentes (79,3%), embora haja 46,7% que dizem não praticar.

Foram utilizados diversos instrumentos de recolha de dados tanto no que se refere às medidas de religiosidade (atitudes face ao cristianismo, orientação religiosa, bem-estar religioso e bem-estar existencial) como a medidas psicológicas (satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos). Os nomes das escalas, autores e alfa encontrado nesta amostra apresentam-se de seguida nos resultados e consta uma breve caracterização no anexo 1. Os questionários foram aplicados na região centro do país (distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal) e foram preenchidos em regime de voluntariado, sendo o anonimato assegurado. Os dados foram recolhidos entre 2008 e 2011 e tratados no programa spss.

RESULTADOS

Foram analisadas as escalas que constam do instrumento de recolha de dados quanto à sua consistência interna, tendo apresentado, na generalidade e para esta amostra uma boa consistência interna:

Escala de Atitudes face ao Cristianismo (Francis, 1978, Ferreira e Neto, 2002)

Alfa de Cronbach = 0,96

Escala de Orientação Religiosa (Koenig, Patterson e Meador, 1997)

Alfa de Cronbach = 0,84 – Orientação Intrínseca

Escala do Bem-Estar Espiritual (Paloutzian e Ellison, 1982)

Alfa de Cronbach: 0,91 – Bem-Estar Religioso e 0,73 – Bem-Estar Existencial

Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al. 1985; Neto et al., 1980)

Alfa de Cronbach = 0,84

Escala dos Afetos Positivos e Negativos (Watson, Clark & Tellegen, 1988)

Alfa de Cronbach = 0,82 – Afetos Positivos e 0,80 – Afetos Negativos

Foi verificada a influência do género, da idade, e da religião.

O género influencia a satisfação com a vida ($F(1,821) = 7,582; p < 0,05$) mas não influencia os afetos: as raparigas e as mulheres são mais satisfeitas com a vida do que os rapazes e os homens.

A idade (neste estudo agrupada em adolescentes: 12-18 anos, jovens adultos: 19-29 anos, adultos: 30-59 anos e idosos: 60- 90 anos) influencia a satisfação com a vida ($F(3,818) = 2,982; p < 0,05$) e os afetos positivos ($F(3,818) = 8,289; p < 0,001$) e negativos ($F(3,818) = 3,667; p < 0,05$): os jovens adultos são os mais satisfeitos com a vida, seguidos de idosos, adolescentes, sendo os adultos os menos satisfeitos; os jovens adultos e os adolescentes são os que revelam ter mais afetos positivos, seguidos dos adultos e por fim o grupo de idosos; os adolescentes são os que revelam ter mais afetos negativos, seguidos dos jovens adultos, adultos e por fim os idosos. É interessante verificar que os idosos são os mais moderados nos afetos.

Ser católico ou não ter religião, para além de ter uma influência significativa em todas as medidas de religiosidade também influencia a satisfação com a vida, mas não influencia os afetos: os católicos são mais satisfeitos com a vida do que os que não têm religião ($F(1,821) = 7,943; p < 0,05$). Existe uma diferença significativa entre os crentes praticantes e os que não são crentes nem praticantes na satisfação com a vida ($F(2,819) = 4,09; p < 0,05$) e nos afetos positivos ($F(2,819) = 3,715; p < 0,05$): os crentes praticantes têm mais afetos positivos do que os que não são crentes nem praticantes.

Foram, de seguida analisadas as relações existentes entre as medidas religiosas e as de bem-estar subjetivo.

Quadro 3 - Correlações entre as medidas psicológicas e as medidas de religiosidade

Medidas	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Atitudes face ao Cristianismo	0,121**	0,082*	-0,34
Religiosidade Organizacional	0,112**	0,088*	0,061
Religiosidade Não Organizacional	0,093*	0,051	0,029
Religiosidade Intrínseca	0,094*	0,032	0,090
Bem-estar Religioso	0,160**	0,140**	-0,021
Bem-estar Existencial	0,400**	0,234**	-0,125**

** correlações significativas a $p < .01$
 * correlações significativas a $p < .05$

Face aos resultados apresentados podemos concluir que todas as medidas religiosas em estudo se correlacionam positivamente com a satisfação com a vida. Existem correlações positivas entre as atitudes face ao cristianismo, a religiosidade organizacional e o bem-estar religiosos e existencial e a escala dos afetos positivos. Os afetos negativos só se correlacionam negativamente com o bem-estar existencial.

CONCLUSÕES

Neste estudo, como em anteriores realizados por nós (Ferreira e Neto, 2002, 2006) as portuguesas (jovens, adultas e idosas) têm atitudes mais favoráveis ao Cristianismo, frequentam mais a igreja e rezam mais e têm maior bem estar religioso e existencial do que os rapazes e homens. Também são mais satisfeitas com a vida mas o género não influenciou os afetos. Curiosamente, no que se refere à idade os idosos são os que têm menos afetos positivos e negativos e são o segundo grupo que sente maior satisfação com a vida, a seguir aos jovens adultos. No que se refere à influência da religião e prática religiosa, os católicos e os crentes praticantes são mais satisfeitos com a vida do que os que não católicos e do que os que não são crentes nem praticantes.

Os portugueses com atitudes mais favoráveis ao cristianismo e mais intrínsecos, que frequentam mais a igreja ou outros locais religiosos, rezam mais e sentem maior bem-estar espiritual (religioso e existencial) são mais satisfeitos com a vida, o que vai de encontro aos estudos feitos anteriormente feitos (Paloutzian e Ellison, 1982; Pargament, 1992; Inglehart, 1990, Ferreira e Neto, 2002, 2006).

No que se refere aos afetos, podemos dizer que, quem tem atitudes mais favoráveis ao cristianismo e maior bem-estar religioso e existencial e que frequenta mais a igreja revela ser mais interessado, animado e estimulado, forte e entusiasmado, decidido e ativo. Os indivíduos que sentem que a sua vida é uma experiência positiva e com significado, que apreciam e acreditam que existe um propósito na vida, tendo um sentimento de bem-estar em relação ao rumo que a sua vida está a tomar (que têm maior bem-estar existencial) são menos conflituosos, irritáveis, nervosos e aborrecidos, revelando ter mais afetos positivos.

É necessário potenciar os recursos existentes no sentido de tornar as pessoas mais positivas e mais fortes para ser possível ultrapassar as dificuldades, encontrando alternativas de promoção de bem-estar. Estudos com estudantes universitários concluíram que a religião lhes dá suporte emocional, os ajuda a redefinir os seus problemas na necessidade de encontrar novos e positivos significados (Pargament, 1992).

Os serviços religiosos estimulam emoções positivas através da partilha e da participação de emoções produzidas pela música e pelas mensagens positivas. Os rituais religiosos generalizam sentimentos próssociais e um sentido de união, sendo esta uma das razões que torna a religião um fenómeno social (Argyle, 2005) e que devia ser potenciado em alturas de crise para que, em conjunto com as ajudas das instituições

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdel-Khalek, A. M. (2011). Subjective well-being and religiosity: a cross-sectional study with adolescents, young and middle-age adults. *Mental Health, Religion & Culture*, 15, 1, 39.
 Allport, G. W., e Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 447-457.
 Allport, G., 1954. *The nature of Prejudice*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
 Altemeyer, B., e Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, religious fundamentalism, quest and prejudice. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2, 113-133.
 Argyle, M. (2005). *Psychology and Religion. An Introduction*. London: Routledge, 3ª ed. (1ª ed., 2000 by Routledge).
 Batson, C. D., Schoenrade, P. A., e Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
 Benjamins, M. R., Ellison, C. G., Krause, N.M., e Marcum, J. P. (2011). Religion and preventive serv-

ice use: do congregational support and religious beliefs explain the relationship between attendance and utilization? *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 6, 462.
 Cook, S. W., Borman, P. D., Moore, M. A., e Kunkel, M. A. (2000). College student's perceptions of spiritual people and religious people. *Journal of Psychology and Theology*, 28, 125.
 Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
 Diener, E., Emmons, R. A., Larson, R. J. e Griffin, S. (1985). The Satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
 Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
 Ellison, C. G., e Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education and Behavior*, 25, 700-720.
 Ferreira A.V., e Neto, F. (2002b). Dois tipos de internalização religiosa: introjecção e identificação. *Psicologia, Educação e Cultura*, 6, 2, 321-334.
 Ferreira, A. V. (2006). Religiosidade em alunos e professores portugueses. Tese de doutoramento em Ciências da Educação na especialidade de Educação Intercultural. Lisboa: Universidade Aberta (policopiado).
 Ferreira, A. V., e Neto, F. (2002a). Psychometric properties of the Francis Scale of Attitude towards Christianity. *Psychological Reports*, 91, 995-998.
 Francis, L. J. (1978). Attitude and longitude: A study in measurement. *Character Potencial*, 8, 119-130.
 Francis, L. J. (1987). Measuring Attitudes towards Christianity among 12-18 year old pupils in Catholic schools. *Educational Research*, 29, 230-233.
 Francis, L. J., e Stubbs, M. T. (1987). Measuring attitudes towards Christianity: from childhood into adulthood. *Personality and Individual Differences*, 8, 5, 741-743.
 Galen, L. W., e Kloet, J. D. (2011). Mental well-being in the religious and the non-religious : evidence for a curvilinear relationship. *Mental Health, Religion & Culture*, 14, 7, 673.
 Herbert, R. S., Weinstein, E., Martire, L. M., e Shultz, R. (2006). Religion, spirituality and well-being of informal caregivers: A review, critique, and reserch prospectus, 10(5) : 497-520 by Routledge.
 Inglehart, R. (1990). *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
 Hood, Spilka, Hunsberger e Gorsuch (1996). *The Psychology of Religion – An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
 Koenig, H. G. (1995). Religion and health in later life. In M. A. Kimble, e S. H. McFadden, (Eds.), *Aging, spirituality, and religion: A handbook*. Minneapolis, MN: Fortress Press.
 Koenig, H. G., George, L. K., Meador, K. G. (1997). Religion Index for psychiatric research: A 5-item measure for use in health outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 154 (6), 885.
 Levin, J. S., e Chatters, L. M. (1998). Religion, health, and psychological well-being in the older adults: Findings from three national surveys. *Journal of Aging and Health*, 10, 504-531.
 Meltzes, H. I., Dogra, N., Vostanis, P., e Ford, T. (2011). Religiosity and the mental health of adolescents in Great Britain. *Mental Health, Religion & Culture*, 14, 7, p.703.
 Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
 Neto, F. (1992). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
 Neto, F. (1998). *Psicologia Social I*. Lisboa: Universidade Aberta.
 Neto, F. (2000). *Psicologia Social II*. Lisboa: Universidade Aberta.
 Neto, F. (2004). Idadismo in Lima, M. E. e Pereira, M. E. (org.) *Estereótipos, preconceitos e discriminação – perspectivas teóricas e metodológicas*, pp. 279-231.
 Neto, F., e Ferreira, A.V. (2004). Psicologia da religião. In Félix Neto (coord). *Psicologia Social Aplicada*. Lisboa: Universidade Aberta, pp. 160-202.

- Paloutzian, R. F. e Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In Peplau e Peplau (Eds), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience, pp.224-237.
- Pargament, K. I. (1992). Of means and ends: Religion and the search for significance. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2, 201-229.
- Petts, R. J. (2011). Parental religiosity, religious homogamy, and young children's well-being. *Sociology of Religion*, 72, 4, 389-416.
- Russell, D.; Peplau, L.; Cutrona, C. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.39, p.472-480, 1980.
- Russell, D.; Peplau, L.; Ferguson, M. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, v.42, p.290-294.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII, 387 – 404.
- Taylor, R. J., Mattis, J., e Chatters, L. M. (1999). Subjective religiosity among African Americans: A Synthesis of findings from five national samples. *Journal of Black Psychology*, 25, 524-543.
- Taylor, S. E., e Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social-psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 74, 502-507.
- Watson, D., Clark, L. e Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive e negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063 – 1070.
- Witter, R. A., Stock, W. A., Okun, M. A., e Haring, M. J. (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: a quantitative synthesis. *Review of Religious Research*, 26, 332-342.

ANEXO 1

Breve caracterização das medidas de religiosidade e psicológicas utilizadas neste estudo.

Escala de Atitudes face ao Cristianismo (Francis, 1978, Ferreira e Neto, 2002)

A Escala de Atitudes face ao Cristianismo foi originalmente aplicada por Francis, 1978 e por Francis e Stubb, 1987 (Attitude Toward Christianity Scale) e foca unicamente a percepção das pessoas sobre a religião cristã. Referências a Jesus, à Bíblia e a rezar são usadas para medir o interesse pela religião. A Escala de Atitudes face ao Cristianismo é uma escala do tipo Lickert composta por 24 itens, uns de orientação positiva (itens 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22 e 23) e outros de orientação negativa (itens 1, 5, 7, 8, 16, 18, 20 e 24) e foca temas que se relacionam com os cinco componentes da fé cristã: Deus (itens 9,10,11,12,17,19,21, 23 e 24), Jesus (itens 2, 6, 14, 18 e 22), Bíblia (itens 1 e 16), Rezar/Oração (itens 3, 8, 13, 15 e 20) e Igreja (itens 4, 5 e 7). A escala é composta por 5 hipóteses de resposta para cada item (concordo plenamente, concordo, indeciso, discordo, discordo totalmente).

Escala de Religiosidade de Duke (Koenig, Patterson e Meador, 1997)

A Duke Religion Index (Koenig, Patterson, e Meador, 1997) mede três das maiores dimensões da religiosidade: a dimensão organizacional, a não organizacional e a religiosidade intrínseca. A escala é composta por 5 itens, sendo o primeiro sobre a religiosidade organizacional (frequência da igreja ou outros serviços religiosos), a segunda sobre a religiosidade não organizacional (atividades religiosas privadas como rezar, meditar ou estudo da Bíblia) e os 3 últimos itens referentes à dimensão intrínseca da religiosidade (experiência e crença religiosa).

Escala do Bem-Estar Espiritual (Paloutzian e Ellison, 1982, Ferreira, 2006)

A Escala do Bem-Estar Espiritual foi desenvolvida como uma medida geral da qualidade subjetiva de vida, sendo vista como holística. É uma medida psicológica global sobre a percepção do Bem-Estar espiritual. Foi desenvolvida por Paloutzian e Ellison em 1982 e por Ellison em 1983. A escala foi concebida para medir nas pessoas o seu bem-estar espiritual global, sendo percebida por eles como uma sensação de bem-estar religioso e de bem-estar existencial. Na elaboração da escala foram consideradas e incluídas tanto a dimensão religiosa como a psicossocial. Na dimensão religiosa é focada a forma como cada um percebe o bem-estar na sua vida espiritual e como se expressa em relação a Deus e na dimensão psicossocial refere-se a como a pessoa está adaptada ao seu auto-conceito, à comunidade e ao que o rodeia. Esta componente envolve os propósitos de vida, a satisfação com a vida e as experiências positivas e negativas.

Com base nestes conceitos foi construída a escala do Bem-Estar Espiritual com 20 itens, que está dividida em duas sub-escalas – o Bem-Estar Religioso e o Bem-Estar Existencial, cada uma com 10 itens. A escala tem 6 hipóteses de resposta variando do 1 – discordo fortemente, ao 6 – concordo fortemente. Em cada sub-escala os escores podem variar do 10 ao 60, sendo que na escala total os escores podem variar do 20 ao 120.

Escala dos Afectos Positivos e Negativos (Watson, Clark e Tellegen, 1988, Simões, 1993)

A escala original – Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen em 1988, é composta por 20 itens e surge da necessidade de desenvolver uma medida para avaliar o afecto positivo e negativo que fosse de fácil aplicação, sendo breve e válida. A versão utilizada neste estudo é uma escala de 22 itens, validada por Simões (1993), tendo o investigador acrescentado 1 item em cada subescala. A consistência interna desta escala apresentou um alfa de Cronbach de 0,82 para os Afectos Positivos (0,88 na versão original) e 0,85 para a subescala dos Afectos Negativos (0,87 na versão original) no estudo realizado por Ferreira e Neto, (2011).

Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larson e Griffin, 1985; Neto, 1999)

A Escala de Satisfação com a Vida foi na sua versão original estruturada e aplicada por Diener et al. (1985) com o objectivo de “avaliar o juízo subjectivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da sua própria vida” (Seco, 2000, p.288). Em Portugal a Escala foi validada por Neto et al. em 1990 com professores do ensino básico e secundário, tendo obtido uma consistência interna de 0,78.

Na opinião de Neto (1997, p.144) os autores “desenvolveram a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) preenchendo a necessidade de uma escala multi-item para medir a satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo”.

A Escala é constituída por 5 itens de orientação positiva, com 7 hipóteses de resposta (escala tipo Likert) – do fortemente em desacordo ao fortemente de acordo, variando a pontuação de cada sujeito entre um mínimo de 5 e o máximo de 35 pontos.

Num estudo com alunos portugueses católicos do ensino superior (Ferreira e Neto, 2002) o alfa de Cronbach obtido foi de 0,78 (igual à que foi obtida por Neto et al. em 1990 com uma amostra de 308 professores portugueses).