



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Dinâmicas da Centralidade da Religião e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Jorge Agostinho Gomes Esteves

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

JULHO 2022



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Dinâmicas da Centralidade da Religião e a Perturbação
Obsessivo-Compulsiva (POC)

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Jorge Agostinho Gomes Esteves

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Ângela Maria Leite**

Agradecimentos

A materialização desta investigação tornou-se exequível graças ao ombro amigo daqueles e daquelas que se atravessaram diante de mim ao longo desta travessia do deserto. Foram sinais de oásis e, como tal, sementes de frescura, colorido e orientação. Neste momento, presto-lhes a minha homenagem de apreço e gratidão!

Faço memória de gratidão à Professora Ângela Leite, orientadora desta dissertação, pela colaboração prestada, destacando o rigor e a exigência com que orientou os azimutes desta investigação e, obviamente, a sua amizade. Foram experiências belas e de profunda aprendizagem!

Faço memória de gratidão à minha família, aos meus amigos e colegas de jornada, por serem catalisadores nos momentos em que o desânimo parecia ser o único ponto a nortear a minha cartografia vivencial.

Grato pela vossa presença em mim!

Resumo

A religião, enquanto fenómeno individual e social, é uma dimensão intrínseca e das mais importantes do ser humano, sendo que toda a experiência religiosa compromete e abarca esse mesmo ser humano: dimensões cognitivas, afetivas, comportamentais e o seu contexto social. Ao abordar-se a religião como um conjunto de crenças que influenciam a cultura e modos de estar na vida de cada pessoa que nelas acreditam, percebe-se, hodiernamente, que as ligações entre a religião e a saúde mental têm vindo a ser cada vez mais estudadas sendo que, entre as doenças psiquiátricas, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é, sem dúvida, uma daquelas que tem vindo a merecer maior atenção. Posto isto, o presente trabalho visa compreender como as dinâmicas da Centralidade da Religião e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) se influenciam mutuamente, numa amostra da população portuguesa, utilizando uma metodologia quantitativa, correlativa, transversal para o efeito e validando, para o contexto português, duas escalas religiosas. Os resultados revelam bons modelos de ajustamento à amostra para todos os instrumentos e revelam ainda uma relação significativa entre a obsessão-compulsão e a religiosidade.

Palavras-chave: Escala da Religiosidade; Escala de Centralidade da Religiosidade; Inventário Obsessivo-Compulsivo; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Religião.

Abstract

Religion, as an individual and social phenomenon, is an intrinsic and one of the most important dimensions of the human being, in which all religious experience compromises and encompasses this same human being: cognitive, affective, behavioral dimensions and their social context. When approaching religion as a set of beliefs that influence the culture and ways of being in the life of each person who believes in them, it is perceived, nowadays, that the links between religion and mental health have been studied in more depth, being that, among psychiatric illnesses, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is, without a doubt, one of those that has been getting more attention. With that said, this study aimed to understand how the dynamics of the Centrality of Religion and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) influence each other in a representative sample of the Portuguese population, using a quantitative, correlative, transversal methodology for this purpose and validating for the Portuguese context, two religious scales. The results reveal good models of adjustment to the sample for all instruments and also reveal a significant relationship between obsession-compulsion and religiosity.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder; Obsessive-Compulsive Inventory; Religion; Religious Scale; The Centrality of Religiosity Scale.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico.....	4
2.1. A modelagem da centralidade religiosa	4
2.2. A religiosidade e integração do ser humano na sociedade	5
2.3. Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) e dinâmicas religiosas	7
2.4. Instrumentos a serem validados	14
3. Metodologia	16
3.1. Design Metodológico	16
3.2. Objetivos	18
3.3. Descrição da amostra	18
3.4. Procedimentos	19
3.5. Medidas e Instrumentos	20
3.5.1. Variáveis sociodemográficas	20
3.5.2. Variáveis relativas à prática religiosa	20
3.5.3. Variáveis relativas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)	20
3.5.4. Instrumentos que avaliam a religiosidade	21
3.5.5. Instrumento que avalia a Perturbação Obsessivo-Compulsiva	23
3.6. Análise estatística	24
4. Resultados.....	28
4.1. Apresentação dos resultados	28
4.1.1. Ajustamento dos Modelos Teóricos à amostra	39
5. Discussão dos resultados.....	49
6. Conclusão.....	56
7. Referências Bibliográficas	58
Anexos.....	58

Índice de tabelas

Tabela 1. Escala da Centralidade da Religiosidade (CRS): frequências dos itens e total e alpha de Cronbach.....	30
Tabela 2. Escala da Centralidade da Religiosidade (CRS): frequências dos itens e subescalas e alpha de Cronbach.....	31
Tabela 3. Escala da Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor (RJRS): frequências dos itens e total e alpha de Cronbach.....	33
Tabela 4. Escala da Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor (RJRS): frequências dos itens e subescalas e alpha de Cronbach.....	34
Tabela 5. Questionário de Perturbação Obsessivo-Compulsiva Versão Reduzida (QPOCVR): frequências dos itens e total e alpha de Cronbach.....	35
Tabela 6. Questionário de Perturbação Obsessivo-Compulsiva Versão Reduzida (QPOCVR): frequências dos itens e subescalas e alpha de Cronbach.....	38
Tabela 7. Correlação entre as escalas e subescalas em estudo.....	39
Tabela 8. Diferenças de médias entre os géneros em relação às dimensões religiosas.....	47
Tabela 9. Diferenças de médias entre os géneros em relação às dimensões obsessivo-compulsivas.....	48
Tabela 10. Variáveis que contribuem para a centralidade da religião.....	49
Tabela 11. Variáveis que contribuem para a religiosidade.....	49

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de ajustamento da CRS (1).....	41
Figura 2. Modelo de ajustamento da CRS (2).....	42
Figura 3. Modelo de ajustamento da RJRS (1).....	43
Figura 4. Modelo de ajustamento da POC (1).....	44
Figura 5. Modelo de ajustamento da POC (2).....	45

Siglas

CRS – Escala de Centralidade da Religiosidade

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

RJRS – Escala de Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor

TAF – *Thought-Action Fusion* (Fusão Pensamento-Ação)

Habitar não é, para nenhum ser humano, um verbo neutro: está sempre atravessado por ressonâncias simbólicas, emocionais e por vínculos de cultura que testemunham uma identidade: eis a nossa narrativa biográfica!

José Tolentino Mendonça

1. Introdução

No limiar de um mundo novo, cheio de realidades contraditórias, onde se operam mudanças rápidas e profundas num curto espaço de tempo, assistimos a uma revolução cultural e ideológica que está a implantar novos modos de pensar e estar no mundo. É uma revolução do nosso tempo e no nosso mundo, provocando, não raras vezes, um choque com as crenças e valores da tradição religiosa em que estamos integrados. Numa sociedade invadida pelo desabrigo do eu, marcada pela dinâmica da secularização, do ceticismo, da incerteza e do imediato que constrói ídolos e mitos, como pensar ou discursar sobre o sentido da experiência religiosa nas dinâmicas da vida social de cada ser humano? (Harari, 2018).

Num tempo e num espaço onde impera o capitalismo industrial, o crescimento económico e um certo otimismo exacerbado com base na certeza absoluta de que o progresso da ciência e dos meios tecnológicos solucionariam todos os problemas humanos, haverá tempo para pensar na religião e nas experiências que esta provoca como constructo integrante e integrador do ser humano em si próprio e na sociedade que o circunda? (Mendonça, 2020).

Percebendo que a religião inspira representações coletivas, inspira os modos de vida e de pensamento enquanto fonte de sentido e de valores, marca profundamente a identidade dos indivíduos e dos povos, modelando um ideal a habitar no quotidiano, revela-se um temível acelerador de paixões humanas, capaz de cristalizar as energias com uma força excepcional, para o melhor e para o pior (Bourgine, 2016; Lee, 2018), tornando-se a instituição Igreja, onde a religião se interioriza e professa, uma fonte que “altera radicalmente a natureza da vida social quotidiana e afeta os aspetos mais pessoais da experiência” (Giddens, 2001, pp. 29-30).

Ao abordar-se a religião como um conjunto de crenças que influenciam a cultura e modos de estar na vida de cada pessoa que nelas acredita, percebe-se, hodiernamente, que as ligações entre a religião, as crenças pessoais e a saúde mental têm vindo a ser cada vez mais estudadas sendo que, entre as doenças psiquiátricas, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é, sem dúvida, uma daquelas que tem vindo a merecer maior atenção (Couto & Morgado, 2017). Vários estudos apontam para a importância que as pessoas religiosas conferem ao cumprimento das normas ditadas pela religião e, por

consequência, essas mesmas pessoas demonstram uma sobrevalorização do pensamento que se irá refletir na POC (Agorastos et al., 2014).

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), sendo um distúrbio psiquiátrico, é caracterizada, tal como o nome indica, pela ocorrência de obsessões e/ou compulsões (American Psychiatric Association [APA], 2013). No diagnóstico da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, os critérios definidos pela APA (2013) são: critério A – presença de obsessões, compulsões ou ambas; critério B – as obsessões ou compulsões consomem tempo ou causa mal-estar significativo, déficit social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento; critério C – os sintomas obsessivo-compulsivo não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica e, por fim, o critério D – a perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outra perturbação mental.

As obsessões apresentam-se na forma de pensamentos, crenças, ruminações, imagens, impulsos ou medos que invadem a consciência do indivíduo de forma intrusiva; são indesejáveis e incontroláveis, acabando por interromper o curso normal do pensamento e por serem repetitivas. As compulsões são comportamentos ritualísticos, motores ou mentais, normalmente executadas em resposta a uma obsessão (e.g., pensamentos de contaminação que levam a rituais) com vista a reduzir a angústia desencadeada por essa obsessão ou para supostamente impedir a ocorrência de um evento temido (Oliveira et al., 2018). A perturbação em análise afeta tanto homens como mulheres e, nos casos de maior severidade, causa elevado sofrimento e comprometimento psicossocial e que afeta cerca de 2.5% da população (Scholl et al., 2017). Indivíduos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) têm crenças disfuncionais, crenças essas que podem incluir um sentido de responsabilidade exagerado, tendência para sobrestimar as ameaças, perfeccionismo, intolerância à incerteza, importância excessiva dos pensamentos e a necessidade exacerbada de controlar os referidos pensamentos (APA, 2013).

Afunilado o nosso discurso, e numa abordagem inicial, elaboramos um enquadramento teórico dos fenómenos religiosos e suas variantes, procurando perceber a dimensão da religião na sociedade contemporânea e como o ser humano se revê e refaz perante esta na construção da sua identidade e como forma de superação das suas narrativas existenciais; ao mesmo tempo, tentamos compreender como as dinâmicas/crenças religiosas e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) se influenciam mutuamente.

Após o enquadramento teórico, apresentamos a metodologia, porque a investigação consiste, entre outras coisas, em analisar com rigor e objetividade uma determinada situação, para conhecer as suas características e funcionamento, bem como as relações que existem entre os elementos que a configuram tendo em conta os objetivos e a amostra (Reis, 2008).

Posteriormente à implementação empírica (inquéritos), procedemos à análise estatística através do programa *IBM SPSS Statistics 27* (Statistical Package for the Social Sciences) e do *IBM AMOS 27* com o intuito de proceder à partilha dos resultados da investigação em causa.

Por último, apresentamos a discussão dos resultados e respetivas conclusões, porque o objetivo de qualquer investigação é procurar respostas para as questões e/ou problemas que dela ocorrem, sendo, por isso, importante averiguar se as informações recolhidas correspondem às intenções a priori descritas pelo investigador (Stake, 2007).

2. Enquadramento teórico

2.1. A modelagem da centralidade religiosa

A religião, como fenómeno individual e social, é uma dimensão intrínseca e das mais importantes da pessoa humana, sendo um constructo importante naquilo que diferencia o ser humano dos animais (Harari, 2017). Ela influencia comumente a maneira como se vive e interpreta as diversas valências inerentes ao ser humano (vida familiar, profissional, política, sexual, nascimento, morte); não há aspeto vivencial algum, pessoal e/ou comunitário, que não tenha a marca do óleo sagrado da religião, ou seja, a religião como um sistema de significado no processo da autonarrativa do ser humano (Brandt et al., 2017).

Tendo em linha de conta a história evolutiva do ser humano, seria extremamente difícil (re)interpretar a história dos povos, as diversas culturas e civilizações sem o toque implícito ou explícito da religião (Harari, 2018). Nesta perspetiva, e em jeito de exemplo, enquanto a história da cultura ocidental está marcada, mesmo numa questão identitária, pelo cristianismo (católico ou protestante), os países árabes não se concebem na sua estrutura sociopolítica sem o islamismo, intuindo, neste dimensão, que construtos da nossa história quotidiana como crenças, valores, educação, motivações, desejos, sonhos, formas de pensar, amar, viver, a cultura, a arte nas suas mais diversas manifestações e outras expressões humanas estão marcadas pela religião (Pace, 2017).

Na religião estão presentes, para além do ritual simbólico e do sentido comunitário, dois aspetos fundamentais: a crença numa força sobrenatural e não abarcável à luz da experiência humana e a coordenação da própria vida em consonância com a respetiva crença, estando, por isso, presentes numa dimensão relacional, aspetos subjetivos e outros objetivos, interiores e exteriores, individuais e sociais (Fernandes, 2011).

A religião como “qualquer sistema de pensamento e ação, partilhada pelo grupo, que fornece ao indivíduo um quadro de orientação e um objeto de devoção” (Fromm, 1950, p. 21), torna-se importante para fazer uma abordagem holística do próprio conceito de religião, porque toda a experiência religiosa compromete e abarca a pessoa humana, todas as suas dimensões cognitivas, afetivas, motivacionais, comportamentais e o seu contexto social. Todo este fenómeno religioso está presente em todos os tempos e lugares,

cuja intenção principal é de dar um sentido ao homem e a tudo aquilo que o rodeia, de encontrar os meios e os fins para dar um significado a tudo (Duque, 2014).

Por que se é religioso? Quais as razões que levam os seres humanos a possuírem pensamentos e comportamentos religiosos, a terem uma crença e a viverem segundo essa crença? Será uma necessidade biológica presente no nosso código genético? Será uma necessidade meramente intelectual, sob pena de não encontrar um significado para a vida? Será uma necessidade de autorrealização pessoal e de autotranscendência? Será apenas uma questão pessoal, idiossincrática ou meramente uma questão de contexto sociocultural? Será simplesmente um hábito social e civil, uma atitude convencional? Ou será uma necessidade psicológica defensiva para fazer face ao medo ou dominar os sentimentos de ansiedade e de culpa? (Bloom, 2017). As fontes da religião são múltiplas: o medo, a esperança na vida para além da morte, o fascínio diante do mistério do mundo e da existência, a culpabilidade, da mesma forma, e correlativamente, o conteúdo da religião vivida compõe-se de elementos muito diversos: sentimentos de dependência, de respeito e de confiança, busca de sentido para a existência, sentimento de proteção e modelagem de uma sistema cultural (Pace, 2017).

Numa dimensão antropológica, a religiosidade (re)aparece como compensação do desassossego da angústia criada pelo vazio contemporâneo (Lipovetsky, 2015), onde a religião, nesse mesmo contexto, se apresenta “essencialmente como salvação individual, aqui e agora, causadora de bem estar psíquico (e até físico), na medida em que confere a tão procurada segurança” (Lipovetsky, 2015, p.172). Assim sendo, toda a experiência de cariz religioso, as crenças, os símbolos deixam de estar emaranhados a um determinado contexto institucional e comunitário e passam a estar sobre alçada da experiência individual como marca de uma identidade (Brandt, 2019; Cox, 2019).

2.2. A religiosidade e integração do ser humano na sociedade

O homem é um ser incansável no seu questionar e sequioso nas respostas que encontra, é essencialmente um ser frágil e de dúvida e perante a dúvida deixa o mesmo na sua mera insatisfação e, no domínio religioso, ou se acomoda de forma acrítica a uma determinada aceitação, ou (re)inventa seguranças, ou se lança em busca contínua de sentido (Mendonça, 2020): o ser humano como um ser à procura do sentido último da sua própria existência.

Quando a sociedade não consegue dar resposta às questões mais profundas que o ser humano coloca diante de si, este dirige o seu olhar para algo ou alguém que lhe é transcendente porque “a verdadeira função da religião não consiste em nos fazer pensar, em enriquecer o nosso conhecimento, em juntar às representações que devemos à ciência representações de uma outra origem e de um outro carácter, mas em nos fazer agir, em nos ajudar a viver” (Durkheim, 1994, p.50). Sendo um fenómeno essencialmente social produzido pela própria sociedade (Pace, 2017), a religião corresponde, em si mesma, a aspetos concretos da vida de cada indivíduo, a condições sócio-históricas e (re)constrói necessidades fundamentais da vida coletiva (Harari, 2018).

Todo o sistema de ritos presentes na religião promovem, individualmente, o encontro com o sagrado e, socialmente, reforçam o sentido de comunidade em que não raras vezes, os rituais sagrados surgem como soluções mágicas para as dinâmicas dos problemas sociais (Brandt et al., 2017) ajudando a fixar fronteiras ideológicas, legitimando ordenamentos sociais, reforçando laços sociais integradores, fortalecendo o sentido de pertença a uma comunidade e ajudando a dar um sentido à vida, percebendo que a religião tem uma função proeminente na vida das pessoas, que não se espelha apenas na dimensão individual mas também numa função inevitavelmente social (Wang et al., 2018).

O estudo dos fenómenos religiosos aparece como a forma mais eficiente para “fazer compreender a natureza religiosa do homem”, vista como “um aspeto essencial e permanente da humanidade” (Durkheim, 1994, pp. 2-3). Assim, a religião aparece como função de regulação, de integração e de socialização e esta proporciona às pessoas modos de significação e quadros sociais e sistemas de inserção numa comunidade (Pace, 2017), apresenta-se como um quadro ético e normativo determinante na ação humana (própria e comunitária (outrem): “uma religião é um sistema solitário de crenças e de práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas, interditas, crenças e práticas que unem numa mesma comunidade moral, chamada Igreja, todos os que a elas aderem” (Durkheim, 1994, p. 65).

Assim sendo, a plena integração do ser humano na sociedade passa por este ter a plena consciência da pertença a uma comunidade religiosa, tornando-se esta como uma dinâmica integrante e integradora de vínculos entre o indivíduo e a própria sociedade no sentido da criação de uma identidade do próprio indivíduo, ou seja, na construção e ativação de uma personalidade (Lee, 2018).

Como conclusão, é importante mencionar que a religiosidade, é um conceito muito utilizado e operacionalizado na investigação científica, que reflecte a habitual vivência individual da religião, mais concretamente dos rituais, comportamentos, práticas, ensinamentos, mandamentos e crenças. Este conceito pode também englobar os motivos e efeitos da vivência religiosa, que podem ser a procura do sentido da vida, o desejo de segurança e conforto espiritual, a procura de um meio de socialização e lazer, a manutenção da coesão familiar e de tradições (Agorastos et al., 2014).

2.3. Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) e dinâmicas religiosas

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), classicamente denominada de Neurose Obsessivo-Compulsiva, foi descrita como doença mental, pela primeira vez, por Esquirol, em 1838, e até meados do século XX prevaleceram apenas as explicações místico-sobrenaturais (Burgy, 2005). Somente a partir da década de 80 é que surge um conjunto de pesquisas empíricas que vão proporcionando conhecimento sobre esta perturbação mantendo-se, porém, nos dias de hoje, ainda uma dimensão de heterogeneidade e complexidade na compreensão desta patologia (Petersen, 2019).

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), sendo um distúrbio psiquiátrico e considerada uma das doenças mais debilitantes nos países desenvolvidos (Scholl et al., 2017; Vieira & Ramalho e Silva, 2016), é caracterizada, tal como o nome indica, pela ocorrência de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são pensamentos, ânsias ou imagens experienciadas de forma persistente e involuntária, enquanto que as compulsões apontam para comportamentos repetitivos ou atos mentais na tentativa de dar resposta a uma obsessão (APA, 2013), atingindo tanto homens como mulheres e, nos casos de maior severidade, causando elevado sofrimento e comprometimento psicossocial (Scholl et al., 2017), de modo que, os indivíduos tentam suprimir essas obsessões (e.g., supressão do pensamento) ou neutralizá-las com outro pensamento ou ação (e.g., executando uma compulsão).

A perturbação em análise caracteriza-se por cognições/pensamentos indesejados, intrusivos ou imagens involuntárias difíceis de controlar e que, na maioria dos indivíduos, causa ansiedade e mal-estar significativo (Vieira & Ramalho e Silva, 2016), nas quais as respetivas obsessões (pensamentos) proporcionam o desenvolvimento de comportamentos repetitivos ou atos mentais demorados e orientados por regras restritas e rígidas (compulsões). As compulsões ocorrem no sentido de reduzir o mal-estar

desencadeado pelas obsessões ou para prevenir um acontecimento temido (Oliveira et al., 2018), sendo que as compulsões não são realizadas como atividades prazerosas apesar dos indivíduos experienciarem alívio na ansiedade ou mal-estar (Couto & Morgado, 2017; Scholl et al., 2017). O conteúdo específico das obsessões e compulsões é variável, o DSM-5 (APA, 2013) aponta para 4 temas ou dimensões como sendo os mais comuns na POC: limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza); simetria (obsessões de simetria, ordem e compulsões de contagem e repetição); pensamentos proibidos ou tabus (e.g., obsessões religiosas, sexuais e/ou agressivas) e dano/prejuízo (e.g., medo de magoar a si próprio ou a outro e compulsões de verificação). A sintomatologia na vida do paciente pode, ao nível da frequência, sofrer alterações, ou seja, poderá desaparecer durante um período de tempo e voltar posteriormente, mas nunca desaparecer por completo (Oliveira et al., 2018).

Ao termos consciência da heterogeneidade das temáticas obsessivas e compulsivas nos indivíduos diagnosticados com POC, essa mesma heterogeneidade também está presente ao nível do tipo de *insight* relativamente ao carácter excessivo e irracional destas. Assim, o DSM-5 (APA, 2013) distingue entre bom *insight* (reconhece que as crenças obsessivo-compulsivas definitivamente ou provavelmente não são verdadeiras, considerando-as excessivas e irracionais); fraco *insight* (pensa, na maior parte do tempo, que as crenças obsessivo-compulsivas são verdadeiras) ou ausência de *insight* (está completamente convencido de que as crenças obsessivo-compulsivas são verdadeiras) e relacionado com tiques (alguém tem uma história atual ou passada de uma perturbação de tiques).

Em relação à etiologia da perturbação em causa, esta terá que ser considerada numa dimensão holística e multifatorial, uma vez que as causas originárias são complexas, pouco conhecidas e oscilam de pessoa para pessoa; no entanto, construtos psicológicos, genéticos e ambientais poderão estar no seu provável desenvolvimento (Oliveira et al., 2018).

Estudos recentes têm vindo a apontar a importância de dimensões neuroanatômicas, neurofisiológicas, bioquímicas e neuroendócrinas na sua génese (Ferreira et al., 2017). Investigações provenientes de várias áreas de conhecimento (e.g., neuropsicologia, psicofarmacologia, imagiologia) têm identificado áreas cerebrais e circuitos neuronais (e.g., circuito entre córtex frontal, os núcleos da base e talâmicos) e sistemas de neurotransmissores implicados na sintomatologia obsessivo-compulsiva, porém, os resultados são ainda inconclusivos e controversos (Ferreira et al., 2017).

Nos adultos, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) tem uma prevalência de 0.3% a 2.2% e 0.7 % em crianças e adolescentes (Vieira & Ramalho e Silva, 2016). O início dos sintomas, na infância, poderá ocorrer entre os seis e onze anos. Na idade adulta, indivíduos do sexo feminino são afetados numa taxa ligeiramente superior aos indivíduos do sexo masculino, porém, os indivíduos do sexo masculino são mais comumente afetados no período da infância e cerca de 25% dos homens desenvolvem a sintomatologia antes dos 10 anos (Oliveira et al., 2018). Após os 35 anos, não é comum a perturbação manifestar-se, no entanto, poderá acontecer (Petersen, 2019).

Curiosamente, há uma alta percentagem geral de pacientes com POC com obsessões religiosas (Tek & Ulug, 2001). Muitos autores descobriram que a possibilidade de diagnóstico de POC por um clínico é maior quando um paciente se descreve como religiosamente ativo, sugerindo inferências tautológicas em alguns casos (Gartner et al., 1990; Yossifova & Loewenthal, 1999). A religião é o quinto tema obsessivo mais comum entre indivíduos com Perturbação Obsessivo-compulsiva (Foa & Kozak, 1995), afetando de um quarto a um terço de todas as pessoas com este diagnóstico (Antony et al., 1998; Mataix-Cols et al., 2002).

Vários textos antigos de diferentes religiões referem-se a comportamentos e pensamentos que hoje em dia seriam considerados como pertencentes à POC. Num antigo texto budista, um monge é retratado como estando a varrer repetidamente o templo. Essa atividade ocupava a maior parte de seu tempo, em detrimento das suas outras atividades (Fontenelle et al., 2004).

Materializando essas dinâmicas, os muçulmanos são obrigados a lavar-se cinco vezes por dia antes da oração. Esta lavagem é conhecida como *Wudu* e é uma forma de ablução ritual. As partes do corpo devem ser lavadas de acordo com uma ordem pré-definida e de uma maneira específica. Se for cometido um erro, todo o processo deve ser reiniciado (Faizan & Islam, 2010). Pode-se dizer que esse procedimento apresenta notável semelhança com os atos compulsivos ritualísticos que caracterizam a POC.

O judaísmo, especialmente as seitas ultra-ortodoxas, exige que os fiéis vivam de acordo com uma extensa lista de leis que regem todos os aspetos da sua vida, conforme estabelecido no Shulchan Aruch (Karo, 1565 citado em Hermesh et al., 2003). Se as leis não forem cumpridas ou não forem seguidas completamente, as obrigações devem ser repetidas até que a lei seja cumprida. De novo, as semelhanças com a POC são óbvias.

Um maior grau de religiosidade tem sido repetidamente correlacionado com sintomas e cognições subclínicas da POC, nomeadamente em crenças sobre a importância

dos pensamentos, intolerância à incerteza, má interpretação do significado dos pensamentos, controlo de pensamentos, perfeccionismo, e responsabilidade, percepção mais pobre e mais distorções perceptivas (Yorulmaz, 2009).

Níveis mais elevados de religiosidade também se correlacionam positivamente com a presença de temas religiosos em pensamentos obsessivos e rituais compulsivos, mesmo em diferentes religiões (Rasmussen & Tsuang, 1986). Além disso, pacientes com obsessões religiosas e compulsões também exibem significativamente pontuações religiosas mais altas do que pacientes sem esses tipos de obsessões (Yorulmaz, 2009). Tais resultados tornam muito tentadora a conclusão de que a POC pode ser fomentada por uma religiosidade mais elevada (ou seja, pelo desejo zeloso de pureza espiritual). Por outro lado, também há muitos estudos que sugerem apenas uma relação menor ou ausente entre a religiosidade e a POC (Abramowitz et al., 2004; Hermesh et al., 2003; Lewis, 1994; Sica et al., 2002; Tek & Ulug, 2001; Siev et al., 2010; Zohar et al., 2005). Em contraste marcante com os resultados mencionados acima, Neziroglu et al. (1994), num estudo demográfico, encontraram mais indivíduos ateus/agnósticos entre os pacientes com POC comparativamente com outras perturbações.

O conteúdo das obsessões ou compulsões depende de fatores culturais, inclusive religiosos (Silva, 2006). No Nepal, um país predominantemente hindu, o tema das obsessões muitas vezes está relacionado com a prática religiosa (Sharma, 1968). Na Índia, onde a limpeza corporal está intimamente ligada à prática religiosa, há uma preponderância da POC com temas de limpeza e contaminação (Chaturvedi, 1993). Além disso, alguns estudos mostraram que pacientes com POC relacionado à religiosidade, tendem a ser mais religiosos do que aqueles que não possuem POC de foro religioso (Rachman, 2003).

Por outro lado, as obsessões religiosas seriam mais frequentes em pacientes de países orientais (muçulmanos ou judeus), em comparação com pacientes de países ocidentais ou do Extremo Oriente. Assim, de acordo com Khoubila e Kadri (2010), a frequência das obsessões em pacientes religiosos com POC é de 10% nos Estados Unidos, 5% na Inglaterra, 11% na Índia e 7% em Singapura. Por outro lado, é de 60% no Egito, 50% na Arábia Saudita, 50% em Israel e de 40% no Bahrein.

No entanto, existem exceções, como é demonstrado num estudo realizado com uma grande amostra nos Estados Unidos, em que as obsessões religiosas foram encontradas em 27% dos pacientes com POC (Mataix-Cols et al., 1999). Outro estudo americano estimou que 26% dos pacientes com POC possuem obsessões religiosas (Grant

et al., 2006). Em Marrocos, país muçulmano aberto à cultura ocidental, a prevalência de POC de acordo com o inquérito nacional de prevalência de perturbações mentais é de 6.6% (Asouab et al., 2007). Outro estudo realizado com uma amostra representativa da população de Casablanca, que é a maior cidade de Marrocos, estimou a prevalência da POC em 6.1% (Kadri et al., 2007).

Pertencendo, portanto, à dimensão dos pensamentos proibidos ou inaceitáveis, a sintomatologia da POC relacionada com a religiosidade é muito variada dependendo das especificidades ritualísticas e doutrinárias da religião do doente. Assim, do mesmo modo que o Cristianismo dá bastante importância à intenção, ao pensamento e à interioridade pessoal, o Judaísmo e o Islamismo valorizam mais os atos realizados, nomeadamente a pureza ritual e o cumprimento rigoroso de rituais religiosos (lavagens rituais, regras dietéticas e orações), muitos deles de frequência diária e minuciosamente padronizados. Porém, estas breves observações são superficiais, já que, mesmo dentro de cada religião, existem muitas diferenças teológicas e práticas a ter em conta (Berman et al., 2010).

De carácter intrusivo, persistente e/ou recorrente, as obsessões religiosas mais comuns são: as dúvidas sobre se transgrediu algum dos mandamentos ou leis religiosas e/ou morais, cometendo assim algum pecado; as dúvidas acerca da interpretação e aplicação prática de mandamentos, leis e preceitos religiosos, nomeadamente os que regulam o sexo, a agressão e o culto a Deus; as dúvidas sobre se cometeu algum pecado por ter, fugazmente, vivenciado imagens mentais, impulsos e/ou pensamentos intrusivos de conteúdo inaceitável (sexual/obsceno, herético, transgressivo, blasfemo e/ou agressivo), apesar de não as ter consentido nem desejado. Associados a estas dúvidas (mais relacionadas com os cristãos), estão os medos de se ser intrinsecamente mau por ter estas intrusões e, por isso, de se descontrolar e fazer mal a si próprio ou a alguém - fobia de impulsão (Lai et al., 2020).

Pesquisas demonstraram que níveis mais altos de religiosidade estão positivamente correlacionados com a Fusão Pensamento-Ação (Thought-Action Fusion, TAF), um conjunto de vieses cognitivos associados a sintomas obsessivo-compulsivos (Berman et al., 2010). No entanto, estudos anteriores basearam-se, exclusivamente, numa abordagem nomotética para medir o TAF usando um único instrumento de autorrelato, a escala de fusão pensamento-ação (Siev et al., 2010). Shafran et al. (1996) sugeriram que a religião promove o TAF, observando que “as pessoas que são ensinadas, ou aprendem, que todos os seus pensamentos carregados de valores são de importância serão mais propensos a obsessões - como em determinados tipos de religião crenças e instruções” (p.

55). Nesta perspectiva, assumem particular relevância os fenómenos de Fusão Pensamento–Ação (“Thought-Action Fusion”, TAF) que orientam para a tendência criada pelo ser humano de igualar os pensamentos com as ações e podem ser divididos em 2 tipos (Berman et al., 2010): o TAF relacionado com probabilidade (“TAF-likelihood”) que consiste na ideia de que se a pessoa pensar ou falar em algum evento negativo aumenta a hipótese desse acontecimento ocorrer; e o TAF moral que consiste na ideia de que pensar num evento é tão negativo como realizar esse mesmo ato. Esta noção está presente em muitos indivíduos diagnosticados com POC e está relacionada frequentemente com a religião (Berman et al., 2010).

Num estudo experimental que visou examinar a relação entre a religiosidade e o TAF, Berman et al. (2010) descobriram que participantes religiosos acreditavam que escrever e pensar em eventos negativos era moralmente errado e mais propenso a aumentar a probabilidade, em comparação com participantes não religiosos, que tal facto acontecesse. Além disso, Siev et al. (2010) descobriram que indivíduos católicos e protestantes endossaram níveis mais altos de TAF moral do que judeus e indivíduos sem religião que evidenciavam sintomas de POC, e que o TAF moral prediz os sintomas da POC. Esses resultados, sugerem que o TAF é apenas marcador de patologia quando tais crenças não são culturalmente normativas, ressaltando a importância da filiação religiosa na avaliação dos sintomas da POC.

Rassin e Koster (2003), no seu trabalho de investigação, concluíram que o grau de religiosidade se correlacionava com os valores do TAF. Com base nesses resultados, Sica et al. (2002) investigaram a ligação entre a religiosidade católica (religião conhecida por sancionar o TAF) e os sintomas obsessivo-compulsivos. Foram utilizados três grupos: um grupo “altamente religioso” de 54 freiras e frades, um grupo “moderadamente religioso” de 47 indivíduos envolvidos nas rotinas das suas igrejas e um grupo com baixa religiosidade de 64 alunos que pontuaram mais baixo num questionário de crenças religiosas. Todos os indivíduos também completaram uma série de outros questionários relativos a sintomas obsessivo-compulsivos, incluindo o Questionário de Crenças Obsessivas. Na análise dos resultados, o grupo “altamente religioso” obteve pontuação mais alta do que o grupo que apresentava menor valor de religiosidade nas principais características do TAF moral – super importância de pensamentos e responsabilidade.

De facto, o DSM-5 mencionou a existência de uma dimensão sintomática da POC constituída por pensamentos obsessivos proibidos (eg., agressivos, sexuais e/ou religiosos) e compulsões relacionadas (APA, 2013). A associação entre obsessões

religiosas, sexuais e agressivas sugere que na base desta relação pode estar uma concepção e vivência rígidas e inflexíveis da moralidade (Lai et al., 2020) e que a repetição mental ou em voz baixa de jaculatórias, orações e/ou frases bíblicas, de forma excessiva, ocorrem para pedir perdão a Deus ou para suprimir as obsessões (Agorastos et al., 2014).

Neste contexto, realça-se a dimensão da escrupulosidade como sendo uma característica de personalidade que, quando presente na forma mais severa, pode constituir-se como um subtipo de POC (Besharat & Kamali, 2016), em que o paciente acaba por atribuir um valor extremado a questões morais e/ou religiosas, apresentando obsessões relacionadas com pecado, punição e arrependimento e, em consequência, realizando atos compulsivos de oração e de prática dos rituais religiosos como, por exemplo, confissões sucessivas (Inozu et al., 2012).

Neste subtipo de POC, podem ser distinguidos dois pensamentos de teor obsessivo em que a expressão varia entre diferentes religiões e de diferentes níveis de religiosidade: o medo de pecar e o medo da punição por parte de Deus (Besharat & Kamali, 2016). Estes autores concluíram que as pessoas com maior nível de religiosidade desenvolveram mais escrupulosidade do que aquelas pessoas com menor devoção. Indivíduos escrupulosos evidenciam, igualmente, um funcionamento social e ocupacional comprometido, assim como depressão, culpa e ansiedade (Nelson et al., 2006; Baer et al., 2011; Steketee et al., 2011). Este medo obsessivo de pecar e/ou de fazer o mal, associado às perturbações de ansiedade, depressão e sentimentos patológicos de culpa, está de tal forma patente no pensamento do paciente que a consciência é enviesada, confundida e enfraquecida por toda esta situação que destrói a paz interior (Abramowitz & Jacoby, 2014).

As evidências sugerem que a presença de escrupulosidade prediz piores resultados no tratamento da POC, o que pode ser atribuído ao conhecimento limitado entre a comunidade médica sobre esta apresentação de sintomas, assim como ao reforço inadvertido de rituais subtis por membros de comunidades religiosas (Siev & Huppert, 2010). Alguns autores apontam o escrúpulo como uma perturbação psicológica, caracterizada por culpa patológica ou obsessão associada a assuntos morais ou religiosos, sendo frequentemente acompanhada por uma observância moral e /ou religiosa de forma compulsiva e altamente disfuncional, angustiante e em que as dúvidas do que é pecado são persistentes (Lewis & Loewenthal, 2018). No DSM-5, este manual define o escrupuloso como uma pessoa excessivamente conscienciosa, rígida e inflexível nos assuntos de moralidade, ética ou valores (excluindo identificação cultural ou religiosa),

sendo estas características consideradas com um traço egossintónico da personalidade obsessivo-compulsiva (APA, 2013).

Neste seguimento, Rachman (1997, 1998) propôs que tais obsessões se desenvolvem quando ocorrem normalmente pensamentos perturbadores que são mal interpretados e tidos como inaceitáveis, imorais e pessoalmente significativos (por exemplo, “pensar sobre algo terrível é o equivalente moral de fazer algo terrível”). Abramowitz e Jacoby (2014), com base na obra de Rachman, afirmam que o pertencer ativamente a uma religião, influencia a presença e a forma de obsessões escrupulosas e compulsões. De facto, os cristãos protestantes têm níveis mais altos numa medida de escrupulosidade (*Penn Inventory of Scrupulosity*) do que católicos, judeus e aqueles sem afiliação religiosa (Abramowitz et al., 2002; Nelson et al., 2006). Essa tendência é consistente com a constatação de que indivíduos protestantes mostram uma maior tendência a acreditar que pensamentos negativos são moralmente relevantes comparativamente com indivíduos judeus (Cohen & Rozin, 2001) e católicos (Rassin & Koster, 2003). A pureza de pensamento e a equivalência de pensamentos e comportamentos também são características dos ensinamentos católicos, de modo que, se pode esperar que a escrupulosidade se apresente principalmente na forma de pensamentos obsessivos inaceitáveis (ou seja, pecaminosos) entre os indivíduos católicos (Lai et al., 2020). Concomitantemente, dada a prática de confessar o pecado, os católicos podem ser especialmente propensos a considerar a possibilidade de prejudicar os outros como atos imorais, o que pode estar associado a sintomas de POC em relação à responsabilidade pelo dano (Nelson et al., 2006).

2.4. Instrumentos a serem validados

A Escala de Centralidade da Religiosidade (CRS) é uma medida que procura avaliar a centralidade e a importância dos significados religiosos na personalidade e foi desenvolvida por Huber e Huber (2012). Os autores apresentam o conceito de sistema de construção religiosa pessoal como uma entidade psicológica unificadora. Este instrumento foi aplicado em mais de 100 estudos em sociologia da religião, psicologia da religião e estudos religiosos, em 25 países, com um total de mais de 100.000 participantes.

A CRS apoia-se no modelo multidimensional da Sociologia da Religião de Charles Glock (1973), em que o autor definiu cinco dimensões centrais da religião, constituindo um quadro geral de referência para a pesquisa empírica: a dimensão

intelectual, a ideológica, a ritualística, a experiencial e a dimensão consequencial. Embora estas sejam desenvolvidas numa perspetiva sociológica, também envolvem a religiosidade de uma dimensão psicológica, pois apontam para modos psicológicos distintos da representação de conteúdos religiosos. Numa perspetiva psicológica, as cinco dimensões centrais podem ser vistas como estratégias através das quais os construtos religiosos pessoais são moldados e ativados. A ativação de construtos religiosos na personalidade pode ser considerada uma medida válida do grau de religiosidade de um indivíduo (Huber & Huber, 2012).

A dimensão intelectual refere-se ao conhecimento que os indivíduos têm da religião e que podem explicar as suas visões sobre transcendência e religiosidade. No sistema de construção religiosa pessoal, essa dimensão é representada como temas de interesse, habilidades hermenêuticas, estilos de pensamento e interpretação e como mecanismos de aprendizagem e conhecimento (Huber & Huber, 2012). A dimensão de ideologia refere-se à expectativa social que os indivíduos têm em relação às crenças da existência e da essência de uma realidade transcendente e da relação entre a transcendência e o humano.

No sistema de construção religiosa pessoal, essa dimensão é representada como crenças, convicções inquestionáveis e padrões de conhecimento (Huber & Huber, 2012). A dimensão de prática pública refere-se à maneira como os indivíduos se identificam com as comunidades religiosas em que estão inseridos que se manifesta na participação pública de rituais religiosos e em atividades comunitárias.

Ao nível da construção religiosa pessoal, essa dimensão é representada por padrões de ação e por um sentimento de pertença em relação a um grupo social, bem como por uma certa imaginação ritualizada da transcendência (Huber & Huber, 2012). A dimensão de prática privada aponta para a forma como os indivíduos se dedicam à transcendência em atividades e rituais no foro privado. No sistema de construção religiosa pessoal, esta dimensão é representada por padrões de ação e por um estilo pessoal de devoção à transcendência, nomeadamente, considera-se a prática da oração e meditação como forma de medir a intensidade geral das práticas privadas (Huber & Huber, 2012).

Por último, na dimensão de experiência religiosa procura-se apreender se os indivíduos tiveram algum contacto direto com uma realidade última que os afeta emocionalmente. Na construção religiosa pessoal, esta dimensão é representada por padrões de perceções religiosas e por uma dinâmica de experiências e sentimentos religiosos (Huber & Huber, 2012).

Resumidamente, as dimensões intelectual e ideológica referem-se ao pensamento, as dimensões da prática pública e privada referem-se à ação e a dimensão experiencial refere-se à experiência, emoção e percepção da religião. Estas cinco dimensões centrais podem ser vistas como representativas de toda a vida religiosa e que se tornam a chave para a construção do CRS. É de referir, ainda, que nesta escala subjazem duas suposições: a) a medição da intensidade geral das cinco dimensões centrais permite uma estimativa representativa da frequência e intensidade da ativação do sistema de construção religiosa pessoal; b) a probabilidade de uma posição central do sistema de construção religiosa na personalidade aumenta com a intensidade geral e a frequência de sua ativação (Huber & Huber, 2012).

A Escala de Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor (RJRS; Rohrbaugh & Jessor, 1974) tem como principal objetivo a avaliar sistematicamente vários aspetos do envolvimento religioso. Está reconfigurada em quatro dimensões (rituais religiosos; consequências religiosas; religiosidade ideológica e religiosidade experimental) que foram operacionalizadas em subescalas de dois itens, produzindo uma medida de religiosidade composta por oito itens no sentido de realçar a importância da religiosidade como dimensão cognitiva da personalidade, em que esta ganhou nova ênfase de desenvolvimentos recentes entre os jovens, nomeadamente na sociedade americana.

Nesta escala de Rohrbaugh e Jessor (1974), a religiosidade é conceptualizada como "um atributo da personalidade referente a orientações cognitivas sobre uma realidade transcendente e sobre a sua relação com ela, orientações que estão diretamente implicadas no impacto que exercem sobre a vida diária, secular e pela participação em práticas rituais" (p. 137). O surgimento desta escala ocorreu no sentido de perceber o papel da religiosidade como controlo pessoal entre os jovens e a sua incidência em comportamentos problemáticos/desviantes, sugerindo como hipótese que a religiosidade funciona como um fator de controlo sobre o comportamento desviante, ou seja, maior religiosidade menor envolvimento em desvios (Rohrbaugh & Jessor, 1974).

3. Metodologia

3.1. Design Metodológico

A investigação consiste, entre outras coisas, em analisar com rigor e objetividade uma determinada situação, para conhecer as suas características e funcionamento, bem

como as relações que existem entre os elementos que a configuram, sobretudo, “planejar boas perguntas, perguntas de investigação, que irão direcionar o olhar e o pensamento” (Stake, 2007, p. 31) para o objeto de estudo. Torna-se importante assinalar que “para cada investigação, os métodos devem ser escolhidos e utilizados com flexibilidade, em função dos seus objetivos próprios, do seu modelo de análise e das suas hipóteses” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 233).

Esta investigação é um estudo descritivo correlacional que segue um desenho transversal na medida em que a recolha de dados ocorre num único momento. O desenho transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis (apenas um *design* longitudinal o permitiria), mas permite explorar e descrever as relações entre as variáveis (Hoz, 2014). A recolha de dados é um procedimento tendente a selecionar técnicas adequadas para garantir a qualidade e o êxito da investigação. Devem ser elaborados e utilizados instrumentos de modo a captar, da forma mais completa possível, todas as informações inerentes aos fenómenos em estudo. Segundo De Ketele e Roegiers (2006) a recolha dos dados pode ser perspectivada como um processo organizativo colocado em prática para obter uma série de informações oriunda de múltiplas fontes com a finalidade de passar de um nível de conhecimento para outro nível de conhecimento ou de representação de uma determinada situação no quadro de uma ação deliberada em que os objetivos foram claramente definidos e dão garantias de validade suficientes.

A utilização das técnicas certas durante o processo de recolha de dados, muitas vezes depende do conhecimento, da capacidade e da experiência de cada investigador, nunca esquecendo, porém, que analisar é, “fracionar” as nossas impressões e observações “dando significado às partes” (Stake, 2007, p. 87). O tratamento estatístico aplicado aos dados baseia-se em procedimentos relativos à estatística descritiva e inferencial. Para tal, foi utilizado um questionário que inclui variáveis mensuráveis, previamente definido, tendo sido selecionadas as variáveis que permitissem responder à questão de investigação.

O questionário é um dos instrumentos mais usados para a recolha de informação, tornando-se num instrumento de recolha de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos, sendo constituído por questões que permitam avaliar as atitudes que se consideram relevantes de acordo com as características e dimensão do que se deseja observar (Hoz, 2014).

O investigador utiliza o questionário como “instrumento de medida que lhe permita eventualmente confirmar ou infirmar uma ou várias hipóteses de investigação, tornando-se num estudo com variáveis mensuráveis” (Freixo, 2011, p. 197). A um

questionário coloca-se o problema da validade e da fiabilidade. Elaborar um questionário poderá ser fácil “mas não é fácil elaborar um ‘bom’ questionário” (Hill, 2015, p. 34).

3.2. Objetivos

O objetivo geral deste estudo é o de compreender como as dinâmicas/crenças religiosas e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) se influenciam mutuamente numa amostra da população portuguesa.

Os objetivos específicos incluem (1) validar os instrumentos religiosos incluídos no estudo para a população portuguesa; (2) relacionar as variáveis religiosas com as variáveis da Perturbação Obsessivo-Compulsiva; (3) relacionar a amostra com as variáveis religiosas e com as variáveis relativas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC); (4) identificar um modelo explicativo da religiosidade que inclua o grau de perturbação sentido relativamente aos sintomas obsessivo-compulsivos utilizando para o efeito as variáveis sociodemográficas, as variáveis religiosas e o inventário obsessivo-compulsivo como variáveis independentes.

Tendo em conta os objetivos, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H1: espera-se encontrar bons modelos de ajustamento dos instrumentos de avaliação da religiosidade a validar para a população portuguesa;

H2: espera-se que existam relações significativas entre as variáveis religiosas e as variáveis relativas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC);

H3a: espera-se que os participantes mais idosos e os participantes do género feminino apresentem valores mais elevados nas variáveis religiosas, traduzindo uma maior religiosidade do que os participantes mais novos e do género masculino;

H3b: espera-se que os participantes do género masculino apresentem valores mais elevados na subescala Acumulação e o género feminino mais elevadas nas subescalas Ordem e Limpeza;

H4: espera-se que a idade, o género e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) contribuam para explicar a religiosidade.

3.3. Descrição da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 539 indivíduos, sendo 177 (32.8%) do sexo masculino e 362 do sexo feminino (67.2%). Os participantes têm entre 18 (mínimo) e 89 (máximo) anos, com uma média de 42.50 anos ($DP=12.27$). Relativamente ao estado

civil, verificamos que 148 (27.5%) dos participantes são solteiros, 334 (62%) são casados ou estão em união de facto, 42 (7.8%) são divorciados e/ou separados e 15 (2.8%) são viúvos. No que diz respeito à escolaridade, 2 dos participantes (0.4 %) têm como habilitações o 1.º Ciclo do Ensino Básico, 3 (0.6%) têm o 2.º Ciclo do Ensino Básico, 14 (2.6%) possuem as habilitações literárias correspondentes ao 3.º Ciclo do Ensino Básico, 118 (21.9%) acabaram o ensino secundário, 270 (50.1%) têm uma licenciatura, 117 (21.7%) têm um mestrado e 15 (2.8%) são doutorados. No atinente ao estatuto profissional, 50 (9.3%) dos participantes encontram-se em estado inativo e 489 (90.7 %) encontram-se a trabalhar ou a estudar, ou seja, ativos profissionalmente. Os participantes deste estudo vivem maioritariamente numa zona urbana (362) o que corresponde a uma percentagem de 67. 2%, e 177 (32.8%) vivem em zonas rurais.

A distribuição avaliada pela assimetria (<3) e curtose (<11) (Kline,2015) estão dentro dos valores de referência.

3.4. Procedimentos

Todos os procedimentos levados a cabo no âmbito desta investigação seguiram as recomendações da Declaração de Helsínquia. Esta investigação foi submetida ao Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa, tendo sido aprovada. Em seguida, foi pedida a autorização aos autores da validação portuguesa do instrumento *Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* (OCI-R) (Faria & Cardoso, 2017) para utilização da mesma; foi ainda pedida autorização aos autores da *The Centrality of Religiosity Scale* (CRS) e *Rohrbaugh and Jessor Religious Scale* para se levar a cabo a validação das mesmas para a população portuguesa.

Estes instrumentos serão aplicados com data de início no primeiro dia de setembro de 2021 de forma presencial e online (via Google Forms) segundo uma amostragem não probabilística com recurso à técnica bola de neve e tendo como critérios de inclusão o facto de ser português e ter 18 ou mais anos. Será apresentado um consentimento informado aos participantes onde serão referidos os objetivos do estudo, comunicando ainda que a participação é voluntária e pode ser abandonada a qualquer momento. Realça-se que todas as informações serão totalmente anónimas e exclusivamente utilizadas para o tratamento de dados desta investigação e, por fim, ser-lhes-á pedido a máxima honestidade nas respostas pois é imprescindível para a obtenção de resultados fiáveis.

Depois de delineado o tema a estudar, foram selecionadas as variáveis que permitiam responder à questão de investigação. Segue-se uma descrição geral do questionário e uma descrição específica dos itens selecionados.

3.5. Medidas e Instrumentos

3.5.1. Variáveis sociodemográficas

No que diz respeito ao questionário sociodemográfico, este é composto por cinco questões fechadas. As questões colocadas são as seguintes: idade; género (masculino – 0, feminino - 1); estado civil (solteiro(a) - 0; casado(a) ou em união de facto - 2; divorciado(a)/separado(a) - 3; viúvo(a) - 4); escolaridade (1º ciclo - 0; 2º ciclo - 1; 3º ciclo - 2; ensino secundário - 3; licenciatura - 4; mestrado - 5; doutoramento - 6); estatuto profissional (ativo – trabalhador - 0, estudante – 1, cuidador – 2; inativo - desempregado - 0, reformado -1, baixa médica -2); zona de residência (urbana – 0, rural – 1).

3.5.2. Variáveis relativas à prática religiosa

Em relação às variáveis tendo em vista a crença e prática religiosa, consideram-se as seguintes: Acredita em Deus? (Nada - 1, Completamente - 8); Considera-se uma pessoa religiosa (Nada - 1, Completamente - 8); A religião é importante na sua vida (Nada - 1, Completamente - 8); Como se define do ponto de vista espiritual ou religioso? 1 - Sou uma pessoa materialista (reconheço somente as realidades materiais ou naturais); 2 - Sou ateu (nego a existência de Deus e de realidades espirituais/ sobrenaturais); 3 - Sou agnóstico (acredito que não é possível provar nem refutar a existência de Deus e de realidades espirituais); 4 - Sou uma pessoa espiritual (reconheço a existência de realidades espirituais/sobrenaturais, mas não pertenço a qualquer religião); 5 - Sou uma pessoa religiosa (acredito na existência de Deus e pertenço a uma religião).

3.5.3. Variáveis relativas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)

Em relação às variáveis tendo em vista a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), consideram-se as seguintes: fico com medo de pecar por: I - não cumprir e/ou interpretar mal os mandamentos, regras e leis religiosas e /ou morais (Nada – 0; Pouco – 1; Moderadamente – 2; Muito – 3; Extremamente – 4); II – não fazer bem os rituais religiosos (eg., orações, participar na Missa, comunhão, etc.) - (Nada – 0; Pouco – 1;

Moderadamente – 2; Muito – 3; Extremamente – 4); III – ter pensamentos indesejados e fugazes de conteúdo inaceitável (eg: pensamentos de conteúdo agressivo, sexual, blasfemo, etc.) - (Nada – 0; Pouco – 1; Moderadamente – 2; Muito – 3; Extremamente – 4)

Quando estou com medo e/ou ansioso, realizo: I – orações vocais e/ou mentais (Nunca – 0; Raramente – 1; Ocasionalmente – 2; Algumas vezes – 3; Muitas Vezes – 4); II – alguns rituais religiosos (eg., sinal da cruz; confessar; comungar, etc.) - (Nunca – 0; Raramente – 1; Ocasionalmente – 2; Algumas vezes – 3; Muitas Vezes – 4) ; III – auto-tranquilização, através de rumações (pensamentos) morais e/ou argumentação racional sobre a moralidade dos meus atos (Nunca – 0; Raramente – 1; Ocasionalmente – 2; Algumas vezes – 3; Muitas Vezes – 4), IV – coleção de objetos e/ou imagens religiosas (Nunca – 0; Raramente – 1; Ocasionalmente – 2; Algumas vezes – 3; Muitas Vezes – 4).

3.5.4. Instrumentos que avaliam a religiosidade

The Centrality of Religiosity Scale (CRS) (Huber & Huber, 2012). A Escala de Centralidade da Religiosidade (CRS) é uma medida que procura avaliar a centralidade e a importância dos significados religiosos na personalidade. A referida escala mede as intensidades gerais de cinco dimensões centrais teóricas de religiosidade: as dimensões de prática pública, de prática privada, a experiência religiosa, a ideologia e as dimensões intelectuais que podem, em conjunto, ser consideradas representativas para o total da vida religiosa.

No que concerne à forma, esta escala apresenta três versões que se diferenciam entre si pelo número de itens: com 15 (CRS-15), com 10 (CRS-10) e com 5 itens (CRS-5). Essas versões estão adequadas para as religiões monoteístas (judaísmo, cristianismo, islamismo) e, ao mesmo tempo, têm em consideração as tradições religiosas orientais e novas formas ocidentais de meditação espiritual e de experiência mística.

No nosso trilha investigativo, usaremos a escala com 10 itens (CRS-10); as modalidades de resposta variam entre o muitas vezes e o nunca; entre o muito e o nada e entre várias vezes ao dia e o nunca e a categorização dos grupos variam entre não religioso, religioso e altamente religioso. Os indivíduos com pontuações mais altas na CRS têm um sistema de construção religiosa mais central e a validade desta estratégia de medição foi confirmada empiricamente com vários estudos. Ao nível da consistência e fidelidade, o alpha de Cronbach é de 0.93.

Rohrbaugh and Jessor Religious Scale (RJRS; Rohrbaugh & Jessor, 1974). A Escala de Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor (RJRS; Rohrbaugh & Jessor, 1974) tem como principal objetivo avaliar sistematicamente vários aspectos do envolvimento religioso. Está reconfigurada em quatro dimensões (rituais religiosos; consequências religiosas; religiosidade ideológica e religiosidade experimental) que foram operacionalizadas em subescalas de dois itens, produzindo uma medida de religiosidade composta por oito itens em que uma pontuação elevada significa um maior controle da religião na vida da pessoa.

Ao nível das modalidades de resposta: 1 - Com que frequência participou em celebrações religiosas durante o ano passado? Número de vezes; 2 - Qual das seguintes opções descreve melhor a sua prática de oração ou meditação religiosa? a) a oração é uma prática regular da minha vida diária, b) geralmente rezo em momentos de stress ou necessidade, mas raramente em qualquer outro momento, c) rezo apenas durante as celebrações comunitárias, d) a oração tem pouca importância na minha vida, e) Eu nunca rezo; 3 - Quando tem um problema pessoal sério, com que frequência tem em consideração conselhos ou ensinamentos religiosos? a) quase sempre, b) normalmente, c) às vezes, d) raramente; 4 - Que influência diria que a religião tem na sua forma de agir e na maneira como escolhe, em cada dia, passar o seu tempo? a) nenhuma influência, b) uma pequena influência, c) alguma influência, d) bastante influência, e) uma grande influência; 5 - Qual das seguintes afirmações mais se aproxima da forma como entende a sua crença em Deus? a) tenho a certeza de que Deus realmente existe e que Ele está ativo na minha vida, b) embora às vezes questione a sua existência, acredito em Deus e acredito que Ele me conhece como pessoa, c) eu não sei se há um Deus pessoal, mas acredito em algum tipo de poder superior, d) não sei se existe um Deus pessoal ou um poder superior de algum tipo, e não sei se algum dia saberei, e) eu não acredito num Deus pessoal ou num poder superior; 6 - Qual das afirmações a seguir mais se aproxima da sua crença em alguma forma de vida após a morte? a) acredito numa vida pessoal após a morte; uma alma que existe como um indivíduo específico, b) acredito numa alma que existe após a morte como parte de um espírito universal, c) acredito em alguma forma de vida após a morte, mas eu realmente não sei como será, d) não sei se existe algum tipo de vida após a morte, e não sei se algum dia saberei, e) não acredito em qualquer vida após a morte; 7 - Durante o ano passado, com que frequência experimentou um sentimento de intimidade ou devoção religiosa? a) quase diariamente, b) frequentemente, c) às vezes, d) raramente, e) nunca; 8 - Concorda com a seguinte afirmação: “A religião dá-me muito conforto e

segurança na vida”)? a) discordo totalmente, b) discordo, c) incerto, d) concordo, e) concordo totalmente.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, o instrumento apresenta uma boa confiabilidade (0.90, alpha de Cronbach).

3.5.5. Instrumento que avalia a Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R). O OCI-R (Foa et al., 2002) é uma versão reduzida do OCI constando de um questionário de autoavaliação composto por 18 itens que avalia o grau de perturbação sentido relativamente aos sintomas obsessivo-compulsivos durante o último mês.

As respostas são dadas numa escala de cinco pontos, de 0 (Nada) a 4 (Extremamente). O OCI-R avalia a sintomatologia da POC através de seis fatores: (a) Acumulação, (b) Verificação, (c) Ordem, (d) Neutralização, (e) Limpeza e (f) Obsessões, com três itens cada. Os resultados para cada subescala variam entre 0 e 12, sendo igualmente calculada uma pontuação total, através da soma dos 18 itens, que varia entre 0 e 72.

Quanto maior a pontuação total na escala, maior a prevalência dos sintomas e é uma das medidas preferenciais para avaliar os sintomas obsessivo-compulsivos em contextos clínicos e não clínicos. Como Zermatten et al. (2006) apontam, a diferença entre as obsessões e compulsões que se manifestam num nível não clínico e na POC ocorre principalmente em termos de frequência e intensidade e não no seu conteúdo.

O OCI-R original foi traduzido para Português pelos autores e foi feita uma retroversão por um tradutor oficial independente. Pequenas diferenças entre as duas versões foram corrigidas e a versão final foi estabelecida após uma administração experimental a um grupo de 12 estudantes universitários (Faria & Cardoso, 2017).

Os resultados indicam que as propriedades psicométricas do OCI-R Português são comparáveis às da escala original, sugerindo propriedades psicométricas adequadas em termos de validade convergente, validade divergente e confiabilidade teste-reteste (Faria & Cardoso, 2017).

A estrutura original de seis fatores proposta por Foa et al. (2002) e posteriormente replicada em vários estudos foi testada com uma análise fatorial confirmatória, com resultados que indicaram um excelente ajustamento para este modelo.

Um dado pertinente que geralmente não é abordado nos estudos com o OCI-R é o da eventual diferença entre sexos, sabendo-se que embora os homens apresentem tendência a pontuações mais elevadas em algumas dimensões dos sintomas da POC - os homens tendem a apresentar valores mais elevados nas subescalas ordem e acumulação e as mulheres com pontuação mais elevadas na limpeza - porém, essas diferenças não são geralmente significativas (Faria & Cardoso, 2017). Os resultados mostraram que as diferenças entre as médias para as subescalas e escala total do OCI-R não foram estatisticamente significativas entre os sexos (Fullana et al., 2005).

Conclui-se que a versão em Português do OCI-R retém as boas propriedades psicométricas da versão original sendo um instrumento adequado para avaliar os sintomas obsessivo-compulsivos em amostras não-clínicas, ou seja, é uma medida breve e eficaz na avaliação dos vários sintomas da POC na população em geral (Faria & Cardoso, 2017). Em termos psicométricos, a consistência interna da escala total é excelente, com um valor de alpha de Cronbach de 0.90.

3.6. Análise estatística

O objetivo de qualquer investigação é procurar respostas para as questões e/ou problemas que dela ocorrem, sendo, por isso, importante averiguar se as informações recolhidas correspondem às intenções *a priori* descritas pelo investigador (Hoz, 2014). Sendo uma parte fundamental de qualquer processo investigativo, o tratamento dos dados é a fase em que se prova o que foi feito, o que se observou e se relacionam os dados recolhidos ao longo de todo o processo.

Não existe uma técnica ideal para tratar os dados, isso depende da capacidade, experiência do investigador e do estudo que está a ser realizado. Contudo, na opinião de Quivy e Campenhoudt (2008), existem duas técnicas para realizar o tratamento de dados; a análise estatística, usada principalmente na investigação quantitativa, e a análise do conteúdo, usada principalmente na investigação qualitativa. No entanto, quando se inicia esta análise, há investigadores que procuram um modelo estereotipado para seguir, porém, não existem modelos estereotipados a seguir. Cada investigador, dependendo do tipo de pesquisa e dos materiais que utiliza, é que define o seu próprio modelo. Porém, o objetivo principal é “estabelecer uma correspondência entre o nível empírico e o teórico, de modo a assegurar-nos - e é esta a finalidade de cada investigação – que o corpo de hipóteses é verificado pelos dados do texto” (Bardin, 2007, p. 69). O objetivo de qualquer

investigação é procurar respostas para as hipóteses e/ou questões que dela ocorrem, sendo, por isso, importante averiguar se as informações recolhidas correspondem às intenções a priori descritas pelo investigador (Reis, 2008).

Existe a consciência que a análise de conteúdo adaptado e adequado ao domínio e ao objetivo pretendido “tem que ser reinventada a cada momento, exceto para usos mais simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da descodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas” (Morgado, 2012, p. 107).

O inquérito por questionário, após a sua administração aos sujeitos da investigação, foi submetido ao Programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences): programa de organização de dados e análise estatística para uma melhor ajuda na leitura e respetiva interpretação dos dados, porque na discussão dos resultados da investigação é necessário ter a capacidade de extrair conclusões, interpretar os resultados e apresentar as implicações desses resultados.

A análise exploratória de dados teve como objetivos caracterizar a amostra – coincidente com a população - e estudar de forma descritiva as variáveis presentes no questionário sociodemográfico, as variáveis relativas à prática religiosa e variáveis relativas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Esta análise exploratória de dados consiste na recolha, apresentação, análise e interpretação de dados numéricos sob a forma de instrumentos adequados como tabelas, gráficos e indicadores numéricos (Reis, 2008).

Com esta análise, é possível ligar a estatística à epistemologia, uma vez que a utilização das várias técnicas de análises de dados surgem enraizadas na compreensão do fenómeno que está a ser estudado e os resultados alcançados são sempre o produto dos contributos fornecidos pelo investigador, ao seleccionar a visão que pretende para estudar o fenómeno e a leitura fornecida pelos dados, na resposta a essa procura (Pestana & Velosa, 2010). Para Pestana e Velosa (2010) não existe apenas uma estratégia de exploração de dados. O investigador enquanto pessoa mais bem situada para compreender o fenómeno traça uma linha de orientação que muitas vezes diverge e é natural que assim aconteça, já que a interação entre o investigador e os dados é bidirecional.

O passo inicial de qualquer análise exploratória deverá ser uma exploração visual dos dados, pois dessa forma é possível identificar eventuais erros de digitação na introdução dos dados, que mais tarde poderão colocar em causa as ilações a tirar do processo de investigação (Pestana & Gageiro, 2014). Só depois desse processo de filtragem se pode começar a pesquisa ativa de resultados que reflitam realidade. Pelo facto

de ser impossível realizar uma análise exploratória sem perdas de informação, uma vez que no cálculo de estatísticas como média, desvio padrão, mediana ou outras está sempre implícita a perda de informação torna-se muito importante observar o fenómeno de vários ângulos, para reduzir o viés que pode advir de uma observação unidirecional (Tufté, 2001). Ao fazer uso da parcimónia, a técnica da análise exploratória de dados caracteriza-se por ser sumária e compreensiva, mas também pode apresentar-se como enviesada, pelo facto de enfatizar alguns aspetos em detrimento de outros (Tufté, 2001).

A análise exploratória combina apresentação analítica e gráfica dos dados para que a informação seja apresentada não só de forma sintética mas também visualmente apelativa e útil para quem a ela acede. É assim essencial um equilíbrio de forças entre o que é relevante e o que pode ser deixado para segundo plano, por forma a não comprometer informação relevante, mas também não sobrecarregar a apresentação dos dados, comprometendo a sua eficácia (Pestana & Gageiro, 2014).

Neste estudo a análise exploratória teve duas fases conforme sugestão de Pestana e Velosa (2010): (I) - pesquisa visual e depurativa na procura por erros de introdução de dados; (II) - cálculo de estatísticas descritivas e apresentação da informação de forma sumária e visualmente apelativa. A pesquisa de erros de introdução de dados foi realizada com base na inspeção visual da base de dados, construída em ambiente SPSS e também pela análise de frequências de todas as variáveis presentes na base de dados, em busca de valores fora do espectro de respostas aceitáveis.

Para a apresentação das estatísticas descritivas foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%), médias e desvios padrão, assimetria e curtose. Nas variáveis nominais foram calculadas frequências absolutas e relativas e nas variáveis ordinais e quantitativas foram calculadas médias e desvios padrão, embora alguma literatura sugira o cálculo exclusivo de frequências absolutas e relativas ou medianas nas variáveis ordinais (Pestana & Gageiro, 2014).

A análise inferencial teve como objetivo principal extrapolar e tirar conclusões para além da população em si, na tentativa de perceber os resultados encontrados. Este processo, no entanto, não está isento de limitações e é muito difícil extrapolar sem cometer erros de viés associados às características da amostra, que muitas vezes não reflete a realidade da população (Maroco, 2003). Os vieses na extrapolação dos resultados estão muitas vezes relacionados com dificuldades no processo de recolha aleatório da amostra, uma vez que é muito moroso e dispendioso recolher grandes quantidades de dados de forma exclusivamente aleatória (Pestana & Gageiro, 2014). A solução passa muitas

vezes por adotar um processo amostral por conveniência, rápido e eficaz, mas com viés associado à extrapolação de resultados (Pestana & Gageiro, 2014).

Assim sendo, para além das análises descritivas (média, desvio padrão, mínimo e máximo, assimetria e curtose), efetuaram-se análises do valor do *Alpha de Cronbach*, análises de diferenças (teste T de *Student* e *ANOVA*), análises de correlação (*r* de Pearson e *rho* de Spearman), regressões (regressão linear múltipla) e usou-se o critério de significância de resultados em que o valor de $p < 0.050$.

Tendo em conta a dimensão da amostra ($N =$ superior a 30), utilizamos testes paramétricos, uma vez que amostras com dimensões superiores a 30 assume-se a normalidade das variáveis (Pestana & Gageiro, 2014), exceto no que diz respeito às variáveis nominais.

A adaptação de instrumentos psicológicos num processo de análise e investigação torna-se numa tarefa complexa porque exige uma planificação rigorosa quanto à manutenção do seu conteúdo, das suas características psicométricas e da sua validade para a população a quem se destina (Cassepp-Borges et al., 2010).

A análise factorial exploratória (EFA) (probabilidade máxima) com análise de componentes principais (PCA) foi realizada, executando a análise ortogonal (ou seja, Varimax), rotacionada, para obter uma estrutura factorial para as variáveis em estudo. Os indicadores estatísticos utilizados incluíram o valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Kaiser, 1974) e o Teste de Bartlett de Sphericity (Field, 2013). Os fatores foram avaliados utilizando valores próprios maiores que 1 (Kaiser, 1960) e um mínimo de 3 itens por fator (Carpenter, 2018). Os itens foram removidos com base em comunalidades (< 2) e na saturação nos fatores.

A análise factorial confirmatória foi levada a cabo através do programa de análise estatística AMOS 27 (Arbuckle, 2020). O índice de ajustamento comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI) e a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) foram utilizados para avaliar o ajustamento global do modelo. Valores mais altos para CFI e TLI e valores mais baixos para RMSEA indicam um melhor ajustamento. CFI e TLI ≥ 0.90 e RMSEA ≤ 0.08 foram critérios para ajustamento de modelos adequados, enquanto CFI e TLI ≥ 0.95 e RMSEA ≤ 0.06 surgiram como critérios para modelos muito bem ajustados (Hu & Bentler, 1999). Browne e Cudeck (1992) empregaram a definição de "close fit" sendo que PCLOSE origina um valor de ajustamento aproximado (≥ 0.05). A raiz quadrada média padronizada (SRMR) permite avaliar a média magnitude das discrepâncias entre as correlações observadas e esperadas

como medida absoluta do critério de ajuste (modelo) e deve apresentar valor <0.08 (Kline, 2015).

4. Resultados

4.1. Apresentação dos resultados

Na Tabela 1, é apresentada a análise descritiva dos itens, subescalas e total da escala que avalia a Centralidade da Religiosidade (*Centrality of Religiosity Scale*). Os valores da assimetria e curtose asseguram a distribuição normal dos seis itens. Nenhum item se correlaciona com o total da escala abaixo do valor recomendado 0.300. As correlações entre os dez itens variam entre $r = 0.480$ ($p < 0.01$) e $r = 0.699$ ($p > 0.01$). No caso em que as modalidades de resposta oscilam entre 0 e 4, o item dois (*Até que ponto acredita que Deus ou algo divino existe?*) apresenta a média mais elevada, e o item dez (*Com que frequência experiencia situações nas quais sente que Deus ou algo divino deseja comunicar consigo ou revelar-lhe algo?*) apresenta a média mais baixa. Nos casos em que as modalidades de resposta variam entre zero e sete (itens três e quatro), a média mais alta é a do item quatro (*Com que frequência reza?*) e a mais baixa a do item três (*Com que frequência participa em celebrações religiosas?*). Nenhum dos itens em estudo aumenta os valores do alpha de Cronbach (0.925) se suprimidos, diminuindo-o até ligeiramente.

Tabela 1

Escala da Centralidade da Religiosidade (CRS): frequências dos itens e total e alpha de Cronbach

	<i>M</i> (0-4)	<i>DP</i>	<i>As</i> (<i>SD</i> =0.11)	<i>Cr</i> (<i>SD</i> =0.21)	α se item apagado	Correlação item total corrigida
1 Com que frequência pensa em questões religiosas?	2.88	1.04	-0.67	-0.35	0.917	0.76
2 Até que ponto acredita que Deus ou algo divino existe?	3.04	1.11	-0.93	-0.12	0.915	0.78
5 Com que frequência experienciar situações nas quais sente que Deus ou algo divino intervém na sua vida?	2.64	1.18	-0.62	-0.54	0.916	0.69
6 Quão interessado(a) está em aprender mais acerca de temas religiosos?	2.30	1.10	-0.81	-0.59	0.918	0.60
7 Até que ponto acredita em alguma forma de vida após morte, como por exemplo a imortalidade da alma, a ressurreição dos mortos ou reencarnação?	2.43	1.19	-0.13	-1.00	0.920	0.53
8 Quão importante é participar em celebrações religiosas?	2.19	1.26	-0.54	-0.98	0.913	0.80
9 Quão importante é para si rezar sozinho?	2.56	1.27	-0.59	-0.64	0.913	0.73
10 Com que frequência experienciar situações nas quais sente que Deus ou algo divino deseja comunicar consigo ou revelar-lhe algo?	1.70	1.20	0.27	-0.76	0.923	0.52
3 Com que frequência participa em celebrações religiosas?	2.66	1.53	0.49	-0.23	0.919	0.686
4 Com que frequência reza?	4.13	2.36	-0.35	-1.30	0.924	0.741
QCRS Total $\alpha = 0.925$	2.65	1.06	-0.41	-0.64		

M = média; *DP* = desvio padrão; *As* = assimetria; *Cr* = curtose; α = *alpha* de Cronbach

Na Tabela 2, é apresentada a análise descritiva das subescalas do Questionário da Centralidade da Religiosidade (CRS). A subescala Prática Religiosa Privada é a que apresenta a média mais elevada e o *alpha de Cronbach* mais baixo; a subescala Experiência Religiosa apresenta a média mais baixa; e, por fim, a subescala Prática Religiosa Pública apresenta o valor de *alpha de Cronbach* mais elevado.

Tabela 2

Escala da Centralidade da Religiosidade (CRS): frequências dos itens e subescalas e alpha de Cronbach

		<i>M</i> (0-4)	<i>DP</i>	<i>As</i> (<i>SD</i> =0.11)	<i>Cr</i> (<i>SD</i> = 0.21)
	Prática religiosa pública $\alpha = 0.865$	2.43	1.40	-0.03	-0.61
3	Com que frequência participa em celebrações religiosas?	2.66	1.53	0.49	-0.23
8	Quão importante é participar em celebrações religiosas?	2.19	1.26	-0.54	-0.98
	Prática religiosa privada $\alpha = 0.732$	3.35	1.82	-0.47	-0.97
4	Com que frequência reza?	4.13	2.36	-0.35	-1.30
9	Quão importante é para si rezar sozinho?	2.56	1.27	-0.59	-0.64
	Experiência Religiosa $\alpha = 0.818$	2.17	1.19	-0.18	-0.65
5	Com que frequência experiencia situações nas quais sente que Deus ou algo divino intervém na sua vida?	2.64	1.18	-0.62	-0.54
10	Com que frequência experiencia situações nas quais sente que Deus ou algo divino deseja comunicar consigo ou revelar-lhe algo?	1.70	1.20	0.27	-0.76
	Ideologia $\alpha = 0.804$	2.74	1.15	-0.53	-0.56
2	Até que ponto acredita que Deus ou algo divino existe?	3.04	1.11	-0.93	-0.12
7	Até que ponto acredita em alguma forma de vida após morte, como por exemplo a imortalidade da alma, a ressurreição dos mortos ou reencarnação?	2.43	1.19	-0.13	-1.00
	Dimensões intelectuais $\alpha = 0.822$	2.59	1.07	-0.74	-0.47
1	Com que frequência pensa em questões religiosas?	2.88	1.04	-0.67	-0.35
6	Quão interessado(a) está em aprender mais acerca de temas religiosos?	2.30	1.10	-0.81	-0.59

M = média; *DP* = desvio padrão; *As* = assimetria; *Cr* = curtose; α = alpha de Cronbach

Na Tabela 3, é apresentada a análise descritiva dos itens e total da Escala da Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor (RJRS). O primeiro item (*Com que frequência*

participou em celebrações religiosas durante o ano passado?) foi de resposta livre, pelo que os seus valores não são padronizados como restantes itens, não sendo, portanto, o item um considerado no valor global da escala, nem no cálculo do valor do *alpha de Cronbach* da subescala que integra, Rituais Religiosos. Os valores da assimetria e curtose asseguram a distribuição normal dos oito itens. Nenhum item se correlaciona com o total da escala abaixo do valor recomendado (0.300).

As correlações entre os sete itens (não se contabiliza o item 1 de resposta livre) variam entre $r = 0.339$ ($p < 0.01$) e $r = 0.459$ ($p > 0.01$). Os valores da média oscilam entre 1.89 (média mais baixa) no item sete (*Durante o ano passado, com que frequência experimentou um sentimento de intimidade ou devoção religiosa?*) e 2.95 (média mais alta) no item dois (*Qual das seguintes opções descreve melhor a sua prática de oração ou meditação religiosa?*). Os itens um, dois, três, quatro, sete e oito diminuem ligeiramente os valores do *alpha de Cronbach* (0.908) se suprimidos, e o item seis aumenta-o ligeiramente.

Na Tabela 4, é apresentada a análise descritiva dos itens e subescalas da Escala de Religiosidade de Rohbaughj e Jessor (RJRS). A subescala Rituais Religiosos ficou reduzida a um item, razão pela qual não é possível calcular o *alpha de Cronbach* para esta dimensão. A subescala da Religiosidade Ideológica apresenta o valor médio mais elevado em relação às outras subescalas e o valor de *alpha de Cronbach* mais baixo; a subescala Consequências Religiosas é o que apresenta o valor médio mais baixo; a subescala Religiosidade Experimental apresenta o valor de *alpha de Cronbach* mais elevado.

Na Tabela 5, é apresentada a análise descritiva dos itens e total do Questionário de Perturbação Obsessivo-Compulsiva Versão Reduzida. Os valores da assimetria e da curtose garantem a normal distribuição dos 18 itens. O item três (*Eu fico incomodado(a) se os objetos não estão arrumados corretamente*) apresenta a média mais elevada, e o item (*Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado(a)*), a média mais baixa. Todos os itens, se removidos, diminuem o *alpha de Cronbach*. A correlação entre os itens varia entre $r = 0.179$ ($p < 0.01$) a $r = 0.655$ ($p < 0.01$). O valor de *alpha de Cronbach* é de 0.908 para este questionário.

Tabela 3

Escala da Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor (RJRS): frequências dos itens e total e alpha de Cronbach

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>As</i> (<i>SD</i> =0.19)	<i>Cr</i> (<i>SD</i> =0.38)	α se item apagado	Correlação item total corrigida
1 Com que frequência participou em celebrações religiosas durante o ano passado?	17.10	37.25	5.63	46.7	0.894	0.47
	<i>M</i> (0-4)	<i>DP</i>	<i>As</i> (<i>SD</i> =0.11)	<i>Cr</i> (<i>SD</i> =0.21)	α se item apagado	Correlação item total corrigida
2 Qual das seguintes opções descreve melhor a sua prática de oração ou meditação religiosa? ¹	2.95	1.25	-1.11	0.21	0.892	0.75
3 Quando tem um problema pessoal sério, com que frequência tem em consideração conselhos ou ensinamentos religiosos?	2.46	1.23	-0.41	0.75	0.890	0.76
4 Que influência diria que a religião tem na sua forma de agir e na maneira como escolhe, em cada dia, passar o seu tempo?	1.95	1.20	-0.48	-0.83	0.897	0.70
5 Qual das seguintes afirmações mais se aproxima da forma como entende a sua crença em Deus?	2.93	1.00	-0.54	-0.77	0.889	0.79
6 Qual das afirmações a seguir mais se aproxima da sua crença em alguma forma de vida após a morte?	2.20	1.09	0.13	-0.73	0.913	0.54
7 Durante o ano passado, com que frequência experimentou um sentimento de intimidade ou devoção religiosa?	1.89	1.16	-0.002	-0.86	0.889	0.77
8 Concorda com a seguinte afirmação? “A religião dá-me muito conforto e segurança na vida”	2.58	1.15	-0.83	0.01	0.890	0.77
QRJRS Total $\alpha = 0.907$	2.48	0.89	-0.58	-0.25		

M = média; *DP* = desvio padrão; *As* = assimetria; *Cr* = curtose; α = *alpha* de Cronbach; ¹ Resposta livre

Tabela 4

Escala da Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor (RJRS): frequências dos itens e subescalas e alpha de Cronbach

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>As</i> (<i>SD</i> =0.11)	<i>Cr</i> (<i>SD</i> =0.21)
Rituais religiosos				
1	10.03	19.25	2.26	23.46
2	17.10	37.25	5.63	46.7
	2.95	1.25	-1.11	0.21
Consequências religiosas $\alpha = 0.803$				
3	2.21	1.22	-0.04	-0.79
4	2.46	1.23	-0.41	-0.75
	1.95	1.20	-0.48	-0.83
Religiosidade ideológica $\alpha = 0.712$				
5	2.57	1.05	-0.21	-0.75
6	2.93	1.00	-0.54	-0.77
	2.20	1.09	0.13	-0.73
Religiosidade experimental $\alpha = 0.816$				
7	2.24	1.155	-0.42	-0.43
8	1.89	1.16	-0.002	-0.86
	2.58	1.15	-0.83	0.01

M = média; *DP* = desvio padrão; *As* = assimetria; *Cr* = curtose; α = *alpha de Cronbach*; ² Resposta livre

Tabela 5

Questionário de Perturbação Obsessivo-Compulsiva Versão Reduzida (QPOCVR): frequências dos itens e total e alpha de Cronbach

	<i>M</i> (0-4)	<i>DP</i>	<i>As</i> (<i>SD</i> =0.11)	<i>Cr</i> (<i>SD</i> =0.21)	<i>α</i> se item apagado	Correlação item total corrigida
1	1.25	1.00	0.49	-0.34	0.908	0.40
2	1.41	0.99	0.28	-0.58	0.901	0.61
3	1.68	1.06	0.15	-0.60	0.903	0.54
4	0.71	0.95	0.13	-0.96	0.903	0.56
5	0.62	0.89	1.62	2.57	0.903	0.57
6	1.22	1.01	0.63	-0.10	0.902	0.58
7	0.78	0.93	1.16	0.87	0.904	0.51
8	0.74	0.93	1.27	1.20	0.901	0.63
9	1.38	1.06	0.50	-0.37	0.901	0.63
10	0.46	0.81	2.01	4.19	0.902	0.61
11	0.45	0.84	2.20	4.86	0.901	0.64
12	1.05	1.03	0.86	0.18	0.901	0.62
13	1.31	1.03	0.62	-0.94	0.903	0.56
14	0.67	0.89	1.42	1.73	0.902	0.59
15	1.07	1.04	0.70	0.30	0.902	0.59
16	0.51	0.89	1.92	3.32	0.905	0.47
17	0.68	0.98	1.44	1.41	0.903	0.55
18	0.67	0.89	1.28	1.10	0.902	0.58
QPOCVR Total $\alpha = 0.908$						
<i>M</i> = média; <i>DP</i> = desvio padrão; <i>As</i> = assimetria; <i>Cr</i> = curtose; α = <i>alpha</i> de Cronbach						

Na Tabela 6, é apresentada a análise descritiva dos itens e subescalas do Questionário de Perturbação Obsessivo-Compulsiva Versão Reduzida. Os valores da assimetria e curtose asseguram a distribuição normal das subescalas. A subescala Ordem é que apresenta a média mais elevada e o valor do alpha de Cronbach mais elevado; a subescala Neutralização apresenta a média mais baixa; a subescala Acumulação apresenta o alpha de Cronbach mais baixo.

Na Tabela 7, são apresentadas as correlações de Pearson das escalas e subescalas constantes neste estudo, visadas anteriormente. Os valores de correlação variam entre $r = 0.007$, que demonstram que praticamente não há associação entre as duas variáveis e $r = 0.916$ ($p > 0.01$), que aponta para uma correlação quase perfeita.

Entre si, as dimensões da escala CRS correlacionam-se positiva e significativamente, oscilando os seus valores entre $r = 0.522$ ($p > 0.01$) (entre a Prática Religiosa Pública e a Experiência Religiosa) e $r = 0.915$ ($p > 0.01$) (entre o total e a Prática Religiosa Privada). Também, entre si, as dimensões da escala RJRS correlacionam-se positiva e significativamente, oscilando os seus valores entre $r = 0.638$ ($p > 0.01$) (entre a Religiosidade Ideológica e as Consequências Religiosas) e $r = 0.916$ ($p > 0.01$) (entre o total e a Religiosidade Experimental). Existem também correlações entre as dimensões da CRS e da RJRS, sendo a mais baixa entre Prática Religiosa Pública (CRS) e Religiosidade Ideológica (RJRS) ($r = 0.594$; $p > 0.01$) e a mais alta entre o total da CRS e o total da RJRS ($r = 0.911$; $p > 0.01$). Além disso, entre si, existem correlações estatisticamente significativas entre as dimensões do QPOCVR, sendo o valor mais baixo entre Limpeza e Acumulação ($r = 0.411$; $p > 0.01$) e o mais elevado entre o total e a Verificação ($r = 0.798$; $p > 0.01$).

Contudo, os valores que realmente permitem responder à hipótese 2 (*Espera-se que existam relações significativas entre as variáveis religiosas e as variáveis relativas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva*) derivam das correlações entre as escalas religiosas, por um lado, e o QPOCVR, por outro. Nestas correlações, todas elas estatisticamente significativas, embora fracas, destaca-se a correlação entre a Experiência Religiosa e o total do QPOCVR ($r = 0.179$; $p > 0.01$) e a Experiência Religiosa (CRS) e a Neutralização ($r = 0.198$; $p > 0.01$). De resto, a Experiência Religiosa (CRS) é a única dimensão religiosa que apresenta correlações estatisticamente significativas com todas as dimensões do QPOCVR. Seguem-se as dimensões religiosas Total do RJRS, Religiosidade Experimental (RJRS) e Consequências Religiosas (RJRS), que se correlacionam com todas as dimensões do QPOCVR, excepto uma. As dimensões da CRS

Prática Religiosa Pública, Ideologia e Cultural são as que estabelecem menos correlações com as dimensões do QPOCVR.

Tabela 6

Questionário de Perturbação Obsessivo-Compulsiva Versão Reduzida (QPOCVR): frequências dos itens e subescalas e alpha de Cronbach

	<i>M</i> (0-4)	<i>DP</i>	<i>As</i> (<i>SD</i> =0.11)	<i>Cr</i> (<i>SD</i> =0.21)	α se item apagado
Acumulação $\alpha = 0.647$					
1	1.11	0.99	0.76	0.15	0.545
	1.25	1.01	0.50	-0.34	0.671
7	0.78	0.93	1.16	0.87	0.467
13	1.31	1.03	0.62	-0.09	0.498
Verificação $\alpha = 0.774$					
2	0.94	0.94	0.99	0.78	0.693
	1.41	0.99	0.28	-0.58	0.791
8	0.74	0.93	1.27	1.20	0.612
14	0.67	0.89	1.42	1.73	0.677
Ordem $\alpha = 0.819$					
3	1.38	1.05	0.45	-0.42	0.751
	1.68	1.06	0.15	-0.60	0.750
9	1.38	1.06	0.50	-0.37	0.743
15	1.08	1.04	0.70	-0.30	0.760
Neutralização $\alpha = 0.676$					
4	0.56	0.88	1.74	2.82	0.580
	0.71	0.95	1.28	0.96	0.556
10	0.46	0.81	2.01	4.19	0.529
16	0.51	0.89	1.92	3.32	0.656
Limpeza $\alpha = 0.754$					
5	0.58	0.90	1.75	2.95	0.672
	0.62	0.89	1.62	2.57	0.705
11	0.45	0.84	2.20	4.86	0.640
17	0.68	0.98	1.44	1.41	0.671
Obsessões $\alpha = 0.815$					
	0.98	0.98	0.92	0.39	0.745
6	1.22	1.01	0.63	-0.10	0.741
12	1.05	1.03	0.86	0.18	0.722
18	0.67	0.89	1.28	1.10	0.771

M = média; *DP* = desvio padrão; *As* = assimetria; *Cr* = curtose; α = *alpha* de Cronbach

Correlação entre as escalas e subescalas em estudo

	CRS Total	CRS Prática Religiosa Pública	CRS Prática Religiosa Privada	CRS Experiência Religiosa	CRS Ideologia	CRS Intelectual	RJRS Total	RJRS Consequências Religiosas	RJRS Religiosidade Ideológica	RJRS Religiosidade Experimental	POC Total	POC Acumulação	POC Verificação	POC Ordem	POC Neutralização	POC Limpeza	POC Obsessões
CRS Total	1																
CRS Prática Religiosa Pública	0.851**	1															
CRS Prática Religiosa Privada	0.915**	0.742**	1														
Experiência Religiosa	0.804**	0.522**	0.660**	1													
CRS Ideologia	0.846**	0.617**	0.695**	0.704**	1												
CRS Intelectual	0.856**	0.717**	0.716**	0.620**	0.672**	1											
RJRS Total	0.911**	0.753**	0.833**	0.706**	0.779**	0.760**	1										
RJRS Consequências Religiosas	0.821**	0.697**	0.740**	0.677**	0.688**	0.715**	0.896**	1									
RJRS Religiosidade Ideológica	0.784**	0.594**	0.696**	0.627**	0.793**	0.613**	0.845**	0.638**	1								
RJRS Religiosidade Experimental	0.838**	0.742**	0.760**	0.664**	0.702**	0.711**	0.916**	0.793**	0.678**	1							
POC Total	0.112**	0.069	0.089*	0.175**	0.082	0.076	0.136**	0.141**	0.093*	0.142**	1						
POC Acumulação	0.102*	0.095*	0.085*	0.109*	0.069	0.082	0.102*	0.094*	0.058	0.126**	0.725**	1					
POC Verificação	0.097*	0.074	0.076	0.125**	0.071	0.076	0.130**	0.140**	0.060	0.133**	0.798**	0.553**	1				
POC Ordem	0.057	0.020	0.045	0.121**	0.034	0.033	0.072	0.090*	0.045	0.067	0.756**	0.415**	0.511**	1			
POC Neutralização	0.108*	0.054	0.082	0.198**	0.076	0.065	0.134**	0.138**	0.097*	0.120**	0.769**	0.444**	0.521**	0.517**	1		
POC Limpeza	0.050	0.043	0.041	0.116**	0.007	0.005	0.091*	0.083	0.062	0.092*	0.777**	0.411**	0.599**	0.495**	0.600**	1	
POC Obsessões	0.105*	0.039	0.083	0.140**	0.119**	0.087*	0.102*	0.106*	0.106*	0.119**	0.758**	0.515**	0.483**	0.454**	0.501**	0.491**	1

** A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)

* A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades)

4.1.1. Ajustamento dos Modelos Teóricos à amostra

Tendo em vista dar resposta à nossa hipótese 1 (*Espera-se encontrar bons modelos de ajustamento dos instrumentos de avaliação da religiosidade a validar para a população portuguesa*), procedemos à realização de uma análise factorial confirmatória destes instrumentos.

Com o objetivo de confirmar o modelo teórico da Escala de Centralidade da Religiosidade proposto pelos autores (Huber & Huber, 2012), procedemos a uma análise factorial confirmatória com o modelo de segunda ordem. Contudo, o modelo de ajustamento encontrado nesta amostra é inaceitável [$\chi^2(30) = 8.402$; $p < 0.001$; CFI = 0.946; TLI = 0.919; RMSEA = 0.117; PCLOSE = 0.000; SRMR = 0.042] (Figura 1). Seguindo a sugestão proposta pelos índices de modificação, estabeleceram-se correlações entre erros de vários itens, mesmo estando situados em subescalas diferentes. Assim, o modelo encontrado apresenta um bom ajustamento em todos os indicadores [$\chi^2(24) = 3.081$; $p < 0.001$; CFI = 0.988; TLI = 0.977; RMSEA = 0.062; PCLOSE = 0.099; SRMR = 0.027] (Figura 2).

Tendo em vista confirmar o modelo teórico da Escala de Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor proposto pelos autores (Rohrbaugh & Jessor, 1974), procedemos a uma análise factorial confirmatória com o modelo de segunda ordem. Contudo, o item 1 foi removido do modelo por ser de resposta livre e por saturar abaixo do valor recomendado. Assim, o modelo encontrado apresenta um bom ajustamento em todos os indicadores [$\chi^2(11) = 2.323$; $p < 0.001$; CFI = 0.994; TLI = 0.988; RMSEA = 0.050; PCLOSE = 0.470; SRMR = 0.017] (Figura 3). Assim, a hipótese 1 deste estudo confirmou-se.

Com o intuito de confirmar o modelo teórico do Questionário de Perturbação Obsessivo-Compulsiva Versão Reduzida proposto pelos autores (Faria & Cardoso, 2017; Foa et al., 2002), procedemos a uma análise factorial confirmatória com o modelo de segunda ordem. Contudo, o modelo de ajustamento encontrado nesta amostra não é aceitável [$\chi^2(129) = 3.927$; $p < 0.001$; CFI = 0.907; TLI = 0.890; RMSEA = 0.074; PCLOSE = 0.000; SRMR = 0.053] (Figura 4). Seguindo, de novo, a sugestão proposta pelos índices de modificação, estabeleceram-se correlações entre erros de vários itens, mesmo estando situados em subescalas diferentes. Assim, o modelo encontrado apresenta um bom ajustamento em todos os indicadores [$\chi^2(122) = 2.738$; $p < 0.001$; CFI = 0.948; TLI = 0.935; RMSEA = 0.057; PCLOSE = 0.060; SRMR = 0.043] (Figura 5).

Figura 1

Modelo de ajustamento da CRS (1)

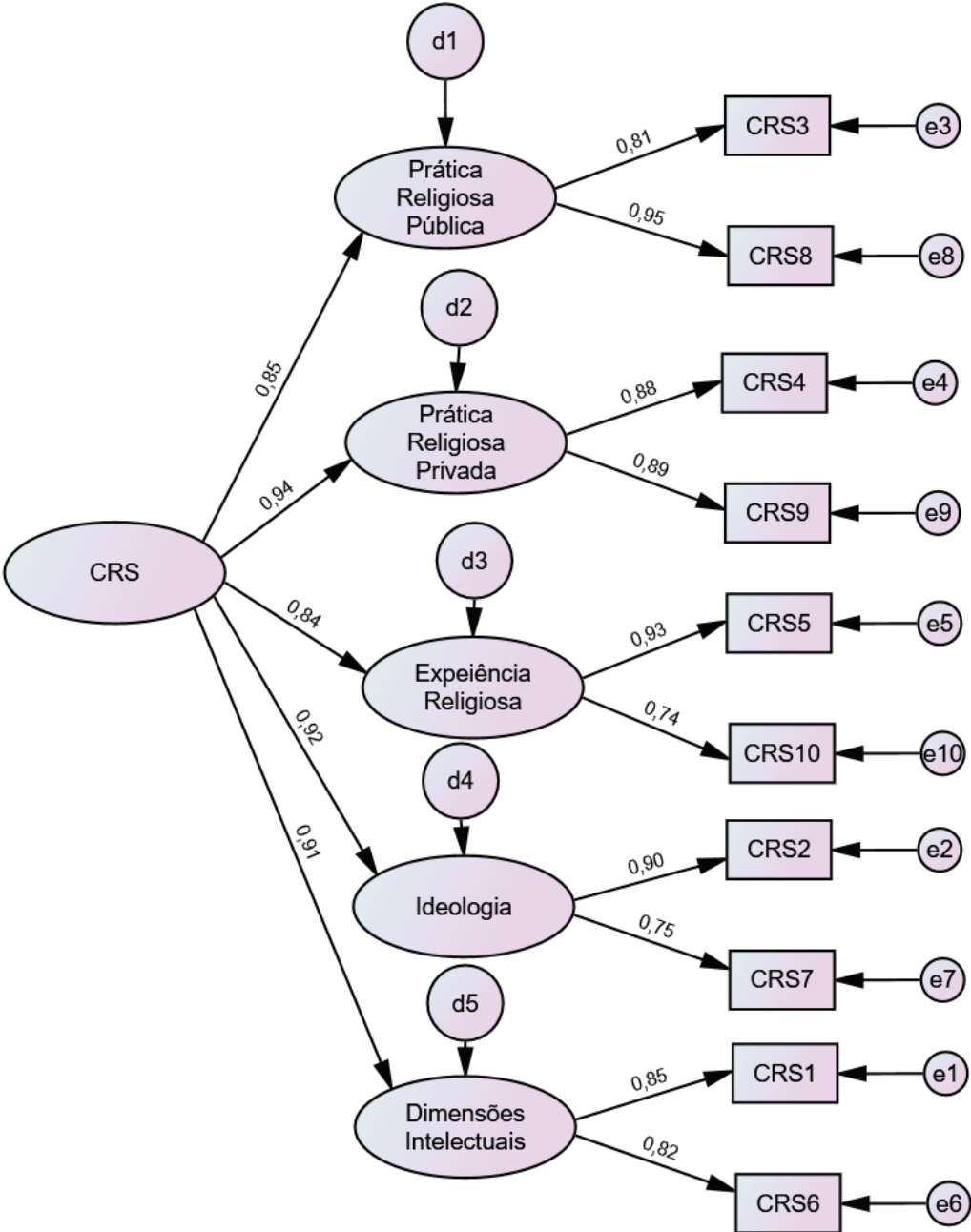


Figura 2

Modelo de ajustamento da CRS (2)

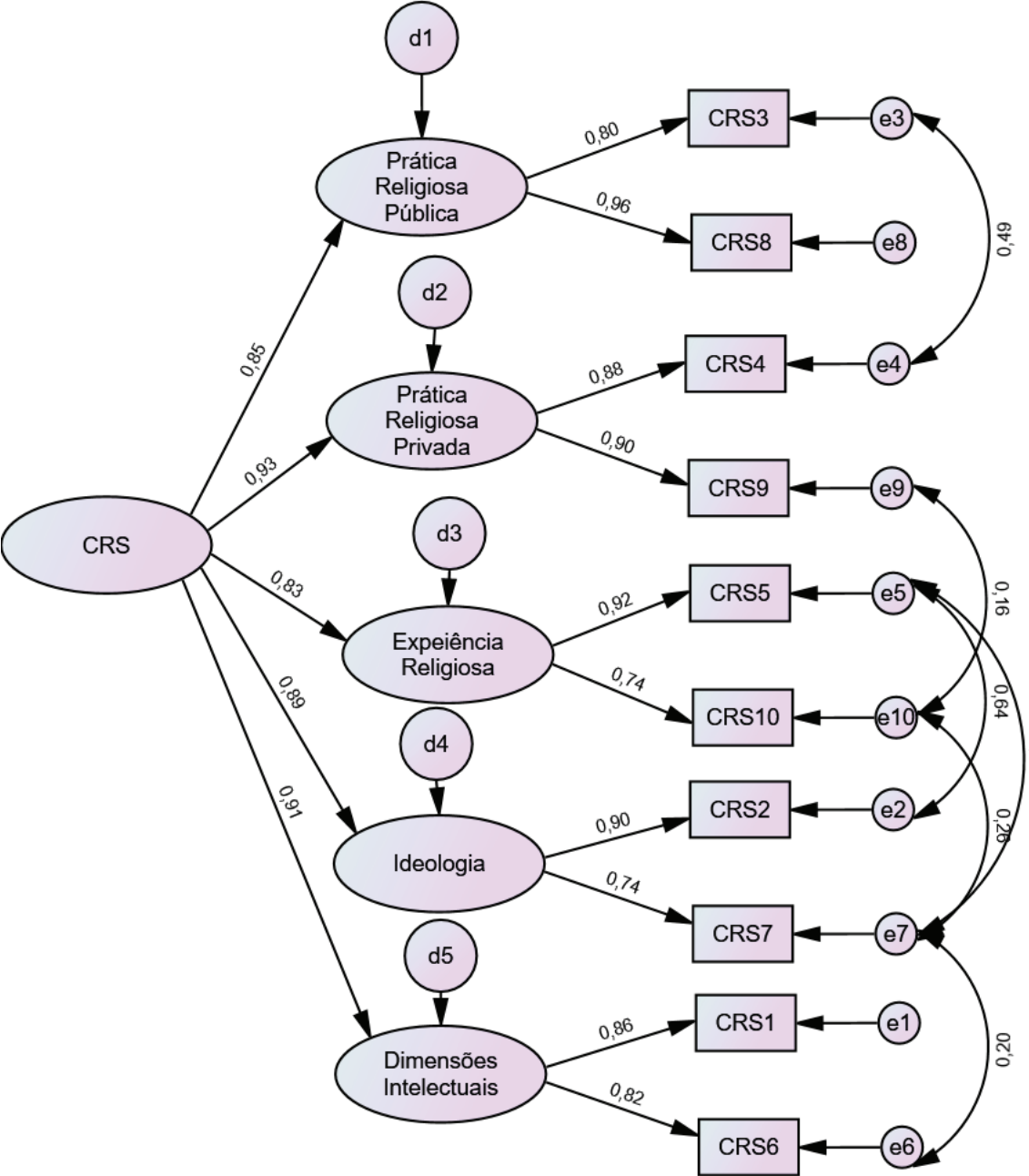


Figura 3

Modelo de ajustamento da RJRS (1)

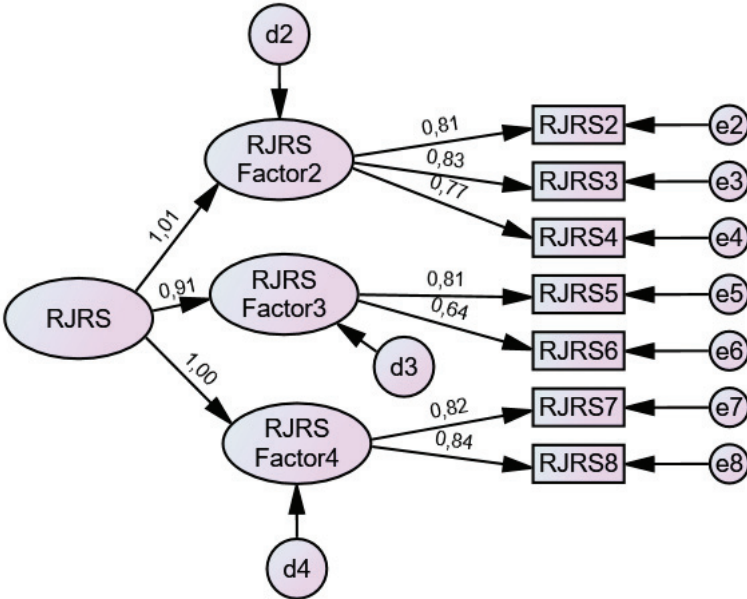


Figura 4

Modelo de ajustamento da POC (1)

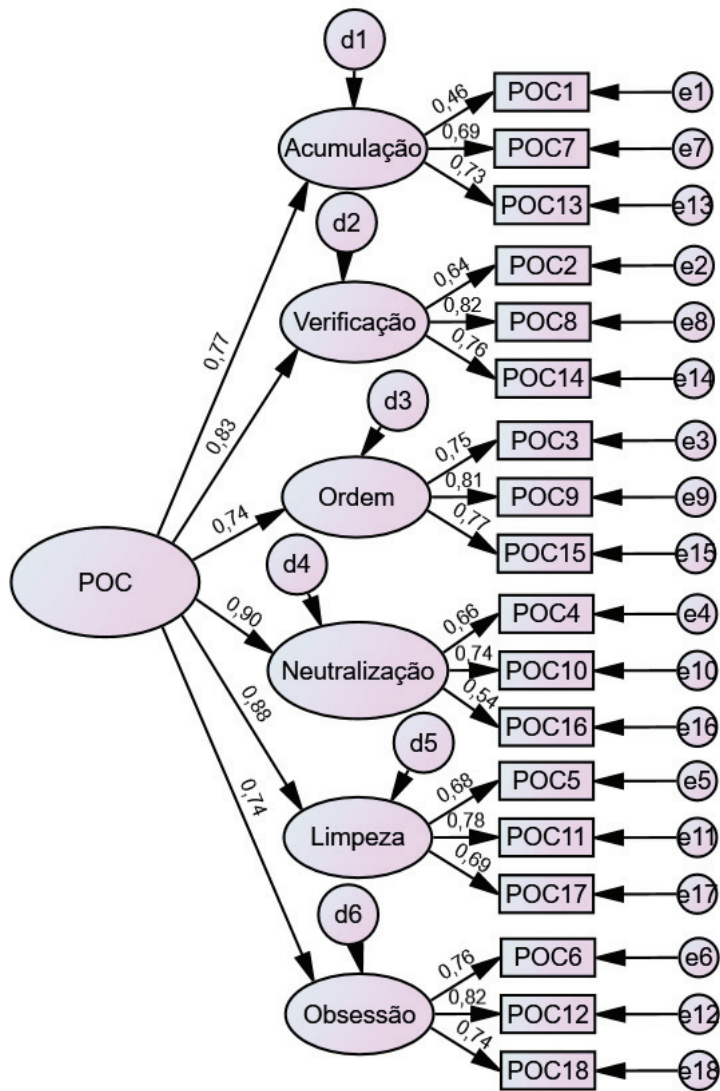
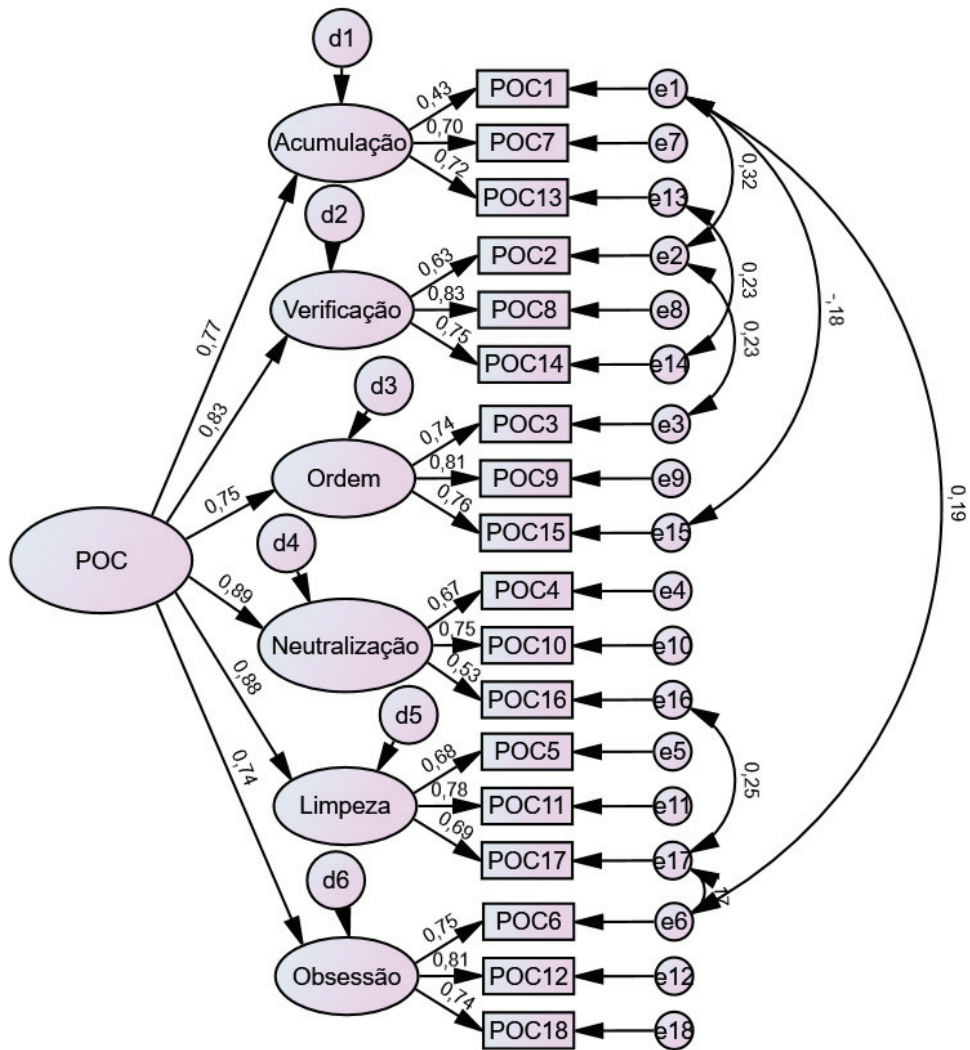


Figura 5

Modelo de ajustamento da POC (2)



Tendo em vista responder à hipótese 3a (*Espera-se que os participantes mais idosos e os participantes do género feminino apresentem valores mais elevados nas variáveis religiosas, traduzindo uma maior religiosidade, dos que os participantes mais novos e do género masculino*), procedemos a uma análise de comparação de médias com recurso ao *t* – test para amostras independentes (género) e à correlação de *Pearson* (idade) (Tabela 8). Em relação às diferenças de género, verificamos que o género feminino apresenta valores significativamente mais elevados do que o masculino em todas as dimensões. No que diz respeito à idade, todas as correlações com a mesma são positivas e significativas, embora fracas, significando que as pessoas mais velhas apresentam níveis mais elevados de religiosidade. As correlações oscilaram entre $r = 0.140$ ($p < 0.001$) (com a Religiosidade Ideológica) e $r = 0.272$ ($p < 0.001$) (com a Prática Religiosa Privada). Assim, a hipótese 2a confirmou-se completamente.

Com o objetivo de responder à hipótese 3b (*Espera-se que os participantes do género masculino apresentem valores mais elevados na subescala Acumulação e o género feminino mais elevadas nas subescalas Ordem e Limpeza*) procedemos a uma análise de comparação de médias com recurso ao *t* – test para amostras independentes (Tabela 9). Esta hipótese não se confirmou, exceto em relação à subescala Ordem, sendo que as mulheres apresentam valores significativamente mais elevados do que os homens.

Com o intuito de responder à hipótese 3 (*Espera-se que a idade, o sexo e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) contribuam para explicar a religiosidade*), procedeu-se à realização de duas regressões lineares; na primeira (Tabela 10), a variável dependente foi a centralidade da religião e as variáveis que contribuíram significativamente para explicar 8% da variância da centralidade da religião foram, o género, a idade e o total da POC; na segunda (Tabela 11), a variável dependente foi a religiosidade e as variáveis que contribuíram significativamente para explicar 5% da variância da religiosidade foram o género, a idade e verificação (POC). Confirmou-se assim esta hipótese, embora o valor da regressão seja muito baixo.

Tabela 8*Diferenças de médias entre os gêneros em relação às dimensões religiosas*

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p	d
CRS Total	Masculino	177	2.43	1.17	-3.21	301.91	0.00	-0.31
	Feminino	362	2.76	0.99				
CRS Prática Religiosa Pública	Masculino	177	2.34	1.46	-1.00	303.48	0.32	-0.10
	Feminino	362	2.47	1.24				
CRS Prática Religiosa Privada	Masculino	177	2.90	1.83	-4.08	31.02	<.001	-0.39
	Feminino	362	3.56	1.63				
CRS Experiência Religiosa	Masculino	177	1.91	1.15	-3.88	537	<.001	-0.36
	Feminino	362	2.30	1.05				
CRS Ideologia	Masculino	177	2.57	1.13	-2.40	313.43	0.02	-0.23
	Feminino	362	2.81	1.00				
CRS Dimensão Intelectual	Masculino	177	2.44	1.09	-2.38	300.47	0.02	-0.23
	Feminino	362	2.66	0.92				
RJRS Total	Masculino	169	2.32	0.99	-2.58	284.51	0.01	-0.26
	Feminino	354	2.55	0.83				
RJRS Consequências Religiosas	Masculino	177	2.03	1.18	-2.58	537	0.01	-0.24
	Feminino	362	2.29	1.07				
RJRS Religiosidade Ideológica	Masculino	169	2.46	0.97	-2.33	296.25	0.02	-0.23
	Feminino	354	2.66	0.86				
RJRS Religiosidade Experimental	Masculino	177	2.10	1.16	-2.02	309.48	0.04	-0.20
	Feminino	362	2.30	1.01				

t = t-test; gl = graus de liberdade; p = p-value; d = efeito do tamanho da amostra d de Cohen

Tabela 9*Diferenças de médias entre os gêneros em relação às dimensões obsessivo-compulsivas*

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p	d																																																																									
POC Total	Masculino	177	0,90	0,57	-0,60	537	0,55	-0,06																																																																									
	Feminino	362	0,94	0,61					POC Acumulação	Masculino	177	1,14	0,74	0,49	537	0,62	0,05	Feminino	362	1,10	0,77	POC Verificação	Masculino	177	0,91	0,74	-0,58	537	0,56	-0,05	Feminino	362	0,95	0,80	POC Ordem	Masculino	177	1,25	0,83	-2,39	537	0,02	-0,22	Feminino	362	1,44	0,92	POC Neutralização	Masculino	177	0,59	0,64	0,73	537	0,47	0,07	Feminino	362	0,54	0,72	POC Limpeza	Masculino	177	0,53	0,72	-1,20	537	0,23	-0,11	Feminino	362	0,61	0,75	POC Obsessões	Masculino	177	1,01	0,86	0,53	537	0,60
POC Acumulação	Masculino	177	1,14	0,74	0,49	537	0,62	0,05																																																																									
	Feminino	362	1,10	0,77					POC Verificação	Masculino	177	0,91	0,74	-0,58	537	0,56	-0,05	Feminino	362	0,95	0,80	POC Ordem	Masculino	177	1,25	0,83	-2,39	537	0,02	-0,22	Feminino	362	1,44	0,92	POC Neutralização	Masculino	177	0,59	0,64	0,73	537	0,47	0,07	Feminino	362	0,54	0,72	POC Limpeza	Masculino	177	0,53	0,72	-1,20	537	0,23	-0,11	Feminino	362	0,61	0,75	POC Obsessões	Masculino	177	1,01	0,86	0,53	537	0,60	0,05	Feminino	362	0,97	0,82								
POC Verificação	Masculino	177	0,91	0,74	-0,58	537	0,56	-0,05																																																																									
	Feminino	362	0,95	0,80					POC Ordem	Masculino	177	1,25	0,83	-2,39	537	0,02	-0,22	Feminino	362	1,44	0,92	POC Neutralização	Masculino	177	0,59	0,64	0,73	537	0,47	0,07	Feminino	362	0,54	0,72	POC Limpeza	Masculino	177	0,53	0,72	-1,20	537	0,23	-0,11	Feminino	362	0,61	0,75	POC Obsessões	Masculino	177	1,01	0,86	0,53	537	0,60	0,05	Feminino	362	0,97	0,82																					
POC Ordem	Masculino	177	1,25	0,83	-2,39	537	0,02	-0,22																																																																									
	Feminino	362	1,44	0,92					POC Neutralização	Masculino	177	0,59	0,64	0,73	537	0,47	0,07	Feminino	362	0,54	0,72	POC Limpeza	Masculino	177	0,53	0,72	-1,20	537	0,23	-0,11	Feminino	362	0,61	0,75	POC Obsessões	Masculino	177	1,01	0,86	0,53	537	0,60	0,05	Feminino	362	0,97	0,82																																		
POC Neutralização	Masculino	177	0,59	0,64	0,73	537	0,47	0,07																																																																									
	Feminino	362	0,54	0,72					POC Limpeza	Masculino	177	0,53	0,72	-1,20	537	0,23	-0,11	Feminino	362	0,61	0,75	POC Obsessões	Masculino	177	1,01	0,86	0,53	537	0,60	0,05	Feminino	362	0,97	0,82																																															
POC Limpeza	Masculino	177	0,53	0,72	-1,20	537	0,23	-0,11																																																																									
	Feminino	362	0,61	0,75					POC Obsessões	Masculino	177	1,01	0,86	0,53	537	0,60	0,05	Feminino	362	0,97	0,82																																																												
POC Obsessões	Masculino	177	1,01	0,86	0,53	537	0,60	0,05																																																																									
	Feminino	362	0,97	0,82																																																																													

t = t-test; gl = graus de liberdade ; p = p-value ; d = efeito do tamanho da amostra d de Cohen

Tabela 10*Variáveis que contribuem para a centralidade da religião*

	Modelo 1			Modelo 2		
	B	EP B	β	B	EP B	β
Género	0.314	0.094	0.139	0.305	0.093	0.135
Idade	0.019	0.004	0.222	0.020	0.004	0.236
POCTotal				0.238	0.074	0.134
R ² (R ² Adj.)		0.070 (0.067)			0.088 (0.083)	
F para mudança in R ²		20.233 **			10.449*	

R² = R quadrado; R² Adj. = R quadrado ajustado; B = coeficiente de regressão não standardizado; EP B = erro d B não standardizado; β = coeficiente de regressão standardizado; * $p < 0.010$; ** $p < 0.001$

Tabela 11*Variáveis que contribuem para a religiosidade*

	Modelo 1			Modelo 2		
	B	EP B	β	B	EP B	β
Género	0.225	0.082	0.118	0.220	0.081	0.115
Idade	0.012	0.003	0.158	0.013	0.003	0.171
POC Verificação				0.164	0.049	0.144
R ² (R ² Adj.)		0.039 (0.035)			0.060 (0.054)	
F para mudança in R ²		10.585 **			11.328**	

R² = R quadrado; R² Adj. = R quadrado ajustado; B = coeficiente de regressão não standardizado; EP B = erro d B não standardizado; β = coeficiente de regressão standardizado; * $p < 0.010$; ** $p < 0.001$

5. Discussão dos resultados

O objetivo de qualquer investigação é procurar respostas para as questões e/ou problemas que dela ocorrem, sendo, por isso, importante averiguar se as informações recolhidas correspondem às intenções *a priori* descritas pelo investigador (Stake, 2007).

Quando se inicia esta tipologia de análise, há investigadores que procuram um modelo estereotipado para seguir, porém, não existem modelos estereotipados a seguir: cada investigador, dependendo do tipo de pesquisa e dos materiais que utiliza, é que define o seu próprio modelo (Reis, 2008); no entanto, o objetivo principal é “estabelecer uma correspondência entre o nível empírico e o teórico, de modo a assegurar-nos - e é esta a finalidade de cada investigação – que o corpo de hipóteses é verificado pelos dados do texto” (Bardin, 1977, p. 69).

Neste breve estudo investigativo, delineou-se como objetivo geral o de compreender como as dinâmicas religiosas e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) se influenciam mutuamente numa amostra da população portuguesa. Os objetivos específicos incluem validar os instrumentos religiosos para a população portuguesa; relacionar as variáveis religiosas com as variáveis da Perturbação Obsessivo-Compulsiva; relacionar a amostra com as variáveis religiosas e com as variáveis relativas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) e identificar um modelo explicativo da religiosidade que inclua o grau de perturbação sentido relativamente aos sintomas obsessivo-compulsivos.

A identidade do ser humano é um conjunto de “interações internas em ação sobre um ambiente social, ele próprio profundamente marcado por contexto histórico preciso” (Kaufmann, 2004, p. 30), onde o mesmo se pauta por um processo dinâmico “onde o social e o individual estão intimamente imbricados, em configurações complexas” (Kaufmann, p. 44, 2004). Assim, a identidade torna-se num resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural dos diversos mecanismos de socialização que, conjuntamente, (re)constroem os indivíduos e definem as instituições (Harari, 2018) e onde a religião tem uma dimensão profunda e profícua na (re)configuração do sentido identitário desses indivíduos, inclusive ao nível das patologias psiquiátricas (Couto & Morgado, 2017). Assim, para avaliar a dimensão religiosa dos participantes, procedemos a uma análise factorial confirmatória da Escala de Centralidade Religiosa e verificamos que todos os indicadores sugerem um bom ajustamento. Relativamente à Escala de Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor, importa mencionar que o primeiro item foi removido do modelo, por ser

de resposta livre. Também aqui verificamos que o modelo aplicado apresenta um bom ajustamento em todos os indicadores, o que permitiu confirmar a Hipótese 1 “*Espera-se encontrar bons modelos de ajustamento dos instrumentos de avaliação da religiosidade a validar para a população portuguesa*”, percecionando que a religiosidade é uma esfera da vida pessoal, que, apesar de estar em algum declínio na sociedade, continua a ser um organizador vital para quem acredita (Lee, 2018). Além disso, para confirmarmos o modelo teórico do Questionário de Perturbação Obsessiva-Compulsiva procedeu-se de igual modo, tendo-se verificado que este apresenta um bom ajustamento a esta amostra em todos os indicadores.

Foram encontradas relações evidentes entre as variáveis religiosas e a POC, confirmando-se, pois, a Hipótese 2 “*Espera-se que existam relações significativas entre as variáveis religiosas e as variáveis relativas à POC*”, o que, em si, contraria o estudo de Neziroglu et al. (1994) que encontraram mais indivíduos ateus/agnósticos entre os pacientes com POC comparativamente com outras perturbações. Efetivamente, os resultados remetemos para a existência de comportamentos obsessivo-compulsivos relacionados com a religiosidade. A confirmação desta hipótese direcionou-nos a Harari (2017) e Brand et al. (2017), quando os autores mencionam que a religião, enquanto fenómeno individual e social, é uma dimensão intrínseca e das mais importantes da pessoa humana, influenciando o modo como se vive e interpreta as diversas valências do ser humano. Em reforço deste facto, é evidente que é difícil escrever a história da humanidade, sem que esta esteja relacionada com a religião, tal como afirma Harari (2018). Com esta investigação, podemos, à semelhança de Tek e Ulug (2001), Gartner et al. (1990), Yossifova e Loewenthal (1999), Foa e Kosak (1995), Antony et al. (1998), Mataix-Cols et al. (2002), Yorulmaz (2009), confirmar que existem relações significativas entre as variáveis religiosas e as variáveis relativas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Tal facto contraria, em certa medida, os estudos de Abramowitz et al. (2004), Sica et al. (2002), Siev et al. (2010), Lewis (1994), Zohar et al. (2005) e Hermesh et al. (2003), que afirmam que há apenas uma relação menor ou ausente entre a religiosidade e a POC.

Concomitantemente, tal como Pace (2017), verificamos, que construtos do nosso dia-a-dia, tais como crenças, valores, educação, motivações, desejos, sonhos, formas de amar, de viver, a cultura e arte nas mais diversas formas, estão inequivocamente relacionados com a religião. Sabendo que, de um ponto de vista antropológico, a religiosidade surge para compensar a ausência do vazio em suporte do bem-estar físico e psíquico (Lipovetsky, 2015), não é difícil compreender a relação evidente entre as variáveis religiosas e as variáveis da POC. Importa pois, tal como Durkheim (1994), frisar que a religião é social e relacional, já que face

às questões em relação às quais não se encontra resposta, existe a procura do divino. Deste modo, é patente a existência quer da vertente pessoal, quer da vertente coletiva da religião.

Verificamos, deste modo, tal como Agorastos et al. (2014), que a existência de um construto de moralidade, assente numa conceção rígida e inflexível, aliada à dimensão sintomática da POC, está presente em comportamentos obsessivo-compulsivos relacionados com conceitos religiosos demonstrando que altos níveis de religiosidade estão correlacionados positivamente com a Fusão Pensamento-Ação em que um conjunto de vieses cognitivos estão associados a sintomas obsessivo-compulsivos (Berman et al., 2010; Sica et al., 2002). É pois, de suma importância, a consciencialização de que existe uma interligação entre religiosidade e obsessões religiosas em sociedades onde a identidade cultural é inseparável da identidade religiosa. Deste modo, é provável que a religiosidade não só se revele em manifestações clínicas da POC, mas também na atitude do paciente face à sua perturbação (Couto & Morgado, 2017).

Através do nosso estudo, podemos constatar que as obsessões religiosas comuns incluem imagens blasfemas intrusivas, medos de ter cometido um pecado ou ter executado um costume religioso incorretamente e temor da punição de um poder superior, tal como afirmam Lai et al. (2020). As compulsões associadas envolvem a repetição excessiva de práticas religiosas, por exemplo, oração, confissão e no cumprimento escrupuloso das normas religiosas (desejo zeloso de pureza espiritual segundo Berman et al., 2010; Inozu et al., 2012; Rachman, 2003; Yorulmaz, 2009). Neste parâmetro avaliativo, realça-se que estudos em pacientes diagnosticados com POC apontam que esta tipologia de obsessões/compulsões de cariz religioso são mais frequentes em pacientes de países orientais em comparação com países ocidentais (Khoubila & Kadri, 2010).

No que concerne à Hipótese 3a *“Espera-se que os participantes mais idosos e os participantes do género feminino apresentem valores mais elevados nas variáveis religiosas, traduzindo uma maior religiosidade do que os participantes mais novos e do género masculino”*, verificamos que o género feminino apresenta valores significativamente mais elevados do que o masculino em todas as dimensões de religiosidade. No que diz respeito à idade, todas as correlações com a mesma são positivas e significativas, traduzindo que as pessoas mais velhas apresentam níveis mais elevados de religiosidade do que os mais novos.

A queda da prática religiosa e do sentido de pertença identitária à instituição Igreja da parte da comunidade juvenil em prol da comunidade mais velha torna-se um sinal evidente de uma rutura dos jovens com a religião, ainda que se mantenha uma certa ligação dos mesmos à Igreja, mas quase sempre sob a forma de identidade sacramental (por eg. a celebração dos

sacramentos da iniciação cristã: batismo, confirmação e eucaristia). São jovens seduzidos mais pelos valores do que pelos ritualismos despidos de significado, ritualismos incompreensíveis ao seu espaço cognitivo e emotivo que nada lhes diz (Coutinho, 2019). A experiência do religioso, as crenças, os símbolos deixam de estar amarrados a um determinado contexto institucional – sem o seu *nihil obstat* - e passam a estar sob a alçada da experiência individual (Duque, 2014). Neste ambiente de ausência de pertença a uma comunidade, surge, assim, uma religiosidade “refratária à organização institucional. Por isso, a nova religiosidade afirma-se, claramente, como anti-institucional” (Duque, 2007, p. 174), refletindo uma profunda desarticulação entre crer e o sentido de pertença.

Este desnortear de referências, no caso da instituição Igreja, conduz a uma certa rutura da observância das suas orientações, levando ao afrouxamento da religiosidade institucional, desvalorizando toda a sua mediação eclesial (Duque, 2014), confirmando novamente os dados do inquérito elaborado, entre outubro e novembro de 2011, pelo Centro de Estudos e Sondagens de Opinião e o Centro de Estudos de Religiões e Culturas da UCP. Comparando os dados entre 1999 e 2011, a percentagem de católicos na população portuguesa baixou, realçando, apesar destes dados, que o sexo feminino tem uma prática religiosa superior ao sexo masculino e também se verificou um aumento dos que se dizem não crentes ou sem religião entre os mais jovens do género masculino (Coutinho, 2019; Teixeira, 2011). Este estudo acaba por estar em consonância com um outro estudo realizado no ano 2000 tendo em conta as Atitudes Sociais dos Portugueses que resultou da adesão do Instituto de Ciências Sociais ao *International Social Survey Programme* (Cabral, 2001).

No que diz respeito à Hipótese 3b “*Espera-se que os participantes do género masculino apresentem valores mais elevados na subescala Acumulação e o género feminino mais elevadas nas subescalas Ordem e Limpeza*”, verificamos que esta hipótese não se confirmou totalmente, com a exceção da subescala Ordem, em que os homens obtiveram uma pontuação mais elevada, sendo que as mulheres apresentam valores bem mais elevados do que os homens em todas as outras subescalas (Acumulação e Limpeza). Este facto refuta o que Moreira (2021) refere no seu estudo, já que a aponta a subescala Ordem como sendo uma em que as mulheres obtêm valores mais elevados. Este resultado dista do referencial teórico, dado que, na idade adulta, há tendência para taxas de prevalência ligeiramente superiores nos indivíduos do sexo feminino (APA, 2013; Fineberg et al., 2013). O nosso estudo contraria, também, de certo modo, Fullana et al. (2005), quando refere que as diferenças entre géneros não evidenciam discrepâncias significativas entre as médias para as subescalas e a escala total do questionário obsessivo-compulsivo. Contudo, os nossos dados podem ser explicados por Zermatten et al.

(2006), quando afirma que a diferença entre obsessões e compulsões que se manifestam num nível não clínico e na POC ocorre, essencialmente, em termos de frequência e intensidade e não ao nível do conteúdo.

No que diz respeito à Hipótese 4 “*Espera-se que a idade, o género, e a POC contribuam para explicar a religiosidade*”, verificamos esta contribuição no nosso estudo. Analisada a variável género, podemos verificar que as mulheres apresentam níveis mais elevados de religiosidade intrínseca, com níveis altos de identificação, de bem-estar religioso e de comportamentos religiosos, ou seja, as mulheres têm níveis mais elevados de religiosidade do que os homens (Argyle & Beit-Hallami, 1975; Francis & Wilcox, 1996) e mais crenças religiosas do que os homens (Greeley, 1992). Tendo as mulheres um maior índice de religiosidade do que os homens, não é de estranhar que também seja no género feminino que a POC associada à religiosidade é predominante, tal como verificamos nesta investigação.

Do mesmo modo, tendo evidenciado as pessoas mais velhas um maior grau de religiosidade, não é de estranhar que também se verifiquem maiores índices de perturbações obsessivo-compulsivas relacionadas com esta temática. Este facto vai ao encontro do que nos dizem Kaplan e Berkman (2021), quando mencionam que o nível de participação religiosa é maior entre os idosos do que entre qualquer faixa etária e que a grande maioria deles frequenta serviços religiosos semanais ou com mais frequência. Podemos, inclusive, salientar que, para os idosos, a comunidade religiosa é a maior fonte de apoio social fora da família (Couto & Morgado, 2017). Estes resultados vão ao encontro da maior parte da teoria que refere que as pessoas mais idosas são mais religiosas (Fowler, 1981; Grodin, 1993; Idler, et al., 2001).

A importância subjetiva dada à oração em situações de stress e às crenças e ideias negativas acerca de Deus (vingativo, punitivo, etc.) estão positivamente correlacionados com uma maior presença de sintomas obsessivo-compulsivos e escrupulosos (Lai et al, 2020). Em conformidade com as reflexões da tradição espiritual ocidental, a peculiaridade mais saliente da escrupulosidade é o fundamento de toda a sua sintomatologia ser o medo obsessivo de pecar, de transgredir algum mandamento moral e/ou religioso. De definição ainda não completamente consensual, uma forma útil e simples de definir a escrupulosidade é considerá-la uma síndrome caracterizada por obsessões e compulsões cuja preocupação e/ou conteúdo primários é a religião ou a moralidade (Agostinho, 2015).

Devemos ainda mencionar que o doente escrupuloso, intolerante à incerteza, padece de preocupações excessivas e demonstra ter uma atenção hiper-vigilante e hiper-focada a tudo o que seja religioso. Tal como nos diz Agostinho (2015), num contexto de medo obsessivo de pecar (e das suas consequências, por exemplo, a condenação eterna), o doente escrupuloso

fixará a sua atenção ruminativa a estas e outras situações, geralmente de natureza insignificante, que passam a ser percecionadas e interpretadas como sendo pecaminosas e/ou moralmente significativas e catastróficas. Potenciados e fomentados por uma série de metacognições obsessivas disfuncionais, estes erros cognitivos de perceção e interpretação contribuem para o aparecimento das obsessões e respetiva resposta de neutralização e evitamento que são as compulsões. Todo este processo cognitivo-comportamental é enriquecido e motivado por sentimentos intensos de culpa, ansiedade e/ou depressão (Moreira, 2021).

Estudos transversais, com amostras em pessoas saudáveis, verificaram uma correlação positiva entre a fusão pensamento/ação relacionada com a moralidade e a intensidade da vivência religiosa (Kaplan & Berkman, 2021). Como base nesta evidência, há autores que defendem que certas formas rígidas de vivência religiosa ou certas práticas e crenças religiosas, sobretudo aquelas que valorizam o pensamento, podem contribuir para o reforço de determinadas meta-cognições disfuncionais, tais como a fusão pensamento-ação relacionada com a moralidade (Koenig, 2012).

Nesta abordagem final de discussão dos resultados, importa referir a subjetividade da temática abordada, desde já pela forma como vivenciamos a experiência religiosa (mediante diferentes padrões, tradições e cultura) e, posteriormente, pelas características pessoais da manifestação da POC, apesar disso consideramos que a metodologia adotada e os instrumentos de aplicação deste trabalho foram bem utilizados, já que nos permitiram inferir relativamente à confirmação das hipóteses por nós elencadas anteriormente.

Interessa salientar que a recolha de dados ocorreu num período crítico da situação pandémica mundial, em que a maior parte da população enfrentava uma situação de insegurança e incerteza em relação ao futuro, variáveis contextuais que afetam não apenas a disponibilidade para participarem no estudo, mas e, mais importante, o bem-estar subjetivo e psicológico. Seria relevante não só conduzir o estudo num outro *setting* contextual, mas também realizar estudos que promovessem a compreensão do fenómeno na interação de características pessoais, contextuais e temporais. As estereotípias e extrapolação de comportamentos obsessivo-compulsivos relacionados com a temática religiosa podem condicionar o estudo, mesmo que subliminarmente.

Conscientes que, tendencialmente, o ser humano procura responder àquilo que acha que é a “resposta padrão”, este estudo quantitativo poderia ter outra amplitude se acrescentássemos uma dimensão qualitativa, ou seja, para além da administração do inquérito por questionário,

realizássemos entrevistas semiestruturadas, podendo, assim, aferir a partir da linguagem corporal, se a resposta é genuína ou não, e incluíssemos amostras clínicas.

Outro dado importante neste trilha investigativo para que agíssemos de forma mais equitativa, seria que os inquéritos fossem respondidos de igual forma pelo mesmo número de homens e mulheres, evitando, desta forma, que os dados obtidos pudessem sofrer algum enviesamento. Qualquer que seja a técnica ou o método escolhido pelo investigador haverá limitações, mas, o importante é que tal escolha esteja de acordo com as concepções do investigador sobre a natureza do objeto de estudo e o nível de análise e de descrição pretendidos.

A partir desta experiência investigativa e apontando para estudos futuros, sugerimos que se apliquem as mesmas escalas, mas por grupos etários diferenciados, diferentes graus de habilitação literária e regiões demográficas diversas. Seria também pertinente, fazer-se um estudo longitudinal com os mesmos intervenientes em diferentes alturas da sua vida, para que inferências temporais e causais possam ser estabelecidas no sentido de compreender com maior detalhe a relação entre as dinâmicas da religiosidade e a POC.

Em suma, e percebendo, hodiernamente, que as ligações entre a religião e a saúde mental têm vindo a ser cada vez mais estudadas, sendo que a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma das que tem vindo a merecer maior atenção, futuras investigações poderão ajudar a esclarecer esta interação com vista a melhor compreender e tratar as pessoas diagnosticadas com POC e que, simultaneamente, apresentam elevados níveis de religiosidade.

6. Conclusão

A complexa variedade dos modos de crença religiosa que o mundo da contemporaneidade apresenta a cada ser humano, a sua fluidez, a cada vez mais rápida mutação no processo de busca de um sentido para a vida, de realização pessoal e social coloca um importante desafio: a experiência religiosa terá um papel positivo e proativo nas dinâmicas da saúde mental de cada ser humano?

Ao abordar-se a religião como um conjunto de crenças que influenciam a cultura e modos de estar na vida de cada pessoa que nelas acreditam, percebe-se que as ligações entre a religião, as crenças pessoais e a saúde mental têm vindo a ser cada vez mais estudadas sendo que, entre as doenças psiquiátricas, a POC é, sem dúvida, uma daquelas que tem vindo a merecer maior atenção (Couto & Morgado, 2017). Vários estudos apontam para a importância que as pessoas religiosas conferem ao cumprimento das normas ditadas pela religião e, por consequência, essas mesmas pessoas demonstram uma sobrevalorização do pensamento que se irá refletir na POC (Agorastos et al., 2014).

Posto isto, o presente trabalho visou compreender como as dinâmicas da Centralidade da Religião e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) se influenciam mutuamente numa amostra da população portuguesa, utilizando uma metodologia quantitativa, correlativa, transversal para o efeito e validando, para o contexto português, duas escalas religiosas.

No nosso estudo, através da metodologia investigativa apresentada, verificamos que a Escala da Centralidade Religiosa tem um bom ajustamento em todos os indicadores, pelo que podemos concluir que encontramos um bom modelo de ajustamento deste instrumento de avaliação da religiosidade na população portuguesa. No que diz respeito à Escala de Religiosidade de Rohrbaugh e Jessor, verificamos, igualmente, que o modelo apresenta um bom ajustamento em todos os indicadores, obtendo a percepção que a religiosidade é intrínseca à vida pessoal e que continua a constituir-se como um organizador vital para quem acredita.

Através da presente investigação, foram encontradas notórias relações entre as variáveis religiosas e a POC, já que os resultados nos remetem para a existência de comportamentos obsessivo-compulsivos relacionados com a religiosidade.

Ao correlacionarmos as variáveis religiosas com o género, foi notório que o género feminino apresenta valores significativamente mais elevados do que os elementos do género masculino em todas as dimensões da religiosidade. No que diz respeito à idade, verificamos

que as pessoas mais velhas apresentam níveis de religiosidade mais altos do que as pessoas mais novas.

Nesta mesma linha de orientação, ao ser confirmada que as mulheres e as pessoas idosas apresentam níveis mais elevados de religiosidade, o maior grau de religiosidade reflete-se igualmente nos maiores índices de perturbações obsessivo-compulsivas relacionadas quer com o género quer com a idade.

Ao assumirmos a expectativa, em relação à POC, que os participantes do género masculino apresentassem valores mais elevados na subescala Acumulação e o género feminino mais elevadas nas subescalas Ordem e Limpeza, no entanto, verificamos que esta hipótese não se confirmou com a exceção da subescala Ordem em que os homens tiveram valores mais elevados, sendo que as mulheres apresentam valores bastante mais elevados do que os homens nas subescalas Acumulação e Limpeza.

No final deste trilho investigativo, podemos assumir que a religião e a POC se influenciam mutuamente. Por um lado, a religião interfere com os pensamentos dos seus crentes, tornando-os mais inflexíveis e mais preocupados com o autocontrolo, o que se poderá traduzir no fenómeno de fusão pensamento-ação e que servirá como intermediário para o desenvolvimento dos sintomas de POC. Por outro lado, a POC interfere com a vivência da religião podendo levar à adoção de comportamentos ritualizados de teor religioso. É importante salientar que cada religião tem os seus ensinamentos e dependendo destes a forma como irá influenciar a POC e a sua expressão será diferente, tanto no caso de escrupulosidade como nos outros subtipos de POC.

Em suma, a relação entre a Religiosidade e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é um assunto complexo, multidimensional, passível de ser estudado sob várias perspectivas e merecedor de mais estudos, tendo em linha de conta que em Portugal esses estudos são ainda muito reduzidos. Talvez tenhamos consciência que a arte de descobrir é operacionalizar aquilo que os outros já fizeram mas pensar aquilo que os outros nunca tiveram a ousadia e a oportunidade de pensar!

7. Referências Bibliográficas

- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 140–149. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.12.007>
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2004). Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, 20(2), 70–76. <https://doi.org/10.1002/da.20021>
- Abramowitz, J. S., Huppert, J. D., Cohen, A. B., Tolin, D. F., & Cahill, S. P. (2002). Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 824–838. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00070-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00070-5)
- Agorastos, A., Demiralay, C., & Huber, C. G. (2014). Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: Focus on anxiety disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 93–101. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S43666>
- Agostinho, A. (2015). *Relação entre Religião e Perturbação Obsessivo-Compulsiva*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- American Psychiatric Association (2013). *DMS –5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Antony, M. M., Downie, F. & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive–compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. J. Rachman & M. A. Richter (eds), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment*. (pp 3–32). Guilford Press.
- Arbuckle, J. L. (2020). *Amos (Version 27.0)* [computer program]. SPSS.

- Argyle, M., & Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. Routledge & Kegan Paul.
- Asouab, F., Agoub, M., Kadri, N., Moussaoui, D., Rachidi, S., & Tazi, M. A. (2007). Prévalence des troubles mentaux dans la population générale marocaine (Enquête nationale, 2005) [Prevalence of mental disorders in the Moroccan general population (National Survey, 2005)]. *Bulletin Épidémiologique, Direction de l'Épidémiologie et de Lutte Contre les Maladies, Ministère de la Santé du Maroc*.
- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Berman, N. C., Abramowitz, J. S., Pardue, C. M., & Wheaton, M. G. (2010). The relationship between religion and thought-action fusion: use of an in vivo paradigm. *Behaviour Research and Therapy, 48*(7), 670–674. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.021>
- Besharat, M. A., & Kamali, Z. S. (2016). Predicting obsessions and compulsions according to superego and ego characteristics: A comparison between scrupulosity and non-religious obsessive-compulsive symptoms. *Asian Journal of Psychiatry, 19*, 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.01.003>
- Bloom, P. (2017). Religion is natural. *Developmental Science, 10*(1), 147–151. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2007.00577.x>
- Bourgine, B. (2016). O risco da religião ou a aposta de Deus na liberdade. *Theologica, 47*(1), 137-154. <http://hdl.handle.net/10400.14/13372>
- Brandt, P.-Y. (2019). Religious and spiritual aspects in the construction of identity modeled as a constellation. *Integrative Psychological & Behavioral Science, 53*(1), 138–157. <https://doi.org/10.1007/s12124-018-9436-8>
- Brandt, P.-Y., Jesus, P., & Roman, P. (2017). *Récit de soi et narrativité dans la construction de l'identité religieuse*. Editions des Archives Contemporaine.

- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological methods & research*, 21(2), 230-258.
<https://doi.org/10.1177%2F0049124192021002005>
- Burgy, M. (2005). Psychopathology of obsessive-compulsive disorder: a phenomenological approach. *Psychopathology*, 38 (4), 291-300. <https://doi.org/10.1159/000088917>
- Cabral, M.V. (2001) Prática Religiosa e Atitudes Sociais dos Portugueses numa Perspectiva Comparada [Religious Practice and Portuguese Social Attitudes - a Comparative View]. In J.M. Pais, M.V. Cabral, & J. Vala (Org.), *Religião e Bioética [Religion and Bioethics]*. Imprensa de Ciências Sociais.
- Carpenter, S. (2018). Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers. *Communication Methods and Measures*, 12(1), 25-44.
<https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>
- Cassep-Borges, V., Balbinotti, M. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). *Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos*. Artmed.
- Chaturvedi, S.K. (1993). Neurosis across cultures. *Int Rev Psychiatry*, 5(2-3), 179–191.
<https://doi.org/10.3109/09540269309028309>
- Cohen, A. B., & Rozin, P. (2001). Religion and the morality of mentality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(4), 697–710. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.4.697>
- Coutinho, J. P. (2019). Religiosidade da juventude portuguesa. Evolução recente e comparação com o restante da população. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 34(10), 1-16.
<https://doi.org/10.1590/3410114/2019>
- Couto, M. B., & Morgado, P. (2017). Perturbação obsessivo-compulsiva e religião: Uma revisão sistemática. *Portuguese Journal of Public Health*, 35(2), 77–83.
<https://doi.org/10.1159/000479754>

- Cox, J. L. (2019). Religion as the transmission of an authoritative tradition: The significance of Timothy Fitzgerald's critique of religious studies for a socially embedded definition of religion. *Implicit Religion*, 22 (3/4), 331-348. <https://doi.org/10.1558/imre.40991>
- De Ketele, J. M., & Roegiers, X. (2006). *Metodologia da recolha de dados. Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Instituto Piaget.
- Duque, E. (2007). *Os jovens e a religião na sociedade actual : comportamentos, crenças, atitudes e valores no distrito de Braga*. Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/24207>
- Duque, E. (2014). *Mudanças culturais, mudanças religiosas – perfis e tendências da religiosidade em Portugal numa perspetiva comparada*. Edições Húmus.
- Durkheim, E. (1994). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. PUF.
- Faizan & Islam (2010). *How to perform Wudu*. http://www.faizaneislam.org/islam/how_to_perform_wudu.shtml
- Faria, M. N., & Cardoso, I. (2017). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Obsessive-Compulsive Inventory - Revised. *Análise Psicológica*, 35(1), 91–100. <https://doi.org/10.14417/ap.1167>
- Fernandes, A. T. (2011). *Formas de vida religiosa nas sociedades contemporâneas*. Celta Editora.
- Ferreira, T., Nascimento, M., Macedo, A., Pereira, A. T., & Pissarra, A. (2017). Perfeccionismo, pensamento repetitivo negativo e sintomatologia do espectro obsessivo-compulsivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 581–590. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200024
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.

- Fineberg, N. A., Haddad, P. M., Carpenter, L., Gannon, B., Sharpe, R., Young, A. H., Joyce, E., Rowe, J., Wellsted, D., Nutt, D. J., & Sahakian, B. J. (2013). The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 27(9), 761–770. <https://doi.org/10.1177/0269881113495118>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (1), 90-96.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., & Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of psychiatric research*, 38(4), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.12.004>
- Fowler, J. (1981). *Stages of Faith the Psychology of Human Development and the Quest for Meaning*. HarperCollins Publishers Ltd.
- Francis, L. J., & Wilcox, C. (1996). Prayer, church attendance, and personality revisited: A study among 16-to 19-Yr.-Old Girls. *Psychological Reports*, 79 (3_suppl), 1265–1266. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1996.79.3f.1265>
- Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, Metodologias e Técnicas*. Instituto Piaget.
- Fromm, E. (1950). *Psychoanalysis and religion*. Yale University Press.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andión, Ó., Torrubia, R., & Mataix-Cols, C. (2005). Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive-Compulsive

- Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(8), 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.004>
- Gartner, J., Harmatz, M., Hohmann, A., Larson, D., & Gartner, A. F. (1990). The effect of patient and clinician ideology on clinical judgment: A study of ideological countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 98-106. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.98>
- Giddens, A. (2001). *Modernidade e Identidade Pessoal*. Celta Editora.
- Glock, C.Y. (1973). *Religion in sociological perspective: Essays in the empirical study of religion*. Wadsworth Pub. Co.
- Grant, J. E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 47(5), 325-329. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.01.007>
- Greeley, A. M. (1992). Religion in Britain, Ireland and the USA. In R. Jowell, L. Brook, G. Prior, & B. Taylor (Eds.), *British social attitudes: The 9th Report* (pp. 51-70). Dartmouth.
- Grodin, M. A. (1993). Religious advance directives: the convergence of law, religion, medicine, and public health. *American journal of public health*, 83(6), 899-903. <https://doi.org/10.2105/ajph.83.6.899>
- Harari, Y. N. (2017). *Homo Deus: uma breve história do amanhã*. Elsinore.
- Harari, Y. N. (2018). *21 lições para o século XXI*. Elsinore.
- Hermesh, H., Masser-Kavitzky, R., & Gross-Isseroff, R. (2003). Obsessive-compulsive disorder and Jewish religiosity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3), 201-203. <https://doi.org/10.1097/00005053-200303000-00012>

- Hill, M. M. (2015). Desenho de questionários e análise dos dados – alguns contributos. In J. A. Palhares & L. L. Torres (Orgs.), *Metodologia de investigação em Ciências Sociais da Educação* (pp. 134–164). Húmus.
- Hoz, A. (2014). *Investigacion Educativa: Dicionário Ciências da Educação*. Ediciones Anaya, S.A.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huber, S., & Huber, O. W. (2012). The centrality of religiosity scale (CRS). *Religions*, 3 (1), 710–724. <https://doi.org/10.3390/rel3030710>
- Idler, E. L., Kasl, S. V., & Hays, J. C. (2001). Patterns of religious practice and belief in the last year of life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 56(6), S326–S334. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.s326>
- Inozu, M., Clark, D. A., & Karanci, A. N. (2012). Scrupulosity in Islam: a comparison of highly religious Turkish and Canadian samples. *Behavior Therapy*, 43(1), 190–202. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.06.002>
- Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2007). Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Annals of general psychiatry*, 6(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-6>
- Kaiser, H. (1960). *The Comments on Communalities and the Number of Factors, Read at an informal conference on the communality problem in factor analysis*. Washington University.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>

- Kaplan, D., & Berckman, B. (2021). *Religiosidade e espiritualidade em idosos*. Manual MSD.
<https://www.msmanuals.com/pt>
- Kaufmann, J.-C. (2004). *A invenção de si: uma teoria da identidade*. Instituto Piaget.
- Khoubila, A., & Kadri, N. (2010). Obsessions religieuses et religiosité [Religious obsessions and religiosity]. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55(7), 458–463. <https://doi.org/10.1177/070674371005500709>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Koenig H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Lai, Y., Wang, T., Zhang, C., Lin, G., Voon, V., Chang, J., & Sun, B. (2020). Effectiveness and safety of neuroablation for severe and treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 45(5), 356-378. <https://doi.org/10.1503/jpn.190079>
- Lee, C. (2018). The motivation and impact of religious participation: A qualitative study of undergraduate students at a liberal arts, faith-based institution. *Journal of Research on Christian Education*, 27(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/10656219.2018.1520159>
- Lewis, C. A. (1994). Religiosity and obsessiveness: The relationship between Freud's "religious practices." *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 128(2), 189–196. <https://doi.org/10.1080/00223980.1994.9712723>
- Lewis, C. A., & Loewenthal, K. M. (2018). Religion and obsessiveness: obsessive actions and religious practices. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(2), 117–122. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1481192>
- Lipovetsky, G. (2015). *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Edições 70.

- Maroco, J. (2003). *Análise estatística - com utilização do SPSS*. Edições Sílabo.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *71*(5), 255–262. <https://doi.org/10.1159/000064812>
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, *156*(9), 1409–1416. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.9.1409>
- Mendonça, J.T. (2020). *O que é amar um país. O poder da esperança*. Quetzal Editores.
- Moreira, R. (2021). *A cura da Perturbação Obsessivo-Compulsiva*. Universidade de Aveiro.
- Morgado, J. C. (2012). *O estudo de caso na investigação em educação*. De Facto Editores.
- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(8), 1071–1086. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.02.001>
- Neziroglu, F. A., Yaryura Tobías, J. A., Lemli, J. M., & Yaryura, R. A. (1994). Estudio demográfico del trastorno obsesivo-compulsivo [Demographic study of obsessive compulsive disorder]. *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, *40*(3), 217–223.
- Oliveira, A. J., Rosa, D. G., Ferro, L. A. M., & Resende, M. M. (2018). Técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma investigação baseada em evidências. *Revista de Psicologia Da UNESP*, *18*(1), 30–49. <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1288/1270>

- Pace, E. (2017). Systems theory and religion. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 17 (2), 345–359. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2017.2.25281>
- Pestana, D., & Velosa, S. (2010). *Introdução à Probabilidade e à Estatística* (4ª edição). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Edições Sílabo.
- Petersen, M. L. (2019). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento das compulsões mentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 92–99. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190014>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 793–802. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00040-5)
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 385–401. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10041-9)
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford University Press.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 143(3), 317–322. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.3.317>
- Rassin, E., & Koster, E. (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 361–368. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00096-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00096-7)
- Reis, E. (2008). *Estatística Descritiva* (7ª ed.). Edições Sílabo.
- Rohrbaugh, J., & Jessor, R. (1974). Religiosity in youth: A personal control against deviant behavior? *Journal of Personality*, 43(1), 136–155. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1975.tb00577.x>

- Scholl, C. C., Tabeleão, V. P., Stigger, R. S., Trettim, J. P., De Mattos, M. B., Pires, A. J., Molina, M. A. L., Da Silva, R. A., Tomasi, E., & Quevedo, L. D. A. (2017). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: Um estudo com usuários da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(4), 1353–1360. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.02062015>
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379–391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Sharma, B.P. (1968). Obsessive-compulsive neurosis in Nepal. *Transcultural Psychiatric Research Review and Newsletter*, 5(1), 38–40. <https://doi.org/10.1177/136346156800500104>
- Sica, C., Novara, C., & Sanavio, E. (2002). Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 813–823. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00120-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00120-6)
- Siev, J., Baer, L., & Minichiello, W. E. (2011). Obsessive-compulsive disorder with predominantly scrupulous symptoms: clinical and religious characteristics. *Journal of clinical psychology*, 67(12), 1188–1196. <https://doi.org/10.1002/jclp.20843>
- Siev, J., Chambless, D. L., & Huppert, J. D. (2010). Moral thought–action fusion and OCD symptoms: The moderating role of religious affiliation. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 309–312. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.002>
- Siev, J., Steketee, G., Fama, J. M., & Wilhelm, S. (2011). Cognitive and Clinical Characteristics of Sexual and Religious Obsessions. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25(3), 167–176. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.3.167>
- Silva, P. (2006). Culture and obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry*, 5(11), 402-404. <https://doi.org/10.1053/j.mppsy.2006.08.006>

- Stake, R. E. (2007). *A arte da investigação com estudos de caso*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Teixeira, E. B. (2011). A Análise de Dados na pesquisa Científica: importância e desafios em estudos organizacionais. *Desenvolvimento Em Questão*, 1(2), 177–201. <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2003.2.177-201>
- Tek, C., & Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 104(2), 99–108. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00310-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00310-9)
- Tufte, E. R. (2001). *The visual display of quantitative information* (2nd ed.). Graphics Press.
- Vieira, J., & Ramalho e Silva, F. (2016). Qualidade de Vida em Crianças com Perturbação Obsessiva-Compulsiva. *Acta Médica Portuguesa*, 29(9), 549–555. <https://doi.org/10.20344/amp.7726>
- Wang, Z., Deshpande, S., Waller, D. S., & Erdogan, B. Z. (2018). Religion and perceptions of the regulation of controversial advertising. *Journal of International Consumer Marketing*, 30(1), 29–44. <https://doi.org/10.1080/08961530.2017.1358681>
- Yorulmaz, O., Gençöz, T., & Woody, S. (2009). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *Journal of anxiety disorders*, 23(3), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.11.001>
- Yossifova, M., & Loewenthal, K. M. (1999). Religion and the judgement of obsessionality. *Mental Health, Religion & Culture*, 2(2), 145-151. <https://doi.org/10.1080/13674679908406343>
- Zermatten, A., Van der Linden, M., Jermann, F., & Ceschi, G. (2006). Validation of a French version of the Obsessive-Compulsive Inventory – Revised in a non-clinical sample. *European Review of Applied Psychology*, 56, 151-155. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.07.003>

Zohar, A. H., Goldman, E., Calamary, R., & Mashiah, M. (2005). Religiosity and obsessive-compulsive behavior in Israeli Jews. *Behaviour research and therapy*, 43(7), 857–868.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.009>

Anexos

Anexo 1 - Instrumentos que avaliam a religiosidade

Centrality of Religiosity Scale (CRS)									
Por favor, assinale apenas uma resposta (de entre as várias opções) para responder a cada pergunta.									
	Muitas vezes	Algumas vezes	Ocasionalmente	Raramente	Nunca				
1	Com que frequência pensa em questões religiosas?	Muitas vezes	Algumas vezes	Ocasionalmente	Raramente	Nunca			
2	Até que ponto acredita que Deus ou algo divino existe?	Muito	Bastante	Moderadamente	Não muito	Nada			
3	Com que frequência participa em celebrações religiosas?	Várias vezes ao dia	Uma vez por dia	Mais do que uma vez por semana	Uma vez por semana	Uma a três vezes por mês	Algumas vezes por ano	Menos do que algumas vezes por ano	Nunca
4	Com que frequência reza?	Várias vezes ao dia	Uma vez por dia	Mais do que uma vez por semana	Uma vez por semana	Uma a três vezes por mês	Algumas vezes por ano	Menos do que algumas vezes por ano	Nunca
5	Com que frequência experiencia situações nas quais sente que Deus ou algo divino intervem na sua vida?	Muitas vezes	Algumas vezes	Ocasionalmente	Raramente	Nunca			
6	Quão interessado(a) está em aprender mais acerca de temas religiosos?	Muito	Bastante	Moderadamente	Não muito	Nada			
7	Até que ponto acredita em alguma forma de vida após morte, como por exemplo a imortalidade da alma, a ressurreição dos mortos ou reencarnação?	Muito	Bastante	Moderadamente	Não muito	Nada			
8	Quão importante é participar em celebrações religiosas?	Muito	Bastante	Moderadamente	Não muito	Nada			
9	Quão importante é para si rezar sozinho?	Muito	Bastante	Moderadamente	Não muito	Nada			
10	Com que frequência experiencia situações nas quais sente que Deus ou algo divino deseja comunicar consigo ou revelar-lhe algo?	Muitas vezes	Bastantes vezes	Moderadamente	Não muitas vezes	Nunca			

Rohrbaugh and Jessor Religiosity Scale (RJRS)		Por favor, assinale apenas uma resposta (de entre várias opções disponíveis) para responder a cada pergunta.	
Com que frequência participou em celebrações religiosas durante o ano passado?		Número de vezes	
1	Qual das seguintes opções descreve melhor a sua prática de oração ou meditação religiosa?	a) A oração é uma prática regular da minha vida diária	e) Eu nunca rezo
2	Quando tem um problema pessoal sério, com que frequência tem em consideração conselhos ou ensinamentos religiosos?	b) Geralmente rezo em momentos de stress ou necessidade, mas raramente em qualquer outro momento	d) A oração tem pouca importância na minha vida
3	Que influência diria que a religião tem na sua forma de agir e na maneira como escolhe, em cada dia, passar o seu tempo?	b) Normalmente	e) Nunca
4	Qual das seguintes afirmações mais se aproxima da forma como entende a sua crença em Deus?	b) Uma pequena influência	e) Uma grande influência
5	Qual das seguintes afirmações mais se aproxima da forma como entende a sua crença em Deus?	b) Embora às vezes questione a sua existência, acredito em Deus e acredito que Ele me conhece como pessoa	e) Eu não acredito num Deus pessoal ou num poder superior.
6	Qual das afirmações a seguir mais se aproxima da sua crença em alguma forma de vida após a morte?	b) Acredito numa vida pessoal após a morte; uma alma que existe como um indivíduo específico	e) Não acredito em qualquer vida após a morte
7	Durante o ano passado, com que frequência experimentou um sentimento de intimidade ou devoção religiosa?	b) Frequentemente	e) Nunca
8	Concorda com a seguinte afirmação? "A religião dá-me muito conforto e segurança na vida"	b) Discordo totalmente	e) Concordo totalmente

Anexo 2 - Instrumento que avalia a Perturbação Obsessivo-Compulsiva

OCl-R (Foa et al., 2002; Cardoso & Faria, 2016)

As afirmações a seguir referem-se a experiências ou situações que muitas pessoas vivenciam diariamente. Assinale o número que melhor descreve em que grau a experiência mencionada o(a) tem incomodado ou causado aflição, durante o último mês, utilizando a seguinte escala:

0	1	2	3	4
Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente

	0	1	2	3	4
1 - Eu tenho acumulado tantas coisas que elas já me estão a atrapalhar					
2. Eu verifico as coisas mais vezes do que é necessário					
3. Eu fico incomodado(a) se os objetos não estão arrumados correctamente					
4. Eu sinto vontade de contar enquanto estou a fazer coisas					
5. Eu sinto dificuldade em tocar num objeto se sei que este já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas					
6. Eu tenho dificuldades em controlar os meus próprios pensamentos					
7. Eu coleciono coisas que não preciso					
8. Eu verifico repetidamente as portas, janelas gavetas, etc.					
9. Eu fico incomodado se outras pessoas mudam as coisas que arrumei					
10. Eu sinto necessidade de repetir certos números					
11. Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado(a)					
12. Fico perturbado(a) com pensamentos desagradáveis que invadem a minha mente contra a minha vontade					

13. Evito deitar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas mais tarde.									
14. Eu verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz depois de os desligar.									
15. Eu preciso de que as coisas estejam arrumadas numa determinada ordem.									
16. Eu acredito que há números bons e maus.									
17. Eu lavo as minhas mãos mais vezes que o necessário									
18. Eu tenho pensamentos impróprios com frequência e tenho dificuldade em me livrar deles									