Abner Morilha

**A prevalência de sintomas de transtornos psiquiátricos em
missionários evangélicos/protestantes transculturais
brasileiros**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de doutor em
Ciências

**São Paulo
2019**

Abner Morilha

**A prevalência de sintomas de transtornos psiquiátricos em
missionários evangélicos/protestantes transculturais
brasileiros**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de doutor em
Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo

Neto

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Médica
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Morilha, Abner

A prevalência de sintomas de transtornos psiquiátricos em missionários evangélicos/protestantes transculturais brasileiros / Abner Morilha. -- São Paulo, 2019.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Missionários transculturais 2.Missões religiosas 3.Transtornos mentais 4.Depressão 5.Ansiedade 6.Sinais e sintomas 7.Síndrome de Burnout 8.Coping religioso 9.Espiritualidade 10.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-341/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: Abner Morilha

Título: **A prevalência de sintomas de transtornos psiquiátricos em missionários evangélicos/protestantes transculturais brasileiros.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A ***Deus***, pelo amor incondicional revelado em Cristo Jesus na cruz do Calvário,
e por tornar nossos sonhos em realidade.

À minha esposa ***Elza***, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão,
carinho e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

À minha filha, ***Hannah Clara***, que representa um renascimento para a vida.

Ao meu pai, ***Francisco***, por me apoiar e amar sem reservas.

In memoriam de minha mãe ***Eufélia***, que sempre acreditou em mim.

À ***Vasty***, minha irmã do coração, que sempre será um referencial de pessoa e
educadora na minha vida.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Agradecimentos

Em especial ao meu orientador, **Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto**, que me apoiou com paciência, confiança, competência e rigor científico, o que me possibilitou crescimento e desenvolvimento do senso crítico como pesquisador.

Às secretarias da Pós-Graduação, que sempre foram tão gentis e colaboradoras durante o período do doutorado.

À **FMUSP**, pela oportunidade de realização do doutorado.

A Todos que oraram por mim e continuam me apoiando em oração, principalmente à Paula Henning e aos meus irmãos e irmãs queridos da PIBSA,

Aos amigos queridos e revisores Alaíde, Macedo, Prof.^a Dra. Renira Appa, Vasty Oliveira e Nelson Fagundes por terem auxiliado nas revisões deste trabalho,

Aos missionários e missionárias valorosos e dignos de cuidado, cuja a força da vocação é maior do que a dor da partida.

“Nos evangelhos o verbo amar traduz-se sempre com um outro verbo concreto, executável, de mãos: dar (Deus amou tanto o mundo que deu o seu Filho unigênito (cf. João 3, 16), não há maior amor do que dar a vida pelos seus amigos (cf. João 15, 13)”.

Lista de Abreviaturas e Siglas	
Lista de Símbolos	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de Gráficos	
Lista de Quadros	
Resumo	
Abstract	

1.	INTRODUÇÃO	29
2.	HIPÓTESES	34
3.	OBJETIVOS	37
3.1	Objetivo Principal	37
3.2	Objetivos Secundários	37
4.	DESFECHO	39
4.1	Desfecho primário	39
4.1.2	Desfecho secundário	39
4.1.3	BDI-II Inventário de Depressão de Beck	40
4.1.4	Inventário de Ansiedade <i>Traço-Estado (IDATE)</i> , (Anexo F)	40
4.1.5	Maslach Burnout Inventory (MBI), (Anexo G)	40
4.1.6	Questionário de Qualidade de Vida (SF36). (Anexo H)	40
4.1.7	Escala de Orientação Religiosa de Allport e Ross (EOR) (Anexo I)	41
4.1.8	Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE) (Anexo J)	41
5.	REVISÃO DE LITERATURA	43
5.1	Religiosidade e Espiritualidade	43
5.2	Orientação Religiosa	47
5.3.	Coping	49
5.4	Coping Religioso Espiritual (CRE)	50
5.5	Estilos de CRE	52
5.6	Missões a partir do Brasil	53
5.6.2	Missões Interdenominacionais	53
5.6.3	Missões Através das Estruturas Denominacionais	54
5.6.4	Missões: PAs; PNAs; PNEs; PSC	54
5.7	Transtornos Mentais Comuns (TMC)	56
5.8	Epidemiologia do Transtorno Depressivo Maior (TDM)	57
5.9	Epidemiologia do Transtorno de Ansiedade	61
5.10	Epidemiologia da Síndrome de <i>Burnout</i>	65
5.10.1	Subescala do MBI em diferentes perfis	68
5.10.2	As dimensões da <i>Síndrome de Burnout</i> (Subescalas)	72
5.11	Qualidade de Vida	73
6.	MÉTODOS	78
6.1	Desenho e população do estudo	78
6.2	Visão geral do estudo	78
6.3	Participantes	78

6.4	Critérios de inclusão.....	78
6.6	Casuística.....	79
6.7	Instrumentos aplicados ao longo do estudo.....	81
6.7.1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Anexo B).....	81
6.7.2	Inventário Ministerial (IM). (Anexo C)	82
6.7.3	Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) (Anexo D)	82
6.7.4	BDI-II Inventário de Depressão de Beck II. (Anexo E).....	83
6.7.5	Inventário de Ansiedade <i>Traço-Estado</i> (IDATE) (Anexo F).....	84
6.7.6	Maslach <i>Burnout Inventory</i> (MBI). (Anexo G).....	85
6.7.7	Questionário de Qualidade de Vida SF-36, (Anexo H).....	87
6.7.8	Escala de Orientação Religiosa de Allport (EOR) (Anexo I).....	90
6.7.9	Escala de <i>Coping</i> religioso-espiritual (CRE) (Anexo J)	91
6.8	Estatística.....	97
7.	RESULTADOS	100
7.1	Avaliação dos sintomas de Transtornos Psiquiátricos	100
7.2	Presença de TMC segundo SRQ 20 e características de base.	102
7.3	Presença de sintomas de TMC segundo SRQ 20 e IM.....	106
7.4	Presença de sintomas depressivos segundo BDI-II e características de base.	109
7.5	Presença de sintomas depressivos segundo BDI-II e IM	116
7.6	Presença de Sintomas ansiosa segundo IDATE-ESTADO e características de base.	119
7.7	Sintomas Ansiosos segundo IDATE-ESTADO e IM	122
7.8	Presença de Sintomas ansiosos segundo IDATE-Traço e características de base.	126
7.9	Presença de sintomas Ansiosos segundo IDATE-Traço e IM.	129
7.10	Presença de sintomas de Burnout segundo MBI (EE) e características de base.	133
7.11	Presença de sintomas de <i>Burnout</i> segundo MBI (D) e características de base.	135
7.12	Presença de sintomas de <i>Burnout</i> segundo MBI (RP) e características de base.	137
7.13	Presença de sintomas de <i>Burnout</i> segundo MBI (perfis de estresse) e características de base.	137
7.14	Presença de Sintomas de Estresse e síndrome de <i>Burnout</i> na subescala EE e IM.	139
7.15	Presença de Sintomas de Estresse e síndrome de <i>Burnout</i> na subescala D e IM.	146
7.16	Presença de Sintomas de Estresse e síndrome de <i>Burnout</i> na subescala RP e IM.	152
7.17	Presença de sintomas Estresse distribuídos de acordo com os perfis analisados pelo MBI e características de base.	157
7.18	Qualidade de vida dos missionários segundo SF-36.	167
7.18.1	Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Capacidade Funcional.	168
7.18.2	Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Limitação por Aspectos Físicos.	169
7.18.3	Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Dor.	170
7.18.4	Qualidade de vida analisada pelo SF-36 eo domínio Saúde Geral.....	171
7.18.5	Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Vitalidade.....	172
7.18.6	Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Aspectos Sociais.	173
7.18.7	Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Aspectos Emocionais.	175

7.18.8	Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Saúde Mental.	177
7.19	Orientação Religiosa segundo <i>EOR</i>	179
7.20	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-NEGATIVO</i>	180
7.20.1	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-NEGATIVO</i> relacionados com <i>SRQ-20</i>	181
7.20.2	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-NEGATIVO</i> relacionados com <i>BDI</i> - 182	
7.20.3	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE- NEGATIVO</i> associados ao <i>IDATE-Estado</i> . 183	
7.20.4	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-NEGATIVO</i> relacionados com <i>IMB</i> 184	
7.20.5	Características de base de acordo com <i>CRE POSITIVO</i>	185
7.20.6	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE POSITIVO</i> (agregado).	187
7.20.7	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-POSITIVO</i> associado ao <i>IBD II</i>	188
7.20.8	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-Fator P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida</i>	189
7.20.9	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-Fator Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual</i> 193	
7.20.10	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual</i>) e <i>BDI-II</i> e <i>IMB</i>	194
7.20.11	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro com as características de base</i>	196
7.20.12	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>Coping Religioso-Espiritual (CRE FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro)</i> e <i>SRQ-20</i> , <i>BDI-II</i> , <i>IMB</i> e <i>SF-36</i>	196
7.20.13	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-FATOR P4: Posição Positiva Frente a Deus e dados Sociodemográficos</i>	198
7.20.14	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-FATOR P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual e dados Sociodemográficos</i>	200
7.20.15	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-FATOR P6: Ações em Busca do Outro Institucional e dados Sociodemográficos</i>	201
7.20.16	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual</i>	202
7.20.17	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE- FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual, com o IBD II</i> 203	
7.20.18	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-Fator N1: Reavaliação Negativa de Deus e as características de base</i>	204
7.20.19	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus</i> . 206	
7.20.20	<i>Coping</i> Religioso segundo- <i>CRE-Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus</i> . 207	
7.20.21	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE- Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus associado ao IDATE Estado e SF-36</i>	209
7.20.22	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE - FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado</i>	210
7.20.23	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado associado ao SRQ20, BDI-II, IDATE –Estado e IMB</i>	212
7.20.24	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado associado às características de base</i>	215
7.20.25	<i>Coping</i> Religioso segundo <i>CRE-FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado associado ao IMB</i>	218
8.	DISCUSSÃO	222
8.1	Panorama geral dos Sintomas de TMC, Depressão e Ansiedade	222
8.2	Fatores associados aos sintomas de transtornos psiquiátricos.	224
8.3	Fatores associados à Síndrome de Burnout	232
8.4	Perfis de Estresse.	235

8.5	Fatores associados à QVM.....	235
8.6	Fatores associados à Escala de Orientação Religiosa (EOR).....	236
8.7	<i>Coping</i> Religioso segundo CRE.	237
9.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	247
10.	CONCLUSÕES	249
11.	ANEXOS	256
12.	REFERÊNCIAS	280

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

R/E	Religiosidade/Espiritualidade
AMTB	Associação de Missões Transculturais Brasileiras
BDI - II	Beck Depression Inventory – II
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª Edição
cols	Colegas
CRE	<i>Coping</i> Religiosos/Espiritual
D	Despersonalização
	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth
DSM 5	Edition
EE	Exaustão Emocional
EOR	Escala de Orientação Religiosa de Allport e Ross
et al	E outros
IC 95%	Intervalo de confiança de 95%;
IDATE	Inventário de Ansiedade <i>Traço-Estado</i>
IE	IDATE – Estado
IM	Inventário Ministerial
IMB	International Mission Board
IMC	Índice de Massa Corporal
IQOLA	International Quality of Life Assessment
ISMA-BR	International Estresse Management Association - Brazil
IT	IDATE –Traço
JMM	Junta de Missões Mundiais
MBI	Maslach Burnout Inventory
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
p. ex	Por exemplo
PAs	Povos Alcançados
PNAs	Povos Não Alcançados
PNEs	Povos Não Engajados
PSC	Povos em Situação de Catástrofe
QV	Qualidade de Vida
QVM	Qualidade de Vida do Missionário
RC	Razões de Chance
ROSS	Religious Orientation Scale
RP	Realização Profissional/Pessoal
SB	Síndrome de Burnout
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
SF-36	Questionário de Qualidade de Vida Short-Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRQ-20	Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UPG	Unreached People Group
USP	Universidade de São Paulo
UUPG	Unengaged Unreached People Group
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
<	Menor que
≤	Menor ou igual a que
>	Maior que
≥	Maior ou igual a que
=	Igual
P	Probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula
N	Número de sujeitos de uma amostra

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Range dos escores indicando o nível de <i>Burnout</i> por subescala.	40
Tabela 2.	Prevalência dos principais Transtornos Mentais Comuns no Brasil.	57
Tabela 3.	Nível de <i>Burnout</i> medido por subescala.	87
Tabela 4.	Cálculo do Escore do SF36 (Ponderação de dados e Cálculo do Raw Scale).	88
Tabela 5.	Limites inferiores e variação de escores – SF-36.	89
Tabela 6.	Características de base dos 327 participantes de acordo com a presença de sintomas de TMC pelo SRQ 20.	104
Tabela 6.1.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de sintomas de TMC pelo SRQ 20.	105
Tabela 7.	Fatores associados a sintomas de TMC avaliado por regressão logística pelo SRQ 20 em 327 participantes do estudo.	106
Tabela 8.	Presença de sintomas depressivos segundo BDI II e dados Sociodemográficos / Comorbidades.	112
Tabela 8.1	Presença de sintomas depressivos segundo BDI II e Comorbidades	113
Tabela 8.2.	Presença de sintomas depressivos segundo BDI II e Sociodemográficas (Dicotômica).	114
Tabela 8.3	Presença de sintomas depressivos segundo BDI II e Comorbidades (Dicotômica)	115
Tabela 9.	Fatores associados a Sintomas de Transtornos Depressivos avaliados por regressão logística pelo BDI-II.	116
Tabela 10.	Presença de sintomatologia ansiosa segundo IDATE-ESTADO e dados Sociodemográficos / Comorbidades.	120
Tabela 11.	Fatores associados à Sintomatologia ansiosa moderada/grave avaliada por regressão logística pelo IDATE-ESTADO em 327 participantes do estudo.	121
Tabela 12.	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de ansiosos pelo IDATE-ESTADO.	124
Tabela 12.1	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de ansiedade pelo IDATE-ESTADO.	125
Tabela 13.	Presença de sintomatologia ansiosa segundo IDATE-TRAÇO e dados Sociodemográficos / Comorbidades.	127
Tabela 13.1	Presença de sintomatologia ansiosa segundo IDATE-TRAÇO e dados Sociodemográficos / Comorbidades.	128

Tabela 14.	Fatores associados à Sintomatologia ansiosa moderada/grave avaliados por regressão logística pelo IDATE-Traço	129
Tabela15	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de ansiedade pelo IDATE-TRAÇO.	131
Tabela 15.1	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de ansiedade pelo IDATE-TRAÇO.	132
Tabela 16	Presença de sintomas significativos na subescala Exaustão Emocional (EE) do MBI e dados Sociodemográficos / Comorbidades.	134
Tabela 17	Presença de sintomas significativos na subescala Despersonalização (D) do MBI e dados Sociodemográficos.	136
Tabela 18.	Presença de sintomas significativos na subescala Realização Profissional (RP) do MBI e dados Sociodemográficos.	137
Tabela 19.	Presença de sintomas significativos de Estresse distribuídos de acordo com os diferentes perfis analisados pelo MBI e os dados Sociodemográficos e comorbidades dos 327 participantes da amostra.	139
Tabela 20.	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Exaustão Emocional.	143
Tabela 20.1	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Exaustão Emocional.	144
Tabela 20.2	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Exaustão Emocional	145
Tabela 21.	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Despersonalização.	149
Tabela 21.1	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Despersonalização.	150
Tabela 21.2	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Despersonalização.	151

Tabela 22.	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Realização Pessoal.	155
Tabela 22.1	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Realização Pessoal.	156
Tabela 23.	Presença de sintomas significativos de Estresse distribuídos de acordo com os diferentes perfis analisados pelo MBI e os dados Sociodemográficos e comorbidades dos 327 participantes da amostra.	162
Tabela 23.1	Presença de sintomas significativos de Estresse distribuídos de acordo com os diferentes perfis analisados pelo MBI e os dados Sociodemográficos e comorbidades dos 327 participantes da amostra.	163
Tabela 23.2	Presença de sintomas significativos de Estresse distribuídos de acordo com os diferentes perfis analisados pelo MBI e os dados Sociodemográficos e comorbidades dos 327 participantes da amostra.	164
Tabela 24.	Fatores associados a sintomas da Síndrome de <i>Burnout</i> e TMC avaliados por regressão logística multivariada pelo MBI e SRQ-20 em 327 participantes do estudo.	165
Tabela 25.	Fatores associados a sintomas da síndrome de <i>Burnout</i> e sintomas depressivos avaliados por regressão logística multivariada pelo BDI-III nos 327 participantes do estudo.	166
Tabela 26.	Fatores associados a sintomas da síndrome de <i>Burnout</i> e sintomas Ansiosos avaliados por regressão logística multivariada pelo IDATE-Estado nos 327 participantes do estudo.	166
Tabela 27.	Fatores associados a sintomas da síndrome de <i>Burnout</i> e sintomas Ansiosos avaliados por regressão logística multivariada pelo IDATE-Traço nos 327 participantes do estudo.	167
Tabela 28.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença Qualidade de Vida pelo SF 36 considerando-se o domínio “Capacidade Funcional”.	169
Tabela 29.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença Qualidade de Vida pelo SF 36 considerando-se o domínio “Limitação por Aspectos Físicos”.	170

Tabela 30.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF 36 considerando-se o domínio “Dor”.	171
Tabela 31.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF 36 com relação ao domínio “Saúde Geral”.	172
Tabela 32.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF 36 com relação ao domínio “Vitalidade”.	173
Tabela 33.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF 36 com relação ao domínio “Aspectos Sociais”.	175
Tabela 34.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF 36 com relação ao domínio “Aspectos Emocionais”.	176
Tabela 35.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF 36 com relação ao domínio “Saúde Mental”.	178
Tabela36.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a Orientação Religiosa pelo EOR.	179
Tabela 37.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE (CRE NEGATIVO).	181
Tabela 38.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE NEGATIVO associado ao SRQ 20.	182
Tabela 39.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE (CRE NEGATIVO) associado ao BDI-II.	183
Tabela 40.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE NEGATIVO associado ao IDATE-ESTADO	183
Tabela 41.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE NEGATIVO associado ao IMB considerando-se a subescala Exaustão Emocional.	184

Tabela 42.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE NEGATIVO associado ao IMB considerando-se a subescala Exaustão Emocional.	185
Tabela 43.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE (CRE POSITIVO).	186
Tabela 44.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE (CRE POSITIVO).	188
Tabela 45.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE Positivo associado ao IBD II	189
Tabela 46.	Fatores associados ao CRE POSITIVO e Sintomas Depressivos avaliado por regressão logística pela Escala CRE e BDI-II em 327 participantes do estudo.	189
Tabela 47.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE Fator P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida.	191
Tabela 48.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE Fator P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida.	192
Tabela 49.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com CRE Fator P1 e SF 36 considerando-se a subescala Capacidade Funciona.	192
Tabela 50.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual	193
Tabela 51.	Fatores associados à <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i> (CRE - Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual) e Sintomas Depressivos e de Estresse avaliados pelo BDI II e IMB.	195
Tabela 52.	Fatores associados ao CRE FATOR P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual e Sintomas Depressivos avaliados por regressão logística pela Escala BDI-II em 327 participantes do estudo	196
Tabela 53.	Fatores associados à <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i> (CRE - FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro) e as escalas: TMC, IMB e SF36 pela subescala Capacidade Funcional.	198
Tabela 54.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE FATOR P4: Posição Positiva Frente a Deus.	199

Tabela 55.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE FATOR P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual.	200
Tabela 56.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE FATOR P6: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual.	202
Tabela 57.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual.	203
Tabela 58.	Fatores associados ao <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i> (CRE FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual) e Sintomas Depressivos e de Estresse avaliados pelo BDI II.	203
Tabela 59.	Fatores associados ao (CRE FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual): Ações em Busca de Ajuda Espiritual e Sintomas Depressivos avaliados por regressão logística pela Escala BDI-II em 327 participantes do estudo.	204
Tabela 60.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE <i>Espiritual</i> (CRE Fator N1 <i>Reavaliação Negativa de Deus</i>)	206
Tabela 61.	Fatores associados à <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i> (CRE Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus) e SF36 Domínio Vitalidade.	207
Tabela 62.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE (CRE Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus)	208
Tabela 63.	<i>Coping</i> Religioso dos missionários transculturais brasileiros segundo <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i> CRE (CRE-Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus) associado ao IDATE Estado e SF36	209
Tabela 64.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala CRE (FATOR N3: <i>Reavaliação Negativa do Significado</i>)	211
Tabela 65.	<i>Coping</i> Religioso dos missionários transculturais brasileiros segundo <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i> CRE (FATOR N3: <i>Reavaliação Negativa do Significado</i>) associado ao SRQ20, BDI II, IDATE – Estado e IMB.	214

Tabela 66.	Fatores associados ao <i>CRE</i> (FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado) e Sintomas de Transtornos Psiquiátricos avaliado por regressão logística multivariada pela Escala SRQ20, BDI II, IDATE – Estado e IMB nos 327 participantes do estudo.	215
Tabela 67.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala <i>CRE</i> (CRE FATOR N4: Insatisfação com o Outro Institucional).	217
Tabela 68.	Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o <i>Coping</i> religioso pela Escala <i>CRE</i> (CRE FATOR N4: Insatisfação com o Outro Institucional).	217
Tabela 69.	<i>Coping</i> Religioso dos missionários transculturais brasileiros segundo <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual CRE</i> (FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado) associado ao IMB.	219
Tabela 70.	Fatores associados ao <i>CRE</i> (FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado) e Sintomas de Transtornos Psiquiátricos avaliado por regressão logística multivariada pela Escala IMB nos 327 participantes do estudo.	220

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Organização dinâmica das relações do Indivíduo.	75
Figura 2.	Fluxograma: casuística dos participantes do estudo da Prevalência de Sintomas Psiquiátricos em Missionários Transculturais Brasileiros, de 10/2015 a 02/2019.	80
Figura 3	Fluxograma dos instrumentos aplicados no estudo.	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Avaliação global das escalas utilizadas para rastreamento de Transtornos Psiquiátricos da amostra.	101
Gráfico 2.	Itens do <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) distribuídos por quatro grupos de sintomas.	102
Gráfico 3.	Tempo de missão passado no campo segundo SRQ-20.	103
Gráfico 4.	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de TMC pelo SRQ 20.	109
Gráfico 5	Itens dos sintomas do <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI-II) avaliados separadamente.	110
Gráfico 6.	Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Transtorno de Depressão pelo BDI-II.	118
Gráfico 7.	Frequências relativas e absolutas segundo MBI para Síndrome de <i>Burnout</i> .	134
Gráfico 8	Perfis de Estresse encontrados na amostra segundo MBI.	138
Gráfico 9	Avaliação Global dos 8 domínios rastreados pelo SF-36 para Ruim/Razoável	168
Gráfico 10	Avaliação Global dos Fatores que compõe a escala CRE-Breve	186

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Principais conceitos sobre espiritualidade e religiosidade.	46
Quadro 2.	Critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior - adaptado do DSM-5	59
Quadro 3.	Sensações somáticas e sintomas ansiosos - Adaptado do DSM-5	63
Quadro 4.	Critérios diagnósticos para os diversos tipos de transtornos de ansiedade - Adaptado do DSM-5	64
Quadro 5	Padrão de subescala do MBI em vários perfis	69

Resumo

Morilha A. *A prevalência de sintomas de transtornos psiquiátricos em missionários evangélicos/protestantes transculturais brasileiros* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Fundamento: Alguns estudos identificaram que sacerdotes religiosos em geral faz parte do grupo de risco para o desenvolvimento de Transtornos Psiquiátricos, em particular Transtorno Mental Comum, Transtorno Depressivo, Transtorno de Ansiedade e *Burnout*, e que há uma associação positiva entre espiritualidade e saúde mental. Dentre os grupos eclesiais estudados pouco se pesquisou sobre os missionários transculturais. **Objetivo:** Investigar a prevalência de sintomas de Transtornos Psiquiátricos e a relação destes transtornos com a espiritualidade em missionários transculturais brasileiros. **Método:** 327 missionários brasileiros residentes em várias partes do mundo pertencentes a diferentes agências missionárias, igrejas e denominações evangélicas/protestantes responderam questionários estruturados IM (Inventário Ministerial), SRQ-20 (Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire), BDI-II (Beck Depression Inventory), IDATE Traço-Estado (Inventory of State-Trait Anxiety), MBI (Maslach *Burnout* Inventory), SF-36 (Medical e CRE-Breve (Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Breve). **Resultados:** As frequências absolutas e relativas encontradas para desenvolvimento de sintomas de Transtorno Mental Comum foram: 29,4%, Transtorno de Depressão 22,3%, Transtorno de Ansiedade 35,5%, Síndrome de *Burnout* 16,5, Desengajado 24,5%; Esgotado 0,9%; Ineficaz 28,7% e Engajado 29,4%. Os fatores de risco mais significativos associados ao adoecimento desta população para TMC foram: sexo feminino (84,4%), Casados (50%), Não ordenado pastor (84,4%), Formação missiológica (32,3%), Tempo de missões entre 21 e 30 anos (31,3%), Sobre peso (40,6%), Sedentários (77,1%), sem diagnóstico prévio de depressão (51,0%), Sem diagnóstico prévio de Transtornos Psiquiátricos (88,5%). Os resultados mais significativos foram replicados em regressão logística para a associação com o sexo feminino, RC multivariada: 6,7 (IC 95%: 3,65-12,33), sem relação estável, RC multivariada: 1,6 (IC 95%: 1,16-2,25), os não ordenados pastores RC multivariada: 3,4 (IC 95%: 1,9-6,3), os sedentários, RC multivariada: 2,6 (IC 95%: 1,7-3,94), sem diagnóstico prévio de depressão, RC multivariada: 1,8 (IC 95%: 1,3-2,5), sem diagnóstico prévio de Transtornos Psiquiátricos RC multivariada: 2,2 (IC 95%: 1,5-3,3), com histórico de depressão na família, RC multivariada: 1,5 (IC 95%: 1,0-2,1). **Conclusão:** Encontrou-se altas frequências de sintomas de TMC, TD, TA e SB entre os missionários revelando que esta população faz parte do grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Entretanto, confirmou-se por meio do *Coping* Religioso que quanto menor o CRE - Negativo, menor a possibilidade de desenvolver transtornos mentais e quanto maior for o CRE - Positivo, maior fator protetivo contra a incidência de transtornos mentais é desenvolvido.

Descritores: Missionários transculturais; Missões religiosas; Transtornos mentais; Depressão; Ansiedade; Sinais e sintomas; Síndrome de *Burnout*; *Coping* religioso; Espiritualidade; Qualidade de vida.

Abstract

Morilha A. *The prevalence of symptoms of psychiatric disorders in Brazilian cross-cultural evangelical/protestant missionaries* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019

Background: Some studies have identified religious clergy in general as part of the risk group for the development of Psychiatric Disorders, in particular Common Mental Disorder, Depressive Disorder, Anxiety Disorder and Burnout Syndrome. There also appears to be a positive association between spirituality and mental health. Among the ecclesiastical groups studied, little was researched about cross-culture missionaries. **Objective:** To investigate the prevalence of symptoms of psychiatric disorders and their relationship with spirituality in Brazilian cross-cultural missionaries. **Method:** 327 Brazilian missionaries living in various parts of the world, and belonging to different missionary agencies, churches and evangelical/protestant denominations, answered the structured questionnaires: MI (Ministerial Inventory), SRQ-20 (Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire), BDI-II (Beck Depression Inventory II), STAI (T-S) *State-Trait Anxiety Inventory*, MBI (Maslach Burnout Inventory), SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey) and Brief RCOPE (Brief Religious/Spiritual Coping Scale). **Results:** The absolute and relative frequencies found to develop symptoms of Common Mental Disorder were 29.4%; Depression Disorder 22.3%; Anxiety Disorder 35.5%; Burnout Syndrome 16.5; Disengaged 24.5 %; Over Extended 0.9%; Ineffective 28.7%; and Engaged 29.4%. The most significant risk factors associated with the disease in this population were female sex (84.4%), married status (50%), non-ordained pastor (84.4%), only missional formation (32.3%), time of missions between 21 and 30 years (31.3%), Overweight (40.6%), Sedentary lifestyle (77.1%), No previous diagnosis of depression (51.0%), No previous diagnosis of psychiatric disorders (88.5%). The most significant results were replicated in our logistic regression, for the association between Common Mental Disorder among the [female population multivariate OR: 6.7 (95% CI: 3.65-12.33), and for without stable relationship, multivariate OR: 1.6 (95% CI: 1.16-2.25), for the non-ordained pastor multivariate OR: 3.4 (95% CI: 1.9-6.3), for sedentary lifestyle, multivariate OR: 2.6 (95% CI: 1.7-3.94), for with no previous diagnosis of depression, multivariate OR: 1.8 (95% CI: 1.3-2.5), for with no previous diagnosis of psychiatric disorder, Multivariate OR: 2.2 (95% CI: 1.5-3.3) and for with a history of family depression, multivariate OR: 1.5 (95% CI: 1.0-2.1)]. **Conclusion:** High frequencies of symptoms of Common Mental Disorder, Depressive Disorder, Anxiety Disorder and Burnout Syndrome were found among the missionaries revealing that this population is part of the risk group for the development of psychiatric disorders. However, it was confirmed by Religious Coping Scale that the lower the Negative Spiritual/Religious Coping is, the lower the possibility of developing mental disorders, and the higher the Positive Spiritual/Religious Coping is, the greater protective factor against the incidence of mental disorders is developed.

Descriptors: Cross-cultural missionaries; Religious missions; Mental disorders; Depression; Anxiety; Signals and symptoms; Burnout syndrome; Religious Coping, Spirituality; Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

Caracterização do problema a ser abordado

A interface entre a dimensão religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde física tem sido estudada de forma sistemática, entretanto somente nos últimos 20 anos a literatura científica descreve de forma crescente, consistente e relevante a importância da R/E na saúde física e mental de pacientes, principalmente no que diz respeito à atribuição de significado ao sofrimento provocado por doenças crônicas, e também como recurso de enfrentamento e esperança face às mudanças no estado de saúde. (LUCCHESI FA & KOENIG, 2013; MOREIRA-ALMEIDA, 2006; LOURENÇO, 2004)

Há várias definições de R/E, dentre elas as de Koenig estão entre as mais disseminadas:

- Religião é a aproximação do sagrado ou transcendente por meio de um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos;
- Religiosidade é caracterizada pela crença e prática dos fundamentos de uma determinada religião;
- Espiritualidade é a aproximação do sagrado ou transcendente por meio da busca pessoal da compreensão das questões da vida, que pode não estar vinculada a uma determinada religião.

Segundo Allport, existem diferentes maneiras de ser religioso ou existem diferentes orientações religiosas, algumas das quais são mais relacionadas à saúde do que outras (ALLPORT, 1967). Na orientação intrínseca, crença e fé são

totalmente interiorizadas sem reservas e profundamente vivenciadas; na extrínseca há uma subordinação utilitária da religião a outros propósitos não religiosos (PARGAMENT KI, 1988). Allport afirmou que se sentia seguro em dizer que a saúde mental era facilitada por uma orientação religiosa intrínseca (ALLPORT, 1967).

A referência à espiritualidade e à religiosidade como estratégia de *Coping*¹ para fazer face à doença não é algo que se possa considerar como novo e devem ser tidos em conta (KOENING& LARSON, 2001; JOHNSTONE, 2008; SAMANO et al., 2004; STEFFEN, HINDELITER, BLUMENTHAL & SHERWOOD, 2001; GARTNER et al., 1991; LARSON, 1994). Entretanto, poucos estudos examinaram pessoas chave em assuntos religiosos: os membros do clero (KOENIG, HG et al., 2002; BEZILLA, KESSLER, 1998); e menos ainda os missionários transculturais que deixam suas casas, famílias de origem e países para se estabelecerem em outra cultura.

O *Coping* Religiosos/Espiritual (CRE) pode ser entendido como a aplicação da espiritualidade, religião ou fé para o manejo do estresse. Estratégias de CRE, de acordo com as consequências que provocam para quem as utiliza, podem ser elencadas como positivas ou negativas, estando geralmente relacionadas, respectivamente, a melhores ou piores resultados de saúde física/mental e qualidade de vida (QV). Evidências revelam que as pessoas utilizam CRE sobretudo em situações de crise e, também, mais CRE

¹ Os mecanismos de *coping* atuam como função protetora, no sentido de lidar com o estresse e suas manifestações afetivas, tais como a ansiedade, o desespero, o medo etc. Existem inúmeras estratégias de *coping*, porém é, mais ou menos, consensual a utilização universal de oito estratégias, designadamente, o confronto, a resolução planejada do problema, a aceitação/assumir das responsabilidades, o autocontrole, a procura de suporte social, a reavaliação positiva, o distanciamento e a fuga/evitamento do problema. <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/estrategias-de-coping>

positivo que negativo. (PANZINI, 2007)

Por missionário entenda-se aquele eclesiástico que ensina e prega religião, ou que prega o evangelho nas missões.

Missão é definida como: função ou poder que se confere a alguém para fazer algo; encargo; comissão diplomática; obrigação, dever a cumprir; instituições de missionários para a pregação da fé cristã; o trabalho dos missionários.

Os missionários têm um papel muito importante no cristianismo e reproduzem o modelo dos chamados pais da igreja, pois os apóstolos foram os primeiros missionários cristãos. O cristianismo é caracterizado por ser uma religião missionária até os dias de hoje.

As agências missionárias dividiram os campos de atuação de seus missionários em Povos Alcançados (PAs) que correspondem aos povos ou etnias onde os missionários chegaram e conseguiram estabelecer base e anunciar o evangelho e continuam a desenvolver algum tipo de trabalho; Povos Não Alcançados (PNAs) representam 1/3 da população mundial, são os povos ou etnias onde não há um número de cristãos capaz de evangelizar o próprio povo (2% da população se diz cristã), Povos Não Engajados (PNEs) cerca de 247 povos ou etnias, aproximadamente 1 milhão de pessoas estão nesta condição, que são aqueles que além de não alcançados, estão fora do alvo de qualquer iniciativa cristã em termos de comunicação do evangelho. Isto quer dizer que nenhum missionário, agência missionária, ou igreja assumiu a responsabilidade de alcançá-los. A maior parte destes povos ou etnias encontra-se no que foi denominado “Janela 10/40”, trata-se de uma faixa de terra que vai

do oeste da África até a Ásia. Subindo a partir da Linha do Equador, fica entre os graus 10 e 40, formando um retângulo. Nos últimos anos há um esforço em alcançar os Povos em Situação de Catástrofe (PSC) por meio de ajuda humanitária.

Este estudo pretende verificar a prevalência de sintomas de Transtornos Mentais Comuns, especialmente: depressão e ansiedade; a presença de *Burnout*, qualidade de vida, tipo de espiritualidade e *Coping* religioso entre os missionários evangélicos transculturais brasileiros que exercem seu trabalho fora do Brasil.

HIPÓTESES

2. HIPÓTESES

- a. Missionários transculturais estão sujeitos a fatores estressantes que incluem a adaptação a uma nova cultura, aprendizado de um novo idioma, relacionamento com os locais que podem levar ao desenvolvimento de sintomas de Transtornos Mentais Comuns (TMC).
- b. A exigência de uma vida sem falhas, constante disponibilidade, resolução e mediação de conflitos, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento social e dificuldade financeira fazem com que esta população esteja mais propensa a desenvolver sintomas de TMC.
- c. Exposição a emoções muito fortes, como a realização de casamentos, cultos fúnebres, dedicação de recém-nascidos, mediação de conflitos em períodos muito curtos podem dificultar a elaboração dessas emoções. O que pode levar este grupo à depressão, ansiedade, estresse e *Burnout*.
- d. A religiosidade intrínseca está relacionada a uma prevalência menor de sintomas de TMC comparada aos de orientação predominantemente extrínseca.
- e. A religiosidade intrínseca está relacionada a uma melhor Qualidade da Vida.

- f. As diferenças entre as culturas onde os missionários estão inseridos podem favorecer uma maior prevalência de TMC, *Burnout* e menor qualidade de vida (PAs versus PNAs + PNEs + PSC).
- g. O *Coping* religioso positivo é fator protetivo para TMC, tais como: depressão e ansiedade.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

Estudar a prevalência de sintomas de TMC particularmente depressão, ansiedade e *Burnout* em missionários evangélicos transculturais brasileiros.

3.2 Objetivos Secundários

- a. Avaliar o tipo de religiosidade e sua relação com a prevalência e ausência de sintomas de TMC.
- b. Avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os missionários transculturais brasileiros.
- c. Avaliar a qualidade de vida e sua relação com a presença ou ausência de sintomas de TMC, tipo de religiosidade e tipo de cultura na qual o missionário está inserido.
- d. Avaliar qualidade de vida, orientação religiosa e *Coping* religioso entre os missionários evangélicos transculturais brasileiros
- e. Avaliar neste grupo quais os fatores que mais contribuem para TMC.
- f. Avaliar neste grupo quais os fatores que mais contribuem para depressão, ansiedade e *Burnout*.
- g. Avaliar se o *Coping* religioso positivo é um fator protetivo para TMC.
- h. Avaliar quais os gatilhos que mais favorecem depressão, ansiedade, *Burnout* e baixa qualidade de vida neste grupo.

DESFECHOS

4. DESFECHO

4.1 Desfecho primário

O desfecho principal foi medido por meio do ***Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20)*** como variável dicotômica e também como variável contínua através do escore total de respostas afirmativas, tendo como ponto de corte para TMC: mulheres ≥ 5 e homens ≥ 7 . (***Anexo D***)

4.1.2 Desfecho secundário

Para identificação de preditores clínicos de resposta, foram aferidas variáveis como: idade, gênero, estado civil atual e prévio, prole, escolaridade, campo missionário em que atua, período em que estão servindo no campo, tratamentos prévios, cronicidade e gravidade da depressão e da ansiedade, duração e evolução dos episódios depressivos e ansiosos, uso e abuso de substâncias psicoativas, hospitalizações prévias devido à depressão e tentativa prévia de suicídio.

Os sujeitos da amostra também foram submetidos à avaliação com os instrumentos relacionados abaixo:

4.1.3 BDI-II Inventário de Depressão de Beck

Para o presente estudo foram considerados os seguintes pontos de corte baseados em literatura prévia (WANG, 2005; PARANHOS, 2010): pontuação de 0 a 13, nenhuma depressão; pontuação de 14 a 19, depressão leve; pontuação de 20 a 28, depressão moderada; e pontuação de 29 a 63, depressão grave.

4.1.4 Inventário de Ansiedade *Traço-Estado (IDATE)*, (Anexo F)

Neste trabalho, os escores variam de 20 a 80 pontos, dos quais quanto maior a pontuação obtida, maiores os níveis de ansiedade. Os pontos de corte adotados foram: ≤ 32 equivale a pacientes sem sintomatologia ou ansiedade leve; entre 33 e 49 a sintomatologia é classificada como média; e pontuação ≥ 50 indica alta sintomatologia, (SPIELBERGER, 1970).

4.1.5 Maslach Burnout Inventory (MBI), (Anexo G)

O nível de *Burnout* foi medido por subescala conforme tabela abaixo:

Tabela 1. Range dos escores indicando o nível de *Burnout* por subescala.

Range dos escores indicando o nível de <i>Burnout</i> por subescala			
	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27+
Despersonalização	0-6	7-12	13+
Realização Profissional	39+	32-38	0-31

4.1. 6 Questionário de Qualidade de Vida (SF36). (Anexo H)

De acordo com o ponto de corte da validação em português, os 8 domínios propostos pelo questionário: 1) capacidade funcional; 2) limitação por aspectos físicos; 3) dor; 4) estado geral de saúde; 5) vitalidade; 6) aspectos sociais; 7) aspectos emocionais; e 8) saúde mental (CICONELLI, 1999; MARTINEZ, 2002).

4.1.7 Escala de Orientação Religiosa de Allport e Ross (EOR) (Anexo I)

Esta escala é constituída por 20 questões que indicam se a orientação religiosa do sujeito é intrínseca ou extrínseca.

Os itens extrínsecos e os itens intrínsecos são melhor tratados como sendo compostos por escalas distintas, pois são ausentes de uma relação inversa direta entre as duas orientações (1 = discordo inteiramente a 5 = concordo inteiramente) e o formato de resposta utilizado no relatório original (ALLPORT & ROSS, 1967). A soma separada dos respectivos itens da escala marca de 11 a 55 para a extrínseca, e de 9 a 45 para a intrínseca (ALLPORT & ROSS, 1967).

4.1.8 Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE) (Anexo J)

Escala de *Coping* Religioso-Espiritual Abreviada (Escala CRE-Breve) possui 49 itens divididos em duas dimensões (CRE Positivo, 34 itens, sete fatores; e CRE Negativo, 15 itens, quatro fatores); quatro índices gerais e 11 fatoriais pela média dos itens; resultados de 1 a 5 para utilização de CRE [nenhuma ou irrisória (1,00 a 1,50), baixa (1,51 a 2,50), média (2,51 a 3,50), alta (3,51 a 4,50), altíssima (4,51 a 5,00)]. Consistência interna $\alpha = 0,93$ (CRE Positivo $\alpha = 0,95$; CRE Negativo $\alpha = 0,79$) e entre 0,60 e 0,89 para os fatores. Há também a inclusão de uma questão descritiva sobre a maior situação de estresse.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Religiosidade e Espiritualidade

Para a maior parte das pessoas, um dos principais meios para se viver a espiritualidade é por meio da religião.

Religiosidade e Espiritualidade (R/E) desde a década de sessenta tende a serem concebidas como formas distintas de se relacionar com o sagrado, sem, no entanto, haver um consenso em como elas se relacionam (WINK & DILLON, 2003). Isto deve-se à forma ambígua e à vasta gama de significados relacionados ao termo espiritualidade. (WINK & DILLON, 2003)

Desta forma, percebe-se um aumento na complexidade e na diversidade de definições relacionadas à religião e à espiritualidade. A religiosidade está sendo vivenciada como um fenômeno centrado na adesão a crenças e práticas, assim como na inclusão de aspectos individuais e institucionais, definindo a pessoa religiosa como alguém que, não apenas possui crenças, mas também é possuidora de comportamentos, atitudes, valores, sentimentos e experiências, sendo composta por dimensões separadas que necessitam de variada conceitualização. (KOENING, McCULLOUGH & LARSON, 2001, MILLER & THORESEN, 2003; FARIA & SEIDL, 2006).

George Vaillant (2010) afirma que:

A espiritualidade é como o amálgama de emoções positivas que nos une aos outros seres humanos e à nossa experiência com o divino, como quer que o concebamos, ela tem uma profunda base psicobiológica, uma realidade arraigada nas emoções humanas positivas que precisa ser mais bem compreendida. Amor, esperança, alegria, perdão, compaixão, fé, reverência e gratidão, são as emoções positivas espiritualmente importantes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, adicionou a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, compreendendo a espiritualidade como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza metafísica, com o pressuposto de que se pode encontrar mais no viver do que simplesmente o que pode ser percebido ou inteiramente compreendido, apontando para temas como o significado, sentido e propósito da vida, não se restringindo a quaisquer tipos específicos de crenças ou práticas religiosas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Da mesma forma, constata-se também modificações no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5), da American Psychiatric Association, adicionando informações no tratamento de temas culturais e R/E, com a inclusão de uma seção intitulada “Considerações éticas e culturais” a qual é organizada com orientações para capacitação dos que lidam com pacientes de diferentes contextos socioculturais, com o objetivo de evitar que variações de crenças, vivências ou comportamentos religiosos sejam interpretados como psicopatológicos (CASCUDO, 1983).

A questão da mensuração no que diz respeito ao fenômeno religioso requer muito cuidado, já que se tem que lidar com aspectos subjetivos dos indivíduos. Desta forma, a compreensão do universo intangível da religião e espiritualidade se torna um desafio, tanto para a psiquiatria e psicologia quanto para a sociologia e antropologia que demanda uma abordagem fenomenológica como referencial teórico (STEIN, 1999).

A complexidade deste campo dá-se também pela impossibilidade de se estar dentro do indivíduo para averiguar as motivações e o psiquismo dele, por isso as hipóteses e pressupostos elaborados partem da análise das respostas

que estes indivíduos apresentam. Isto posto, é importante enfatizar que a ciência da religião não trabalha com o sentimento religioso em si, e sim com as linguagens da religião e aquilo que ela exterioriza como fenômeno (STEIN, 1999).

Portanto, pode-se afirmar que a R/E estão relacionadas, mas não são a mesma coisa. Religiosidade é compreendida como um sistema de culto, práticas e doutrina que é partilhado por um grupo, tendo desta forma características sociais, comportamentais, doutrinárias e valorais específicas, contribuindo para a formação de uma cosmovisão do indivíduo. Espiritualidade está associada com o transcendente, com indagações sobre o significado e propósito da vida, e com o suposto de que há mais na existência do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido ou como Shakespeare (2007) afirmou em Hamlet “Há mais coisas entre o céu e a terra do que supõe a sua vã filosofia”. (Quadro 1)

Quadro 1. Principais conceitos sobre espiritualidade e religiosidade.

Autores	Espiritualidade	Religião
Boff (2006)	A espiritualidade refere-se à experiência de contato com algo que transcende as realidades normais da vida. Significa experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades.	Religião refere-se ao aspecto institucional e doutrinário de determinada forma de vivência religiosa.
Libanio (2002)	A espiritualidade caracteriza-se pela dimensão essencialmente experiencial.	Define-se por determinadas crenças e ritos referidos ao transcendente e entendidos como meios que oferecem salvação.
Mazzarolo (2011)	Os conceitos de religião estão vinculados à manifestação de atos de culto, de ritos e de outras formas de expressão religiosa vivenciadas por meio de ensinamentos/aprendizado.	Espiritualidade é uma dimensão característica humana, uma expressão que assinala a totalidade do ser enquanto sentido e vitalidade, conforme a dinâmica da vida.
Koenig (2012)	Religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas observadas por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, comunicam-se com, ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus.	A espiritualidade ajuda a reduzir o estresse, leva à aquisição de hábitos mais saudáveis, oferece conforto em momentos difíceis, levando, por consequência, a muitos benefícios para a saúde física e mental.
Vaillant (2010)	<ul style="list-style-type: none"> ● Religião ocupa-se de doutrinas, valores, tradições e membros de um grupo religioso formal. ● Religião surge da cultura e é mais cognitiva. ● Costumam ser autoritárias e impostas de fora. ● Religião é muitas vezes intolerante. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Espiritualidade relacionada à ideia individual de conexão com algo transcendente e manifesta por meio de emoções como reverência, amor, gratidão, compaixão e perdão. ● Espiritualidade surge da biologia e é mais emocional. ● Espiritualidade é democrática e surge de dentro. ● Espiritualidade é tolerante.
Mueller (2001)	Do latim 'religare' significa 'unir'; a religião organiza as experiências espirituais coletivas de um grupo de pessoas em um sistema de crenças e práticas.	Do latim "spiritualitas" significa "respiração"; é um conceito mais amplo de religião e, primariamente, mais dinâmico, pessoal e experiencial.

5.2 Orientação Religiosa

Orientação religiosa refere-se a como as pessoas orientam sua religiosidade e a tendência que apresentam em relação ao seu uso.

Allport (1950) considera a religião como um fenômeno *normal* e recusa o preconceito de que a conduta religiosa seja característica de personalidades patológicas e imaturas (OLIVEIRA, 2000). Neste contexto, ele desenvolve os conceitos de religiosidade *madura* e *imatura*, mais tarde transpostos para os termos religiosidade *intrínseca* e *extrínseca*.

A orientação religiosa extrínseca é o modo de usar a religião para alcançar objetivos não-religiosos, essencialmente é ver a religião como um meio para um fim, ela se revela totalmente utilitária, pois garante a segurança, visibilidade, conforto e apoio social, desempenha uma função simplesmente instrumental (FRANCIS et al., 2010). É usado por pessoas que participam de encontros religiosos e afirmam certas ideologias religiosas para estabelecer ou manter redes sociais, enquanto a adesão aos ensinamentos da religião é mínima. Pessoas com orientação religiosa extrínseca elevada são mais propensas a estar em conformidade com normas e exigências sociais em vez do que é requerido pela religião, e muitas vezes são propensas a distorcerem crenças religiosas para servir aos seus próprios objetivos políticos. Allport afirma que neste tipo de orientação a religião é simplificada, não refletida e relativamente desvalorizada (ALLPORT & ROSS, 1967, p. 434) (WHITLEY & KITE, 2010).

Para Allport, na orientação religiosa intrínseca, a fé é contabilizada como um valor supremo no seu próprio direito, sendo as dimensões da vida humana apreendidas com objetivo e significado distintos. Este tipo de religiosidade gera

segundo o autor, motivação e sentido para a vida (ALLPORT, 1966).

De acordo com Whitley e Kite, uma pessoa com uma orientação religiosa intrínseca acredita sinceramente na sua religião e em todos os seus ensinamentos e tenta viver sua vida como sua religião prega que deveria ser. (WHITLEY & KITE, 2010).

Batson (1982) afirma que, enquanto uma pessoa, com uma orientação religiosa extrínseca, vê a religião como um meio para um fim, uma pessoa com uma orientação intrínseca vê sua religião como um fim em si mesmo. Para eles, a sua religião é "uma força de direção ativa, e não apenas uma ferramenta usada para atingir fins egoístas". Aqueles com esta orientação consideram sua religião como o aspecto mais importante de sua vida e procuram contextualizar as outras áreas de sua vida por meio dela.

Alport e Ross (1967) desenvolveram a ROS – *Religious Orientation Scale*. Em 1976, Batson sugeriu três orientações para a religião: como meio, fim e busca. Como as duas primeiras eram comparáveis às orientações extrínseca e intrínseca de Alport (apud VENTIS, 1995), a maioria dos pesquisadores posteriores tomaram “busca” como um terceiro tipo de orientação, na qual a religião é compreendida como um processo dinâmico de procura e questionamento (WONG-McDONALD & GORSUCH, 2000) dúvida e autoexaminação (McINTOSH & SILVER, 1990). Este tipo de religiosidade pode ser encontrado em indivíduos que estão preocupados com assuntos religiosos, entretanto estão abertos para a possibilidade de que talvez não haja respostas para estas questões (VENTIS, 1995).

5.3. Coping

A palavra *Coping* foi traduzida para o português como enfrentamento, conforme literatura na área da Psicologia da Saúde (PAIVA, 1998). Considerando-se que enfrentar significa “atacar de frente, encarar, defrontar” (FERREIRA, 1999, p.757) e *Coping* pode também ser utilizado para expressar fuga, evitação ou negação dos problemas. Alguns estudos, por não haver na língua portuguesa uma palavra que expresse a totalidade do termo, mantiveram a palavra *Coping*, por entender que a tradução da palavra por enfrentamento poderia levar ao erro da compreensão e interpretação do conceito. (SAVÓIA, SANTANA & MEJIAS 1996).

O *Coping* Religiosos/Espiritual (CRE) pode ser entendido como a aplicação da espiritualidade, religião ou fé para o manejo do estresse. Estratégias de CRE, de acordo com as consequências que provocam para quem as utiliza, podem ser elencadas como positivas ou negativas, estando geralmente relacionadas, respectivamente, a melhores ou piores resultados de saúde física/mental e QV. Evidências revelam que as pessoas utilizam CRE sobretudo em situações de crise e, também, mais CRE positivo que negativo. (PANZINI 2007)

Pode-se definir **CRE Positivo** por envolver estratégia que geram efeitos benéficos/ positivos ao indivíduo que as pratica, como buscar amor/proteção de Deus ou maior conectividade com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar, ser perdoado e perdoador, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em coparticipação com Deus, redefinir o estressor como benéfico etc.

Define-se o **CRE Negativo** como as estratégias que produzem resultados prejudiciais/negativos ao sujeito, como questionar a existência, o amor ou atos de Deus, ou transferir a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros de organizações religiosas, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal, etc. (PANZINI 2007)

Coping, portanto, é compreendido como o agrupamento das estratégias utilizadas para adaptação de circunstâncias estressantes ou adversas. Numa concepção cognitivista, *Coping* é um grupo de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado com o propósito de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que se apresentam em situações de estresse e são entendidas como sobrecarga que ultrapassam os recursos pessoais (PANZINI, BANDEIRA, 2007). Na Psicologia da Religião, “*Coping* pode ser compreendido por uma busca por significado em tempos de aflição” (PARGAMENT, 1997, p.90), uma maneira dos indivíduos tentarem entender e lidar com as exigências significativas de suas vidas (PARGAMENT et al., 1990).

5.4 Coping Religioso Espiritual (CRE)

Segundo Pargament (1997), a religião pode ter diferentes significados e basicamente constitui-se em um processo de “busca de significado através de caminhos relacionados ao sagrado” (PARGAMENT, 1997, p.32). Ao utilizar a religião como uma forma de lidar com aflições de diferentes tipos acontece o *Coping* religioso.

De acordo com Pargament (2000) os objetivos do *Coping* religioso

harmonizam-se com cinco objetivos-chave da religião, que são: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, transformação de vida (PARGAMENT, 1997; PARGAMENT & cols., 2000) e bem-estar físico, psicológico e emocional (TARAKEWSHWAR & PARGAMENT, 2001).

Pode-se verificar três meios dos quais a religião pode ser relacionada com o *Coping* (PARGAMENT, 1997; PARGAMENT & cols., 1990). Primeiro, pode fazer parte de cada um dos elementos do processo de *Coping* (atividades, propósitos, avaliações e resultados de *Coping*). Segundo, pode contribuir no processo de *Coping*, formatando o caráter dos acontecimentos da vida e resultado dos eventos. Terceiro, a religião também pode ser um produto do *Coping*, modelado por meio dos outros elementos do processo (PANZINE, BANDEIRA, 2004).

Como já referido anteriormente, as palavras religião e espiritualidade estão sendo utilizadas de maneira distintas e não mais como sinônimos por um grande número de pessoas. Observa-se que, no contexto religioso, ganha-se um certo status quando se afirma: “Busco a espiritualidade e não a religiosidade”.

A religião se apresenta com o caráter de ser institucionalmente socializada, ligada a uma liturgia e doutrina compartilhadas e praticadas coletivamente. A espiritualidade refere-se a buscas e práticas subjetivas, individuais e não institucionais, todavia, tanto uma como a outra têm em comum a busca do sagrado.

5.5 Estilos de CRE

Este estudo pôde identificar cinco estilos de *Coping* religioso adotados para resolução de problemas:

- 1º) Estilo autodireção (*self-directing*), no qual se acredita que o indivíduo é ativamente responsável na solução dos problemas. Deus teria um papel passivo neste caso. (PARGAMENT & cols, 1988)
- 2º) Estilo delegação (*deferring*), outorga toda responsabilidade na solução das dificuldades a Deus. O indivíduo espera passivamente que Deus resolva todas as questões que o aflige. (PARGAMENT & cols, 1988)
- 3º) Estilo colaboração (*collaborative*), no qual se acredita em uma corresponsabilidade entre Deus e o indivíduo na solução dos problemas. O indivíduo trabalha em parceria com Deus no processo de *Coping*. (PANZINI, BANDEIRA, 2000).
- 4º) Estilo súplica (*pleading or petitionary*), definido pela tentativa de influenciar a vontade de Deus por meio de súplicas e petições por sua divina intervenção. (PARGAMENT, 1997)
- 5º) Estilo auto-renúncia (*surrender*), citado no Novo Testamento (Mateus 10:39, 26:39). Neste estilo, a pessoa escolhe renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus. Está relacionado ao estilo colaboração no sentido de que ambos, Deus e o indivíduo, são ativos na solução dos problemas (WONG, REWRU 2006).

5.6 Missões a partir do Brasil

Nos últimos 40 anos pode-se verificar um despertar missionário, tanto entre as denominações mais tradicionais, como na abertura de novas agências e reestruturação das mais antigas no envio de missionários para campos transculturais. (EKSTROM, 2001)

Entretanto, o movimento missionário brasileiro iniciou-se no começo do século XX como consequência da imigração e do estabelecimento das igrejas de origem europeia na segunda metade do século XIX. (EKSTROM, 2001)

Em 1911, o Brasil envia seu primeiro missionário para Portugal. Tratava-se de João Jorge de Oliveira, nascido em Portugal, mas vindo ao Brasil com onze anos de idade, e sua esposa Prelediana Farias, filha de portugueses residentes em Pernambuco. (EKSTROM, 2001)

Em 1927, a Junta de Missões Estrangeiras da Convenção Batista Brasileira encaminha o primeiro brasileiro nato, Aquilles Barbosa, para Portugal. (BERTIL & LIMPIC, 2005)

5.6.2 Missões Interdenominacionais

A vinda e o estabelecimento de missões Interdenominacionais ao Brasil, entre 1928 e 1964, principalmente para trabalhar com as tribos indígenas brasileiras foi uma forte influência para que as missões transculturais recebessem encorajamento e força para sua formação.

5.6.3 Missões Através das Estruturas Denominacionais

Segundo Ekstrom (2001), a força missionária iniciou-se no Brasil por meio dos Metodistas, em 1836. Os Congregacionais vieram em 1855, os Presbiterianos em 1859, e os Batistas em 1881.

Aos poucos surgiram estruturas nacionais, com a formação de Igrejas e Convenções lideradas por brasileiros, mesmo mantendo por anos uma íntima relação com as missões de origem. Na organização destas estruturas, o propósito missionário era evidente e o resultado visto nos anos seguintes. Desta forma, o Movimento Missionário Brasileiro nasceu no começo do século XIX, fruto de imigração e de esforços missionários. (BERTIL & LIMPIC, 2005)

5.6.4 Missões: PAs; PNAs; PNEs; PSC.

O movimento missionário global, com o objetivo de elaborar uma definição compreensível e estratégica da tarefa, ainda em andamento, entre as agências, igrejas evangélicas e organizações paraeclesiais que nutrem a cultura de missões em um mundo complexo, desenvolve pesquisas com diferentes recortes: linguísticos, etno-linguísticos, geográficos, demográficos, socioculturais, sócio religiosos e assim por diante. Algumas terminologias foram cunhadas para destacar aqueles que pouco ou nada ouviram do evangelho: Povos Alcançados (PAs), Povos Não Alcançados (PNAs), Povos Não Engajados (PNEs) e Povos em Situação de Catástrofe (PSC).

Neste trabalho foi adotado o conceito usado pela Junta de Missões Mundiais (JMM) e pela International Mission Board (IMB) para definição dos termos. Tanto a JMM quanto a IMB entendem que PAs correspondem aos povos ou etnias nas quais os missionários chegaram e conseguiram estabelecer base, anunciar o evangelho, e continuam a desenvolver algum tipo de trabalho.

Os PNAs são entendidos como os povos sem comunidade cristã autóctone, com insuficiente número, recursos e visão para fazer propagar o evangelho no seu próprio povo sem apoio externo, em geral com menos de 2% de evangélicos e representam 1/3 da população mundial. O termo correlato em Inglês é *Unreached People Group* (UPG).

(PNEs) cerca de 247 povos ou etnias, aproximadamente 1 milhão de pessoas estão nesta condição, que são aqueles que além de não alcançados, estão fora do alvo de qualquer iniciativa cristã em termos de comunicação do evangelho. Isto quer dizer que nenhum missionário, agência missionária, ou igreja assumiu a responsabilidade de alcançá-los. A maior parte destes povos ou etnias encontram-se no que foi denominado “Janela 10/40” que é uma faixa de terra que vai do oeste da África até a Ásia. Subindo, a partir da Linha do Equador, e fica entre os graus 10 e 40, formando um retângulo. O termo usado em Inglês é *Unengaged Unreached People Group* (UUPG).

Nos últimos anos há um esforço em alcançar os Povos em Situação de Catástrofe (PSC) por meio de ajuda humanitária.

5.7 Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Segundo o DSM-5, um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por distúrbios clinicamente importantes na cognição, na emoção ou no comportamento de um indivíduo que indica uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento implícitos no funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente relacionados ao sofrimento ou incapacidade significativas que interferem nas atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma reação esperada ou culturalmente aprovada a um estressor ou perda comum, como a morte de uma pessoa querida, não caracteriza transtorno mental. Desvios sociais de comportamento como de natureza política, religiosa ou sexual e conflitos que são primariamente relacionados ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a não ser que o desvio ou conflito seja resultante de uma disfunção no indivíduo. (DSM-5, 2014)

De acordo com Andrade (2002), a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) é elevada e, segundo a OPAS (2018) TMC representa aproximadamente 16% da carga global de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10 e 19 anos.

Os transtornos mentais comuns (TMC) compreendem sintomas como fadiga, esquecimento, insônia, irritabilidade, dificuldades de concentração, sentimento de inutilidade e queixas somáticas. (MORAIS & SEGRI, 2011)

Apesar de não serem tão graves como distúrbios psicóticos, TMC podem representar um relevante problema de saúde pública devido à sua alta incidência

e importantes efeitos sobre o bem-estar pessoal, familiar, trabalho e serviços de saúde. (Tabela 2)

Reconhece-se que variados fatores podem aumentar a possibilidade de TMC, tais como: desempenho insatisfatório de papéis sociais, problemas interpessoais, internações hospitalares, acesso desigual aos cuidados de saúde, estar desempregado ou não ter nenhuma ocupação, eventos de vida estressantes, condições inadequadas de habitação, abuso do álcool e do tabaco, sedentarismo, ser do sexo feminino, vítimas de violência, baixo nível de escolaridade, ser imigrante, dentre outros (COUTINHO, RODRIGUES & RAMOS, 2012; FRANKEN, COUTINHO & RAMOS, 2012; LUCCHESI, BONFIN, VERA & SANTANA, 2014).

Tabela 2. Prevalência dos principais Transtornos Mentais Comuns no Brasil.

Transtorno	Percentual	Pesquisador
Qualquer transtorno	De 29,6% a 47,4%	SILVA PAS et al., 2018
Transtorno Depressivo Maior	7,5%	STOPA et al., (2015)
Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)	1% a 3,5%	BRUNONI (2008)
Transtorno de Ansiedade	19,9%	VIANA MC et al., (2009)
Transtorno do Comportamento	11%	VIANA MC et al., (2009)
Transtorno do Controle de Impulso	4,3%	VIANA MC et al., (2009)
Abuso de Substâncias	3,6%	VIANA MC et al., (2009)

5.8 Epidemiologia do Transtorno Depressivo Maior (TDM).

A depressão tem alta prevalência e impacto na sociedade atual, pois o número de casos cresce de forma exponencial sendo considerada, atualmente, como um dos maiores fatores para os gastos com a saúde, incapacitação laboral, diminuição na qualidade de vida e da capacidade de relacionamento interpessoal. (WHO, 2007)

A depressão é uma das principais comorbidades crônicas dentre mulheres, tanto nos países de alta renda quanto nos países de média renda. (VIANA, 2012)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que a depressão atualmente afeta 350 milhões de pessoas e está em quarto lugar na escala de doenças crônicas mais prevalentes e ocupará o segundo lugar até 2020. (MARCUS, 2012)

Uma Pesquisa Mundial de Saúde Mental realizada em 17 países constatou que, em média, uma em cada 20 pessoas relatou ter tido um episódio depressivo no ano anterior e quase um milhão de vidas são perdidas anualmente (3.000 mortes/dia) devido ao suicídio como consequência provável de um estado depressivo grave. (WHO, 2012; MORILHA, 2014)

A depressão é amplamente explanada através de critérios diagnósticos definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM 5) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fifth edition – DSM – 5*) (DSM-5, 2014), e pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) (OMS, 2009). (Quadro 2)

Segundo o DSM 5, clinicamente a depressão apresenta-se com: humor deprimido e interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas as atividades, na maior parte do dia; perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequação; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão; pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico (DSM-5, 2014).

Quadro 2. Critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior - adaptado do DSM-5

Perda de interesse ou prazer (anedonia)	Humor deprimido
Alteração no sono	Alteração no apetite
(Insônia ou Excesso de sono)	(Perda ou ganho de peso)
Fadiga e/ou perda de energia	Sentimento de inutilidade ou culpa
Agitação ou retardo psicomotor	Falta de concentração e/ou indecisão
Pensamentos de morte	

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave (DSM-5, 2014).

No episódio depressivo leve (F32.0) geralmente estão presentes, ao menos, dois ou três dos sintomas citados anteriormente. Entretanto, o indivíduo será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

No episódio depressivo moderado (F32.1) geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

No episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos (F32.2), vários dos sintomas estão presentes de forma acentuada e angustiante, tipicamente acompanha a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

Nos episódios depressivos graves, com sintomas psicóticos (F32.3), os sintomas correspondem à descrição de um episódio depressivo grave, mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor, de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição.

O DSM 5 também classifica os transtornos depressivos das seguintes formas:

Transtorno depressivo maior (TDM): presença de, pelo menos, cinco ou mais dos sintomas descritos devem estar presentes por um período de duas semanas em quase todos os dias e representar uma alteração a partir do funcionamento anterior.

Transtorno Depressivo Persistente (Distímia): Este transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico definidos no DSM-5.

- A.** Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos.

Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano.

- B.** Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

1. Apetite diminuído ou alimentação em excesso.
2. Insônia ou hipersônia.
3. Baixa energia ou fadiga.
4. Baixa autoestima.
5. Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões.
6. Sentimentos de desesperança.

- C.** Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses.

- D.** Os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por dois anos.
- E.** Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico.
- F.** A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- G.** Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipotireoidismo).
- H.** Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DSM-5, 2014).

5.9 Epidemiologia do Transtorno de Ansiedade

O Ministério da Saúde (2013) afirma que a ansiedade faz parte das emoções humanas e que é uma reação fisiológica de alerta diante das situações de perigo, entretanto, torna-se um transtorno quando aparece na ausência de estímulos ou em intensidade desproporcional a estes estímulos, ocasionando incômodo e limitações. Episódios de ansiedade podem ser multifatoriais e ter várias origens, incluindo reações transitórias a situações de estresse e

transtornos mentais crônicos como ansiedade generalizada, transtorno do pânico e transtorno obsessivo compulsivo e de somatização. (Quadro 6)

As queixas relacionadas aos episódios de ansiedade costumam ser inespecíficas e muitas vezes relacionadas às sensações somáticas. A apresentação, a duração e os eventos precipitantes que estão relacionados com estes episódios permitem caracterizar algumas síndromes específicas que estão elencada no quadro 4.

Segundo WHO (2017), a proporção da população global com transtornos de ansiedade em 2015 foi estimada em 3,6%. Tal como acontece com a depressão, os distúrbios de ansiedade são mais comuns entre as mulheres (4,6% comparado a 2,6% no nível global). As taxas de prevalência não variam substancialmente entre grupos etários, embora haja uma tendência observável para uma menor prevalência entre os grupos etários mais velhos.

De acordo com este mesmo relatório, o número total estimado de pessoas vivendo com transtornos de ansiedade no mundo é de 264 milhões. Entre 2005 e 2015 houve um aumento de 14,9% Este total para 2015 reflete um aumento de 14,9%, resultado do crescimento demográfico e do envelhecimento da população.

O Brasil é o país com a taxa de prevalência de Transtorno de Ansiedade mais elevada do mundo 9,3%, seguido pela Noruega com 7,4% e Austrália com 7,0% (WHO, 2018).

Quadro 3. Sensações somáticas e sintomas ansiosos - Adaptado do DSM-5

Sensações somáticas	Sintomas
Manifestações cardiovasculares:	Palpitações, taquicardia, lipotimia, dor precordial.
Manifestações respiratórias:	Falta de ar, hiperventilação, acessos de tosse.
Manifestações digestivas:	Náuseas, dor abdominal, dor ou desconforto epigástrico, tenesmo, sede paroxística.
Manifestações gênito-urinárias:	Dor pélvica, poliúria.
Manifestações neurológicas e sensoriais:	Tonturas, cefaleia, formigamentos, tremores, sudorese, boca seca, calorões ou calafrios, coceira.
Manifestações psíquicas:	Medo de morrer, despersonalização e desrealização, ansiedade, inquietação, insônia, choro, dificuldade de concentração e aprendizagem, preocupação excessiva, antecipação negativa do futuro, “remoer” de pensamentos, medo excessivo de algo ou alguém; comportamento evitativo/recluso

Quadro 4. Critérios diagnósticos para os diversos tipos de transtornos de ansiedade - Adaptado do DSM-5

Transtorno de ansiedade social.	Transtorno de ansiedade de separação.
<p>Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).</p>	<p>Se as situações são temidas devido à separação de um cuidador primário ou figura de apego, deve ser diagnosticado transtorno de ansiedade de separação em vez de fobia específica.</p>
Transtorno de pânico	Transtorno obsessivo-compulsivo.
<p>Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar 5. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 6. Sensações de asfixia. 7. Dor ou desconforto torácico. 8. Náusea ou desconforto abdominal. 9. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 10. Calafrios ou ondas de calor. 11. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 12. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 13. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. 14. Medo de morrer. 	<p>Obsessões são definidas por (1) e (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados como intrusivos e indesejados e que causam acentuada ansiedade ou sofrimento. 2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. <p>As compulsões são definidas por (1) e (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. 2. Os comportamentos ou os atos mentais visam a prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista.
Transtornos relacionados a trauma e estressores	Agorafobia.
<p>Se a fobia se desenvolve após um evento traumático, deve ser considerado TEPT como diagnóstico. Entretanto, eventos traumáticos podem preceder o início de TEPT e a fobia específica. Nesse caso, um diagnóstico de fobia específica é dado somente se não são satisfeitos todos os critérios para TEPT.</p>	<p>Medo ou ansiedade marcantes acerca de duas (ou mais) das cinco situações seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de transporte público (p. ex., automóveis, ônibus, trens, navios, aviões). 2. Permanecer em espaços abertos (p. ex., áreas de estacionamento, mercados, pontes). 3. Permanecer em locais fechados (p. ex., lojas, teatros, cinemas). 4. Permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão. 5. Sair de casa sozinho.
Fobia Específica	Transtorno de ansiedade generalizada
<p>Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue).</p>	<p>Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).</p>

5.10 Epidemiologia da Síndrome de *Burnout*

O *modus vivendi* do ser humano pós-moderno tem comprometido a qualidade de vida da população pós-moderna e o estresse ocupacional tem se tornado um problema de saúde comum e uma das principais causas de adoecimento físico e psicológico. (PINHEIRO, 2009)

A mudança no estilo de vida das pessoas está deixando-as vulneráveis e debilitadas.

Segundo Sadir (2010), 40% da população de São Paulo é acometida pelo estresse e, de acordo com a *International Estresse Management Association (Isma-BR)*, o Brasil, em um ranking de oito países, está no segundo lugar em nível de estresse com 70% da população afetada, estando à frente da China e dos Estados Unidos, perdendo apenas para o Japão.

Deste montante, aproximadamente 30% da população sofre com a Síndrome de *Burnout* e 32% dos profissionais sofrem com esgotamento no ambiente de trabalho.

A Síndrome de *Burnout*, também conhecida como Síndrome da Estafa Profissional, foi cunhada pelo psiquiatra Herbert J. Freudenberger, em 1974, em seu artigo intitulado “*Staff Burn-out*” para descrever um sentimento de exaustão e fracasso causado por um excessivo desgaste de energia, força e recursos no ambiente laboral (FREUDENBERGER, 1974; BALLONE, 2009). A expressão *Burnout* em inglês é uma composição de *burn* (queima) e *out* (exterior), podendo ser traduzida como combustão completa, evocando a imagem da última oscilação de uma chama, de galhos que estão queimando e cinzas frias e sem cor, caracterizando assim um tipo de estresse que consome física e

emocionalmente, levando a um particular estado de estar "exausto" (BALLONE, 2009) e a perda do sentido do trabalho (CODO, 2006).

Comumente diagnosticada como estresse, a *Síndrome de Burnout* é uma condição clínica que ainda necessita maiores investigações e que, segundo pesquisadores, provoca esgotamento físico e mental (OLIVEIRA, 2004) afetando principalmente profissionais das áreas de serviços, educação (CARLOTTO, 2002), saúde, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários, (BRASIL, 2001), clérigos (PINHEIRO, 2009), pastores (SANTOS, 2014) e líderes religiosos (SILVA, 2004) em resposta a um convívio prolongado a estressores emocionais e afetivos no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001; CARLOTTO, 2002; OLIVEIRA, 2004).

Segundo Maslach (1997), a síndrome de *Burnout* pode ser compreendida como um processo que abrange três dimensões:

- 1ª) Exaustão Emocional (EE), caracterizada pela falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional;
- 2ª) Despersonalização (D), é compreendida como a perda da empatia, sensibilidade e a dureza ao interagir com as pessoas,
- 3ª) Baixa Realização Profissional (RP), que é definida como uma diminuição do sentimento de competência em relação ao trabalho realizado.

No Brasil, foi reconhecida como uma enfermidade pertencente à categoria da saúde do trabalhador e diretamente vinculada à atividade laborativa, classificada como um transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho, enunciada no CID 10, no código: Z 73.0 (BRASIL, 2001).

A OMS, em 28 de maio de 2019, incluiu o *Burnout* na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como um fenômeno ocupacional que não é classificado como uma condição médica.

É descrito no capítulo: "Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde" - que inclui razões pelas quais as pessoas entram em contato com serviços de saúde, mas que não são classificadas como doenças ou condições de saúde.

O *Burnout* é definido na CID-11 da seguinte forma: uma síndrome conceituada resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizado por três dimensões: a) sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia; b) aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho de alguém; e c) redução da eficácia profissional.

O *Burnout*, segundo a OMS, deve se referir especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida (WHO, 2019).

No meio pastoral ou religioso, há em geral muito desgaste físico e emocional relacionado às demandas envolvidas na sua ação ministerial. Essas demandas geram uma relação entre exaustão emocional, física e espiritual, o que pode levar esses pastores e líderes religiosos a enfermidades como o estresse, enxaquecas, úlceras, dores na coluna, dores musculares, aumento da pressão arterial, depressão e a *Síndrome de Burnout* (OLIVEIRA, 2004, TELLES; 2009).

5.10.1 Subescala do MBI em diferentes perfis

Maslach (2019) afirma que o senso comum define o *Burnout* como sendo, principalmente, um problema do indivíduo. Ou seja, as pessoas esgotam-se devido a falhas em seu caráter, comportamento ou produtividade. A partir dessa perspectiva, o indivíduo é o problema e a solução estaria em mudar a pessoa.

Entretanto, pesquisas revelam que o *Burnout* é experimentado em resposta ao ambiente social e de trabalho. As estruturas e o funcionamento do local de trabalho definem como as pessoas interatuam, executam seus trabalhos e como se sentem em relação a esse ambiente. O *Burnout* de trabalhadores individuais geralmente diz mais sobre as condições do local de trabalho do que sobre a pessoa propriamente dita. Não é a pessoa, mas a relação da organização com as pessoas que precisa ser transformada.

Para esclarecer algumas questões sobre o *Burnout* e para informar o trabalho futuro, é importante estar consciente de, pelo menos, três pontos:

1. *Burnout* é uma síndrome multifacetada. Usar o *Burnout* meramente como um sinônimo de exaustão é uma sub-representação do problema.
2. Procedimentos de medição e consistência. Somente quando os pesquisadores usam as mesmas medidas da mesma maneira, os resultados serão comparáveis.
3. Pontuações de cortes e medidas de item único possuem deficiências bem estabelecidas que dificultam e inibem o desenvolvimento do conhecimento sobre a Síndrome de *Burnout*. (MALASCH, 2019)

Ponto 1. *Burnout* é uma síndrome de exaustão, despersonalização e diminuição de realização. Três subescalas do MBI identificam esses domínios,

refletidas por Alta Exaustão, Alta Despersonalização e Baixa Eficácia. *Burnout* é um estado de estar cronicamente cansado, desengajado e desanimado. E no extremo oposto do espectro, o perfil Engajado corresponde aos escores de Baixa Exaustão, Baixa Despersonalização e Alta Eficácia. (Quadro 5)

Desta forma, o indivíduo com *Burnout* pode elencar várias questões relacionadas à vida profissional, incluindo conflitos de sobrecarga de trabalho, autonomia, colegialidade, justiça e valor com a organização. Estas combinações diferem substancialmente de apenas começar o dia de trabalho cansado e apresenta desafios mais sérios para a ação. Utilizando uma abordagem orientada para a pessoa e uma análise do perfil latente com amostras abrangendo milhares de profissionais de saúde, identificou-se grupos de entrevistados que refletem uma única pontuação de escala problemática. Esses perfis foram rotulados: Esgotados (Alta Exaustão), Desengajados (Alta Despersonalização / Cinismo) e Ineficaz (Baixa Eficácia). (Quadro 5)

Quadro 5. Padrão de subescala do MBI em vários perfis

Perfil	Exaustão Emocional (EE)	Despersonalização (D)	Realização Profissional (RP)
Engajado	Baixo	Baixo	Alto
Ineficaz	Baixo	Baixo	Alto
Esgotado	Alto	Baixo	Baixo
Desengajado	Baixo	Alto	Baixo
<i>Burnout</i>	Alto	Alto	Baixo

Nota: As setas azuis na tabela acima indicam que essa escala não é relevante para a classificação específica do perfil. As setas verdes "baixos" correspondem a pontuações abaixo dos limites altos listados. (MASLACH, 2019)

Maslach (2019) afirma que o sujeito com um perfil “Esgotado” está experimentando mais agudamente a sobrecarga de trabalho (exaustão). Por outro lado, o indivíduo “Desengajado” não está sobrecarregado, com tudo, tem uma desconexão com a organização, seus membros, cultura ou valores, pontuando scores elevados na subescala Despersonalização / Cinismo. Em contra partida, o indivíduo “Ineficaz” tem uma baixa pontuação de eficácia / realização, sem problemas de exaustão ou cinismo. Em vez de encontrar estressores, o perfil “Ineficaz” não possui qualidades positivas de trabalho (por exemplo, relacionamentos de apoio).

Os perfis são importantes e úteis quando se pretende projetar intervenções mais eficazes. Por exemplo, um indivíduo com “Esgotado” (exaurido) pode se beneficiar dos ajustes de carga de trabalho. Todavia, o indivíduo “Ineficaz” pode precisar de mais reconhecimento por seu bom trabalho. Porém, ajudar o indivíduo “Desengajado”, que tem relações problemáticas com colegas de trabalho e/ou valores baixos organizacionais, exigirá uma abordagem diferente (MASLACH, 2019).

A abordagem do perfil não fornece uma única e nítida métrica para distinguir as pessoas com *Burnout*. Em vez disso, considera-se as três subescalas para distinguir um padrão de *Burnout* de outras experiências problemáticas da vida profissional. O perfil do *Burnout* é claramente mais angustiante do que o “Esgotado”, mas ambos têm problemas para resolver. No geral, quanto mais negativamente as pessoas experimentam seu local de trabalho, mais negativamente elas pontuam nas subescalas do MBI (MASLACH, 2019).

Ponto 2. Valores padronizados são usados para calcular perfis com os limites críticos listados abaixo. Esses limites críticos variam de acordo com o contexto e dependem das normas da população para a amostra. Portanto, a categorização do perfil de um indivíduo pode diferir ligeiramente com base na amostra da população usada no cálculo do limite crítico.

- Alta Exaustão (Exaustão Emocional) em $z = \text{Média} + (\text{DP} * 0,5)$
- Alta Despersonalização / Cinismo em $z = \text{Média} + (\text{DP} * 1,25)$
- Alta Eficácia Profissional (Realização Profissional) em $z = \text{Média} + (\text{SD} * 0,10)$

Ponto 3. As pesquisas iniciais sobre *Burnout* dividiu a população normativa em três partes e atribuiu pontos de corte arbitrários. Esta abordagem não tem validade diagnóstica e seu uso é desencorajado.

Desta forma, não é recomendado administrar versões de curto prazo ou de um item das medidas de Exaustão e Despersonalização, pois essas formas curtas são imprecisas, reduzem a visão a uma dimensão e não podem abranger um construto complexo. Um único item em uma escala de 0 a 6 permite 7 pontuações, enquanto 5 itens em uma escala de 0 a 6 permitem 35 pontuações, permitindo uma mudança precisa e diferenciada ao longo do tempo e/ou distinções entre os grupos. Esse grau de precisão é necessário para entender as qualidades multidimensionais da Síndrome de *Burnout* e para avaliar as intervenções elaboradas. (MASLACH, 2019)

5.10.2 As dimensões da *Síndrome de Burnout* (Subescalas).

Muitas são as maneiras pelas quais os líderes religiosos cristãos têm sido chamados no decorrer da história: padre, pastor, sacerdote, diretor espiritual, evangelista, conselheiro, bispo, cura d'almas, mentor espiritual, clérigo e líder. (SANTOS, 2014)

Os clérigos estão sujeitos a fatores estressantes peculiares (LOTUFO NETO, 1997) e o seu ambiente de atuação constitui um dos mais polêmicos da sociedade, exigindo qualidades e responsabilidades, às vezes muito acima do que é exigido em outras profissões como, por exemplo: integridade ética e moral, equilíbrio emocional em todos os momentos, conhecimento em diversas áreas, dedicação exclusiva, conduta exemplar e senso de empatia (PINHEIRO, 2009), exigência de uma vida sem falhas, sobrecarga de trabalho, Mediação frequente de conflitos e pouco reconhecimento financeiro do seu trabalho (LOTUFO NETO, 1997), podendo levar esses líderes a um desgaste emocional, físico e espiritual e conseqüentemente ao acometimento de enfermidades, estresse (OLIVEIRA, 2004), depressão (LOTUFO NETO, 1997), ansiedade (MENDES, 2006) e à *Síndrome de Burnout* (OLIVEIRA, 2004; SANTOS; 2014).

Diante do desgaste físico e emocional provocado pela estressante demanda ministerial, os líderes religiosos podem ser levados a um sofrimento expresso por sentimento de culpa, angústia, solidão, insatisfação, frustração e incapacidade. (MENDES; SILVA, 2006)

Estes fatores podem levar a:

- 1) Exaustão emocional manifestada pela diminuição da energia para o trabalho ministerial (CARLOTTO; 1999; SILVA, 2011; BENEVIDES-PEREIRA, 2003),
- 2) Despersonalização do indivíduo que passa a se relacionar de uma maneira irritadiça e intelectual no seu ambiente de trabalho
- 3) Baixa realização profissional manifestada pela insatisfação e desmotivação no seu trabalho, o que pode levar gradualmente ao desejo de abandonar seu trabalho (CARLOTTO; 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

Por temerem demonstrar a sua humanidade em função da sua posição, um número considerável de líderes religiosos tenta esconder suas emoções e sentimentos e mesmo quando diagnosticados como portadores da Síndrome de *Burnout*, recusam-se a pedir ajuda. (SANTOS; 2014)

5.11 Qualidade de Vida

Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não limitando este conceito somente à ausência de doença (WHO, 1946). Dentro desta concepção, Guedes e Guedes (1993) afirmam que não basta não estar doente para ser saudável. É necessário mostrar também evidências ou atitudes que afastem ao máximo os fatores de risco que podem provocar doenças.

A definição de qualidade de vida (QV) da OMS foi elaborada levando-se

em consideração que esta fosse válida em qualquer lugar do mundo: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000).

O termo QV surgiu como integrante do *Índex medicus* há menos de 30 anos. Segundo Calman (1984), pode ainda ser entendida como a “diferença entre o que é desejado na vida do indivíduo e o que é alcançável ou não”.

O conceito de QV era, inicialmente, apenas subjetivo, mas nos últimos anos tem-se procurado torná-lo objetivo e mensurável para que o mesmo possa ser usado por profissionais da área de saúde (CICONELLI et al., 1999), tanto com finalidade terapêutica como de pesquisa.

As abordagens gerais ou holísticas da QV baseiam-se no conceito multidimensional, apontam para uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, e é singular, pois varia de indivíduo para indivíduo considerando-se seu ambiente e contexto. Questões como princípios, valores, inteligência e interesses devem ser importantes e ponderados. Além disso, QV é essencial para se ter uma boa saúde e não o contrário (RENEWICK & BROWN, 1996).

A literatura apresenta diferentes perspectivas na definição de QV, como, por exemplo, poder aproveitar as possibilidades da vida, de escolher, de decidir e ter controle de sua vida (RENEWICK & BROWN, 1996).

Minayo, Hartz e Buss (2000) apresentam uma abrangência para a compreensão da QV que pode ser descrita da seguinte forma:

"Ser" que é compreendido como o que a pessoa é, resultado de sua nutrição, aptidão física, habilidades individuais, inteligência, valores, história de vida, crenças etc.

"Pertencer" refere-se às conexões que o indivíduo tem em seu meio, casa, trabalho, comunidade, possibilidade de escolha pessoal, privacidade, assim como da participação de grupos, inclusão em programas recreativos, serviços sociais etc.

"Tornar-se" relaciona-se à prática de atividades como trabalho voluntário, programas educacionais, participação em atividades relaxantes, oportunidade de desenvolvimento das habilidades em estudos formais e não formais, dentre outros. Esses aspectos mostram uma organização dinâmica entre si e revelam tanto o indivíduo, assim como o ambiente e as oportunidades e obstáculos na dinâmica da vida. (Figura 1)

Figura 1. Organização dinâmica das relações do Indivíduo

Baseado em Minayo, Hartz e Buss (2000)

A avaliação da QV pode ser realizada por vários instrumentos genéricos. Estes instrumentos abrangem uma variedade de domínios nas esferas físicas, psíquicas e sociais e, com isso, podem avaliar os efeitos dos tratamentos aderidos, fazendo comparações entre vários grupos de doenças. Entretanto, os instrumentos genéricos revelam-se limitados em detectar diferenças clínicas importantes quanto à investigação de uma doença especificamente avaliada. (ALCÂNTARA, 2005)

MÉTODOS

6. MÉTODOS

6.1 Desenho e população do estudo

6.2 Visão geral do estudo

O presente estudo avalia a presença de sintomas de TMC, Depressão, Ansiedade, Síndrome de *Burnout*, Orientação Religiosa e espiritualidade em missionários evangélicos transculturais brasileiros.

6.3 Participantes

Após a assinatura digital do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), os missionários evangélicos transculturais brasileiros que concordaram em participar do estudo e que estavam dentro dos critérios de inclusão, receberam oito *links* para as escalas de saúde e questionários selecionados. (Figura 3)

Seguem abaixo os critérios de inclusão para nosso estudo.

6.4 Critérios de inclusão

1. Ser Brasileiro.
2. Ter idade igual ou superior a 18 anos.
3. Ser missionário por, no mínimo, dois anos.
4. Pertencer a uma igreja ou organização evangélica.
4. Estar residindo fora do Brasil por mais de dois anos.
6. Concordar em participar do estudo por meio da assinatura digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.5 Captação e Seleção de sujeitos para o estudo.

A descrição do estudo foi apresentada para 16 agências missionárias e para a Associação de Missões Transculturais Brasileiras (AMTB) por telefone, e-mail e/ou presencialmente, solicitando que caso houvesse interesse em participar do estudo, estas organizações enviassem uma lista com o endereço eletrônico de seus missionários para que pudéssemos estender o convite de participação a eles.

Assim que recebidos os endereços, foi enviando um e-mail/convite com um link para o TCLE (Anexo A) encorajando os missionários e associados a participarem da pesquisa.

Após o retorno do TCLE assinado digitalmente, os missionários que preencheram os critérios de elegibilidade com idade igual ou superior a 18 anos receberam um segundo e-mail com 8 links que os remetiam ao Inventário Ministerial e a 7 escalas de saúde emocional, espiritual e QV selecionadas para comporem este estudo. (Figura 3)

6.6 Casuística

Desde o início do estudo, entre outubro de 2015 a janeiro de 2019, foram contatadas 16 agências missionárias e a AMTB que indicaram 935 missionários para o estudo, disponibilizando seus e-mails; destes 65 (6,95%) voltaram por conter algum erro em seu endereço eletrônico; tendo portanto 870 endereços confirmados; dos quais 390 (44,83%) missionários assinaram digitalmente o TCLE concordando com a participação no estudo, dos quais 8 (0,86%) não

responderam as escalas enviadas, apesar de terem retornado o TCLE devidamente assinado; 54 (6,21%) responderam parcialmente as escalas e tiveram que ser retirados do estudo; 1 (0,92%) recusou-se a responder as escalas, apesar de ter retornado o TCLE assinado; restando portando 327 (327/870; 37,59%) missionários, ao final do estudo, que completaram todas as avaliações psicológicas. (Figura 2)

Figura 2 - Fluxograma: casuística dos participantes no estudo da Prevalência de Sintomas Psiquiátricos em Missionários Evangélicos Transculturais Brasileiros, de 10/2015 a 02/2019.

6.7 Instrumentos aplicados ao longo do estudo

Figura 3- Fluxograma dos instrumentos aplicados no estudo.

6.7.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Anexo B)

O TCLE foi aplicado antes do início de qualquer procedimento do estudo, incluindo as escalas de saúde e inventário ministerial que foi elaborado também para determinar a elegibilidade do sujeito a fim de participar da pesquisa.

6.7.2 Inventário Ministerial (IM). (Anexo C)

Inventário desenvolvido e dividido em 2 partes. A primeira com o propósito de levantar os dados Sociodemográficos, ocupacionais e investigar os fatores de risco para Transtornos Mentais como; sexo, baixa escolaridade, sedentarismo, obesidade, baixa renda, violência, uso de álcool e ou substâncias psicoativas, bem como a história familiar prévia de transtornos.

A segunda parte investiga as principais fontes de *estresse* relacionadas com o contexto de trabalho dos missionários, analisando-se as respostas a 43 perguntas divididas em 9 categorias: 1) adaptação à cultura; 2) relacionamento com os locais; 3) relacionamento com a igreja local; 4) relacionamento com a organização a que pertence; 5) relacionamento familiar; 6) tarefas; 7) finanças; 8) sentimentos pessoais; e 9) outras variáveis.

A frequência com que cada questão ocorre é avaliada numa escala tipo Likert, de 5 pontos: 0. Sem estresse; 1. Quase sem estresse; 2. Pouco estresse; 3. Estresse moderado; 4. Estresse significativo; 5. Totalmente estressado.

6.7.3 Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) (Anexo D)

O SRQ-20 foi elaborado para triar transtornos mentais em serviços de atendimento primário. É composto por 24 itens, divididos em duas partes. Os primeiros vinte itens são planejados para detectar transtornos não psicóticos, e os restantes, para detectar transtornos psicóticos. A versão de 20 itens foi a utilizada neste estudo, por ter sido validada no Brasil (HARDING et al., 1980; MARI; WILLIAMS, 1986), tendo sido observada uma sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. O SRQ-20 foi considerado um instrumento adequado

para ser usado em pesquisas de campo realizadas em dois estágios, e um ponto de corte de 5 para homens, e 7 para mulheres foi recomendado. Os que ficaram acima do ponto de corte foram denominados grupo SRQ-20 positivo, e todos os outros, grupo SRQ-20 negativo.

6.7.4 BDI-II Inventário de Depressão de Beck II. (Anexo E)

Este inventário é provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente utilizada tanto na clínica como em pesquisas, foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, inclusive no Brasil (WANG, 2005).

O inventário original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, das quais a intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à perda de interesse pelas atividades do dia a dia, tristeza, pessimismo, falta de satisfação, sensação de fracasso, sentimento de culpa, sensação de punição, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, indecisão, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (GORENSTEIN, 1996).

A BDI-II é resultado da revisão realizada em 1996 (BECK, 1996), desenvolvida em resposta à publicação da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* pela *American Psychiatric Association's*, que alterou alguns critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo. Itens que envolviam mudanças em imagem corporal, hipocondria e dificuldade para

trabalhar foram substituídos. Itens sobre sono e apetite foram revisados para medirem tanto o aumento quanto a redução dos mesmos. Apenas três itens permaneceram os mesmos: os itens sobre sensação de estar sendo punido, pensamentos suicidas e interesse sexual.

A pontuação da escala vai de 0 a 63 pontos. Para o presente estudo foram considerados os seguintes pontos de corte baseados em literatura prévia (M.H. GOMES-OLIVEIRA et al., 2012):

- 0-13 Depressão mínima
- 14-19 Depressão leve
- 20-28 Depressão moderada
- 29-63 Depressão grave

Desta forma, foram também consideradas para este estudo todas as pontuações acima ≤ 14 .

6.7.5 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Anexo F)

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é um instrumento muito utilizado para quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade (KEEDWELL & SNAITH. 1996). Desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (BIAGGIO & NATALICIO 1979), o IDATE apresenta uma escala que avalia a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e outra que acessa a ansiedade enquanto traço (IDATE-T). À medida que o estado de ansiedade reflete uma reação transitória diretamente relacionada a uma situação de adversidade que se apresenta em dado momento; o traço de ansiedade refere-se a um aspecto mais estável relacionado à propensão do indivíduo lidar com maior ou menor ansiedade ao

longo de sua vida (CATTEL & SCHEIER, 1961).

Neste inventário, os escores variam de 20 a 80 pontos, dos quais quanto maior a pontuação obtida, maiores os níveis de ansiedade.

Os pontos de corte adotados foram:

≤ 32 - Sem sintomatologia ou ansiedade leve

De 33 a 49 - Sintomatologia média ou moderada

≥ 50 - Sintomatologia alta ou grave, (SPIELBERGER, 1970).

6.7.6 Maslach *Burnout Inventory* (MBI). (Anexo G)

Reconhecido por mais de uma década como a escala líder do *Burnout*, o Maslach *Burnout Inventory* (MBI) incorpora extensa pesquisa que foi realizada nos mais de 25 anos desde a sua publicação (CARLOTTO, 2004; TAMAYO, 2009). As Pesquisas MBI abordam três subescalas ou domínios gerais:

1. **Exaustão Emocional:** pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho, sendo constituída por nove itens;
2. **Despersonalização:** pretende medir “respostas frias”, impessoais ou mesmo negativas, dirigidas àqueles a quem prestam serviços. É constituída por cinco itens;
3. **Realização Profissional:** usada para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização. É constituída por oito itens.

A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala tipo Likert de sete pontos, variando entre o mínimo de zero (0) “nunca” e o máximo de seis (6) “todos os dias”, que mensura a frequência de sentimentos relacionados à síndrome.

A hipotética relação entre os três componentes é que a exaustão emocional seja uma resposta a estressores emocionais no trabalho e que, contudo, trata-se já da primeira fase do *Burnout*. O indivíduo pode tentar lidar com os estressores afastando-se deles, desenvolvendo resposta despersonalizada às pessoas. Quando a despersonalização ocorre, o indivíduo tende a avaliar-se menos positivamente em termos de realização de um bom trabalho. Assim, a exaustão emocional deve ser um preditor da despersonalização, que provém do nível de Realização Profissional (MASLACH & JACKSON, 1986, 1997).

A escala ainda permite, de acordo com os resultados obtidos, identificar os sujeitos de acordo com a classificação das categorias de estresse da Tabela 3.

Tabela 3. Nível de *Burnout* medido por subescala.

Range dos escores indicando o nível de <i>Burnout</i> por subescala			
	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27+
Despersonalização	0-6	7-12	13+
Realização Profissional	39+	32-38	0-31

6.7.7 Questionário de Qualidade de Vida SF-36, (Anexo H)

O SF-36 é uma versão em português do *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey*, traduzido e validado por Ciconelli. O SF-36 é um questionário genérico, com conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento e que permite comparações entre diferentes patologias e entre diferentes tratamentos. Considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde. É também de fácil administração e compreensão, do tipo autoaplicável.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Este instrumento avalia tantos aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores, escala de 0 a 100, de cada componente, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, resultando em um estado geral de saúde melhor ou pior (MARTINEZ, 2002).

Ciconelli realizou em sua tese a tradução e a validação do SF-36 para o português. Além do Brasil, outros 20 países também utilizam este mesmo questionário. Coordenado por Ware, desde 1991 (MARTINEZ, 2002) iniciou-se o projeto de validação internacional deste questionário, e atualmente 14 países estão envolvidos oficialmente com este projeto, denominado IQOLA (International Quality of Life Assessment Project) (CICONELLI, 1999).

Os cálculos dos scores do SF-36 possuem 2 fases. A Fase 1 é a de Ponderação de Dados e a Fase 2 é a de Cálculo do RAW SCALE. (Tabela 9)

Tabela 4. Cálculo do Escore do SF-36 (Ponderação de dados e Cálculo do *Raw Scale*).

Fase 1: Ponderação dos dados.

QUESTÃO	PONTUAÇÃO
01	Se a resposta for:
	1 5,0
	2 4,4
	3 3,4
	4 2,0
	5 1,0
02	Manter o mesmo valor
03	Soma de todos os valores
04	Soma de todos os valores
05	Soma de todos os valores
06	Se a resposta for:
	1 5
	2 4
	3 3
	4 2
	5 1
07	Se a resposta for:
	1 6,0
	2 5,4
	3 4,2
	4 3,1
	5 2,2
08	6 1,0
	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7
	Se 7 =1 e se 8=1 o valor da questão é 6
	Se 7=2 a 6 8=1 o valor da questão é 5
	Se 7=2 a 6 8=2o valor da questão é 4
	Se 7=2 a 6 8=3 o valor da questão é 3
	Se 7=2 a 6 8=4 o valor da questão é 2
	Se 7=2 ^a 6 e se 8=5 o valor da questão é 1
	Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:
	Se a resposta for 1 a pontuação será 6
09	Se a resposta for 2 pontuação será 4,75
	Se a resposta for 3 a pontuação será 3,5
	Se a resposta for 4 a pontuação será 2,25
	Se a resposta for 5 a pontuação será 1,0
	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h deverá seguir a seguinte orientação:
	Se a resposta for 1 o valor será 6
	Se a resposta for 2 o valor será 5
	Se a resposta for 3 o valor será 4
	Se a resposta for 4 o valor será 3
	Se a resposta for 5 o valor será 2
	Se a resposta for 6 o valor será 1
10	Para os demais itens (b, c, f, g, i) o valor será mantido o mesmo
	Considerar o mesmo valor
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém nos itens b e d deve-se seguir a seguinte pontuação:
	Se a resposta for 1 o valor será 5
	Se a resposta for 2 o valor será 4
	Se a resposta for 3 o valor será 3
	Se a resposta for 4 o valor será 2
	Se a resposta for 5 o valor será 1

Fase II: Cálculo do *RAW SCALE*

Nesta fase, deve-se transformar os valores das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 a 100, na qual 0=pior e 100=melhor para cada domínio. É chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

1. Capacidade Funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de Saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Aspectos Emocionais
8. Saúde Mental

Fórmula para cálculo de Domínio:

Domínio:
$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação de (escore range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Tabela 5. Limites inferiores e variação de escores - SF-36.

Domínio	Pontuação da(s) Questões Correspondentes	Limite Inferior	Variação (Score-Range)
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral de saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (somente p/ os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06+10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente p/ os itens b + c + d + f + h)	5	25

6.7.8 Escala de Orientação Religiosa de Allport (EOR) (Anexo I)

A escala de Allport é constituída por 20 questões que irão indicar se a orientação religiosa do sujeito é intrínseca ou extrínseca. Os sujeitos são classificados em três grupos: os com religiosidade intrínseca (escore significativamente diferente maior entre as escalas I e E), religiosidade extrínseca (escore significativamente maior entre as escalas E e I) e os com ausência de diferença entre as duas orientações.

Os itens extrínsecos e os itens intrínsecos ROSS são melhor tratados como sendo composto por escalas distintas, pois são ausentes de uma relação inversa direta entre as duas orientações (1 = discordo inteiramente a 5 = concordo inteiramente) formato de resposta utilizado no relatório original (ALLPORT & ROSS, 1967). A soma separada dos respectivos itens da escala marca de 11 a 55 e de 9 a 45 para a extrínseco e para intrínseco respectivamente (ALLPORT & ROSS, 1967).

A orientação religiosa extrínseca é o modo de usar a religião para alcançar objetivos não-religiosos, essencialmente é ver a religião como um meio para um fim. É usado por pessoas que participam de encontros religiosos e afirmam certas ideologias religiosas para estabelecer ou manter redes sociais enquanto a adesão aos ensinamentos da religião é mínima. Pessoas com orientação religiosa extrínseca elevada são mais propensas a estar em conformidade com normas e exigências sociais em vez do que a religião requer, e muitas vezes são propensas a distorcerem crenças religiosas para servirem aos seus próprios objetivos políticos. Gordon Allport afirmou que as pessoas com uso da orientação

religiosa extrínseca elevada usam a religião “para proporcionar segurança e conforto, sociabilidade e distração, status e auto justificação” (ALLPORT & ROSS, 1967, p. 434) (WHITLEY & KITE, 2010).

De acordo com Whitley e Kite, uma pessoa com uma orientação religiosa intrínseca acredita sinceramente na sua religião e em todos os seus ensinamentos e tenta viver sua vida como sua religião prega que deveria. (WHITLEY & KITE, 2010). Batson afirma que, enquanto uma pessoa com uma orientação religiosa extrínseca vê a religião como um meio para um fim, uma pessoa com uma orientação intrínseca vê sua religião como um fim em si mesma. Para eles, a sua religião é "Uma força de direção ativa, e não apenas uma ferramenta usada para atingir fins egoístas" (BATSON, 1982). Aqueles com esta orientação consideram sua religião como o aspecto mais importante de suas vidas e procuram contextualizar as outras áreas de suas vidas por meio dela.

6.7.9 Escala de *Coping* religioso-espiritual (CRE) (Anexo J)

Foi adaptada à cultura brasileira e validada em 2004 por Panzini. Os valores do CRE positivo (66 questões), CRE negativo (21 questões) e CRE total (total de CRE's praticados pelo avaliado - média entre os índices CRE positivo e negativo). (PANZINI, 2005)

As estratégias de *Coping* religioso foram encontradas e relacionadas especialmente em variadas situações de crise como: problemas de saúde e envelhecimento, doença, incapacidades, luto ou perdas significativas, guerras e

catástrofes naturais. A escala CRE classifica suas estratégias em positivas e negativas, conforme as consequências produzidas em sua utilização. (PARGAMENT et al., 1994).

As estratégias positivas de CRE mostram correlação positiva com melhor saúde mental, melhora relacionada ao estresse e desenvolvimento espiritual (KOENING, 2001).

As estratégias negativas de CRE tiveram relação negativa com saúde física, depressão e qualidade de vida. Em termos de saúde pública, muitos estudos apresentam que pessoas com envolvimento religioso revelam menor probabilidade de usar/abusar de drogas lícitas e ilícitas. (KOENING, 2001)

A Escala de CRE tratou a Dimensão Positiva em 8 fatores POSITIVOS, foi subdivida em oito fatores descritos a seguir: (baseado em PANZINI, 2004).

FATOR P1: Transformação de si e/ou de sua vida – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual que resulta em uma transformação pessoal, seja ela interna, da própria pessoa que o pratica, e/ou externa em sua vida. Soma-se a esta última modificações de direção, objetivos e/ou circunstâncias pessoais de vida. A modificação interna pode ocorrer por meio de uma revisão das próprias atitudes, seguida de comportamentos que estejam de acordo com as leis de Deus e/ou com os preceitos religiosos/espirituais da religião à qual a pessoa se filia, ou com as posições morais que julga serem melhores que as atuais.

FATOR P2: Ações em busca de ajuda espiritual – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual no qual a pessoa realiza um movimento buscando no

outro, seja este individual, institucional, familiar ou social, um tipo de ajuda espiritual, seja buscando fazer tratamentos espirituais, receber orientação com entidades espirituais, buscando uma reposição de energias vitais, praticando ações em busca da espiritualidade ou de uma maior conexão com esta.

FATOR P3: Oferta de ajuda ao outro – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual no qual a pessoa procura ajudar ao outro, seja individualmente, institucionalmente, familiar ou socialmente. Esta ajuda pode se manifestar como orações em prol de outrem, apoio e/ou orientação espiritual oferecida a outros, bem como atos de caridade, trabalho voluntário e/ou modificações internas afetivo-cognitivas em benefício de outras pessoas.

FATOR P4: Posicionamento positivo frente a Deus – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual que expõe um posicionamento pessoal frente a Deus em relação à situação. Estes comportamentos podem ser por meio dos estilos de CRE, estabelecimento de limites religiosos, busca de apoio em Deus, de uma maior conexão com Ele e/ou de reavaliações positivas através d'Ele. Apresentam-se em atitudes como contar, colaborar, suplicar, aproximar-se e/ou apoiar-se em Deus, ou ainda em ações individuais independentemente da ajuda de Deus. Importante enfatizar que, quanto mais a pessoa realiza estas últimas, menos realiza as primeiras.

FATOR P5: Busca pessoal de crescimento espiritual – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual que revela ou uma busca individual de Deus, e/ou da espiritualidade (ao contrário da busca institucional), ou uma busca de si mesmo

através de Deus e/ou da espiritualidade. Este fator poderá se manifestar por meio de avaliações positivas, práticas não institucionais, busca de conexão profunda consigo ou com forças transcendentais ao indivíduo.

FATOR P6: Ações em busca do outro institucional – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual que realiza um movimento de aproximação com o institucional. Ou seja, uma aproximação com os locais, membros ou representantes religiosos, ou ainda com as manifestações formais e institucionalizadas das religiões.

FATOR P7: Busca pessoal de conhecimento espiritual – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual no qual a pessoa procura por um maior conhecimento religioso-espiritual. Os objetivos desta procura de conhecimento podem ser variados: fortalecimento espiritual em relação ao problema, ao mundo e/ou aos desígnios divinos; incremento da prática religiosa ou das próprias atitudes; procura de auxílio para lidar e/ou para entender a situação; ou ainda, a simples busca de acréscimo intelectual. Poderão ocorrer por meio da literatura ou da mídia religiosa/espiritual.

FATOR P8: Afastamento por meio de Deus, da religião e/ou espiritualidade – Implica em uma mudança de perspectiva pessoal em relação à situação, na qual a pessoa afasta-se do problema aproximando-se de Deus e/ou das questões religiosas/espirituais. Isto é, todo comportamento de *Coping* religioso espiritual que o indivíduo realiza buscando aproximação de Deus, da religião ou da espiritualidade e que tem como consequência um afastamento do problema ou

da situação de estresse que vivencia. Importante pontuar que o *Coping* afastamento é diferente do *Coping* esquiva. Este último é considerado como negativo por se apresentar como uma tentativa de fuga em relação ao problema, enquanto que o afastamento é positivo, pois a pessoa não nega o problema, nem tenta fugir dele, apenas encontra alívio temporário procurando concentrar a atenção em outro tema. Neste caso, nos aspectos espirituais e religiosos.

O fator P8 não foi aplicado nesta amostra, pois optamos pela versão do CRE-BREVE.

A Escala CRE também dividiu o *Coping* religioso espiritual negativo em quatro fatores: (baseado em PANZINI, 2004)

FATOR N1: Reavaliação negativa de Deus – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual que configura uma reavaliação cognitiva negativa da concepção que a pessoa tem de Deus, seja de suas características, comportamentos, sentimentos etc., levantando questionamentos em relação a este Deus e seus desígnios. Geralmente, acontece seguido de expressões com sentimentos negativos, como revolta, culpa, desamparo e mágoa.

FATOR N2: Posicionamento negativo frente a Deus – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual no qual a pessoa pede ou simplesmente espera que Deus tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a sua participação individual. Pode expressar-se por meio do estilo de *Coping* delegação religiosa passiva ou do estilo de *Coping* súplica negativa, quando a prece tenciona a modificação da vontade divina.

FATOR N3: Reavaliação negativa do significado – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual no qual o indivíduo reavalia negativamente o significado da situação como um ato e/ou consequência do mal ou como uma punição aos seus próprios atos, estilo de vida, erros, pecados etc. O Mal pode ser associado a um ser personalizado, figurado como diabo, demônio, satanás, belzebu, entre outras denominações; ou a uma figura abstrata, como a escuridão, as trevas, o lado negro ou o Mal em si; ou, ainda, encarnado em figuras que praticam este mal, como espíritos malignos, forças das trevas, mau-olhado e/ou desejos negativos de outras pessoas para consigo. Enfim, o porquê da situação estressante é entendido como uma punição pessoal ou como resultado de algo malévolos.

FATOR N4: Insatisfação com o outro institucional – Todo comportamento de *Coping* religioso espiritual que revela sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa contra qualquer representante institucional, seja ele frequentador, membro, representante ou líder da instituição religiosa, ou mesmo simbolizado pelo conjunto de crenças religiosas ou espirituais que a pessoa possui.

Segundo Panzini (2005), os pontos de corte encontrados para a escala CRE são:

Nenhuma ou irrisória: De 1,00 a 1,50

Baixa: De 1,51 a 2,50

Média: De 2,51 a 3,50

Alta: De 3,51 a 4,50

Altíssima: De 4,51 a 5,00

6.8 Estatística

As características de base foram comparadas com as probabilidades aumentadas da presença de sintomas do transtorno psiquiátrico pelo *Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire*, SRQ-20 com ponto de corte ≥ 5 para o sexo masculino e ≥ 7 para o sexo feminino; depressão (com e sem depressão) pelo *Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory)*, BDI-II com os pontos de corte: 0-13 Depressão mínima, 14-19 Depressão leve, 20-28 Depressão moderada e 29-63 Depressão grave; a presença ou não de sintomatologia ansiosa foi avaliada pelo IDATE Traço-Estado com ponto de corte: ≤ 32 sem sintomatologia ou ansiedade leve, de 33 a 49 sintomatologia média ou moderada e ≥ 50 Sintomatologia alta ou grave. A Síndrome de *Burnout* foi mensurada pelo MBI com ponto de corte: Exaustão emocional baixo ≤ 16 , moderado 17-26 e alto ≥ 27 ; Despersonalização baixa ≤ 6 , moderada 7-12 e alta ≥ 13 ; Realização Profissional baixa ≥ 39 , moderada 32-38 e alta ≤ 31 ; qualidade de vida pelo Item *Short Form Health Survey* SF-36. A orientação religiosa foi medida pela escala de Allport (EOR) com ponto de corte religiosidade intrínseca (escore significativamente diferente maior entre as escalas I e E), religiosidade extrínseca (escore significativamente maior entre as escalas E e I) e os com ausência de diferença entre as duas orientações. E o *Coping* religioso foi investigado pela Escala de *Coping Religioso-Espiritual (CRE)* com ponto de corte: Nenhuma ou irrisória- de 1,00 a 1,50, Baixa- de 1,51 a 2,50, Média-: de 2,51 a 3,50, Alta- de 3,51 a 4,50, Altíssima-de 4,51 a 5,00 por intermédio do teste do Qui-quadrado (variáveis categóricas), e por teste correspondente para as variáveis contínuas, na dependência da distribuição da amostra por Shapiro

teste de normalidade (JARQUE, 1987). Associações entre transtornos psiquiátricos, depressão e outros transtornos também foram realizadas considerando-se idade, sexo, escolaridade, estado civil, raça, formação, profissão, tempo de missão, continente, situação do país em nível de perseguição religiosa, índice de massa corporal (IMC), sedentarismo, hipertensão, diabetes, histórico de depressão e ansiedade. Todas as análises descritivas dos instrumentos utilizados para rastrear transtornos psiquiátricos foram realizadas de maneira contínua, assim como dicotômica conforme cortes previamente citados e pré-estabelecidos em literatura. Finalmente, foi realizada regressão logística para cada escala adotada ajustada pelos potenciais fatores associados significativos com as escalas adotadas. Através dos modelos logísticos adquiridos foram calculadas as razões de chance (RC) com seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%). Para todas as análises realizadas foram considerados resultados como estatisticamente significativos aqueles que apresentaram valores de $p < 0,05$. Consideramos significância estatística em bicaudal $p < 0,05$ e todas elas foram realizadas com SPSS versão 20,0.

RESULTADOS

7. RESULTADOS

7.1 Avaliação dos sintomas de Transtornos Psiquiátricos

As características de base de todos os 327 participantes do estudo foram descritas com ou sem sintomas de TMC por meio do SRQ-20, com ou sem depressão obtida pelo BDI-II, com sintomatologia de ansiedade moderada e alta pelo IDATE Traço-Estado e *Burnout* pelo MBI; a QVM foi descrita pelo SF-36, orientação religiosa pelo EOR e o *Coping* religioso pela escala CRE.

As frequências absolutas e relativas aos sintomas de TMC pelo SRQ-20 foram de 96 (29,4%), sintomas depressivos pelo BDI-II de 73 (22,3%), sintomatologia de ansiedade média/alta pelo IDATE-Estado 48 (35,5%) e pelo IDATE-Traço 48 (35,5%) (Gráfico 1); em relação à Síndrome de *Burnout* pelo MBI obteve-se para Exaustão Emocional moderado 39 (11,9%) e grave 18 (5,5%), totalizando moderado/grave 57 (17,4); Despersonalização moderada 73 (22,3%) e grave 61 (18,7%), totalizando moderado/grave 134 (41%) e para Realização Profissional moderado 84 (25,7%) e grave 124 (37,9%), totalizando moderado/grave 208 (64%) (Gráfico 7). Para os perfis de estresse avaliados pelo MBI identificou-se como frequências absolutas e relativas para Síndrome de *Burnout* 54 (16,5%); Desengajado 80 (24,5%); Esgotado 3 (0,9%); Ineficaz 94 (28,7%) e Engajado 96 (29,4%), (Gráfico 8).

Gráfico 1. Avaliação global das escalas utilizadas para rastreamento de Transtornos Psiquiátricos da amostra.

Com relação ao sofrimento psíquico explorado pelo SRQ-20 entre os missionários transculturais observou-se frequências significativas nos quatro grupos de sintomas rastreado pelo instrumento: sintomas para Humor depressivo-ansioso, Sintomas somático, Decréscimo de energia e Pensamentos depressivos. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Itens do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) distribuídos por quatro grupos de sintomas.

7.2 Presença de TMC segundo SRQ 20 e características de base.

Com o SRQ-20, as frequências de TMC (Tabela 6) foram mais significativas entre mulheres 81 (84,4%), comparativamente à população masculina 15 (15,6%), $p=0,000$; entre os sem e com TMC para a variável Estado Civil, respectivamente: solteiros 72 (31,2) e 43 (44,8%), casados 154 (66,7%) e 48 (50,0%), separados 4 (1,7%) e 3 (3,1%), viúvos 1 (0,4%) e 2 (2,1%) $p=0,026$; entre os missionários sem companheiro 48 (50%), com companheiro 48 (50%); e com relação à escolaridade Médio/Fundamental 16 (16,7%), superior incompleto 6 (6,3%), superior completo 50 (52,1%) e com pós-graduação 24 (25%), $p=0,035$; os não ordenados pastores apresentaram maior risco 81 (84,4%), comparativamente com os ordenados pastores 15 (15,6%), $p=0,000$;

missionários somente com formação pastoral ou missiológica 31 (32,3%), ciências humanas 28 (29,2%), biológicas 25 (26%), exatas 5 (5,2%), $p=0,029$; para tempo de missão com maior possibilidade de transtornos entre 21 e 30 anos no campo 30 (31,2%), $p=0,002$ (Gráfico 3, Tabela 11); quanto à classificação do IMC missionários acima do peso apresentaram 39 (40,6%), $p=0,050$; maior possibilidade, entre os sedentários 74 (77,1%), contrapondo com os não sedentários 22 (22,9%), $p=0,000$; com relação a outras enfermidades 79 (24,2%) $p=0,000$; os com diagnóstico prévio de depressão por algum médico 29 (30,2%) e sem diagnóstico 67 (69,8%), $p=0,002$; com diagnóstico de ansiedade 47 (49,0%) e sem diagnóstico 49 (51,0%), $p=0,000$; com diagnóstico de TMC anterior 11 (11,5%), sem diagnóstico prévio 85 (88,5%), $p=0,002$; os missionários que apresentavam histórico de depressão na família 48 (50%), $p=0,018$, (Tabela 11.1). Não foram observadas associações estatisticamente significativas com as outras variáveis. (Tabela 6 e 6.1)

Gráfico 3. Tempo de missão passado no campo segundo SRQ-20.

Tabela 6. Características de base dos 327 participantes de acordo com a presença de sintomas de TMC pelo SRQ-20.

SRQ-20				
Características Sociodemográficas				
	Sem Transtorno n= 231 (70,6%)	Com Transtorno n= 96 (29,4%)	Total n= 327 (100,0%)	Valor de p
Sexo (%)				
Masculino	128 (55,4%)	15 (15,6%)	143 (43,7%)	0,000
Feminino	103 (44,6%)	81 (84,4%)	184 (56,3%)	
Estado Civil (%)				
Solteiro	72 (31,2%)	43 (44,8%)	115 (35,2%)	0,026
Casado	154 (66,7%)	48 (50,0%)	202 (61,8%)	
Separado	4 (1,7%)	3 (3,1%)	7 (2,1%)	
Viúvo	1 (0,4)	2 (2,1)	3 (0,9)	
Com União Estável (%)				
Sem União Estável	77 (33,3%)	48 (50%)	125 (38,2%)	0,005
Com União Estável	154 (66,7%)	48 (50%)	202 (61,8%)	
Escolaridade (%)				
Médio/Fundamental	26 (11,3%)	16 (16,7%)	42 (12,8%)	0,035
Superior Incompleto	31 (13,4%)	6 (6,3%)	37 (11,3%)	
Superior Completo	94 (40,7%)	50 (52,1%)	144 (44,0%)	
Pós-Graduação	80 (34,6)	24 (25,0%)	104 (31,8%)	
Características Ministeriais				
Ordenado Pastor	90 (39,0%)	15 (15,6%)	105 (32,1%)	0,000
Não ordenado Pastor	141 (61,0%)	81 (84,4%)	222 (67,9%)	
Formação Profissional				
Biológicas	31 (13,4%)	25 (26,0%)	56 (17,1%)	0,029
Exatas	12 (5,2%)	5 (5,2%)	17 (5,2%)	
Ciências Humanas	58 (25,1%)	28 (29,2%)	86 (26,3%)	
Missiologia	112 (48,5%)	31 (32,3%)	143 (43,7%)	
Outras	18 (7,8%)	7 (7,3%)	25 (7,6%)	
Tempo de Missão				
2- 5 anos	26 (11,3%)	7 (7,3%)	33 (10,1%)	0,002
6-10 anos	14 (6,1%)	11 (11,5%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	15 (6,5%)	17 (17,7%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	36 (15,6%)	21 (21,9%)	57 (17,4%)	
21 – 30 anos	95 (41,1%)	30 (31,3%)	125(38,2%)	
≥ 31 anos	45 (19,5%)	10 (10,4%)	55 (16,8%)	

Tabela 6.1 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de sintomas de TMC pelo SRQ-20.

SRQ-20				
	Sem Transtorno n= 231 (70,6%)	Com Transtorno n= 96 (29,4%)	Total n= 327 (100,0%)	Valor de p
Comorbidades				
Classificação IMC				
Abaixo do peso	5 (2,2%)	0 (0,0%)	5 (1,5%)	0,050
Saudável	89 (38,5%)	33 (34,4%)	122 (37,3%)	
Acima do peso	99 (42,95%)	39 (40,6%)	138 (42,2%)	
Obesidade Grau 1	20 (8,7%)	19 (19,8%)	39 (11,9%)	
Obesidade Grau 2	11 (4,8%)	4 (4,2%)	15 (4,6%)	
Obesidade Grau 3	7 (3,0%)	1 (1,0%)	8 (2,4%)	
Sedentarismo				
Sim	111 (48,1%)	74 (77,1%)	185 (56,6%)	0,000
Não	120 (51,9%)	22 (22,9%)	142 (43,4%)	
Outro tipo de enfermidade	40 (17,3%)	39 (40,6%)	79 (24,2%)	0,000
Diagnóstico Depressão	34 (14,7%)	29 (30,2%)	63 (19,3%)	0,002
Sem Diagnóstico Depressão	197 (85,3%)	67 (69,8%)	264 (80,7%)	
Diagnóstico Ansiedade	41 (17,7%)	47 (49,0%)	88 (26,9%)	0,000
Sem Diagnóstico Ansiedade	190 (82,3%)	49 (51,0%)	239 (73,1%)	
Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	7 (3,0%)	11 (11,5%)	18 (5,5%)	0,002
Sem Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	224 (97,0%)	85 (88,5%)	309 (94,5%)	
Histórico de depressão familiar	83 (35,9%)	48 (50,0%)	131 (40,1%)	0,018

Para os fatores associados a sintomas de TMC analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo SRQ-20 e características sociodemográficas: foram encontrados maior risco de sintomas na população feminina com [RC 6,7; IC 95% 3,65-12,33]; para os sem união estável [RC 1,6; IC 95% 1,16-2,25], sem ordenação pastoral [RC 3,4; IC 95% 1,9-6,3]. Quanto a comorbidades, os missionários sedentários apresentaram [RC 2,6; IC 95% 1,7-3,94]; outros tipos de enfermidades [RC 2,1; IC 95% 1,6-3,6]; sem diagnóstico prévio de depressão [RC 1,8; IC 95% 1,3-2,5]; sem diagnóstico prévio de ansiedade [RC 2,6; IC 95% 1,9-3,6]; sem diagnóstico prévio de TMC [RC 2,2; IC 95% 1,5 – 3,3]; com histórico de depressão familiar [RC 1,5; IC 95% 1,0-2,1]. (Tabela 7)

Tabela 7. Fatores associados a sintomas de TMC avaliado por regressão logística pelo SRQ-20 em 327 participantes do estudo.

Características Sociodemográficas		
	Sem TMC RC Multivariada (IC 95%)	Com TMC RC Multivariada (IC 95%)
Sexo (%)		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	6,7 (3,65 - 12,33)
União Estável		
Com União Estável	Referência (1,0)	1,6 (1,16-2,25)
Sem União Estável	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Características Ministeriais		
Não ordenado Pastor	Referência (1,0)	3,4 (1,9 - 6,3)
Comorbidades		
Sedentarismo	Referência (1,0)	2,6 (1,7 - 3,94)
Outro Tipo de Enfermidade	Referência (1,0)	2,1 (1,6 - 3,0)
Sem Diagnóstico Depressão	Referência (1,0)	1,8 (1,3 - 2,5)
Sem Diagnóstico Ansiedade	Referência (1,0)	2,6 (1,9 - 3,6)
Sem Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	Referência (1,0)	2,2 (1,5 - 3,3)
Histórico de Depressão familiar	Referência (1,0)	1,5 (1,0 - 2,1)

* Os valores de p correspondem ao teste do Qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste T-Student para as variáveis contínuas.

**TMC foi definida pelo escore maior ou igual a 5 pontos para mulheres e maior ou igual a 7 pontos para homens pelo SRQ-20 *Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire*.

¥ Comorbidades foram baseadas na história e dados narrados pelos próprios sujeitos da pesquisa.

7.3 Presença de sintomas de TMC segundo SRQ 20 e IM.

Foram encontradas frequências significativas com o SRQ-20 e os fatores geradores de estresse contemplados no Inventário Ministerial. Para a categoria **Adaptação Cultural** foram identificados os itens: IM2 Adaptar-se à nova cultura, 29 (51,8%), $p = 0,000$; IM3 Adaptar-se à culinária local, 12 (57,1%), $p = 0,001$; IM4 Dificuldade com o idioma local, 38 (42,7%), $p = 0,000$; IM10 Conflitos familiares por causa do ministério, 17 (48,6%), $p = 0,01$. Para categoria

Relacionamento com os Locais foram detectadas: IM5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país, 14 (60,9%), $p=0,000$; IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais, 21 (70,0%), $p=0,000$. Na categoria **Relacionamento com a Igreja Local** encontramos: IM7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja, 15 (55,6%), $p=0,001$; IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja, 9 (50,0%), $p=0,008$; IM19 Demandas da igreja sobre o missionário, 18 (64,3%), $p=0,000$; IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja), 19 (50,0%), $p=0,000$; IM32 Faltam pessoas habilitadas para ajudá-los nos trabalhos da igreja, 21 (55,3%), $p=0,001$. Para a categoria **Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora** as frequências foram: IM9 Problemas de relacionamento com superiores, 18 (47,4%), $p=0,002$; IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização, 33 (49,3%), $p=0,000$; IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras, 37 (50,7%), $p=0,000$; IM18. Demandas da agência missionária sobre o enviado, 22 (64,7%), $p=0,000$; IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais, 22 (44,9%), $p=0,003$; IM28 Espírito de competitividade entre colegas, 29 (49,2%), $p=0,001$, IM43 Sentimento de incompreensão por parte dos seus líderes, 28 (63,6%), $p=0,000$. Na categoria **Demandas Ministeriais** identificamos as frequências altamente significativas nos itens: IM12 Multiplicidade de tarefas, 24 (50,0%), $p=0,000$; IM13 As tarefas não têm fim, 34 (56,7%), $p=0,000$; IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da sua competência ou talentos, 29 (64,4%), $p=0,000$; IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério, 16 (53,3%), $p=0,000$; IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante

os 7 dias da semana), 31 (48,4%), $p=0,000$; IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.), 39 (72,2%), $p=0,000$; IM37 O fator crescimento da igreja- quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária? 21 (47,7%), $p=0,000$; IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem, 28 (62,2%), $p=0,000$. Na categoria **Sentimentos Pessoais** foram encontradas as frequências: IM 20 Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho (como Moisés), 21 (60,0%), $p=0,000$; IM25 Falta de privacidade, 34 (51,5%), $p=0,000$; IM26 Falta de reconhecimento, 14 (50,0%), 0,046; IM27 Críticas, 20 (52,6%), $p=0,000$; IM31 Dificuldade em delegar tarefas, 12 (54,5%), $p=0,000$; IM33 Dificuldade para “dizer não”, 32 (58,2%), 0,000; IM34 Administração do tempo, 31 (57,1%), 0,000; IM41 Solidão, 40 (65,6%), $p=0,000$; IM42 Sentimento de desamparo no campo, 33 (67,3%), $p=0,000$. Para a categoria **Finanças** encontramos: IM14 Finanças dos projetos, 42 (52,5%), $p=0,000$, (Tabela 13.1); IM15 Finanças pessoais, 30 (51,7%), $p=0,000$; IM24 Falta de equipamento, 18 (51,4%), $p=0,000$. E, finalmente, para a categoria **Espiritualidade** encontramos significância nos itens: IM39 Batalha espiritual (íntima), 48 (50,0%), $p=0,000$, IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração, 27 (48,2%), 0,000. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de TMC pelo SRQ-20.

7.4 Presença de sintomas depressivos segundo BDI-II e características de base.

Com relação ao sofrimento psíquico explorado separadamente pelo BDI-II entre os missionários transculturais observou-se maiores frequências com relação a alterações no padrão do sono, cansaço ou fadiga, falta de energia, agitação, perda de prazer, autocrítica, irritabilidade. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Itens dos sintomas do *Beck Depression Inventory* (BDI-II) avaliados separadamente.

Com o BDI-II, as frequências de sintomas depressivos foram mais significativas entre as idades com as classificações: leve, moderado, moderado grave e grave nas idades entre 41 e 50, 8 (57,1%), $p=0,020$ (Tabela 13); para idades variáveis distribuída dicotômicas na população feminina 57 (78,1%) (Tabela 13.2), comparativamente à população masculina 16 (21,9%), $p=0,000$; ainda na categoria sexo, considerando-se as classificações com a presença de sintomas depressivos: leve, moderado, moderado grave e grave, a significância foi de $p=0,000$; entre os não ordenados pastores nas classificações: leve, moderado, moderado grave e grave o $p=0,008$; e com a presença ou não de depressão as frequências foram de 56 (76,7%) para os não ordenados e 17

(23,3%) para os ordenados com $p=0,067$; missionários somente com formação pastoral ou missiológica 23 (31,5%), em ciências humanas 21 (28,8%), biológicas 19 (26,6%), exatas 6 (8,2%), $p=0,040$; tempo de missão com maior possibilidades de transtornos entre 21 e 30 anos no campo 18 (24,7%), $p=0,000$ (Tabela 14, 14.2), entre os sedentários 53 (72,6%) e não sedentários 20 (27,4%) $p=0,002$; missionários com outras enfermidades 24 (32,9%) $p=0,048$; com diagnóstico prévio de ansiedade 31 (42,5%) e sem diagnóstico 42 (57,5%), $p=0,001$; os sujeitos com diagnóstico de TMC anterior 7 (9,6%), sem diagnóstico prévio 66 (90,4%), $p=0,083$ o mesmo quesito analisado pelas classificações leve, moderado, moderado grave e grave, com o valor de $p=0,000$; entre os missionários que apresentavam histórico de depressão na família, a frequência foi de 40 (54,8%), $p=0,004$. (Tabela 8, 8.1, 8.2 e 8.3)

Tabela 8 Presença de sintomas depressivos segundo BDI-II e dados Sociodemográficos / Comorbidades.

BDI-II						
Características Sociodemográficas						
	0-13: Sem Depressão n= 254 (77,7%)	31-40: Leve Moderado n= 38 (11,6%)	41-50: Moderad o Grave n= 21 (6,4%)	51-60 Grave n= 14 (4,3%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Idades						
20 - 30 anos	47 (18,5%)	4 (10,5%)	3 (14,3%)	2 (14,3%)	56 (17,1%)	0,020
31 – 40 anos	83 (32,7%)	22 (57,9%)	7 (33,3%)	4 (28,6%)	116 (35,5%)	
41 – 50 anos	73 (28,7%)	9 (23,7%)	4 (19,0%)	8 (57,1%)	94 (28,7%)	
51 – 60 anos	39 (15,4%)	3 (7,9%)	7 (33,3%)	0 (0,0%)	49 (15,0%)	
≥ 61 anos	12 (4,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (3,7%)	
Sexo (%)						
Masculino	127 (50,0%)	5 (3,5%)	8 (38,1%)	3 (21,4%)	143 (43,7%)	0,000
Feminino	127 (50,0%)	33 (86,8%)	13 (61,9%)	11 (78,6%)	184 (56,3%)	
Características Ministeriais						
Ordenado Pastor	88 (34,6%)	6 (15,8%)	10 (47,6%)	1 (7,1%)	105 (32,1%)	0,008
Não ordenado Pastor	166 (65,4%)	32 (84,2%)	11 (52,4%)	13 (92,9%)	222 (67,9%)	
Formação Profissional						
Biológicas	37 (14,6%)	15 (39,5%)	2 (9,5%)	2 (14,3%)	56 (17,1%)	0,019
Exatas	11 (4,3%)	3 (7,9%)	2 (9,5%)	1 (7,1%)	17 (5,2%)	
Ciências Humanas	65 (25,6%)	11 (28,9%)	5 (23,8%)	5 (35,7%)	86 (26,3%)	
Missiologia	120 (47,2%)	9 (23,7%)	10 (47,6%)	4 (28,8%)	143 (43,7%)	
Outras	21 (8,3%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	2 (14,3%)	25 (7,6%)	
Tempo de Missão						
2 - 5 anos	28 (11,0%)	2 (5,3%)	1 (4,8%)	2 (14,3%)	33 (10,1%)	0,000
6 - 10 anos	13 (5,1%)	1 (2,6%)	4 (19,0%)	7 (50,0%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	18 (7,1%)	10 (26,3%)	4 (19,0%)	0 (0,0%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	40 (15,7%)	11 (28,9%)	4 (19,0%)	2 (14,3%)	57 (17,4%)	
21 – 30 anos	107 (42,1%)	11 (28,9%)	6 (28,6%)	1 (0,8%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	48 (18,9%)	3 (7,9%)	2 (9,5%)	2 (14,3%)	55 (16,8%)	

Tabela 8.1 Presença de sintomas depressivos segundo BDI-II e Comorbidades.

BDI-II						
	0-13: Sem Depressão n= 254 (77,7%)	31-40: Leve Moderado n= 38 (11,6%)	41-50: Moderado Grave n= 21 (6,4%)	51-60 Grave n= 14 (4,3%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p=
Comorbidades						
Sedentarismo (Sim)	132 (52,0%)	26 (68,4%)	19 (90,5%)	8 (57,1%)	185 (56,6%)	0,003
Sedentarismo (Não)	122 (48,0%)	12 (31,6%)	2 (9,5%)	6 (42,9%)	142 (43,4%)	
Diagnóstico Ansiedade Sem	57 (22,4%)	14 (36,8%)	11 (52,4%)	6 (42,9%)	88 (26,9%)	0,004
Diagnóstico Ansiedade	197 (77,6%)	24 (63,2%)	10 (47,6%)	8 (57,1%)	239 (73,1%)	
Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico Sem	11 (4,3%)	1 (2,6%)	1 (4,8%)	5 (35,7%)	18 (5,5%)	0,000
Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	243 (95,7%)	37 (97,4%)	20 (95,2%)	9 (64,3%)	309 (94,5%)	
Histórico de depressão familiar	91 (35,8%)	22 (57,9%)	11 (52,4%)	7 (50,0%)	131 (40,1%)	0,032

Tabela 8.2 Presença de sintomas depressivos segundo BDI-II e Sociodemográficas (Dicotômica).

BDI - II				
Características Sociodemográficas				
	Sem Depressão n= 254 (77,7%)	Com Depressão n= 73 (22,3%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Idades				
20 - 30 anos	47 (18,5%)	9 (12,3%)	56 (17,1%)	0,120.
31 – 40 anos	83 (32,7%)	33 (45,2%)	116 (35,5%)	
41 – 50 anos	73 (28,7%)	21 (28,8%)	94 (28,7%)	
51 – 60 anos	39 (15,4%)	10 (13,7%)	49 (15,0%)	
≥ 31 61 anos	12 (4,7%)	0 (0,0%)	12 (3,7%%)	
Sexo (%)				
Masculino	127 (50,0%)	16 (21,9%)	143 (43,7%)	0,000
Feminino	127 (50,0%)	57 (78,1%)	184 (56,3%)	
Características Ministeriais				
Ordenado Pastor	88 (34,6%)	17 (23,3%)	105 (32,1%)	0,067
Não ordenado Pastor	166 (55,4%)	56 (76,7%)	222 (67,9%)	
Formação Profissional				
Biológicas	37 (14,6%)	19 (26,6%)	56 (17,1%)	0,040
Exatas	11 (4,3%)	6 (8,2%)	17 (5,2%)	
Ciências Humanas	65 (25,6%)	21 (28,8%)	86 (26,3%)	
Missiologia	120 (47,2%)	23 (31,5%)	143 (43,7%)	
Outras	21 (8,3%)	4 (5,5%)	25 (7,6%)	
Tempo de Missão				
2 - 5 anos	28 (11,0%)	5 (6,8%)	33 (10,1%)	0,000.
6 - 10 anos	13 (5,1%)	12 (16,4%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	18 (7,1%)	14 (19,2%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	40 (15,7%)	17 (23,3%)	57 (17,4%)	
21 – 30 anos	107 (42,1%)	18 (24,7%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	48 (18,9%)	7 (9,6%)	55 (16,8%)	

Tabela 8.3 Presença de sintomas depressivos segundo BDI-II e Comorbidades (Dicotômica).

BDI - II				
Comorbidade	Sem Depressão n= 254 (77,7%)	Com Depressão n= 73 (22,3%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Sedentarismo (Sim)	132 (52,0%)	53 (72,6%)	185 (56,6%)	0,002
Sedentarismo (Não)	122 (48,0%)	20 (27,4%)	142 (43,4%)	
Diagnóstico Ansiedade (Sim)	57 (22,4%)	31 (42,5%)	88 (26,9%)	0,001
Diagnóstico Ansiedade (Não)	197 (77,6%)	42 (57,5%)	239 (73,1%)	
Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	11 (4,3%)	7 (9,6%)	18 (5,5%)	0,083
Sem Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	243 (95,7%)	66 (90,4%)	309 (94,5%)	
Histórico de depressão familiar	91 (35,8%)	40 (54,8%)	131 (40,11%)	0,004

Para os fatores associados a sintomas depressivos analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo BDI-II e *características sociodemográficas e comorbidades*, foram identificados maior risco de sintomas depressivos na população feminina com [RC 3,6; IC 95% 1,9-6,5]; Quanto a comorbidades, os missionários sedentários apresentaram [RC 2,0; IC 95% 1,3-2,3]; outros tipos de enfermidades [RC 1,5; IC 95% 1,0-2,3]; sem diagnóstico prévio de depressão [RC 2,5; IC 95% 1,7-3,6]; sem diagnóstico prévio de ansiedade [RC 2,0; IC 95% 1,4-3,0]; com histórico de depressão familiar [RC 1,8; IC 95% 1,2-2,7]. (Tabela 9)

Tabela 9 - Fatores associados a Sintomas de Transtornos Depressivos avaliados por regressão logística pelo BDI-II.

Fatores associados a sintomas Depressivos avaliados pelo BDI-II		
Características Sociodemográficas		
	Sem Depressão RC Multivariada (IC 95%)	Com Depressão RC Multivariada (IC 95%)
Sexo (%)		
Feminino	Referência (1,0)	3,6 (1,9 - 6,5)
Comorbidades		
Sedentarismo	Referência (1,0)	2,0 (1,3 - 3,2)
Outro Tipo de Enfermidade	Referência (1,0)	1,5 (1,0 - 2,3)
Sem Diagnóstico Depressão	Referência (1,0)	2,5 (1,7 - 3,6)
Sem Diagnóstico Ansiedade	Referência (1,0)	2,0 (1,4 - 3,0)
Histórico de depressão familiar	Referência (1,0)	1,8 (1,2 - 2,7)

7.5 Presença de sintomas depressivos segundo BDI-II e IM

Foram encontradas frequências significativas com o BDI-II e os fatores geradores de estresse contemplados no Inventário Ministerial. Para a categoria **Adaptação** foram identificados os itens: IM2 Adaptar-se à nova cultura, 25 (44,6%), $p = 0,000$; IM4 Dificuldade com o idioma local, 30 (33,7%), $p = 0,000$; IM10 Conflitos familiares devido ao ministério, 13 (37,1%), $p = 0,022$. Para categoria **Relacionamento com os Locais** foram detectadas: IM5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país, 12 (52,2%), $p = 0,000$; IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais, 18 (60,0%), $p = 0,000$. Na categoria **Relacionamento com a Igreja Local** encontramos: IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja, 10 (37,0%), $p = 0,056$; IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja, 9 (50,0%), $p = 0,000$; IM19 Demandas da igreja sobre o missionário, 15 (53,6%), $p = 0,000$; IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja), 19 (50,0%), $p = 0,000$; IM32 Faltam pessoas habilitadas para ajudá-los nos trabalhos da igreja, 19 (50,0%), $p = 0,000$. Para a categoria **Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora** as frequências foram: IM9 Problemas de relacionamento com superiores, 17 (44,7%) $p = 0,003$;

IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização, 24 (35,8%), $p= 0,003$; IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras, 27 (37,0%), $p= 0,001$; IM18. Demandas da agência missionária sobre o enviado, 15 (44,1%), $p= 0,001$; IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais, 18 (36,7%), $p= 0,001$; IM28 Espírito de competitividade entre colegas, 25 (42,4%), $p= 0,001$, IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes, 21 (47,7%), $p= 0,00$. Na categoria **Demandas Ministeriais** identificamos as frequências significativas nos itens: IM12 Multiplicidade de tarefas, 20 (41,7%), $p= 0,007$; IM13 As tarefas não têm fim, 30 (50,0%), $p= 0,000$; IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos, 22 (48,9%), $p= 0,000$; IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério, 13 (43,3%), $p= 0,002$; IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana), 26 (40,6%), $p= 0,000$; IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.), 29 (53,7%), $p= 0,000$; IM37 O fator crescimento da igreja- (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?), 19 (43,2%), $p= 0,005$; IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem, 24 (53,3%), $p= 0,000$. Para a categoria **Sentimentos Pessoais** foram encontradas as frequências: IM 20 Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho (como Moisés), 17 (48,6%), $p= 0,000$; IM25 Falta de privacidade, 24 (36,4%), $p= 0,000$; IM26 Falta de reconhecimento, 15 (53,6%), $p= 0,000$; IM27 Críticas, 17 (44,7%), $p= 0,001$; IM31 Dificuldade em delegar tarefas, 10 (45,5%), $p=0,000$; IM33 Dificuldade para “dizer não”, 29 (52,7%), $p= 0,000$; IM34 Administração do tempo, 31 (55,4%), $p= 0,000$; IM41 Solidão, 32 (52,5), $p= 0,000$; IM42 Sentimento de desamparo no campo, 28 (57,1%), $p= 0,000$, (Tabela 16,1). **Finanças** encontramos: IM14 Finanças dos projetos, 34 (42,5%), $p= 0,000$; IM15 Finanças pessoais, 28 (48,3%), $p= 0,000$; IM24 Falta de equipamento, 16 (45,7%), $p= 0,001$. E finalmente para a categoria **Espiritualidade** encontramos significância nos itens: IM39 Batalha espiritual (íntima), 41 (42,7%), $p= 0,000$, IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular

da Bíblia e a oração, 23 (41,1%), 0,001. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de TDM pelo BDI-II.

7.6 Presença de Sintomas ansiosa segundo IDATE-ESTADO e características de base.

Com o IDATE-ESTADO, as frequências de sintomatologia de ansiedade moderada e grave foram mais significativas com relação as de 31 a 40 anos, 94 (37,3%) $p=0,002$; na população feminina 157 (62,3%), comparativamente à população masculina 95 (37,3%), $p= 0,000$; com relação ao estado civil, as maiores frequências foram detectadas entre os casados, 145 (57,5%), seguido pelos solteiros, 100 (39,7%), separados 4 (1,6%), e viúvos, 3 (1,2%), os missionários com união estável, 145 (57,5%) e os sem união estável, 107 (42,5%) $p= 0,004$; entre os não ordenados pastores, as frequências foram significativamente altas, 185 (73,4%) e para os ordenados, 67 (26,6%) com $p= 0,000$. O tempo de missão com maior possibilidades de ansiedade foi identificado entre os que estão no campo pelo período de 21 a 30 anos 101 (40,1%), seguido por aqueles que estão entre 16 a 20 anos, 50 (19,8%), com $p= 0,001$; os missionários que residem no continente africano apresentaram as maiores frequências, 99 (39,3%) seguidos por aqueles que residem no continente asiático, 68 (27,0%) com $p= 0,023$. Entre os sedentários 154 (61,1%) e não sedentários 98 (38,9%) $p=0,002$. Missionários com outras enfermidades 68 (27,0%) $p= 0,029$. (Tabela 10)

Tabela 10. Presença de sintomatologia ansiosa segundo IDATE-ESTADO e dados Sociodemográficos / Comorbidades.

IDATE - ESTADO				
Características Sociodemográficas	Sem Sintomatologia ou Leve n= 60 (64,5%)	Com Sintomatologia Média/grave n=48 (35,5%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Idade Agrupada (%)				
20 - 30 anos	6 (8,0%)	50 (19,8%)	56 (17,1%)	0,002
31 – 40 anos	22 (29,3%)	94 (37,3%)	116 (35,5%)	
41 – 50 anos	22 (29,3%)	72 (28,6%)	94 (28,7%)	
51 – 60 anos	20 (26,7%)	29 (11,5%)	49 (15,0%)	
≥ 61 anos	5 (6,7%)	7 (2,8%)	12 (3,7%)	
Sexo (%)				
Masculino	48 (64,0%)	95 (37,3%)	143 (43,7%)	0,000.
Feminino	27 (36,0%)	157 (62,3%)	184 (56,3%)	
Estado Civil (%)				
Solteiro	15 (20,0%)	100 (39,7%)	115 (35,2%)	0,007
Casado	57 (76,0%)	145 (57,5%)	202 (61,8%)	
Separado	3 (4,0%)	4 (1,6%)	7 (2,1%)	
Viúvo	0 (0,0%)	3 (1,2%)	3 (0,9%)	
Com União Estável (%)				
Sem União Estável	18 (24,0%)	107 (42,5%)	125 (38,2%)	0,004
Com União Estável	57 (76,0%)	145 (57,5%)	202 (61,8%)	
Características Ministeriais				
Ordenado Pastor	38 (50,7%)	67 (26,6%)	105 (32,1%)	0,000.
Não ordenado Pastor	37 (49,3%)	185 (73,4%)	222 (67,9%)	
Tempo de Missão				
2 - 5 anos	12 (16,0%)	21 (8,3%)	33 (10,1%)	0,001
6 - 10 anos	4 (5,3%)	21 (8,3%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	5 (6,7%)	27 (10,7%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	7 (9,3%)	50 (19,8%)	57 (17,4%)	
21 – 30 anos	24 (32,0%)	101 (40,1%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	23 (30,7%)	32 (12,7%)	55 (16,8%)	
Continente				
Americano	15 (20,0%)	50 (19,8%)	65 (19,9%)	0,023
Europeu	20 (26,7%)	35 (13,9%)	55 (16,8%)	
Africano	18 (24,0%)	99 (39,3%)	117 (35,8%)	
Asiático	22 (29,3%)	68 (27,0%)	90 (27,5%)	
Sedentarismo				
Sim	31 (41,3%)	154 (61,1%)	185 (56,6%)	0,002
Não	44 (58,7%)	98 (38,9%)	142 (43,4%)	

Para os fatores associados à sintomatologia ansiosa moderada /grave analisados por regressão logística multivariada, ajustada pelo IDATE-Estado e características sociodemográficas, foram encontrados maior risco de sintomas ansiosos na população feminina com [RC 2,9; IC 95% 1,7-5,0]; os missionários que não foram ordenados pastores tiveram um risco aumentado de apresentarem ansiedade [RC 2,8; IC 95% 1,7-4,8] em relação aos ordenados.

Quanto às comorbidades, os missionários sedentários apresentaram [RC 1,2; IC 95% (1,7-4,8)]; outros tipos de enfermidades [RC 1,2; IC 95% (1,0-1,3)]. (Tabela 11)

Tabela 11. Fatores associados à Sintomatologia ansiosa moderada/grave avaliada por regressão logística pelo IDATE-ESTADO em 327 participantes do estudo.

Fatores associados a sintomas de Ansiedade avaliado pelo IDATE - Estado		
Características Sociodemográficas		
	Sem Ansiedade RC Multivariada (IC 95%)	Com Ansiedade RC Multivariada (IC 95%)
Sexo (%)		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	2,9 (1,7-5,0)
Características Ministeriais		
Ordenado Pastor	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Não ordenado Pastor	Referência (1,0)	2,8 (1,7-4,8)
Comorbidades		
Sedentarismo	Referência (1,0)	1,2 (1,1-1,4)
Outro Tipo de Enfermidade	Referência (1,0)	1,2 (1,0-1,3)

7.7 Sintomas Ansiosos segundo IDATE-ESTADO e IM

Foram encontradas frequências significativas com o IDATE-Estado e os fatores geradores de estresse contemplados no Inventário Ministerial. Para a categoria **Adaptação** foram identificados os itens: IM 1 Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país, 41 (89,1%), $p=0,020$; IM2 Adaptar-se à nova cultura, 52 (92,9%), $p = 0,000$; IM3 Adaptar-se à culinária local, 19 (90,5%), $p= 0,30$; IM4 Dificuldade com o idioma local, 72 (80,9%), $p= 0,000$.

Para categoria **Relacionamento com os Locais** foram detectadas: IM5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país, 22 (95,7%), $p= 0,050$; IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais, 29 (96,7%) $p= 0,031$.

Na categoria **Relacionamento com a Igreja Local** encontramos: IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja, 26 (96,3%), $p=0,014$; IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja, 17 (94,4%), $p= 0,005$; IM19 Demandas da igreja sobre o missionário, 26 (92,9%), $p= 0,029$; IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja), 19 (50,0%), $p= 0,000$; IM32 Faltam pessoas habilitadas para ajudá-los nos trabalhos da igreja, 35 (92,1%), $p= 0,037$.

Para a categoria **Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora** as frequências foram: IM9 Problemas de relacionamento com superiores, 36 (94,7%), $p= 0,001$; IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização, 57 (85,1%), $p= 0,026$; IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras, 60 (82,2%), $p= 0,001$; IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais, 42 (85,7%), $p= 0,000$; IM28 Espírito de competitividade entre colegas, 49 (83,1%), $p= 0,031$, IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes, 40 (90,9%), $p= 0,000$. (Tabela 12)

Na categoria ***Demandas Ministeriais***, identificamos as frequências significativas nos itens: IM12 Multiplicidade de tarefas, 44 (91,7%), $p= 0,045$; IM13 As tarefas não têm fim, 51 (85,0%), $p= 0,033$; IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos, 42 (93,3%), $p= 0,000$; IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério, 27 (90,0%), $p= 0,007$; IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana), 59 (92,2%), $p= 0,000$; IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.), 48 (88,9%), $p= 0,002$; IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem, 39 (86,7%), $p= 0,007$.

Para categoria ***Sentimentos Pessoais***, foram encontradas as frequências: IM 20 Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho (como Moisés), 31 (88,6%), $p= 0,031$; IM25 Falta de privacidade, 61 (92,4%), $p= 0,000$; IM27 Críticas, 33 (86,6%), $p= 0,01$; IM31 Dificuldade em delegar tarefas, 19 (86,4%), $p=0,010$; IM33 Dificuldade para “dizer não”, 49 (89,1%), $p= 0,030$; IM34 Administração do tempo, 51 (91,1%), $p= 0,002$; IM41 Solidão, 57 (93,4%), $p=0,000$; IM42 Sentimento de desamparo no campo, 46 (93,9%), $p= 0,000$.

Para a categoria ***Espiritualidade***, encontramos significância nos itens: IM39 Batalha espiritual (íntima), 79 (82,3%), $p= 0,001$, IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração, (89,3%), 0,035. (Tabela 12.1)

Tabela 12. Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de ansiosos pelo IDATE-ESTADO

Categorias	Estresse Significante	Valor de p
Adaptação		
IM 1 Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país	41 (89,1%)	0,020
IM2 Adaptar-se à nova cultura	52 (92,9%)	0,000
IM3 Adaptar-se à culinária local	19 (90,5%)	0,030
IM4 Dificuldade com o idioma local	72 (80,9%)	0,000
Relacionamento com os Locais		
MI5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país	22 (95,7%)	0,050
IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais	29 (96,7%)	0,031
Relacionamento com a Igreja Local		
IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja	26 (96,3%)	0,014
IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja	17 (94,4%)	0,005
IM19 Demandas da igreja sobre o missionário	26 (92,9%)	0,029
IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja)	19 (50,0%)	0.000
IM32 Faltam pessoas habilitadas para ajudá-los nos trabalhos da igreja	35 (92,1%)	0,037
Relacionamento com Agência		
IM9 Problemas de relacionamento com superiores	36 (94,7%)	0,001
IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização	57 (85,1%)	0,026
IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras	60 (82,2%)	0,001
IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais	42 (85,7%)	0,000
IM28 Espírito de competitividade entre colegas	49 (83,1%)	0,031
IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes	40 (90,9%)	0,000

Tabela 12.1 Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de ansiedade pelo IDATE-Estado.

Categorias	Estresse Significante	Valor de p
Demandas Ministeriais		
IM12 Multiplicidade de tarefas	44 (91,7%)	0,045
IM13 As tarefas não têm fim	51 (85,0%)	0,033
IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos	42 (93,3%)	0,000
IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério	27 (90,0%)	0,007
IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana)	59 (92,2%)	0,000
IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.)	48 (88,9%)	0,002
IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem	39 (86,7%)	0,007
Sentimentos e Dificuldades Pessoais		
IM 20 Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho	31 (88,6%)	0,031
IM25 Falta de privacidade	61 (92,4%)	0,000
IM27 Críticas	33 (86,6%)	0,001
IM31 Dificuldade em delegar tarefas	19 (86,4%)	0,010
IM33 Dificuldade para “dizer não”	49 (89,1%)	0,030
IM34 Administração do tempo	51 (91,1%)	0,002
IM41 Solidão	57 (93,4%)	0,000
IM42 Sentimento de desamparo no campo	46 (93,9%)	0,000
Espiritualidade		
IM39 Batalha espiritual (íntima)	79 (82,3%)	0,001
IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração	50 (89,3%)	0,035

7.8 Presença de Sintomas ansiosos segundo IDATE-Traço e características de base.

Com o IDATE-Traço, as frequências de sintomatologia de ansiedade moderada e grave foram mais significativas entre as idades de 31 e 40 anos, 91 (35,5%) $p=0,003$; na população feminina 157 (61,3%), comparativamente à população masculina 99 (38,7%), $p=0,000$; com relação ao estado civil, as maiores frequências foram detectadas entre os casados, 147 (57,4%), seguido pelos solteiros, 103 (40,2%), separados 3 (1,2%), e viúvos, 3 (1,2%), $p=0,000$, os missionários com união estável, 147 (57,4%) e os sem união estável, 109 (42,6%) $p=0,002$; entre os não ordenados pastores, as frequências foram significativamente altas, 185 (72,3%) e para os ordenados, 71 (27,7%) com $p=0,001$; os missionários pertencentes às igrejas históricas apresentaram maior frequência de sintomas ansiosos 252 (98,4%) e os pertencentes a igrejas Pentecostais/Neo 4 (1,6%) com $p=0,049$; o tempo de missão com maior possibilidade de ansiedade foi identificado entre os que estão no campo pelo período de 21 a 30 anos 105 (41,0%), seguidos por aqueles que estão entre 16 a 20 anos, 50 (19,5%), com $p=0,000$, (Tabela 18); os missionários que residem no continente africano apresentaram as maiores frequências, 100 (39,1%), seguidos aos que residem no continente asiático, 70 (27,3%) com $p=0,015$; os missionários que servem nos países engajados, mas não alcançados, apresentaram frequências de 107 (41,8%), seguidos pelos países engajados 94 (36,7%), $p=0,023$; entre os sedentários 157 (61,1%) e não sedentários 99 (38,9%) $p=0,001$. (Tabela 13, 13.1)

Tabela 13 Presença de sintomatologia ansiosa segundo IDATE-Traço e dados Sociodemográficos / Comorbidades.

IDATE - TRAÇO				
Características Sociodemográficas				
	Sem Sintomatologia ou Leve n= 60 (64,5%)	Com Sintomatologia Média/grave n=48 (35,5%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Idade Agrupada (%)				
20 - 30 anos	5 (7,0%)	51 (13,9%)	56 (17,1%)	0,003
31 – 40 anos	25 (35,2%)	91 (35,5%)	116 (35,5%)	
41 – 50 anos	18 (25,4%)	76 (29,7%)	94 (28,7%)	
51 – 60 anos	17 (23,9%)	32 (12,5%)	49 (15,0%)	
≥ 61 anos	6 (8,5%)	6 (2,3%)	12 (3,7%)	
Sexo (%)				
Masculino	44 (62,0%)	99 (38,7%)	143 (43,7%)	0,000
Feminino	27 (38,0%)	157 (61,3%)	184 (56,3%)	
Estado Civil (%)				
Solteiro	12 (16,9%)	103 (40,2%)	115 (35,2%)	0,000
Casado	55 (77,5%)	147 (57,4%)	202 (61,8%)	
Separado	4 (5,6%)	3 (1,2%)	7 (2,1%)	
Viúvo	0 (0,0%)	3 (1,2%)	3 (0,9%)	
Com União Estável (%)				
Sem União Estável	16 (22,5%)	109 (42,6%)	125 (38,2%)	0,002
Com União Estável	55 (77,5%)	147 (57,4%)	202 (61,8%)	
Características Ministeriais				
Ordenado Pastor	34 (47,9%)	71 (27,7%)	105 (32,1%)	0,001
Não ordenado Pastor	37 (52,1%)	185 (72,3%)	222 (67,9%)	
Igrejas Históricas / Pentecostais				
Históricas	67 (94,4%)	252 (98,4%)	319 (97,6%)	0,049
Pentecostais/Neo	4 (5,6%)	4 (1,6%)	8 (2,4%)	
Tempo de Missão				
2 - 5 anos	14 (19,7%)	19 (7,4%)	33 (10,1%)	0,000
6 - 10 anos	4 (5,6%)	21 (8,2%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	5 (7,0%)	27 (10,5%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	7 (9,9%)	50 (19,5%)	57 (17,4%)	
21 – 30 anos	20 (28,2%)	105 (41,0%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	21 (29,6%)	34 (13,3%)	55 (16,8%)	

Tabela 13.1 Presença de sintomatologia ansiosa segundo IDATE-Traço e dados Sociodemográficos / Comorbidades.

IDATE - TRAÇO				
Características Sociodemográficas				
	Sem Sintomatologia ou Leve n= 60 (64,5%)	Com Sintomatologia Média/grave n=48 (35,5%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Continente				
Americano	14 (19,7%)	51 (19,9%)	65 (19,9%)	0,015
Europeu	20 (28,2%)	35 (13,7%)	55 (16,8%)	
Africano	17 (23,9%)	100 (39,1%)	117 (35,8%)	
Asiático	20 (28,2%)	70 (27,3%)	90 (27,5%)	
Tipo de país				
Alcançado	35 (49,3%)	94 (36,7%)	129 (39,4%)	0,023
Engajado, mas não alcançado	17 (23,9%)	107 (41,8%)	124 (37,9%)	
Não engajado e não alcançado	19 (26,8%)	55 (21,5%)	74 (22,6%)	
Comorbidades				
Sedentarismo (Sim)	28 (39,4%)	157 (61,3%)	185 (56,6%)	0,001
Sedentarismo (Não)	43 (60,6%)	99 (38,7%)	142 (43,4%)	

Nos fatores associados à sintomatologia ansiosa moderada /grave, analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo IDATE-Traço e características sociodemográficas, foram encontrados maior risco de sintomas ansiosos na população feminina com [RC 2,6; IC 95% (1,5-4,4)] e os missionários que não foram ordenados pastores similarmente tiveram um risco aumentado de apresentarem ansiedade [RC 2,4; IC 95% (1,4-4,1)] em relação aos ordenados.

Quanto às comorbidades, os missionários sedentários apresentaram [RC 1,2; IC 95% (1,7-4,8)]; outros tipos de enfermidades [RC 1,2; IC 95% (1,1-1,4)]. (Tabela 14)

Tabela 14. Fatores associados à Sintomatologia ansiosa moderada/grave avaliados por regressão logística pelo IDATE-Traço.

Fatores associados a sintomas de Ansiedade avaliados pelo IDATE - TRAÇO		
Características Sociodemográficas		
	Sem Ansiedade RC Multivariada (IC 95%)	Com Ansiedade RC Multivariada (IC 95%)
Sexo (%)		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	2,6 (1,5 - 4,4)
Ordenado Pastor		
Não ordenado Pastor	Referência (1,0)	2,4 (1,4 - 4,1)
Comorbidades		
Sedentarismo	Referência (1,0)	1,2 (1,1 - 1,4)

7.9 Presença de sintomas Ansiosos segundo IDATE-Traço e IM.

Foram encontradas frequências significativas com o IDATE-TRAÇO e os fatores geradores de estresse contemplados no Inventário Ministerial. Para a categoria **Adaptação** foram identificados os itens: IM 1 Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país, 45 (97,8%), $p=0,001$; IM2 Adaptar-se à nova cultura, 54 (96,4%), $p = 0,000$; IM3 Adaptar-se à culinária local, 19 (90,5%), $p= 0,011$; IM4 Dificuldade com o idioma local, 76 (85,4%), $p= 0,000$.

Para categoria **Relacionamento com os Locais** foram detectadas: MI5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país, 23 (100,0%), $p= 0,001$; IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais, 30 (100,0%), $p=0,008$.

Na categoria **Relacionamento com a Igreja Local** encontramos: IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja, 27 (100,0%), $p=0,001$; IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja, 18 (100,0%), $p= 0,020$; IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja), 33 (86,8%), $p= 0,001$.

Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora as frequências foram: IM9 Problemas de relacionamento com superiores, 36 (94,7%), $p=0,001$; IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização, 60 (89,6%), $p=0,000$; IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras, 65 (89,0%), $p=0,002$; IM18. Demandas da agência missionária sobre o enviado, 31 (91,2%), $p=0,049$, IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais, 43 (87,8%), $p=0,001$; IM28 Espírito de competitividade entre colegas, 51 (86,4%), $p=0,041$, IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes, 42 (95,5%), $p=0,000$. (Tabela 15)

Na categoria **Demandas Ministeriais**, identificamos as frequências significativas nos itens: IM13 As tarefas não têm fim, 50 (83,3%), $p=0,020$; IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da sua competência ou talentos, 42 (93,3%), $p=0,002$; IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério, 27 (90,0%), $p=0,007$; IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana), 58 (90,6%), $p=0,005$; IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.), 48 (88,9%), $p=0,012$; IM37 O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? (Quantos estão envolvidos na obra missionária?), 39 (88,6%), $p=0,035$; IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem, 41 (91,1%), $p=0,000$.

Para **Finanças**, identificou-se IM24 Falta de equipamento, 32 (91,4%), $p=0,015$. Para categoria **Sentimentos Pessoais** foram encontradas as frequências: IM25 Falta de privacidade, 62 (93,9%), $p=0,000$; IM26 Falta de reconhecimento, 26 (92,9%), $p=0,046$; IM27 Críticas, 34 (89,5%), $p=0,017$; IM31 Dificuldade em delegar tarefas, 19 (86,4%), $p=0,014$; IM33 Dificuldade para “dizer não”, 50 (90,9%), $p=0,015$; IM34 Administração do tempo, 51 (91,1%), $p=0,001$; IM41 Solidão, 58 (95,1%), $p=0,000$; IM42 Sentimento de desamparo no campo, 48 (98,0%), $p=0,000$.

Com relação à **Espiritualidade**, encontramos significância nos itens: IM39 Batalha espiritual (íntima), 86 (89,6%), $p=0,000$, IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração, 52 (92,9%), 0,008. (Tabela 15.1)

Tabela 15. Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de ansiedade pelo IDATE-Traço

Categorias	Significante	p
Adaptação		
IM 1 Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país	45 (97,8%)	0,001
IM2 Adaptar-se à nova cultura	54 (96,4%)	0,000
IM3 Adaptar-se à culinária local	19 (90,5%)	0,011
IM4 Dificuldade com o idioma local	76 (85,4%)	0,000
Relacionamento com os Locais		
IM5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país	23 (100,0%)	0,001
IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais	30 (100,0%)	0,008
Relacionamento com a Igreja Local		
IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja	27 (100,0%)	0,001
IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja	18 (100,0%)	0,020
IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário, falta de cooperação dos membros da Igreja	33 (86,8%)	0,001
Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora		
IM9 Problemas de relacionamento com superiores	36 (94,7%)	0,001
IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização	60 (89,6%)	0,000
IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras	65 (89,0%)	0,002
IM18. Demandas da agência missionária sobre o enviado	31 (91,2%)	0,049
IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais	43 (87,8%)	0,001
IM28 Espírito de competitividade entre colegas	51 (86,4%)	0,041
IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes	42 (95,5%)	0,000

Tabela 15.1 Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de ansiedade pelo IDATE-Traço.

Categorias	Estresse Significante	Valor de p
Demandas Ministeriais		
IM13 As tarefas não têm fim	50 (83,3%)	0,020
IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos	42 (93,3%)	0,002
IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério	27 (90,0%)	0,007
IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana)	58 (90,6%)	0,005
IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.)	48 (88,9%)	0,012
IM37 O fator crescimento da igreja (Quanto batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?)	39 (88,6%)	0,035
IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem	41 (91,1%)	0,000
Finanças		
IM24 Falta de equipamento	32 (91,4%)	0,015
Sentimentos e Dificuldades Pessoais		
IM25 Falta de privacidade	62 (93,9%)	0,000
IM26 Falta de reconhecimento	26 (92,9%)	0,046
IM27 Críticas	34 (89,5%)	0,017
IM31 Dificuldade em delegar tarefas	19 (86,4%)	0,014
IM33 Dificuldade para “dizer não”	50 (90,9%)	0,015
IM34 Administração do tempo	51 (91,1%)	0,001
IM41 Solidão	58 (95,1%)	0,000
IM42 Sentimento de desamparo no campo	48 (98,0%)	0,000
Espiritualidade		
IM39 Batalha espiritual (íntima)	86 (89,6%)	0,000
IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração	52 (92,9%)	0,008

7.10 Presença de sintomas de Burnout segundo MBI (EE) e características de base.

As frequências dos Sintomas da Síndrome de *Burnout* foi avaliada pelo MBI em suas três subescalas Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (D), e Realização Profissional (PR). (Gráfico 7)

Verificaram-se associações significativas para a subescala Exaustão Emocional (EE) no variável sexo, na qual a população feminina apresentou uma frequência de 27 (69,2%) para EE moderada e 14 (77,8%) para grave contrapondo com a população masculina com EE moderada de 12 (30,8%) e grave 4 (22,2%) com $p=0,027$. Com relação ao tempo de missão, as frequências moderadas foram identificadas entre 11 e 15 anos, 11 (28,2%) e as graves entre 6 a 10 anos, 6 (33,3%), $p=0,000$. Os missionários sem diagnóstico prévio de depressão tiveram uma frequência de 25 (64,1%) para EE moderada e 10 (55,6%) para grave, $p=0,000$; Indivíduos sem diagnóstico prévio de ansiedade obtiveram as frequências para EE moderada 22 (56,4%) e grave 11 (61,1%), $p=0,016$; os sem diagnóstico prévio de transtornos psiquiátricos obtiveram as frequências para EE moderada 37 (94,9%) e para grave 14 (77,8), $p=0,006$; os missionários com história prévia de suicídio na família obtiveram as frequências moderadas de 7 (17,9%) e grave 2 (11,1), $p=0,011$. (Tabela 16)

Gráfico 7 Frequências relativas e absolutas segundo MBI para Síndrome de *Burnout*

Tabela 16. Presença de sintomas significativos na subescala Exaustão Emocional (EE) do MBI e dados Sociodemográficos / Comorbidades.

Maslach <i>Burnout Inventory</i> (MBI)					
Características Sociodemográficas		Exaustão Emocional			
	Leve ou Sem n= 270 (82,6%)	Moderado n=39 (11,9%)	Grave n=18 (5,5%)	Total n= 327 (100,0%)	Valor de p
Sexo (%)					
Masculino	12 (47,0%)	12 (30,8%)	4 (22,2%)	143 (43,7%)	0,027
Feminino	143 (53,0%)	27 (69,2%)	14 (77,88%)	184 (56,3%)	
Tempo de Missão					
2 - 5 anos	27 (10,0%)	3 (9,1%)	3 (16,7%)	33 (10,1%)	0,000
6 - 10 anos	14 (5,2%)	5 (12,8%)	6 (33,3%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	21 (7,8%)	11 (28,2%)	0 (0,0%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	47 (17,4%)	6 (15,4%)	4 (22,2%)	57 (17,4%)	
21 – 30 anos	110 (40,7%)	10 (25,6%)	5 (27,8%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	51 (18,9%)	4 (10,3%)	0 (0,0%)	55 (16,8%)	
Comorbidades					
Depressão (Sim)	41 (15,2%)	14 (35,9%)	8 (44,4%)	63 (19,3%)	0,000
Depressão (Não)	229 (84,8%)	25 (64,1%)	10 (55,6%)	264 (80,7%)	
Ansiedade (Sim)	64 (23,7%)	17 (43,6%)	7 (38,9%)	88 (26,9%)	0,016
Ansiedade (Não)	206 (76,3%)	22 (56,4%)	11 (61,1%)	239 (73,1%)	
Transtorno psiquiátrico (Sim)	12 (4,4%)	2 (5,1%)	4 (22,2%)	18 (5,5%)	0,006
Transtorno Psiquiátrico (não)	258 (95,6%)	37 (94,9%)	14 (77,8%)	309 (94,5%)	
Histórico de Suicídio na família	14 (5,2%)	7 (17,9%)	2 (11,1%)	23 (7,0%)	0,011

7.11 Presença de sintomas de *Burnout* segundo MBI (D) e características de base.

A frequência dos sintomas da Síndrome de *Burnout* para a subescala Despersonalização (D) avaliada pelo MBI encontrou associações significativas na variável sexo, na qual a população feminina apresentou uma frequência de 39 (53,4%) para D moderada e 47 (77,0%) para grave contrapondo-se à população masculina com D moderada em 34 (46,6%) e grave 14 (23,0%) com $p= 0,001$. Para a variável com união estável, os missionários com companheiro tiveram a frequência de 42 (57,5%) para moderado e 31 (50,8%) para grave comparativamente aos sem companheiros com frequência para moderado de 31 (42,5%) e grave 30 (49,2%), $p= 0,050$. Para não ordenado pastor, a frequência moderada foi de 51 (69,9%) e grave 51 (83,6%), contrastando com os que receberam a ordenação de pastor com frequência moderada de 22 (30,1%) e grave de 10 (16,4%), com $p= 0,007$. A respeito do tempo de missão, as frequências significativas foram para o tempo de 21 e 30 anos, com os valores de 28 (38,4%) para moderado e 18 (29,5%) para grave, $p= 0,003$. Os missionários que servem no continente africano tiveram para D moderada 31 (42,5%) e grave 22 (36,1%), $p= 0,054$; Para a variável presença de missionários na região, foram encontradas a frequência moderada de 41 (56,2%) e a grave de 39 (63,9%), $p= 0,033$; Com relação ao diagnóstico prévio de depressão, os missionários sem diagnóstico prévio tiveram uma frequência moderada de 56 (76,7%) e grave de 39 (63,9%), $p= 0,000$; Indivíduos sem diagnóstico prévio de ansiedade obtiveram as frequências moderada 60 (82,2%) e para grave 35 (57,4%), $p= 0,004$ e para os com histórico familiar de depressão foram encontradas para frequência moderada 60 (82,2%) e grave 35 (57,4%), $p=0,004$;

Os Missionários com história prévia de depressão na família obtiveram as frequências moderadas de 36 (49,3%) e grave 29 (47,5%), com $p = 0,034$.
(Tabela 17)

Tabela 17. Presença de sintomas significativos na subescala Despersonalização (D) do MBI e dados Sociodemográficos.

Maslach <i>Burnout</i>					
Características Sociodemográficas		Despersonalização			
	Leve ou Sem n= 193 (59,0%)	Moderado n= 73 (22,3%)	Grave n= 61 (18,7%)	Total n= 327 (100,0%)	Valor de p
Sexo (%)					
Masculino	95 (49,2%)	34 (46,6%)	14 (23,0%)	143 (43,7%)	0,001
Feminino	98 (50,8%)	39 (53,4%)	47 (77,0%)	184 (56,3%)	
União Estável					
Sem Companheiro	64 (33,2%)	31 (42,5%)	30 (49,2%)	125 (38,2%)	0,050
Com Companheiro	129 (66,8%)	42 (57,5%)	31 (50,8%)	202 (61,8%)	
Características Ministerial					
Ordenado Pastor	73 (37,8%)	22 (30,1%)	10 (16,4%)	105 (32,1%)	0,007
Não ordenado Pastor	120 (62,2%)	51 (69,9%)	51 (83,6%)	222 (67,9%)	
Tempo de Missão					
2 - 5 anos	23 (11,9%)	3 (4,1%)	7 (11,5%)	33 (10,1%)	0,003
6 - 10 anos	8 (4,1%)	8 (11,0%)	9 (14,8%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	15 (7,8%)	7 (9,6%)	10 (16,4%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	27 (14,0%)	19 (26,0%)	11 (18,0%)	57 (17,4%)	
21 – 30 anos	79 (40,9%)	28 (38,4%)	18 (29,5%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	41 (21,2%)	8 (11,0%)	6 (9,8%)	55 (16,8%)	
Continente					
Americano	39 (20,2%)	11 (15,1%)	15 (24,6%)	65 (19,9%)	0,054
Europeu	28 (14,5%)	19 (26,0%)	8 (13,1%)	55 (16,8%)	
Africano	64 (33,2%)	31 (42,5%)	22 (36,1%)	117 (35,8%)	
Asiático	62 (32,1%)	12 (16,4%)	16 (26,2%)	90 (27,5%)	
Outros Missionários na Região					
Sim	140 (72,5%)	41 (56,2%)	39 (63,9%)	220 (67,3%)	0,033
Não	53 (27,5%)	32 (43,8%)	22 (36,1%)	107 (32,7%)	
Diagnóstico Depressão (Sim)	24 (12,4%)	17 (23,3%)	22 (36,1%)	63 (19,3%)	0,000
Diagnóstico Depressão (Não)	169 (87,6%)	56 (76,7%)	39 (63,9%)	264 (80,7%)	
Diagnóstico Ansiedade (sim)	49 (25,4%)	13 (17,8%)	26 (42,6%)	88 (26,9%)	0,004
Diagnóstico Ansiedade (Não)	144 (74,6%)	60 (82,2%)	35 (57,4%)	239 (73,1%)	
Histórico de Depressão na família	66 (34,2%)	36 (49,3%)	29 (47,5%)	131 (40,1%)	0,034

7.12 Presença de sintomas de *Burnout* segundo MBI (RP) e características de base.

A frequência dos sintomas da Síndrome de *Burnout* na subescala Realização Profissional avaliada pelo MBI encontrou associações significativas nas variáveis sem diagnóstico prévio de depressão tendo para RP moderado 62 (73,8%) e Grave 98 (79,0%), $p=0,045$. (Tabela 18)

Tabela 18. Presença de sintomas significativos na subescala Realização Profissional (RP) do MBI e dados Sociodemográficos.

Maslach <i>Burnout</i>					
Comorbidades	Realização Profissional				
	Leve ou Sem n= 119 (36,4%)	Moderado n= 84 (25,7%)	Grave n= 124 (37,9%)	Total n= 327 (100,0%)	Valor de p
Diagnóstico Depressão (SIM)	15 (12,6%)	22 (26,2%)	26 (21,0%)	63 (19,3%)	0,045
Diagnóstico Depressão (Não)	104 (87,4%)	62 (73,8%)	98 (79,0%)	264 (80,7%)	

7.13 Presença de sintomas de *Burnout* segundo MBI (perfis de estresse) e características de base.

Foram encontradas frequências significativas dos sintomas de estresse associados aos dados Sociodemográficos e comorbidades distribuídos de acordo com os 5 perfis identificados pelo MBI. Com relação à variável “Sexo”, obteve-se para a população feminina as frequências para *Burnout* 38 (70,4%), Desengajados 48 (60,0%), Esgotados 3 (100%), Ineficaz 44 (46,8%), Engajados 51 (53,1%) e para a população masculina foram encontradas para *Burnout* 16 (29,6%), Desengajados 32 (40,0%), Esgotados 0 (0,0%), Ineficaz 50 (53,2%) e Engajados 45 (46,9%), $p=0,027$. Para os “Não Ordenados Pastor para *Burnout*” 41 (75,9%), Desengajados 61 (76,3%), Esgotados 3 (100%), Ineficaz 61 (64,9%), Engajados 56 (58,3%) e para os “Ordenados Pastor” encontramos para *Burnout* 13 (24,1%), Desengajados 19 (23,8%), Esgotados 0 (0,0%), Ineficaz 33 (35,1%) e Engajados 40 (41,7%) com $p=0,041$. Para a variável “Tempo de Missão”, as

frequências mais significativas foram relacionadas ao período de 21 a 30 anos no campo, para *Burnout* 14 (25,9%), Desengajados 32 (40,0%), Esgotados 1 (33,3%), Ineficaz 34 (36,2%) e Engajados 44 (45,8%) com $p=0,000$. Com relação ao diagnóstico prévio de depressão, os missionários sem diagnóstico prévio tiveram frequência para *Burnout* 32 (59,3%), Desengajados 63 (78,8%), Esgotados 3 (100%), Ineficaz 85 (90,4%) e Engajados 81 (84,4%) com $p=0,000$. Para os Indivíduos “Sem diagnóstico prévio de ansiedade” foram observados para *Burnout* 31 (57,4%), Desengajados 64 (80,0%), Esgotados 2 (66,7%), Ineficaz 72 (76,6%) e Engajados 70 (72,9%) com $p=0,053$. Para a variável com “Histórico de suicídio na família”, encontramos para *Burnout* 9 (16,7%), Desengajados 3 (3,8%), Esgotados 0 (0,0%), Ineficaz 6 (6,4%) e Engajados 5 (5,2%) com $p=0,045$ (Tabela 19).

Gráfico 8 Perfis de Estresse encontrados na amostra segundo MBI

Tabela 19. Presença de sintomas significativos de Estresse distribuídos de acordo com os diferentes perfis analisados pelo MBI e os dados Sociodemográficos e comorbidades dos 327 participantes da amostra.

Características Sociodemográficas		Classificações Segundo Escala MBI					Valor de p
	<i>Burnout</i> n=54 (16,5%)	Desengajado n= 80 (24,5%)	Esgotado n= 3 (0,9%)	Ineficaz n= 94 (28,7%)	Engajado n=96 (29,4%)	Total n= 327 (100,0%)	
Sexo (%)							
Masculino	16 (29,6%)	32 (40,0%)	0 (0,0%)	50 (53,2%)	45 (46,9%)	143 (43,7%)	0,027
Feminino	38 (70,4%)	48 (60,0%)	3 (100,0%)	44 (46,8%)	51 (53,1%)	184 (56,3%)	
Características Ministeriais							
Ordenado Pastor	13 (24,1%)	19 (23,8%)	0 (0,0%)	33 (35,1%)	40 (41,7%)	105 (32,1%)	0,041
Não ordenado Pastor	41 (75,9%)	61 (76,3%)	3 (100,0%)	61 (64,9%)	56 (58,3%)	222 (67,9%)	
Tempo de Missão							
2 - 5 anos	6 (11,1%)	4 (5,0%)	0 (0,0%)	14 (14,9%)	9 (9,4%)	33 (10,1%)	0,000
6 - 10 anos	11 (20,4%)	6 (7,5%)	0 (0,0%)	4 (4,3%)	4 (4,2%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	9 (16,7%)	8 (10,0%)	2 (66,7%)	5 (5,3%)	8 (8,3%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	10 (18,5%)	20 (25,0%)	0 (0,0%)	13 (13,8%)	14 (14,6%)	57 (17,4%)	
21 – 30 anos	14 (25,9%)	32 (40,0%)	1 (33,3%)	34 (36,2%)	44 (45,8%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	4 (7,4%)	10 (12,5%)	0 (0,0%)	24 (25,5%)	17 (17,7%)	55 (16,8%)	
<i>Diagnóstico Depressão (Sim)</i>	22 (40,7%)	17 (21,3%)	0 (0,0%)	9 (9,6%)	15 (15,6%)	63 (19,3%)	0,000
<i>Diagnóstico Depressão (Não)</i>	32 (59,3%)	63 (78,8%)	3 (100,0%)	85 (90,4%)	81 (84,4%)	264 (80,7%)	
<i>Diagnóstico Ansiedade (Sim)</i>	23 (42,6%)	16 (20,0%)	1 (33,3%)	22 (23,4%)	26 (27,1%)	88 (26,9%)	0,053
<i>Diagnóstico Ansiedade (Não)</i>	31 (57,4%)	64 (80,0%)	2 (66,7%)	72 (76,6%)	70 (72,9%)	239 (73,1%)	
<i>Histórico de Suicídio na família</i>	9 (16,7%)	3 (3,8%)	0 (0,0%)	6 (6,4%)	5 (5,2%)	23 (7,0%)	0,045

7.14 Presença de Sintomas de Estresse e síndrome de *Burnout* na subescala EE e IM.

Foram encontradas frequências significativas com o MBI na subescala “Exaustão Emocional” e os fatores geradores de estresse contemplados no Inventário Ministerial.

Para a categoria **Adaptação** foram identificados os itens: **IM2** Adaptar-se à nova cultura, para estresse moderado 18 (32,1%), e para estresse Grave 5 (8,9%), $p = 0,000$; **IM3** Adaptar-se à culinária local, estresse moderado 7

(33,3%), e para estresse Grave 0 (0,0%), $p=0,019$; **IM4** Dificuldade com o idioma local, estresse moderado 17 (19,1%), e para estresse Grave 17 (7,9%), $p=0,007$. **IM10** Conflitos familiares devido ao ministério, estresse moderado 10 (28,6%), e para estresse Grave 3 (8,6%), $p=0,002$; **IM11** Adaptação da esposa (o) à nova cultura, estresse moderado 7 (25,9%), e para estresse Grave 2 (7,4%), $p=0,033$

Para categoria **Relacionamento com os Locais** foram detectadas: **MI5** Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país, estresse moderado 6 (26,1%), e para estresse Grave 3 (13,0%), $p=0,003$; **IM6** Dificuldade em estabelecer relacionamentos com os locais, estresse moderado 11 (36,7%), e para estresse Grave 3 (10,0%), $p=0,000$. (Tabela 20)

Na categoria **Relacionamento com a Igreja Local** encontramos: **IM7** Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja, estresse moderado 8 (29,6%), e para estresse Grave 2 (7,4%), $p=0,002$; **IM8** Problemas de relacionamento com membros da igreja, estresse moderado 5 (27,8%), e para estresse Grave 2 (11,1%), $p=0,000$; **IM30** Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja), estresse moderado 10 (26,3%), e para estresse Grave 4 (10,5%), $p=0,000$; **IM32** Faltam pessoas habilitadas para ajudar nos trabalhos da igreja, estresse moderado 7 (18,4%), e para estresse Grave 6 (15,8%), $p=0,000$. (Tabela 20)

Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora as frequências foram: **IM9** Problemas de relacionamento com superiores, estresse moderado 12 (31,6%), e para estresse Grave 2 (5,3%), $p=0,002$; **IM16** Expectativas irrealistas por parte da organização, estresse moderado 15 (22,4%), e para estresse Grave 6 (9,0%), $p=0,029$; **IM17** As expectativas quanto ao trabalho não são claras estresse moderado 21 (28,8%), e para estresse Grave

3 (4,1%), $p=0,000$; **IM18** Demandas da agência missionária sobre o enviado, estresse moderado 10 (29,4%), e para estresse Grave 3 (8,8%) $p= 0,022$; **IM21** Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais, estresse moderado 13 (26,5%), e para estresse Grave 4 (8,2%) $p= 0,008$; **IM28** Espírito de competitividade entre colegas, estresse moderado 17 (28,8%), e para estresse Grave 3 (5,1%), $p= 0,000$; **IM43** Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes, estresse moderado 14 (31,8%), e para estresse Grave 4 (9,1%), $p= 0,000$.

Na categoria ***Demandas Ministeriais*** identificamos as frequências significativas nos itens: **IM12** Multiplicidade de tarefas, estresse moderado 13 (27,1%), e para estresse Grave 7 (14,6%), $p= 0,000$; **IM13** As tarefas não têm fim, estresse moderado 18 (30,0%), e para estresse Grave 10 (16,7%), $p= 0,000$; **IM22** Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos, estresse moderado 10 (22,2%), e para estresse Grave 7 (15,6%), $p= 0,000$; **IM23** Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério, estresse moderado 11 (36,7%), e para estresse Grave 2 (6,7%), $p= 0,000$; **IM35** O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana), estresse moderado 13 (20,30%), e para estresse Grave 7 (10,9%), $p= 0,041$; **IM36** Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.), estresse moderado 14 (25,9%), e para estresse Grave 7 (13,0%), $p= 0,001$; **IM37** O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?), estresse moderado 10 (22,7%), e para estresse Grave 4 (9,1%), $p=0,033$; **IM38** Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem, estresse moderado 8

(17,8%), e para estresse Grave 6 (13,3%), $p=0,000$. (Tabela 20.1)

Para **Finanças** identificou-se **IM14** Finanças dos projetos, estresse moderado 17 (19,1%), e para estresse Grave 7 (7,9%), $p=0,007$; **IM15** Finanças pessoais, estresse moderado 6 (26,1%), e para estresse Grave 3 (13,0%), $p=0,003$.

Com relação à categoria **Sentimentos Pessoais** encontrou-se as frequências: **IM 20** Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho (como Moisés). estresse moderado 9 (25,7%), e para estresse Grave 8 (22,9%), $p=0,000$; **IM25** Falta de privacidade, estresse moderado 15 (22,7%), e para estresse Grave 8 (12,1%), $p=0,003$; **IM26** Falta de reconhecimento, estresse moderado 7 (25,0%), e para estresse Grave 4 (14,3%), $p=0,002$; **IM27** Críticas, estresse moderado 10 (26,3%), e para estresse Grave 5 (13,2%), $p=0,008$; **IM29** Perseguição, estresse moderado 11 (17,7%), e para estresse Grave 7 (11,3%), $p=0,003$; **IM31** Dificuldade em delegar tarefas, estresse moderado 6 (27,3%), e para estresse Grave 4 (18,2%), $p=0,002$; **IM33** Dificuldade para “dizer não”, estresse moderado 13 (23,6%), e para estresse Grave 7 (12,7%), $p=0,001$; **IM34** Administração do tempo, estresse moderado 11 (19,6%), e para estresse Grave 9 (16,1%), $p=0,001$; **IM41** Solidão, estresse moderado 17 (27,9%), e para estresse Grave 10 (16,4%), $p=0,000$; **IM42** Sentimento de desamparo no campo, estresse moderado 14 (28,6%), e para estresse Grave 8 (16,3%), $p=0,000$.

Espiritualidade encontramos significância nos itens: **IM39** Batalha espiritual (íntima), estresse moderado 21 (21,9%), e para estresse Grave 12 (12,5%), $p=0,000$; **IM40** Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração, estresse moderado 10 (17,9%), e para estresse Grave 5 (8,9%), $p=0,014$. (Tabela 20.2)

Tabela 20. Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de *Burnout* avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Exaustão Emocional.

Categorias	Exaustão Emocional			
	Leve ou Sem n= 270 (82,6%)	Moderado n= 39 (11,9%)	Grave n= 18 (5,5%)	Valor de p
Adaptação				
IM2 Adaptar-se à nova cultura	33 (58,9%)	18 (32,1%)	5 (8,9%)	0,000
IM3 Adaptar-se à culinária local	14 (66,7%)	7 (33,3%)	0 (0,0%)	0,019
IM4 Dificuldade com o idioma local	65 (73,0%)	17 (19,1%)	7 (7,9%)	0,007
IM10 Conflitos familiares devido ao ministério	22 (62,9%)	10 (28,6%)	3 (8,6%)	0,002
IM11 Adaptação da(o) esposa(o) à nova cultura	18 (66,7%)	7 (25,9%)	2 (7,4%)	0,033
Relacionamento com os Locais				
MI5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país	14 (60,9%)	6 (26,1%)	3 (13,0%)	0,003
IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais	16 (53,3%)	11 (36,7%)	3 (10,0%)	0,000
Relacionamento com a Igreja Local				
IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja	17 (63,0%)	8 (29,6%)	2 (7,4%)	0,002
IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja	11 (61,1%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	0,000
IM19 Demandas da igreja sobre o missionário	18 (64,3%)	8 (28,6%)	2 (7,1%)	0,012
IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja)	24 (63,2%)	10 (26,3%)	4 (10,5%)	0,000
IM32 Faltam pessoas habilitadas para ajudar nos trabalhos da igreja	25 (65,8%)	7 (18,4%)	6 (15,8%)	0,008

Tabela 20.1 Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de *Burnout* avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Exaustão Emocional.

Categorias	Exaustão Emocional				Valor de p
	Leve ou Sem n= 270 (82,6%)	Moderado n= 39 (11,9%)	Grave n= 18 (5,5%)		
Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora					
IM9 Problemas de relacionamento com superiores	24 (63,2%)	12 (31,6%)	2 (5,3%)		0,002
IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização	46 (68,7%)	15 (22,4%)	6 (9,0%)		0,029
IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras	49 (67,1%)	21 (28,8%)	3 (4,1%)		0,000
IM18. Demandas da agência missionária sobre o enviado	21 (61,8%)	10 (29,4%)	3 (8,8%)		0,022
IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais	32 (65,3%)	13 (26,5%)	4 (8,2%)		0,008
IM28 Espírito de competitividade entre colegas	39 (66,1%)	17 (28,8%)	3 (5,1%)		0,000
IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus lideres	26 (59,1%)	14 (31,8%)	4 (9,1%)		0,000
Demandas Ministeriais					
IM12 Multiplicidade de tarefas	28 (58,3%)	13 (27,1%)	7 (14,6%)		0,000
IM13 As tarefas não têm fim	32 (53,3%)	18 (30,0%)	10 (16,7%)		0,000
IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos	28 (62,2%)	10 (22,2%)	7 (15,6%)		0,000
IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério	17 (56,7%)	11 (36,7%)	2 (6,7%)		0,000
IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana)	44 (68,8%)	13 (20,3%)	7 (10,9%)		0,041
IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.)	33 (61,1%)	14 (25,9%)	7 (13,0%)		0,001
IM37 O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?)	30 (68,2%)	10 (22,7%)	4 (9,1%)		0,033
IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem	31 (68,9%)	8 (17,8%)	6 (13,3%)		0,000

Tabela 20.2 Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas Estresse e Síndrome de *Burnout* avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Exaustão Emocional.

Categorias	Exaustão Emocional			
	Leve ou Sem n= 270 (82,6%)	Moderado n= 39 (11,9%)	Grave n= 18 (5,5%)	Valor de p
Finanças				
IM14 Finanças dos projetos	65 (73,0%)	17 (19,1%)	7 (7,9%)	0,007
IM15 Finanças pessoais	14 (60,9%)	6 (26,1%)	3 (13,0%)	0,003
Sentimentos e Dificuldades Pessoais				
IM 20 Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho.	18 (51,4%)	9 (25,7%)	8 (22,9%)	0,000
IM25 Falta de privacidade	43 (65,2%)	15 (22,7%)	8 (12,1%)	0,003
IM26 Falta de reconhecimento	17 (60,7%)	7 (25,0%)	4 (14,3%)	0,002
IM27 Críticas	23 (60,5%)	10 (26,3%)	5 (13,2%)	0,008
IM29 Perseguição	44 (71,0%)	11 (17,7%)	7 (11,3%)	0,003
IM31 Dificuldade em delegar tarefas	12 (54,5%)	6 (27,3%)	4 (18,2%)	0,002
IM33 Dificuldade para “dizer não”	35 (63,6%)	13 (23,6%)	7 (12,7%)	0,001
IM34 Administração do tempo	36 (64,3%)	11 (19,6%)	9 (16,1%)	0,001
IM41 Solidão	34 (55,7%)	17 (27,9%)	10 (16,4%)	0,000
IM42 Sentimento de desamparo no campo	27 (55,1%)	14 (28,6%)	8 (16,3%)	0,000
Espiritualidade				
IM39 Batalha espiritual íntima	63 (65,6%)	21 (21,9%)	12 (12,5%)	0,000
IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração	41 (73,2%)	10 (17,9%)	5 (8,9%)	0,014

7.15 Presença de Sintomas de Estresse e síndrome de *Burnout* na subescala D e IM.

Foram encontradas frequências significativas com o MBI na subescala “**Despersonalização**” e os fatores geradores de estresse contemplados no Inventário Ministerial.

Para a categoria **Adaptação** foram identificados os itens: **IM1** Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país, para estresse moderado 9 (19,6%), e para estresse Grave 13 (28,3%), $p = 0,010$; **IM2** Adaptar-se à nova cultura, para estresse moderado 9 (16,1%), e para estresse Grave 25 (44,6%), $p = 0,000$; **IM3** Adaptar-se à culinária local, estresse moderado 3 (14,3%), e para estresse Grave 9 (42,9%), $p = 0,018$; **IM4** Dificuldade com o idioma local, estresse moderado 16 (18,0%), e para estresse Grave 28 (31,5%), $p = 0,007$; **IM10** Conflitos familiares devido ao ministério, estresse moderado 6 (17,1%) e para estresse Grave 17 (48,6%), $p = 0,000$.

Para categoria **Relacionamento com os Locais** foram detectadas: **MI5** Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país, estresse moderado 5 (21,7%), e para estresse Grave 11 (47,8%), $p = 0,000$; **IM6** Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais, estresse moderado 6 (20,0%), e para estresse Grave 17 (56,7%), $p = 0,000$.

Na categoria **Relacionamento com a Igreja Local** encontramos: **IM7** Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja, estresse moderado 5 (18,5%), e para estresse Grave 12 (44,4%), $p = 0,000$; **IM8** Problemas de relacionamento com membros da igreja, estresse moderado 5 (27,8%), e para estresse Grave 7 (38,9%), $p = 0,001$; **IM19** Demandas da igreja sobre o missionário, estresse moderado 8 (28,6%), e para estresse Grave 11 (39,3%), $p = 0,003$; **IM30** Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja), estresse moderado 13 (34,2%), e para estresse Grave 14 (36,8%), $p = 0,000$; **IM32** Faltam pessoas habilitadas para ajudar nos trabalhos da igreja, estresse moderado 11 (28,9%), e para estresse Grave 13 (34,2%), $p = 0,000$. (Tabela 21)

Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora as frequências foram: **IM9** Problemas de relacionamento com superiores, estresse moderado 8 (21,1%), e para estresse Grave 14 (36,8%), $p= 0,001$; **IM16** Expectativas irrealistas por parte da organização, estresse moderado 12 (17,9%), e para estresse Grave 24 (35,8%), $p= 0,004$; **IM17** As expectativas quanto ao trabalho não são claras estresse moderado 15 (20,5%), e para estresse Grave 31 (42,5%), $p= 0,000$; **IM18**. Demandas da agência missionária sobre o enviado, estresse moderado 7 (20,6%), e para estresse Grave 15 (44,9%), $p= 0,001$, **IM21** Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais, estresse moderado 6 (12,2%), e para estresse Grave 22 (44,9%), $p= 0,000$; **IM28** Espírito de competitividade entre colegas, estresse moderado 20 (33,9%), e para estresse Grave 21 (35,6%), $p= 0,000$, **IM43** Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes, estresse moderado 10 (22,7%), e para estresse Grave 19 (43,2%), $p= 0,000$.

Na categoria **Demandas Ministeriais** identificamos as frequências significativas nos itens: **IM12** Multiplicidade de tarefas, estresse moderado 10 (20,8%), e para estresse Grave 22 (45,8%), $p= 0,000$; **IM13** As tarefas não têm fim, estresse moderado 17 (28,3%), e para estresse Grave 27 (45,0%), $p= 0,000$; **IM22** Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos, estresse moderado 11 (24,4%), e para estresse Grave 22 (48,9%), $p= 0,000$; **IM23** Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério, estresse moderado 6 (20,0%), e para estresse Grave 12 (40,0%), $p= 0,001$; **IM35** O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana), estresse moderado 18 (28,1%), e para estresse Grave 25 (39,1%), $p= 0,000$; **IM36** Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.), estresse moderado 11 (20,4%), e para estresse Grave 26 (48,1%), $p= 0,000$; **IM37** O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?), estresse moderado 13 (29,5%) e para

estresse Grave 16 (36,4%), $p= 0,000$; **IM38** Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem, estresse moderado 14 (31,1%), e para estresse Grave 18 (40,0%), $p= 0,000$. (Tabela 21.1)

Para **Finanças** identificou-se **IM14** Finanças dos projetos, estresse moderado 16 (18,0%), e para estresse Grave 28 (31,5%), $p= 0,000$; **IM15** Finanças pessoais, estresse moderado 5 (21,7%), e para estresse Grave 11 (47,8%), $p= 0,000$; **IM24** Falta de equipamento, estresse moderado 9 (25,7%), e para estresse Grave 11 (31,4%), $p= 0,047$.

Com relação à categoria **Sentimentos Pessoais** foram encontradas as frequências: **IM 20** Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho (como Moisés). estresse moderado 6 (17,1%), e para estresse Grave 17 (48,6%), $p=0,000$; **IM25** Falta de privacidade, estresse moderado 17 (25,8%), e para estresse Grave 26 (39,4%), $p= 0,000$; **IM26** Falta de reconhecimento, estresse moderado 8 (28,6%), e para estresse Grave 13 (46,4%), $p= 0,000$; **IM27** Críticas, estresse moderado 7 (18,4%), e para estresse Grave 19 (50,0%), $p= 0,000$; **IM31** Dificuldade em delegar tarefas, estresse moderado 3 (13,6%), e para estresse Grave 13 (59,1%), $p=0,000$; **IM33** Dificuldade para “dizer não”, estresse moderado 6 (10,9%), e para estresse Grave 28 (50,9%), $p= 0,000$; **IM34** Administração do tempo, estresse moderado 18 (32,1%), e para estresse Grave 23 (41,1%), $p= 0,000$; **IM41** Solidão, estresse moderado 19 (31,1%), e para estresse Grave 25 (41,0%), $p= 0,000$; **IM42** Sentimento de desamparo no campo, estresse moderado 13 (26,5%), e para estresse Grave 20 (40,8%), $p= 0,000$.

Espiritualidade encontramos significância nos itens: **IM39** Batalha espiritual (íntima), estresse moderado 26 (27,1%), e para estresse Grave 35 (36,5%), $p= 0,000$; **IM40** Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração, estresse moderado 16 (28,6%), e para estresse Grave 21 (37,5%), $p=0,000$. (Tabela 21.2)

Tabela 21. Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de *Burnout* avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Despersonalização.

Categorias	Despersonalização			
	Leve ou Sem n= 193 (59,0%)	Moderado n= 73 (22,3%)	Grave n= 61 (18,7%)	Valor de p
Adaptação				
IM 1 Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país	24 (52,2%)	9 (19,6%)	13 (28,3%)	0,010
IM2 Adaptar-se à nova cultura	22 (39,3%)	9 (16,1%)	25 (44,6%)	0,000
IM3 Adaptar-se à culinária local	9 (42,9%)	3 (14,3%)	9 (42,9%)	0,018
IM4 Dificuldade com o idioma local	45 (50,6%)	16 (18,0%)	28 (31,5%)	0,000
IM10 Conflitos familiares devido ao ministério	12 (34,3%)	6 (17,1%)	17 (48,6%)	0,000
Relacionamento com os Locais				
MI5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país	7 (30,4%)	5 (21,7%)	11 (47,8%)	0,000
IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais	7 (23,3%)	6 (20,0%)	17 (56,7%)	0,000
Relacionamento com a Igreja Local				
IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja	10 (37,0%)	5 (18,5%)	12 (44,4%)	0,000
IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja	6 (33,3%)	5 (27,8%)	7 (38,9%)	0,001
IM19 Demandas da igreja sobre o missionário	9 (32,1%)	8 (28,6%)	11 (39,3%)	0,003
IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja)	11 (28,9%)	13 (34,2%)	14 (36,8%)	0,000
IM32 Faltam pessoas habilitadas para ajudar nos trabalhos da igreja	14 (36,8%)	11 (28,9%)	13 (34,2%)	0,000

Tabela 21.1 Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de *Burnout* avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Despersonalização.

Categorias	Despersonalização				Valor de p
	Leve ou Sem n= 193 (59,0%)	Moderado n= 73 (22,3%)	Grave n= 61 (18,7%)		
Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora					
IM9 Problemas de relacionamento com superiores	16 (42,1%)	8 (21,1%)	14 (36,8%)	0,001	
IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização	31 (46,3%)	12 (17,9%)	24 (35,8%)	0,004	
IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras	27 (37,0%)	15 (20,5%)	31 (42,5%)	0,000	
IM18. Demandas da agência missionária sobre o enviado	12 (35,3%)	7 (20,6%)	15 (44,1%)	0,001	
IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais	21 (42,9%)	6 (12,2%)	22 (44,9%)	0,000	
IM28 Espírito de competitividade entre colegas	18 (30,5%)	20 (33,9%)	21 (35,6%)	0,000	
IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes	15 (34,1%)	10 (22,7%)	19 (43,2%)	0,000	
Demandas Ministeriais					
IM12 Multiplicidade de tarefas	16 (33,3%)	10 (20,8%)	22 (45,8%)	0,000	
IM13 As tarefas não têm fim	16 (26,7%)	17 (28,3%)	27 (45,0%)	0,000	
IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos	12 (26,7%)	11 (24,4%)	22 (48,9%)	0,000	
IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério	12 (40,0%)	6 (20,0%)	12 (40,0%)	0,001	
IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana)	21 (32,8%)	18 (28,1%)	25 (39,1%)	0,000	
IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.)	17 (31,5%)	11 (20,4%)	26 (48,1%)	0,000	
IM37 O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?)	15 (34,1%)	13 (29,5%)	16 (36,4%)	0,000	
IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem	13 (28,9%)	14 (31,1%)	18 (40,0%)	0,000	

Tabela 21.2 Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de *Burnout* avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Despersonalização.

Categorias	Despersonalização			
	Leve ou Sem n= 193 (59,0%)	Moderado n= 73 (22,3%)	Grave n= 61 (18,7%)	Valor de p
Finanças				
IM14 Finanças dos projetos	45 (50,6%)	16 (18,0%)	28 (31,5%)	0,000
IM15 Finanças pessoais	7 (30,4%)	5 (21,7%)	11 (47,8%)	0,000
IM24 Falta de equipamento	15 (42,9%)	9 (25,7%)	11 (31,4%)	0,047
Sentimentos e Dificuldades Pessoais				
IM 20 Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho.	12 (34,3%)	6 (17,1%)	17 (48,6%)	0,000
IM25 Falta de privacidade	23 (34,8%)	17 (25,8%)	26 (39,4%)	0,000
IM26 Falta de reconhecimento	7 (25,0%)	8 (28,6%)	13 (46,4%)	0,000
IM27 Críticas	12 (31,6%)	7 (18,4%)	19 (50,0%)	0,000
IM31 Dificuldade em delegar tarefas	6 (27,3%)	3 (13,6%)	13(59,1%)	0,000
IM33 Dificuldade para “dizer não”	21 (38,2%)	6 (10,9%)	28 (50,9%)	0,000
IM34 Administração do tempo	15 (26,8%)	18 (32,1%)	23 (41,1%)	0,000
IM41 Solidão	17 (27,9%)	19 (31,1%)	25 (41,0%)	0,000
IM42 Sentimento de desamparo no campo	16 (32,7%)	13 (26,5%)	20 (40,8%)	0,000
Espiritualidade				
IM39 Batalha espiritual íntima	35 (36,5%)	26 (27,1%)	35 (36,5%)	0,000
IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração	19 (33,9%)	16 (28,6%)	21 (37,5%)	0,000

7.16 Presença de Sintomas de Estresse e síndrome de *Burnout* na subescala RP e IM.

Foram encontradas frequências significativas com o MBI na subescala “**Realização Profissional**” e os fatores geradores de estresse contemplados no Inventário Ministerial.

Para a categoria **Adaptação** foram identificados os itens (Tabela 29): **IM2** Adaptar-se à nova cultura, para estresse moderado 12 (21,4%), e para estresse Grave 32 (57,1), $p= 0,000$; **IM3** Adaptar-se à culinária local, estresse moderado 3 (14,3%), e para estresse Grave 13 (61,9%), $p= 0,008$; **IM4** Dificuldade com o idioma local, estresse moderado 22 (24,7%) e para estresse Grave 39 (43,8%), $p= 0,014$.

Para a categoria **Relacionamento com os Locais** foram detectadas: **MI5** Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país, estresse moderado 4 (17,4%), e para estresse Grave 18 (78,3%), $p= 0,000$; **IM6** Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais, estresse moderado 5 (16,7%), e para estresse Grave 24 (80,0%), $p= 0,000$.

Na categoria **Relacionamento com a Igreja Local** encontramos: **IM7** Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja, estresse moderado 6 (22,2%), e para estresse Grave 19 (70,4%), $p= 0,000$; **IM8** Problemas de relacionamento com membros da igreja, estresse moderado 4 (22,2%), e para estresse Grave 12 (66,7%), $p= 0,022$; **IM30** Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja), estresse moderado 13 (34,2%), e para estresse Grave 18 (47,4%), $p= 0,020$; **IM32** Faltam pessoas habilitadas para ajudar nos trabalhos da igreja, estresse moderado 11 (28,9%), e para estresse Grave 22 (57,9%), $p= 0,027$.

Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora as frequências foram: **IM16** Expectativas irrealistas por parte da organização, estresse moderado 18 (26,9%), e para estresse Grave 32 (47,8%), $p= 0,009$; **IM17** As expectativas quanto ao trabalho não são claras, estresse moderado 19 (26,0%), e para estresse Grave 36 (49,3%), $p= 0,001$; **IM18**. Demandas da agência missionária sobre o enviado, estresse moderado 8 (23,5%), e para estresse Grave 17 (50,0%) $p= 0,000$, **IM21** Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais, estresse moderado 9 (18,4%), e para estresse Grave 27 (55,1%), $p= 0,001$; **IM43** Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes, estresse moderado 10 (22,7%), e para estresse Grave 22 (50,0%), $p= 0,017$. (Tabela 22)

Na categoria **Demandas Ministeriais** identificamos as frequências significativas nos itens: **IM12** Multiplicidade de tarefas, estresse moderado 15 (31,3%), e para estresse Grave 23 (47,9%), $p= 0,028$; **IM13** As tarefas não têm fim, estresse moderado 17 (28,3%), e para estresse Grave 25 (41,7%), $p= 0,007$; **IM22** Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos, estresse moderado 11 (24,4%), e para estresse Grave 22 (48,9%), $p= 0,009$; **IM23** Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério, estresse moderado 5 (16,7%), e para estresse Grave 19 (63,3%), $p= 0,026$; **IM36** Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.), estresse moderado 12 (22,2%) e para estresse Grave 28 (51,9%), $p= 0,036$; **IM37** O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?), estresse moderado 15 (34,1%) e para estresse Grave 22 (50,0%), $p= 0,032$;

IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem, estresse moderado 11 (24,4%), e para estresse Grave 25 (55,6%), $p=0,007$.

Para **Finanças** identificou-se **IM14** Finanças dos projetos, estresse moderado 22 (24,7%), e para estresse Grave 39 (43,8%), $p=0,014$; **IM15** Finanças pessoais, estresse moderado 4 (17,4%), e para estresse Grave 18 (78,3%), $p=0,000$.

Com relação à categoria **Sentimentos Pessoais** encontrou-se as frequências: **IM25** Falta de privacidade, estresse moderado 19 (28,8%), e para estresse Grave 34 (51,5%), $p=0,00$; **IM26** Falta de reconhecimento, estresse moderado 9 (32,1%), e para estresse Grave 14 (50,0%), $p=0,014$; **IM27** Críticas, estresse moderado 10 (26,3%), e para estresse Grave 20 (52,6%), $p=0,027$; **IM31** Dificuldade em delegar tarefas, estresse moderado 3 (13,6%), e para estresse Grave 15 (68,2%), $p=0,001$; **IM33** Dificuldade para “dizer não”, estresse moderado 9 (16,4%), e para estresse Grave 30 (54,5%), $p=0,000$; **IM34** Administração do tempo, estresse moderado 18 (32,1%), e para estresse Grave 29 (51,8%), $p=0,004$; **IM41** Solidão, estresse moderado 14 (23,0%), e para estresse Grave 37 (60,7%), $p=0,000$;

Para a categoria **Espiritualidade** encontramos significância nos itens: **IM39** Batalha espiritual (íntima), estresse moderado 27 (36,0%), e para estresse Grave 31 (41,3%), $p=0,001$ (Tabela 22.1)

Tabela 22. Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de *Burnout* avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Realização Pessoal.

Categorias	Realização Profissional			Valor de p
	Leve ou Sem n= 119 (36,4%)	Moderado n= 84 (125,7%)	Grave n= 124 (37,9%)	
Adaptação				
IM2 Adaptar-se à nova cultura	12 (21,4%)	12 (21,4%)	32 (57,1%)	0,000
IM3 Adaptar-se à culinária local	5 (23,8%)	3 (14,3%)	13 (61,9%)	0,008
IM4 Dificuldade com o idioma local	28 (31,5%)	22 (24,7%)	39 (43,8%)	0,014
Relacionamento com os Locais				
MI5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país	1 (4,3%)	4 (17,4%)	18 (78,3%)	0,000
IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais	1 (3,3%)	5 (16,7%)	24 (80,0%)	0,000
Relacionamento com a Igreja Local				
IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja	2 (7,4%)	6 (22,2%)	19 (70,4%)	0,000
IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja	2 (11,1%)	4 (22,2%)	12 (66,7%)	0,022
IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja)	7 (18,4%)	13 (34,2%)	18 (47,4%)	0,020
IM32 Faltam pessoas habilitadas para ajudar nos trabalhos da igreja	5 (13,2%)	11 (28,9%)	22 (57,9%)	0,027
Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora				
IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização	17 (25,4%)	18 (26,9%)	32 (47,8%)	0,009
IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras	18 (24,7%)	19 (26,0%)	36 (49,3%)	0,001
IM18. Demandas da agência missionária sobre você	9 (26,5%)	8 (23,5%)	17 (50,0%)	0,000
IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais	13 (26,5%)	9 (18,4%)	27 (55,1%)	0,001
IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes	12 (27,3%)	10 (22,7%)	22 (50,0%)	0,017

Tabela 22.1 Fatores de Estresse investigados pelo IM dos 327 participantes do estudo com a presença de sintomas de Estresse e Síndrome de *Burnout* avaliados pelo MBI considerando-se a subescala Realização Pessoal.

Categorias	Realização Profissional			
	Leve ou Sem n= 119 (36,4%)	Moderado n= 84 (125,7%)	Grave n= 124 (37,9%)	Valor de p
Demandas Ministeriais				
IM12 Multiplicidade de tarefas	10 (20,8%)	15 (31,3%)	23 (47,9%)	0,028
IM13 As tarefas não têm fim	18 (30,0%)	17 (28,3%)	25 (41,7%)	0,007
IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos	12 (26,7%)	11 (24,4%)	22 (48,9%)	0,009
IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério	6 (20,0%)	5 (16,7%)	19 (63,3%)	0,026
IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.)	14 (25,9%)	12 (22,2%)	28 (51,9%)	0,036
IM37 O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?)	7 (15,9%)	15 (34,1%)	22 (50,0%)	0,032
IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem.	9 (20,0%)	11 (24,4%)	25 (55,6%)	0,007
Finanças				
IM14 Finanças dos projetos	28 (31,5%)	22 (24,7%)	39 (43,8%)	0,014
IM15 Finanças pessoais	1 (4,3%)	4 (17,4%)	18 (78,3%)	0,000
Sentimentos e Dificuldades Pessoais				
IM25 Falta de privacidade	13 (19,7%)	19 (28,8%)	34 (51,5%)	0,008
IM26 Falta de reconhecimento	5 (17,9%)	9 (32,1%)	14 (50,0%)	0,014
IM27 Críticas	8 (21,1%)	10 (26,3%)	20 (52,6%)	0,027
IM31 Dificuldade em delegar tarefas	4 (18,2%)	3 (13,6%)	15 (68,2%)	0,001
IM33 Dificuldade para “dizer não”	16 (29,1%)	9 (16,4%)	30 (54,5%)	0,000
IM34 Administração do tempo	9 (16,1%)	18 (32,1%)	29 (51,8%)	0,004
IM41 Solidão	10 (16,4%)	14 (23,0%)	37 (60,7%)	0,000
Espiritualidade				
IM39 Batalha espiritual íntima	17 (22,7%)	27 (36,0%)	31 (41,3%)	0,001

7.17 Presença de sintomas Estresse distribuídos de acordo com os perfis analisados pelo MBI e características de base.

Foram encontradas frequências significativas dos sintomas de estresse associados aos dados Sociodemográficos e comorbidades distribuído de acordo com os 5 perfis identificados pelo MBI.

Para a categoria **Adaptação** foram identificados os itens: **IM 1** Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país, para *Burnout* 12 (26,1%), Desengajado 10 (21,7%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 8 (17,4%), Engajado 16 (34,8%), $p = 0,004$; **IM2** Adaptar-se à nova cultura, *Burnout* 23 (41,1%), Desengajado 11 (19,6%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 7 (12,5%), Engajado 15 (26,8%), $p = 0,000$; **IM3** Adaptar-se à culinária local, *Burnout* 7 (33,3%), Desengajado 5 (23,8%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 3 (14,3%), Engajado 3 (14,3%), $p = 0,020$; **IM4** Dificuldade com o idioma local, *Burnout* 24 (27,0%), Desengajado 20 (22,5%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 20 (22,5%), Engajado 25 (28,1%), $p = 0,001$; **IM10** Conflitos familiares devido ao ministério, *Burnout* 13 (37,1%), Desengajado 10 (28,6%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 3 (8,6%), Engajado 9 (25,7%), $p = 0,019$.

Para a categoria **Relacionamento com os Locais** foram detectadas: **MI5** Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país, *Burnout* 9 (39,1%), Desengajado 7 (30,4%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 0 (0,0%), Engajado 7 (23,04%), $p = 0,000$; **IM6** Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais, *Burnout* 14 (46,7%), Desengajado 9 (30,0%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 0 (0,0%), Engajado 7 (23,3%), $p = 0,000$.

Na categoria **Relacionamento com a Igreja Local** encontramos: **IM 7** Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja, *Burnout* 10

(37,0%), Desengajado 7 (25,9%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 1 (3,7%), Engajado 9 (33,3%), $p = 0,000$; **IM8** Problemas de relacionamento com membros da igreja, *Burnout* 7 (38,9%), Desengajado 5 (27,8%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 1 (5,6%), Engajado 5 (27,8%), $p = 0,002$; **IM19 Demandas da igreja sobre o missionário**, *Burnout* 9 (32,1%), Desengajado 10 (35,7%), Esgotado 1 (3,6%), Ineficaz 2 (7,1%), Engajado 6 (21,4%), $p = 0,019$; **IM30** Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja), *Burnout* 13 (34,2%), Desengajado 14 (36,8%), Esgotado 1 (2,6%), Ineficaz 4 (10,5%), Engajado 6 (15,8%), $p = 0,000$; **IM32** Faltam pessoas habilitadas para ajudar nos trabalhos da igreja, *Burnout* 12 (31,6%), Desengajado 12 (31,6%), Esgotado 1 (2,6%), Ineficaz 5 (13,2%), Engajado 8 (21,1%), $p = 0,000$. (Tabela 23)

Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora as frequências foram: **IM9** Problemas de relacionamento com superiores, *Burnout* 14 (36,8%), Desengajado 8 (21,1%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 7 (18,4%), Engajado 9 (23,7%), $p = 0,005$; **IM16** Expectativas irrealistas por parte da organização, *Burnout* 19 (28,4%), Desengajado 17 (25,4%), Esgotado 2 (3,0%), Ineficaz 8 (11,9%), Engajado 21 (31,3%), $p = 0,003$; **IM17** As expectativas quanto ao trabalho não são claras *Burnout* 23 (31,5%), Desengajado 23 (31,5%), Esgotado 1 (1,4%), Ineficaz 9 (12,3%), Engajado 17 (23,5%), $p = 0,001$; **IM18**. Demandas da agência missionária sobre o enviado, *Burnout* 12 (35,3%), Desengajado 10 (29,4%), Esgotado 1 (2,9%), Ineficaz 3 (8,8%), Engajado 8 (23,5%), $p = 0,001$; **IM21** Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais, *Burnout* 17 (34,7%), Desengajado 11 (22,4%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 8 (16,3%), Engajado 13 (26,5%), p

=0,000;; **IM28** Espírito de competitividade entre colegas, *Burnout* 20 (33,9%), Desengajado 21 (35,6%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 11 (18,6%), Engajado 7 (11,9%), $p = 0,000$; **IIM43** Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes, *Burnout* 17 (38,6%), Desengajado 12 (27,3%), Esgotado 1 (2,3%), Ineficaz 8 (18,2%), Engajado 6 (13,6%), $p = 0,003$;

Na categoria ***Demandas Ministeriais*** identificamos as frequências significativas nos itens: **IM12** Multiplicidade de tarefas, *Burnout* 20 (41,7%), Desengajado 12 (25,0%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 6 (12,5%), Engajado 10 (20,8%), $p = 0,000$; **IM13** As tarefas não têm fim, *Burnout* 27 (45,0%), Desengajado 17 (28,3%), Esgotado 1 (1,7%), Ineficaz 8 (13,3%), Engajado 7 (11,7%), $p = 0,000$; **IM22** Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos, *Burnout* 17 (37,8%), Desengajado 16 (35,6%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 5 (11,1%), Engajado 7 (15,6%), $p = 0,000$; **IM23** Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério, *Burnout* 13 (37,8%), Desengajado 16 (35,6%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 4 (13,3%), Engajado 8 (26,7%), $p = 0,000$; **IM35** O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana), *Burnout* 20 (31,3%), Desengajado 23 (35,9%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 9 (14,1%), Engajado 12 (18,8%), $p = 0,000$; **IM36** Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.), *Burnout* 20 (37,0%), Desengajado 17 (31,5%), Esgotado 1 (1,9%), Ineficaz 7 (13,0%), Engajado 9 (16,7%), $p = 0,000$; **IM37** O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?), *Burnout* 14 (31,8%), Desengajado 15 (34,1%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 2 (4,5%), Engajado 13 (29,5%), $p = 0,000$; **IM38** Sentimento de que não está tendo

sucesso no ministério porque os números não aparecem, *Burnout* 14 (28,0%), Desengajado 12 (24,0%), Esgotado 1 (2,0%), Ineficaz 9 (18,0%), Engajado 14 (28,0%), $p = 0,000$. (Tabela 23.1)

Para **Finanças** identificou-se **IM14** Finanças dos projetos, *Burnout* 24 (27,0%), Desengajado 20 (22,5%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 20 (22,2%), Engajado 25 (28,1%), $p = 0,001$; **IM15** Finanças pessoais, *Burnout* 9 (39,1%), Desengajado 7 (30,4%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 0 (0,0%), Engajado 7 (30,4%), $p = 0,000$.

Com relação à categoria **Sentimentos Pessoais** foram encontradas as frequências: **IM 20** Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho (como Moisés), *Burnout* 16 (45,7%), Desengajado 7 (20,0%), Esgotado 1 (2,9%), Ineficaz 5 (14,3%), Engajado 6 (17,1%), $p = 0,000$; **IM25** Falta de privacidade, *Burnout* 22 (33,3%), Desengajado 21 (31,8%), Esgotado 1 (1,5%), Ineficaz 7 (10,3%), Engajado 15 (22,7%), $p = 0,000$; **IM26** Falta de reconhecimento, *Burnout* 11 (39,3%), Desengajado 10 (35,7%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 1 (3,6%), Engajado 6 (21,4%), $p = 0,000$; **IM27** Críticas, *Burnout* 15 (39,5%), Desengajado 11 (28,9%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 4 (10,5%), Engajado 8 (21,1%), $p = 0,000$; **IM31** Dificuldade em delegar tarefas, *Burnout* 10 (45,5%), Desengajado 6 (27,3%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 1 (4,5%), Engajado 5 (22,7%), $p = 0,000$; **IM33** Dificuldade para “dizer não”, *Burnout* 20 (36,4%), Desengajado 14 (25,5%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 9 (16,4%), Engajado 12 (21,8%), $p = 0,000$; **IM34** Administração do tempo, *Burnout* 20 (35,7%), Desengajado 21 (37,5%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 4 (7,1%), Engajado 11 (19,6%), $p = 0,000$; **IM41** Solidão, *Burnout* 26 (42,6%), Desengajado 18 (29,5%), Esgotado 1 (1,6%), Ineficaz 6 (9,8%), Engajado 10 (16,4%), $p = 0,000$; **IM42** Sentimento de

desamparo no campo, *Burnout* 21 (42,9%), Desengajado 12 (24,5%), Esgotado 1 (2,0%), Ineficaz 11 (22,4%), Engajado 4 (8,2%), $p = 0,000$.

Para ***Espiritualidade*** encontramos significância nos itens: **IM39** Batalha espiritual (íntima), *Burnout* 13 (17,3%), Desengajado 24 (32,0%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 15 (20,0%), Engajado 23 (30,7%), $p = 0,000$; **IM40** Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração, *Burnout* 15 (26,8%), Desengajado 22 (39,3%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 7 (12,5%), Engajado 12 (21,4%), $p = 0,004$. (Tabela 23.2)

Tabela 23. Presença de sintomas significativos de Estresse distribuídos de acordo com os diferentes perfis analisados pelo MBI e os dados Sociodemográficos e comorbidades dos 327 participantes da amostra.

Estresse Distribuídos de Acordo Com os Diferentes Perfis						
Categorias	Burnout n=54 (16,5%)	Desengajado n= 80 (24,5%)	Esgotado n= 3 (0,9%)	Ineficaz n= 94 (28,7%)	Engajado n=96 (29,4%)	Valor de p
Adaptação						
IM 1 Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país	12 (26,1%)	10 (21,7%)	0 (0,0%)	8 (17,4%)	16 (34,8%)	0,004
IM2 Adaptar-se à nova cultura	23 (41,1%)	11 (19,6%)	0 (0,0%)	7 (12,5%)	15 (26,8%)	0,000
IM3 Adaptar-se à culinária local	7 (33,3%)	5 (23,8%)	0 (0,0%)	3 (14,3%)	3 (14,3%)	0,020
IM4 Dificuldade com o idioma local	24 (27,0%)	20 (22,5%)	0 (0,0%)	20 (22,5%)	25 (28,1%)	0,001
IM10 Conflitos familiares devido ao ministério	13 (37,1%)	10 (28,6%)	0 (0,0%)	3 (8,6%)	9 (25,7%)	0,019
Relacionamento com os Locais						
MI5 Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país	9 (39,1%)	7 (30,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (30,4%)	0,000
IM6 Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais	14 (46,7%)	9 (30,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (23,3%)	0,000
Relacionamento com a Igreja Local						
IM 7 Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja	10 (37,0%)	7 (25,9%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)	9 (33,3%)	0,000
IM8 Problemas de relacionamento com membros da igreja	7 (38,9%)	5 (27,8%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)	5 (27,8%)	0,002
IM19 Demandas da igreja sobre o missionário	9 (32,1%)	10 (35,7%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)	6 (21,4%)	0,019
IM30 Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja)	13 (34,2%)	14 (36,8%)	1 (2,6%)	4 (10,5%)	6 (15,8%)	0,000
IM32 Faltam pessoas habilitadas para ajudar nos trabalhos da igreja	12 (31,6%)	12 (31,6%)	1 (2,6%)	5 (13,2%)	8 (21,1%)	0,000

Tabela 23.1 Presença de sintomas significativos de Estresse distribuídos de acordo com os diferentes perfis analisados pelo MBI e os dados Sociodemográficos e comorbidades dos 327 participantes da amostra.

Categorias	<i>Burnout</i> n=54 (16,5%)	Desengajado n= 80 (24,5%)	Esgotado n= 3 (0,9%)	Ineficaz n= 94 (28,7%)	Engajado n=96 (29,4%)	Valor de p
Relacionamento com a Agência/Organização Enviadora						
IM9 Problemas de relacionamento com superiores	14 (36,8%)	8 (21,1%)	0 (0,0%)	7 (18,4%)	9 (23,7%)	0,005
IM16 Expectativas irrealistas por parte da organização	19 (28,4%)	17 (25,4%)	2 (3,0%)	8 (11,9%)	21 (31,3%)	0,003
IM17 As expectativas quanto ao trabalho não são claras	23 (31,5%)	23 (31,5%)	1 (1,4%)	9 (12,3%)	17 (23,3%)	0,000
IM18. Demandas da agência missionária sobre o enviado	12 (35,3%)	10 (29,4%)	1 (2,9%)	3 (8,8%)	8 (23,5%)	0,001
IM21 Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais	17 (34,7%)	11 (22,4%)	0 (0,0%)	8 (16,3%)	13 (26,5%)	0,000
IM28 Espírito de competitividade entre colegas	20 (33,9%)	21 (35,6%)	0 (0,0%)	11 (18,6%)	7 (11,9%)	0,000
IM43 Sentimento de incompreensão por parte de seus líderes	17 (38,6%)	12 (27,3%)	1 (2,3%)	8 (18,2%)	6 (13,6%)	0,003
Demandas Ministeriais						
IM12 Multiplicidade de tarefas	20 (41,7%)	12 (25,0%)	0 (0,0%)	6 (12,5%)	10 (20,8%)	0,000
IM13 As tarefas não têm fim	27 (45,0%)	17 (28,3%)	1 (1,7%)	8 (13,3%)	7 (11,7%)	0,000
IM22 Algumas demandas do ministério estão fora da competência ou talentos	17 (37,8%)	16 (35,6%)	0 (0,0%)	5 (11,1%)	7 (15,6%)	0,000
IM23 Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério	13 (43,3%)	5 (16,7%)	0 (0,0%)	4 (13,3%)	8 (26,7%)	0,000
IM35 O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana)	20 (31,3%)	23 (35,9%)	0 (0,0%)	9 (14,1%)	12 (18,8%)	0,000
IM36 Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas etc.)	20 (37,0%)	17 (31,5%)	1 (1,9%)	7 (13,0%)	9 (16,7%)	0,000
IM37 O fator crescimento da igreja (Quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?)	14 (31,8%)	15 (34,1%)	0 (0,0%)	2 (4,5%)	13 (29,5%)	0,000
IM38 Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem.	14 (28,0%)	12 (24,0%)	1 (2,0%)	9 (18,0%)	14 (28,0%)	0,000

Tabela 23.2 Presença de sintomas significativos de Estresse distribuídos de acordo com os diferentes perfis analisados pelo MBI e os dados Sociodemográficos e comorbidades dos 327 participantes da amostra.

Categorias	<i>Burnout</i> n=54 (16,5%)	Desengajad o n= 80 (24,5%)	Esgotado n= 3 (0,9%)	Ineficaz n= 94 (28,7%)	Engajado n=96 (29,4%)	Valor de p
Finanças						
IM14 Finanças dos projetos	24 (27,0%)	20 (22,5%)	0 (0,0%)	20 (22,5%)	25 (28,1%)	0,001
IM15 Finanças pessoais	9 (39,1%)	7 (30,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (30,4%)	0,000
Sentimentos e Dificuldades Pessoais						
IM 20 Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho.	16 (45,7%)	7 (20,0%)	1 (2,9%)	5 (14,3%)	6 (17,1%)	0,000
IM25 Falta de privacidade	22 (33,3%)	21 (31,8%)	1 (1,5%)	7 (10,6%)	15 (22,7%)	0,000
IM26 Falta de reconhecimento	11 (39,3%)	10 (35,7%)	0 (0,0%)	1 (3,6%)	6 (21,4%)	0,000
IM27 Críticas	15 (39,5%)	11 (28,9%)	0 (0,0%)	4 (10,5%)	8 (21,1%)	0,000
IM31 Dificuldade em delegar tarefas	10 (45,5%)	6 (27,3%)	0 (0,0%)	1 (4,5%)	5 (22,7%)	0,000
IM33 Dificuldade para “dizer não”	20 (36,4%)	14 (25,5%)	0 (0,0%)	9 (16,4%)	12 (21,8%)	0,000
IM34 Administração do tempo	20 (35,7%)	21 (37,5%)	0 (0,0%)	4 (7,1%)	11 (19,6%)	0,000
IM41 Solidão	26 (42,6%)	18 (29,5%)	1 (1,6%)	6 (9,8%)	10 (16,4%)	0,000
IM42 Sentimento de desamparo no campo	21 (42,9%)	12 (24,5%)	1 (2,0%)	11 (22,4%)	4 (8,2%)	0,000
Espiritualidade						
IM39 Batalha espiritual íntima	13 (17,3%)	24 (32,0%)	0 (0,0%)	15 (20,0%)	23 (30,7%)	0,000
IM40 Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração	15 (26,8%)	22 (39,3%)	0 (0,0%)	7 (12,5%)	12 (21,4%)	0,004

Os fatores associados à Síndrome de *Burnout*, analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo MBI e SQR 20, evidenciaram uma razão de chance (RC) aumentada para sintomas de TMC para todas as esferas

investigados pelo MBI.

Para a subescala Exaustão Emocional encontrou-se uma RC aumentada em 8,1 vezes para sintomas de TMC [RC 8,1; IC 95% (4,31-15,20)]; para a subescala Despersonalização foi evidenciado uma RC aumentada em 5,7 vezes [RC 5,7; IC 95% (3,4-9,5)] e para a subescala Realização Profissional uma RC também aumentada em 2,1 vezes, [RC 2,1; IC 95% (1,2-3,6)]. (Tabela 24)

Tabela 24. Fatores associados a sintomas da Síndrome de *Burnout* e TMC avaliados por regressão logística multivariada pelo MBI e SRQ-20.

SRQ-20		
Maslach - MBI / Exaustão Emocional		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	8,1 (4,31 - 15,20)
Maslach - MBI / Despersonalização		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	5,7 (3,4 - 9,5)
Maslach - MBI / Realização Profissional		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	2,1 (1,2 - 3,6)

Fatores associados à Síndrome de *Burnout*, analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo MBI e BDI-II, evidenciaram uma razão de chance (RC) aumentada para sintomas depressivos para todos as esferas investigados pelo MBI.

Para a subescala Exaustão Emocional encontramos uma razão de chance aumentada para sintomas depressivos em 21,6 vezes, [RC 21,6; IC 95% (10,7-43,4)]; para a subescala Despersonalização uma RC aumentada em 9,1 vezes [RC 9,1; IC 95% (4,8-17,0)] e para a subescala Realização Profissional evidenciou-se uma RC também aumentada em 2,4 vezes, [RC 2,4; IC 95% (1,3-4,5)]. (Tabela 25)

Tabela 25. Fatores associados a sintomas da síndrome de *Burnout* e sintomas depressivos avaliados por regressão logística multivariada pelo BDI-II.

BDI-II		
Maslach - MBI / Exaustão Emocional		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	21,6 (10,7 - 43,4)
Maslach - MBI / Despersonalização		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	9,1 (4,8 - 17,0)
Maslach - MBI / Realização Profissional		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	2,4 (1,3 - 4,5)

Fatores associados à Síndrome de *Burnout*, analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo MBI e IDATE – Estado, evidenciaram uma razão de chance (RC) aumentada para sintomas ansiosos graves em todas as esferas investigadas pelo MBI.

Para a subescala Exaustão Emocional encontrou-se uma RC aumentada para sintomas de ansiedade em 21,1 vezes [RC 21,6; IC 95% (2,9-155,5)]; para a subescala Despersonalização uma RC aumentada em 6,3 vezes [RC 6,3; IC 95% (3,1-12,8)] e para a subescala Realização Profissional evidenciou-se também uma RC aumentada em 3,6 vezes, [RC 2,4; IC 95% (2,1-6,2)]. (Tabela 26)

Tabela 26. Fatores associados a sintomas da síndrome de *Burnout* e sintomas Ansiosos avaliados por regressão logística multivariada pelo IDATE-Estado

IDATE - Estado		
Maslach - MBI / Exaustão Emocional		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	21,1 (2,9 - 155,5)
Maslach - MBI / Despersonalização		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	6,3 (3,1 - 12,8)
Maslach - MBI / Realização Profissional		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	3,6 (2,1 - 6,2)

Fatores associados à Síndrome de *Burnout*, analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo MBI e IDATE – Traço, evidenciaram uma razão de chance (RC) aumentada para sintomas ansiosos graves em todas as esferas investigadas pelo MBI.

Para a subescala Exaustão Emocional encontraram-se para sintomas ansiosos uma RC de 19,6 vezes [RC 19,6; IC 95% (2,7-144,3)]; para a subescala Despersonalização, encontramos uma RC aumentada em 5,7 vezes [RC 5,7; IC 95% (2,8-11,7)] e para a subescala Realização Profissional, uma RC também aumentada em 5,4 vezes, [RC 5,4; IC 95% (3,1-9,6)]. (Tabela 27)

Tabela 27. Fatores associados a sintomas da síndrome de *Burnout* e sintomas Ansiosos avaliados por regressão logística multivariada pelo IDATE-Traço.

IDATE Traço		
Maslach - MBI / Exaustão Emocional		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	19,6 (2,7 - 144,3)
Maslach - MBI / Despersonalização		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	5,7 (2,8 - 11,7)
Maslach - MBI / Realização Profissional		
Leve	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Moderado/Alto	Referência (1,0)	5,4 (3,1 - 9,6)

7.18 Qualidade de vida dos missionários segundo SF-36.

As características de base de todos os 327 participantes do estudo foram descritas de acordo com a Qualidade de Vida (QV) por meio de informações obtidas pelo *Short-Form Health Survey* (SF-36). As frequências absolutas e relativas aos 8 domínios explorados pelo SF-36 foram divididas nas classificações: Pobre/Razoável, Bom, Muito Bom e Excelente. (Gráfico 9)

Gráfico 9. Avaliação Global dos 8 domínios rastreados pelo SF-36 para Ruim/Razoável

7.18.1 Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Capacidade Funcional.

Para o domínio “**Capacidade Funcional**”, as frequências absolutas e relativas foram: Pobre/Razoável 22 (6,7%); Bom 51 (15,6%), Muito Bom 176 (53,8%) e Excelente 78 (23,9%). Neste domínio foram observadas associações estatisticamente significativas para a variável: Idade Categorizada com as maiores frequências para as Idades entre 31 e 40 anos Pobre/Razoável 10 (45,5%); Bom 20 (39,6%); Muito Bom 57 (32,4%); e Excelente 29 (37,2%), $p=0,021$. Para a variável sedentarismo foram encontradas as frequências: Pobre/Razoável 15 (68,2%); Bom 29 (56,9%); Muito Bom 110 (62,5%); e Excelente 31 (39,7%), $p=0,005$. (Tabela 28)

Tabela 28. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença Qualidade de Vida pelo SF-36 considerando-se o domínio “Capacidade Funcional”.

Características Sociodemográficas		Capacidade Funcional				Valor de p
	Pobre/ Razoável n= 22 (6,7%)	Bom n= 51 (15,6%)	Muito Bom n= 176 (53,8%)	Excelente n= 78 (23,9%)	Total n= 327 (100,0%)	
Idade Categorizada (%)						
20 - 30 anos	4 (18,2%)	10 (19,6%)	26 (14,8%)	16 (20,5%)	56 (17,1%)	0,021
31 – 40 anos	10 (45,5%)	20 (39,2%)	57 (32,4%)	29 (37,2%)	116 (35,5%)	
41 – 50 anos	4 (18,2%)	10 (19,6%)	58 (33,0%)	22 (28,2%)	94(28,7%)	
51 – 60 anos	3 (13,6%)	11 (21,6%)	25 (14,2%)	10 (12,8%)	49 (15,0%)	
61 – 70 anos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (5,7%)	1 (1,3%)	11 (3,4%)	
≥ 71 anos	1 (4,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
Comorbidades						
Sedentarismo (Sim)	15 (68,2%)	29 (56,9%)	110 (62,5%)	31 (39,7%)	185 (56,6%)	0,005
Sedentarismo (Não)	7 (31,8%)	22 (43,1%)	66 (37,5%)	47 (60,3%)	142 (43,4%)	

7.18.2 Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Limitação por Aspectos Físicos.

Para o domínio “Limitação por Aspectos Físicos” as frequências absolutas e relativas neste domínio foram: Pobre/Razoável 63 (19,3%); Bom 35 (10,7%); Muito Bom 49 (15,0%); e Excelente 180 (55,0%). Neste domínio foram observadas associações estatisticamente significativas para a variável: Tempo de Missão, com as maiores frequências para o período entre 21 e 30 anos passados no campo missionário: Pobre/Razoável 11 (17,5%); Bom 16 (45,7%); Muito Bom 18 (36,7%); e Excelente 80 (44,4%), $p=0,000$. Para a variável Outros Tipos de Enfermidades foram encontradas as frequências: Pobre/Razoável 18 (28,6%); Bom 15 (42,9%); Muito Bom 7 (14,3%); e Excelente 39 (21,7%), $p=0,014$. Com relação à variável Sem Diagnóstico de TMC foram identificadas as frequências: Pobre/Razoável 54 (85,7%); Bom 33 (94,3%); Muito Bom 46 (93,9%); e Excelente 176 (97, 8%), $p=0,004$. (Tabela 29)

Tabela 29. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença Qualidade de Vida pelo SF-36 considerando-se o domínio “Limitação por Aspectos Físicos”.

Características Sociodemográficas		Limitação por Aspectos Físicos				Valor de p
	Pobre/ Razoável n=63 (19,3%)	Bom n=35 (10,7%)	Muito Bom n= 49 (15,0%)	Excelente n= 180 (55,0%)	Total n= 327 (100,0%)	
Tempo de Missão						
2 - 5 anos	8 (12,7%)	3 (8,6%)	5 (10,2%)	17 (9,4%)	33 (10,1%)	0,000.
6 - 10 anos	14 (22,2%)	2 (5,7%)	3 (6,1%)	6 (3,3%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	11 (17,5%)	6 (17,1%)	8 (16,3%)	7 (3,9%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	15 (23,8%)	4 (11,4%)	10 (20,4%)	28 (15,6%)	57 (17,4%)	
21 - 30 anos	11 (17,5%)	16 (45,7%)	18 (36,7%)	80 (44,4%)	125 (38,2%)	
≥ 31 31 anos	4 (6,3%)	4 (11,4%)	5 (10,2%)	42 (23,3%)	55 (16,8%)	
Comorbidades						
Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	9 (14,3%)	2 (5,7%)	3 (6,1%)	4 (2,2%)	18 (5,5%)	0,004
Sem Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	54 (85,7%)	33 (94,3%)	46 (93,9%)	176 (97,8%)	309 (94,5%)	

7.18.3 Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Dor.

Para o domínio “**Dor**” as frequências absolutas e relativas foram: Pobre/Razoável 132 (40,4%); Bom 64 (19,6%); Muito Bom 74 (22,6%); e Excelente 57 (17,4%). Neste domínio foram observadas associações estatisticamente significativas para a variável: Tempo de Missão, com as maiores frequências para o período entre 21 e 30 anos passados no campo missionário: Pobre/Razoável 41 (31,1%); Bom 22 (34,4%); Muito Bom 36 (48,6%); e Excelente 26 (45,6%), $p=0,000$. (Tabela 30)

Tabela 30. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF-36 considerando-se o domínio “Dor”.

Características Sociodemográficas			Dor			Valor de p
	Pobre/ Razoável 132 (40,4%)	Bom n= 64 (19,6%)	Muito Bom n= 74 (22,6%)	Excelente n= 57 (17,4%)	Total n= 327 (100,0%)	
Tempo de Missão						
2 - 5 anos	12 (9,1%)	6 (9,4%)	10 (13,5%)	5 (8,8%)	33 (10,1%)	0,000.
6 - 10 anos	14 (10,6%)	9 (14,1%)	1 (1,4%)	1 (1,8%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	13 (9,8%)	12 (18,8%)	6 (8,1%)	1 (1,8%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	30 (22,7%)	10 (15,6%)	11 (14,9%)	6 (10,5%)	57 (17,4%)	
21 - 30 anos	41 (31,1%)	22 (34,4%)	36 (48,6%)	26 (45,6%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	22 (16,7%)	5 (7,8%)	10 (13,5%)	18 (31,6%)	55 (16,8%)	

7.18.4 Qualidade de vida analisada pelo SF-36 eo domínio Saúde Geral.

Para o domínio “**Saúde Geral**” as frequências absolutas e relativas foram: Pobre/Razoável 48 (14,7%); Bom 158 (48,3%); Muito Bom 121 (37,0%). Neste domínio foram observadas associações estatisticamente significativas para as variáveis: Tempo de Missão com as maiores frequências para o período entre 21 e 30 anos passados no campo missionário: Pobre/Razoável 13 (27,0%); Bom 70 (44,3%); Muito Bom 42 (34,7%), $p=0,000$. Para a variável sedentarismo foram encontradas as frequências: Pobre/Razoável 36 (75,0%); Bom 94 (59,6%); Muito Bom 55 (45,5%), $p= 0,001$. Na variável missionários hipertensos encontrou-se as frequências: Pobre/Razoável 6 (12,5%); Bom 7 (4,4%); Muito Bom 20 (16,5%), $p= 0,003$. E para a variável Histórico de suicídio na família as frequências significativas encontradas foram: Pobre/Razoável 8 (16,7%); Bom 10 (6,3%); Muito Bom 5 (4,1%), $p= 0,014$. (Tabela 31)

Tabela 31. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF-36 com relação ao domínio “Saúde Geral”.

Características Sociodemográficas		Saúde Geral			
	Pobre/ Razoável n= 48 (14,7%)	Bom n= 158 (48,3%)	Muito Bom n=121 (37,0%)	Total n= 327 (100,0%)	Valor de p
Tempo de Missão					
2 - 5 anos	5 (10,4%)	13 (8,2%)	15 (12,4%)	33 (10,1%)	0,000
6 - 10 anos	12 (25,0%)	7 (4,4%)	6 (5,0%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	7 (14,6%)	16 (10,1%)	9 (7,4%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	6 (12,5%)	33 (20,9%)	18 (14,9%)	57 (17,4%)	
21 - 30 anos	13 (27,0%)	70 (44,3%)	42 (34,7%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	5 (10,4%)	19 (12,0%)	31 (25,6%)	55 (16,8%)	
Comorbidades					
Sedentarismo	36 (75,0%)	94 (59,6%)	55 (45,5%)	185 (56,6%)	0,001
Hipertensão	6 (12,5%)	7 (4,4%)	20 (16,5%)	33 (10,1%)	0,003
Histórico de Suicídio na Família	8 (16,7%)	10 (6,3%)	5 (4,1%)	23 (7,0%)	0,014

7.18.5 Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Vitalidade.

Para o domínio “**Vitalidade**”, as frequências absolutas e relativas foram: Pobre/Razoável 58 (17,7%); Bom 233 (71,3%); Muito Bom 36 (11,0%). Neste domínio foram observadas associações estatisticamente significativas para a variável: Tempo de Missão com as maiores frequências para o período entre 21 e 30 anos passados no campo missionário: Pobre/Razoável 7 (12,1); Bom 106 (45,5%); Muito Bom 12 (33,37%), $p=0,000$. Para a variável sem diagnóstico de depressão foram encontradas as frequências Pobre/Razoável 39 (67,2%); Bom 195 (83,7%); Muito Bom 30 (83,3%), $p= 0,016$. Na variável sem diagnóstico de ansiedade foram encontradas as frequências: Pobre/Razoável 34 (58,6%); Bom 176 (75,5%); Muito Bom 29 (80,6%), $p= 0,019$. Para a variável sem diagnóstico de TMC foram encontradas as frequências: Pobre/Razoável 50 (86,2%); Bom 223 (95,7%); Muito Bom 36 (100%), $p= 0,005$. Similarmente, as frequências

significativas encontradas para variável Histórico de suicídio na família foram: Pobre/Razoável 11 (19,0%); Bom 9 (3,9%); Muito Bom 3 (8,3%), $p = 0,000$. (Tabela 32)

Tabela 32. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF-36 com relação ao domínio “Vitalidade”.

Características Sociodemográficas	Vitalidade				Valor de p
	Pobre / Razoável n= 58 (17,7%)	Bom n= 233 (71,3%)	Muito Bom n= 36 (11,0%)	Total n= 327 (100,0%)	
Tempo de Missão					
2 - 5 anos	7 (12,1%)	24 (10,3%)	2 (5,6%)	33 (10,1%)	0,000.
6 - 10 anos	15 (25,9%)	10 (4,3%)	0 (0,0%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	14 (24,1%)	17 (7,3%)	1 (2,8%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	13 (22,4%)	42 (18,0%)	2 (5,6%)	57 (17,4%)	
21 - 30 anos	7 (12,1%)	106 (45,5%)	12 (33,3%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	2 (3,4%)	34 (14,6%)	19 (52,8%)	55 (16,8%)	
Comorbidades					
Diagnóstico Depressão	19 (32,8%)	38 (16,3%)	6 (16,7%)	63 (19,3%)	0,016
Sem Diagnóstico Depressão	39 (67,2%)	195 (83,7%)	30 (83,3%)	264 (80,7%)	
Diagnóstico Ansiedade	24 (41,4%)	57 (24,5%)	7 (19,4%)	88 (26,9%)	0,019
Sem Diagnóstico Ansiedade	34 (58,6%)	176 (75,5%)	29 (80,6%)	239 (73,1%)	
Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	8 (13,8%)	10 (4,3%)	0 (0,0%)	18 (5,5%)	0,005
Sem Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	50 (86,2%)	223 (95,7%)	36 (100,0%)	309 (94,5%)	
Histórico de Suicídio na família	11 (19,0%)	9 (3,9%)	3 (8,3%)	23 (7,0%)	0,000.

7.18.6 Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Aspectos Sociais.

Para o domínio “**Aspectos Sociais**”, as frequências absolutas e relativas encontradas foram: Pobre/Razoável 57 (17,4%); Bom 249 (76,1%); Muito Bom

20 (6,1%); Excelente 1 (0,3%). Neste domínio foram observadas associações estatisticamente significativas para a variável: Idade Agrupada, entre 31 e 40 anos, com as frequências: Pobre/Razoável 20 (35,1%); Bom 88 (35,3%); Muito Bom 8 (40,0%); Excelente 0 (0,0%), $p=0,012$. Para Tempo de Missão, as maiores frequências foram para o período entre 21 e 30 anos passados no campo missionário: Pobre/Razoável 21 (36,8%); Bom 90 (36,1%); Muito Bom 13 (65,0%); Excelente 0 (0,0%), $p=0,050$. Para a variável sem diagnóstico de depressão foram encontradas as frequências Pobre/Razoável 41 (71,9%); Bom 204 (81,9%); Muito Bom 19 (95,0%); Excelente 0 (0,0%), $p= 0,020$. Para a variável sem diagnóstico de TMC foram encontradas as frequências: Pobre/Razoável 49 (86,0%); Bom 239 (96,0%); Muito Bom 20 (100%); Excelente 1 (100,0%), $p= 0,016$. (Tabela 33)

Tabela 33. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF-36 com relação ao domínio “Aspectos Sociais”.

Características Sociodemográficas		Aspectos Sociais				Valor de p
	Pobre / Razoável n= 57 (17,4%)	Bom n= 249 (76,1%)	Muito Bom n= 20 (6,1%)	Excelente n= 1 (0,3%)	Total n= 327 (100,0%)	
Idade Agrupada						
20 - 30 anos	5 (8,8%)	41 (16,5%)	10 (50,0%)	0 (0,0%)	56 (17,1%)	0,012
31 – 40 anos	20 (35,1%)	88 (35,3%)	8 (40,0%)	0 (0,0%)	116 (35,5%)	
41 – 50 anos	17 (29,8%)	75 (30,1%)	1 (5,0%)	1 (100,0%)	94 (28,7%)	
51 – 60 anos	12 (21,1%)	36 (14,5%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	49 (15,0%)	
≥ 61 Anos	3 (5,3%)	9 (3,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (3,7%)	
Tempo de Missão						
2 - 5 anos	7 (12,3%)	26 (10,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	33 (10,1%)	0,050
6 - 10 anos	5 (8,8%)	17 (6,8%)	3 (15,0%)	0 (0,0%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	10 (17,5%)	21 (8,4%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	12 (21,1%)	44 (17,7%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	57 (17,4%)	
21 - 30 anos	21 (36,8%)	90 (36,1%)	13 (65,0%)	1 (100,0%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	2 (3,5%)	51 (20,5%)	2 (10,0%)	0 (0,0%)	55 (16,8%)	
Comorbidades						
Diagnóstico Depressão	16 (28,1%)	45 (18,1%)	1 (5,0%)	1 (100,0%)	63 (19,3%)	0,020
Sem Diagnóstico Depressão	41 (71,9%)	204 (81,9%)	19 (95,0%)	0 (0,0%)	264 (80,7%)	
Diagnóstico de TMC	8 (14,0%)	10 (4,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18 (5,5%)	0,016
Sem Diagnóstico TMC	49 (86,0%)	239 (96,0%)	20 (100,0%)	1 (100,0%)	309 (94,5%)	

7.18.7 Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Aspectos Emocionais.

Para o domínio “**Aspectos Emocionais**”, as frequências absolutas e relativas encontradas foram: Pobre/Razoável 96 (30,0%); Bom 49 (15,0%); Excelente 180 (55,0%). Neste domínio foram observadas associações estatisticamente significativas para as variáveis: Tempo de Missão com as maiores frequências observadas para o período entre 21 e 30 anos passados no campo missionário: Pobre/Razoável 24 (24,5%); Bom 18 (36,7%); Excelente 83

(46,1%), $p=0,000$. Para a variável Continente as frequências mais significativas foram encontradas relacionadas ao continente africano: Pobre/Razoável 41 (41,8%); Bom 20 (40,8%); Excelente 56 (31,1%), $p=0,033$. Para a variável Sedentarismo, as frequências foram: Pobre/Razoável 58 (59,2%); Bom 37 (75,5%); Excelente 90 (50,0%), $p=0,005$. Na variável Histórico de depressão na família encontramos as frequências Pobre/Razoável 49 (50,0%); Bom 14 (28,6%); Excelente 68 (37,8%), $p=0,028$. Para a variável Histórico de Suicídio na família foram encontradas as frequências: Pobre/Razoável 12 (12,2%); Bom 3 (6,1%); Excelente 8 (4,4%), $p=0,050$. (Tabela 34)

Tabela 34. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF-36 com relação ao domínio “Aspectos Emocionais”.

Características Sociodemográficas		Aspectos Emocionais			
	Pobre / Razoável n= 98 (30,0%)	Bom n= 49 (15,0%)	Excelente n= 180 (55,0%)	Total n= 327 (100,0%)	Valor de p
Tempo de Missão					
2 - 5 anos	9 (9,2%)	3 (6,1%)	21 (11,7%)	33 (10,1%)	0,000.
6 - 10 anos	17 (17,3%)	6 (12,2%)	2 (1,1%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	21 (21,4%)	7 (14,3%)	4 (2,2%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	24 (24,5%)	8 (16,3%)	25 (13,9%)	57 (17,4%)	
21 - 30 anos	24 (24,5%)	18 (36,7%)	83 (46,1%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	3 (3,1%)	7 (14,3%)	45 (25,0%)	55 (16,8%)	
Continente					
Americano	14 (14,3%)	12 (24,5%)	39 (21,7%)	65 (19,9%)	0,033
Europeu	19 (19,4%)	11 (22,4%)	25 (13,9%)	55 (16,8%)	
Africano	41 (41,8%)	20 (40,8%)	56 (31,1%)	117 (35,8%)	
Asiático	24 (24,5%)	6 (12,2%)	60 (33,3%)	90 (27,5%)	
Comorbidades					
Sedentarismo	58 (59,2%)	37 (75,5%)	90 (50,0%)	185 (56,6%)	0,005
Histórico de Depressão na família	49 (50,0%)	14 (28,6%)	68 (37,8%)	131 (40,1%)	0,028
Histórico de Suicídio na família	12 (12,2%)	3 (6,1%)	8 (4,4%)	23 (7,0%)	0,050.

7.18.8 Qualidade de vida analisada pelo SF-36 e o domínio Saúde Mental.

Para o domínio “**Saúde Mental**” as frequências absolutas e relativas encontradas foram: Pobre/Razoável 43 (13,1%); Bom 98 (30,0%); Muito Bom 165 (50,5%); Excelente 21 (6,4%). Neste domínio foram observadas associações estatisticamente significativas para a variável: Escolaridade agrupada, os indivíduos com superior completo foram os que pontuaram frequências maiores: Pobre/Razoável 20 (46,5%); Bom 38 (38,8%); Muito Bom 77 (46,7%); Excelente 9 (42,9%), $p=0,048$. Na variável Tempo de Missão as maiores frequências foram para o período entre 21 e 30 anos passados no campo missionário: Pobre/Razoável 2 (4,7%); Bom 32 (32,7%); Muito Bom 91 (55,2%); Excelente 0 (0,0%); entretanto os missionários com período entre 6 e 10 anos apresentaram maior pobreza em termos de Qualidade de Vida do que os outros períodos investigados, com a frequência para Pobre/Razoável de 18 (41,9%), $p=0,000$. Para variável sem diagnóstico de ansiedade, encontramos as Pobre/Razoável (55,8%, $p=0,044$). Para a variável Histórico de Suicídio na família encontrou-se as frequências para Pobre/Razoável (18,6%, $p=0,013$). (Tabela 35)

Tabela 35. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a presença de Qualidade de Vida pelo SF-36 com relação ao domínio “Saúde Mental”.

Características Sociodemográficas		Saúde Mental				Valor de p
	Pobre / Razoável n= 43 (13,1%)	Bom n=98 (30,0%)	Muito Bom n= 165 (50,5%)	Excelente n= 21 (6,4%)	Total n= 327 (100,0%)	
Escolaridade Agrupada (%)						
Fundamental/Médio	10 (23,3%)	15 (15,3%)	16 (9,7%)	1 (4,8%)	42 (12,8%)	0,048
Superior Incompleto	3 (7,0%)	8 (8,2%)	20 (12,1%)	6 (28,6%)	37 (11,3%)	
Superior Completo	20 (46,5%)	38 (38,8%)	77 (46,7%)	9 (42,9%)	144 (44,0%)	
Pós-Graduação	10 (23,3%)	37 (37,8%)	52 (31,5%)	5 (23,8%)	104 (31,8%)	
Tempo de Missão						
2 - 5 anos	4 (9,3%)	2 (2,0%)	21 (12,7%)	6 (28,6%)	33 (10,1%)	0,000
6 - 10 anos	18 (41,9%)	7 (7,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	25 (7,6%)	
11 – 15 anos	14 (32,6%)	18 (18,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	32 (9,8%)	
16 – 20 anos	5 (11,6%)	36 (36,7%)	16 (9,7%)	0 (0,0%)	57 (17,4%)	
21 - 30 anos	2 (4,7%)	32 (32,7%)	91 (55,2%)	0 (0,0%)	125 (38,2%)	
≥ 31 anos	0 (0,0%)	3 (3,1%)	37 (22,4%)	15 (71,4%)	55 (16,8%)	
Comorbidades						
Diagnóstico Ansiedade	19 (44,2%)	26 (26,5%)	39 (23,6%)	4 (19,0%)	88 (26,9%)	0,044
Sem Diagnóstico Ansiedade	24 (55,8%)	72 (73,5%)	126 (76,4%)	17 (81,0%)	239 (73,1%)	
Histórico de Suicídio na família	8 (18,6%)	5 (5,1%)	8 (4,8%)	2 (9,5%)	23 (7,0%)	0,013

7.19 Orientação Religiosa segundo EOR.

As características de base de todos os 327 participantes do estudo também foram descritas de acordo com a orientação religiosa intrínseca ou extrínseca. As frequências absolutas e relativas da **Escala de Orientação Religiosa EOR** – Religiosidade Extrínseca foram: Concordo/Concordo totalmente 3 (0,9%), Outros 324 (99,1%). Encontramos associação estatisticamente significativa relacionada à variável “Raça” - Branca pontuou para Concordo/Concordo totalmente 1 (33,3%), Outros 185 (57,1%), $p=0,000$. Para a variável “Obesidade”, encontramos as frequências para Acima do peso: Concordo/Concordo totalmente 0 (0,0%), Outros 138 (42,6%), $p= 0,000$. Para Diabetes Mellitus foram encontradas as frequências: Concordo/Concordo totalmente 1 (33,3%), Outros 10 (3,1%), $p= 0,004$.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas com as outras variáveis de base e com o tipo de religiosidade intrínseca. (Tabela 41)

Tabela 36 - Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com a Orientação Religiosa pelo EOR.

Características Sociodemográficas		EOR - Extrínseca		
	Religiosidade Extrínseca: Concordo / Concordo Totalmente n=3 (0,9%)	Religiosidade Extrínseca: Outros n= 324 (99,1%)	Total n= 327 (100,0%)	Valor de p
Raça (%)				
Branca	1 (33,3%)	185 (57,1%)	186 (56,9%)	0,000
Parda	0 (0,0%)	111 (34,3%)	111 (33,9%)	
Preta	1 (33,3%)	26 (8,0%)	27 (8,3%)	
Amarela	1 (33,3%)	2 (0,6%)	3 (0,9%)	
Comorbidades				
Classificação IMC				
Abaixo do peso	1 (33,3%)	4 (1,2%)	5 (1,5%)	0,000
Saudável	1 (33,3%)	121 (37,3%)	122 (37,3%)	
Acima do peso	0 (0,0%)	138 (42,6%)	138 (42,2%)	
Obesidade Grau 1	1 (33,3,%)	38 (11,7%)	39 (11,9%)	
Obesidade Grau 2	0 (0,0%)	15 (4,6%)	15 (4,6%)	
Obesidade Grau 3	0 (0,0%)	8 (2,5%)	8 (2,4%)	
Diabetes Mellitus	1 (33,3%)	10 (3,1%)	11 (3,4%)	0,004

7.20 *Coping* Religioso segundo CRE-NEGATIVO.

Também averiguamos as características de base de todos os participantes pela Escala CRE NEGATIVO agregando **CRE Negativo: Nenhum/Irrisório/Médio** com **CRE Negativo: Alto/Altíssimo**. Para esta análise identificamos as frequências absolutas e relativas: **CRE Negativo: Nenhum/Irrisório/Médio** 293 (89,6%) e **CRE Negativo: Alto/Altíssimo** 34 (10,4%). (Tabela 42)

Foram encontradas associações estatisticamente significativas relacionadas à variável “*Frequência com que os missionários se encontram*”, com $p=0,22$ (Tabela 45). Para variável *Diagnóstico Prévio de Depressão* foram identificadas para (Sim, com diagnóstico prévio): **Nenhum/Irrisório/Médio** 61 (18,8%), **Alta/Altíssima** 2 (66,7%) e para Não, (Sem diagnóstico prévio): **Nenhum/Irrisório/Médio** 263 (81,2%), **Alta/Altíssima** 1 (33,3%), $p=0,36$. Encontramos para variável *Diagnóstico Prévio de TMC* para “Sim”, (Com diagnóstico prévio: **Nenhum/Irrisório/Médio** 17 (5,2%), **Alta/Altíssima** 18 (5,5%) e para Não, (Sem diagnóstico prévio): **Nenhum/Irrisório/Médio** 307 (94,8%), **Alta/Altíssima** 2 (66,7%), $p=0,034$. (Tabela 37)

Tabela 37 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE (CRE NEGATIVO).

Características Sociodemográficas	CRE NEGATIVO			
	CRE Negativo: Nenhum/Irrisória/Médio n= 293 (89,6%)	CRE Negativo: Alto/Altíssima n= 34 (10,4%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Frequência de Encontros				
Nunca	4 (1,2%)	0 (0,0%)	4 (1,2%)	0,022
Raramente	119 (36,7%)	2 (66,7%)	121 (37,0%)	
Ocasionalmente	62 (19,1%)	0 (0,0%)	62 (19,0%)	
Frequentemente	78 (24,1%)	0 (0,0%)	78 (23,9%)	
1 Vez por Mês	18 (5,6%)	0 (0,0%)	18 (5,5%)	
2 Vezes por Mês	6 (1,9%)	1 (33,3%)	7 (2,1%)	
3 Vezes por Mês	4 (2,1%)	0 (0,0%)	4 (1,2%)	
4 ou mais Vezes por Mês	33 (10,2%)	0 (0,0%)	33 (10,1%)	
Comorbidades				
Diagnóstico Depressão	61 (18,8%)	2 (66,7%)	63 (19,3%)	0,036
Sem Diagnóstico Depressão	263 (81,2%)	1 (33,3%)	264 (80,7%)	
Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	17 (5,2%)	18 (5,5%)	18 (5,5%)	0,034
Sem Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico	307 (94,8%)	2 (66,7%)	309 (94,5%)	

7.20.1 *Coping* Religioso segundo CRE-NEGATIVO relacionados com SRQ-20.

Encontramos associação estatisticamente significativa para **CRE Negativo e SRQ-20** com frequências absolutas e relativas de 324 (99,1%), 3 (0,9%). Para os missionários sem TMC verificou-se: **Nenhum/Irrisório/Médio** 231 (71,3%), **Alta/Altíssima** 3 (0,9%) e com TMC **Nenhum/Irrisório/Médio** 93 (28,7%), **Alta/Altíssima** 3 (100,0%). (Tabela 38)

Tabela 38 - Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE NEGATIVO associado ao SRQ-20.

	CRE Negativo: Nenhum/Irrisória/ Médio n= 324 (99,1%)	CRE Negativo: Alto/Altíssima n= 3 (0,9%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p=
SRQ-20				
Sem Transtorno	231 (71,3%)	0 (0,0%)	231 (100,0%)	0,007
Com Transtorno	93 (28,7%)	3 (100,0%)	96 (29,4%)	

7.20.2 Coping Religioso segundo CRE-NEGATIVO relacionados com BDI-II.

Foram identificadas associações significativas com relação ao **CRE negativo** e **BDI-II (Depressão)**, com frequências absolutas e relativas de 324 (99,1%), 3 (0,9%). Para os missionários observou-se para: **Nenhum/Irrisório/Médio**, *Depressão Sem/Leve* 254 (78,4%), *Depressão Moderada* 36 (94,7%), *Depressão Moderada Grave* 20 (6,2%) e *Grave* 14 (4,3%); **Alta/Altíssima** *Depressão Sem/Leve* 0 (0,0%), *Depressão Moderada* 2 (5,3%), *Depressão Moderada Grave* 1 (33,3%) e *Grave* 0 (0,0%), $p=0,003$. Para os missionários *Sem Depressão*, **Nenhum/Irrisório/Médio**, 254 (78,4%), **Alta/Altíssima** 0 (0,0%) e para com **depressão** **Nenhum/Irrisório/Médio**, 70 (21,6%) e **Alta/Altíssima** 3 (100,0%), $p=0,001$. (Tabela 39)

Tabela 39 - Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE (CRE NEGATIVO) associado ao BDI-II.

BDI-II	CRE Negativo: Nenhum/Irrisória/ Médio n= 324 (99,1%)	CRE Negativo: Alto/Altíssima n= 3 (0,9%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p=
0-13 - Sem / Leve	254 (78,4%)	0 (0,0%)	254 (77,7%)	0,003
14-19 - Moderada	36 (94,7%)	2 (5,3%)	38 (11,6%)	
20-28 = Moderada Grave	20 (6,2%)	1 (33,3%)	21 (6,4%)	
28-63 - Grave	14 (4,3%)	(0 0,0%)	14 (4,3%)	
BDI-II Com e Sem Depressão				
Sem Depressão	254 (78,4%)	0 (0,0%)	254 (77,7%)	0,001
Com Depressão	70 (21,6%)	3 (100,0%)	73 (22,3%)	

7.20.3 Coping Religioso segundo CRE- NEGATIVO associados ao IDATE-Estado.

Encontramos associações significativas com relação ao **CRE negativo** e **IDATE - Estado** (Ansiedade) com frequências absolutas e relativas de 324 (99,1%), 3 (0,9%). Para os missionários averiguou-se para: **Nenhum/Irrisório/Médio**, *Sem/Leve Sintomatologia* 75 (23,1%), *Moderada* 203 (62,7%), **Grave** 46 (14,1%) e **Alta/Altíssima** *Sem/Leve Sintomatologia* 0 (0,0%), *Moderada* 1 (33,3%), *Grave* 3 (0,9%), $p=0,035$. (Tabela 40)

Tabela 40 - Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE NEGATIVO associado ao IDATE-Estado.

IDATE Estado	CRE Negativo: Nenhum/Irrisória / Médio n= 324 (99,1%)	CRE Negativo: Alto/Altíssima a n= 3 (0,9%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p=
Sem/Leve Sintomatologia	75 (23,1%)	0 (0,0%)	75 (22,9%)	0,035
Moderada Sintomatologia	203 (62,7%)	1 (33,3%)	204 (62,4%)	
Grave Sintomatologia	46 (14,1%)	3 (0,9%)	48 (14,7%)	

7.20.4 *Coping* Religioso segundo CRE-NEGATIVO relacionados com IMB

Foram encontrados associações significativas com relação ao **CRE NEGATIVO** e **IMB – Subescala Exaustão Emocional** com valores absolutos e relativos de **Nenhum/Irrisório/Médio** 324 (99,1%), **Alta/Altíssima** 3 (0,9%). Os missionários obtiveram: **Nenhum/Irrisório/Médio**, EE Leve 270 (83,3%), Moderada 36 (11,1%), Grave 18 (5,6%) e **Alta/Altíssima** EE Leve 0 (0,0%), Moderada 3 (100,0%), Grave 0 (0,0%), $p=0,000$. (Tabela 41)

Tabela 41 - Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE NEGATIVO associado ao IMB considerando-se a subescala Exaustão Emocional.

MBI Exaustão Emocional	CRE Negativo: Nenhum/Irrisória/Médio n= 324 (99,1%)	CRE Negativo: Alto/Altíssima n= 3 (0,9%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p=
Leve	270 (83,3%)	0 (0,0%)	270 (82,6%)	0,000
Moderada	36 (11,1%)	3 (100,0%)	39 (11,9%)	
Grave	18 (5,6%)	0 (0,0%)	18 (5,5%)	

Similarmente, encontramos frequências significativas para os diferentes perfis de estresse para **Nenhum/Irrisório/Médio**: *Burnout* 51 (15,7%), Desengajado 80 (24,7%), Esgotado 3 (0,9%), Ineficaz 94 (29,0%), Engajado 96 (29,6%) e para **Alta/Altíssima**: *Burnout* 3 (5,6%), Desengajado 0 (0,0%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 0 (0,0%), Engajado 0 (0,0%) com $p=0,004$. (Tabela 42)

Tabela 42 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE NEGATIVO associado ao IMB considerando-se a subescala Exaustão Emocional.

MBI - Perfis de Estresse	CRE Negativo: Nenhum/Irrisória/ Médio n= 324 (99,1%)	CRE Negativo: Alto/Altíssima n= 3 (0,9%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p=
Burnout	51 (15,7%)	3 (5,6%)	270 (82,6%)	0,004
Desengajado	80 (24,7%)	0 (0,0%)	80 (24,5%)	
Esgotado	3 (0,9%)	0 (0,0%)	3 (0,9%)	
Ineficaz	94 (29,0%)	0 (0,0%)	94 (28,7%)	
Engajado	96 (29,6%)	0 (0,0%)	96 (29,4%)	

7.20.5 Características de base de acordo com CRE POSITIVO.

Nas características de base de todos os participantes relacionadas à **Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE POSITIVO)** encontramos as frequências absolutas e relativas da Escala CRE. Para o **CRE POSITIVO: Nenhum ou Irrisória / Um Pouco** 83 (75,5%), **Média** 27 (24,5%), **Alta** 27 (24,5%), **Altíssima** 27 (24,5%). (Tabela 43)

Foram encontradas associações estatisticamente significativas relacionadas à variável União estável, Missionários com união estável: **CRE POSITIVO: Nenhum ou Irrisória / Um Pouco** 9 (45,8%), **Média** 57 (32,0%), **Alta** 59 (48,0%), **Altíssima**, 0 (0,0%) e sem união estável **Nenhum ou Irrisória / Um Pouco** 16 (64,0%), **Média** 121 (68,0%), **Alta** 64 (52,0%), **Altíssima**, 1 (100,0%), p= 0,036. (Tabela 43)

Nesta amostra também avaliamos o *Coping* religioso pela escala CRE BREVE com os graus agrupados em Neutro/irrisório/Médio e Alta/Altíssimo. (Gráfico 10)

Gráfico 10. Avaliação Global dos Fatores que compõe a escala CRE **Tabela 43.** Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE (CRE POSITIVO).

Características Sociodemográficas		CRE POSITIVO				Total n= 327 (100%)	Valor de p
	CRE Positivo: Nenhum ou Irrisória (1,00 a 1,50) / Baixa (1,51 a 2,50) n= 83 (75,5)	CRE Positivo: Média (2,51 a 3,50) n= 27 (24,5%)	CRE Positivo: Alta (3,51 a 4,50) n= 27 (24,5%)	CRE Positivo: Altíssima (4,51 a 5,00) n= 27 (24,5%)			
União Estável							
Com União Estável	9 (36,0%)	57 (32,0%)	59 (48,0%)	0 (0,0%)	125 (38,2%)	0,036	
Sem União Estável	16 (64,0%)	121 (68,0%)	64 (52,0%)	1 (100,0%)	202 (61,8%)		

7.20.6 Coping Religioso segundo CRE POSITIVO (agregado).

As características de base de todos os participantes pela Escala CRE POSITIVO agregando **CRE POSITIVO: Nenhum/Irrisório/Médio** com **CRE Negativo: Alto/Altíssimo**. Para esta análise identificamos as frequências absolutas e relativas: **CRE Positivo: Nenhum/Irrisório/Médio** 203 (62,1%) e **CRE Negativo: Alto/Altíssimo** 124 (37,9%). (Tabela 49)

Foram encontradas associações estatisticamente significativas relacionadas à variável ao Estado Civil: **Nenhum/Irrisório/Médio** Solteiro 59 (29,1%) Casados 137 (67,5%), Separados 5 (2,5%), Viúvos 2 (10,0%) e **Alto/Altíssimo** Solteiro 56 (45,2%), Casados 65 (52,4%), Separados 2 (1,6%), Viúvos 1 (0,8%) com $p=0,032$. Para a variável Relacionamento: **Nenhum/Irrisório/Médio** Com união estável 66 (32,5%) e Sem união estável 137 (67,5%) e para **Alto/Altíssimo** Com união estável 59 (47,6%) e Sem união estável 65 (52,4%), $p=0,007$. Também encontramos associação estatisticamente significativa relacionada à variável “*Frequência com que os missionários se encontram*”, com $p=0,024$. Da mesma forma, encontramos frequência significativa para a variável Hipertensão, $p=0,007$. (Tabela 44).

Tabela 44. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE (CRE POSITIVO).

Características Sociodemográficas	CRE POSITIVO			
	CRE Positivo: Nenhum/ Irrisória/Médio N= 203 (62,1%)	CRE Positivo: Alto/Altíssima N=124 (37,9%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Estado Civil (%)				
Solteiro	59 (29,1%)	56 (45,2%)	115 (35,2%)	0,032
Casado	137 (67,5%)	65 (52,4%)	202 (61,8%)	
Separado	5 (2,5%)	2 (1,6%)	7 (2,1%)	
Viúvo	2 (1,0%)	1 (0,8%)	3 (0,9%)	
União Estável				
Com União Estável	66 (32,5%)	59 (47,6%)	125 (38,2%)	0,007
Sem União Estável	137 (67,5%)	65 (52,4%)	202 (61,8%)	
Frequência de Encontros				
Nunca	1 (0,5%)	3 (2,4%)	4 (1,2%)	0,024
Raramente	82 (40,4%)	39 (31,5%)	121 (37,0%)	
Ocasionalmente	42 (20,7%)	20 (16,1%)	62 (19,0%)	
Frequentemente	45 (22,2%)	33 (26,6%)	78 (23,9%)	
1 Vez por Mês	7 (3,4%)	11 (8,9%)	18 (5,5%)	
2 Vezes por Mês	2 (1,0%)	5 (4,0%)	7 (2,1%)	
3 Vezes por Mês	1 (0,5%)	3 (2,4%)	4 (1,2%)	
4 ou mais Vezes por Mês	23 (11,3%)	10 (8,1%)	33 (10,1%)	
Hipertensão				
Com Hipertensão	15 (7,4%)	18 (14,5%)	33 (10,1%)	0,007
Sem Hipertensão	188 (92,6%)	106 (85,5%)	294 (89,9%)	

7.20.7 *Coping* Religioso segundo CRE-POSITIVO associado ao IBD II.

Foram encontradas associações significativas com relação ao **CRE POSITIVO** e IBD II.

Para a variável Sem Sintomas Depressivos identificou-se para: **Nenhum/Irrisória/Médio** 37 (18,2%) e **Alta/Altíssima** 36 (29,0%) e Com Sintomas Depressivos: **Nenhum/Irrisória/Médio** 70 (21,6%) e **Alta/Altíssima** 36 (29,0%) e **Alta/Altíssima** 3 (100,0%), $p=0,023$. (Tabela 45)

Tabela 45 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE Positivo associado ao IBD II.

Escala CRE Positivo e IBD III-				Valor de p=
Sem Depressão	37 (18,2%)	36 (29,0%)	254 (77,7%)	0,023
Com Depressão	70 (21,6%)	3 (100,0%)	73 (22,3%)	

Para os fatores associados ao CRE Positivo analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo BDI-II e a presença de sintomas depressivos, foram encontrados maior risco de sintomas para a população com menor *Coping* positivo, com a Razão de Chance [RC 3,4; IC 95% 1,9-6,3]. (Tabela 46)

Tabela 46. Fatores associados ao CRE POSITIVO e Sintomas Depressivos avaliado por regressão logística pela Escala CRE e BDI-II em 327 participantes do estudo.

Fatores associados ao CRE Positivo ajustados pelo BDI-II		
Características Sociodemográficas		
	Nenhum/Irrisório/Médio RC Multivariada (IC 95%)	Alto/Altíssimo RC Multivariada (IC 95%)
Sexo (%)		
Com Diagnóstico de Depressão	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Sem Diagnóstico de Depressão	Referência (1,0)	3,4 (1,9-6,3)

7.20.8 *Coping* Religioso segundo CRE-Fator P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida.

As características de base de todos os participantes foram analisadas pela Escala **CRE Fator P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida**. (Tabela 47)

Para esta análise identificamos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator P1: Nenhum/Irrisório/Médio** 178 (54,4%) e **Alto/Altíssimo** 149 (45,6%).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas relacionadas à variável ao Estado Civil: **Nenhum/Irrisório/Médio** Solteiro 49 (27,5%), Casados 122 (68,5%), Separados 5 (2,8%), Viúvos 2 (1,1%) e **Alto/Altíssimo** Solteiros 66 (44,3%), Casados 80 (53,7%), Separados 2 (1,3%), Viúvos 1 (0,7%) com $p=0,016$. Para a variável Relacionamento Estável: **Nenhum/Irrisório/Médio** Com união estável 56 (31,5%) e Sem união estável 122 (68,5%) e para **Alto/Altíssimo** Com união estável 69 (46,3%) e Sem união estável 80 (53,7%), $p=0,006$. Também encontramos associação estatisticamente significativa relacionada à variável *Ordenado Pastor* **Nenhum/Irrisório/Médio** 66 (37,1%), **Alto/Altíssimo** 39 (26,2%) e para Não Ordenados Pastor **Nenhum/Irrisório/Médio** 122 (62,9%), **Alto/Altíssimo** 110 (73,8%), $p=0,035$. Identificamos na variável Histórico de Depressão na Família **Nenhum/Irrisório/Médio** 61 (34,3%), **Alto/Altíssimo** 70 (47,0%), $p=0,019$. (Tabela 48).

Igualmente, também encontramos associações estatisticamente significativas relacionadas com a Qualidade de Vida avaliada pelo SF-36 com relação à subescala Capacidade Funcional para **Nenhum/Irrisório/Médio**: *Pobre/Razoável* 16 (9,0%), *Bom* 30 (16,9%), *Muito Bom* 84 (47,7%), *Excelente* 48 (27,0%) e para **Alto/Altíssimo**: *Pobre/Razoável* 6 (27,3%), *Bom* 21 (14,1%), *Muito Bom* 92 (61,7%), *Excelente* 30 (20,1%) com $p=0,043$. (Tabela 49)

Tabela 47 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE Fator P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida.

Características Sociodemográficas		FATOR P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida				
	Fator P1: Nenhum ou Irrisória (1,00 a 1,50) / Baixa (1,51 a 2,50) n= 83 (75,5)	Fator P1: Média (2,51 a 3,50) n= 27 (24,5%)	Fator P1: Alta (3,51 a 4,50) n= 27 (24,5%)	Fator P1: Altíssima (4,51 a 5,00) n= 27 (24,5%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Estado Civil (%)						
Solteiro	15 (23,1%)	34 (30,1%)	54 (41,9%)	12 (60,0%)	115 (35,2%)	0,032
Casado	49 (75,4%)	73 (64,6%)	72 (55,8%)	8 (40,0%)	202 (61,8%)	
Separado	0 (0,0%)	5 (4,4%)	2 (1,6%)	0 (0,0%)	7 (2,1%)	
Viúvo	1 (1,5%)	1 (0,9%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	3 (0,9%)	
União Estável						
Com União Estável	16 (24,6%)	40 (35,4%)	57 (44,2%)	12 (60,0%)	125 (38,2%)	0,010.
Sem União Estável	49 (75,4%)	73 (64,6%)	72 (55,8%)	8 (40,0%)	202 (61,8%)	
Formação Profissional						
Biológicas	8 (12,3%)	21 (18,6%)	22 (17,1%)	5 (8,9%)	56 (17,1%)	0,038
Exatas	3 (4,6%)	4 (3,5%)	8 (6,2%)	2 (10,0%)	17 (5,2%)	
Ciências Humanas	18 (27,7%)	23 (20,4%)	43 (33,3%)	2 (10,0%)	86 (26,3%)	
Missionário / Pastor	31 (47,7%)	58 (51,3%)	48 (37,2%)	6 (30,0%)	143 (43,7%)	
Outras	5 (7,7%)	7 (6,2%)	8 (6,2%)	5 (25,0%)	25 (7,6%)	
Comorbidades						
Histórico de Depressão na Família	21 (32,3%)	40 (35,4%)	57 (44,2%)	13 (65,0%)	131 (40,1%)	0,033
Sem Histórico de Depressão na Família	44 (67,7%)	73 (64,6%)	72 (55,8%)	7 (35,0%)	196 (59,9%)	

Tabela 48 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE Fator P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida.

Características Sociodemográficas	FATOR P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida			
	Fator P1: Nenhum/Irrisória/Médio n= 178 (54,4%)	Fator P1: Alto/Altíssima n= 149 (45,6%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Estado Civil (%)				
Solteiro	49 (27,5%)	66 (44,3%)	115 (35,2%)	0,016
Casado	122 (68,5%)	80 (53,7%)	202 (61,8%)	
Separado	5 (2,8%)	2 (1,3%)	7 (2,1%)	
Viúvo	2 (1,1%)	1 (0,7%)	3 (0,9%)	
União Estável				
Com União Estável	56 (31,5%)	69 (46,3%)	125 (38,2%)	0,006
Sem União Estável	122 (68,5%)	80 (53,7%)	202 (61,8%)	
Características Ministeriais				
Ordenado Pastor	66 (37,1%)	39 (26,2%)	105 (32,1%)	0,035
Não ordenado Pastor	112 (62,9%)	110 (73,8%)	222 (67,9%)	
Comorbidades				
Histórico de Depressão na Família	61 (34,3%)	70 (47,0%)	131 (40,1%)	0,019

Tabela 49. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com CRE Fator P1 e SF-36 considerando-se a subescala Capacidade Funciona.

FATOR P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida				
SF-36- Capacidade Funcional	Fator P1: Nenhum/Irrisória/Médio n= 178 (54,4%)	Fator P1: Alto/Altíssima n= 149 (45,6%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Pobre/Razoável	16 (9,0%)	6 (27,3%)	22 (6,7%)	0,043
Bom	30 (16,9%)	21 (14,1%)	51 (15,6%)	
Muito Bom	84 (47,7%)	92 (61,7%)	176 (53,8%)	
Excelente	48 (27,0%)	30 (20,1%)	78 (23,9%)	

7.20.9 *Coping* Religioso segundo CRE-Fator Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual

As características de base de todos os participantes foram analisadas pela **Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE - Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual)** agregando.

Para esta análise identificamos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator P2: Nenhum/Irrisório/Médio** 252 (77,7%) e **Alto/Altíssimo** 73 (22,3%).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas relacionadas à variável Relacionamento Estável: **Nenhum/Irrisório/Médio** Com união estável 88 (34,6%) e Sem união estável 166 (65,4%) e para **Alto/Altíssimo** Com união estável 37 (50,7%) e Sem união estável 36 (49,3%), $p=0,013$. Também encontramos associação estatisticamente significativa relacionada à variável Raça **Nenhum/Irrisório/Médio**: Branca 145 (57,1%), Parda 87 (34,3%), Preta 22 (8,7%), Amarela 0 (0,0%); **Alto/Altíssimo**: Branca 41 (56,2%), Parda 24 (32,9%), Preta 5 (6,8%), Amarela 3 (4,1%), $p=0,013$. (Tabela 50)

Tabela 50. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual

Características Sociodemográficas	FATOR P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual			
	Fator P2: Nenhum/Irrisório/Médio n= 254 (77,7%)	Fator P2: Alto/Altíssima n= 73 (22,3%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
União Estável				
Com União Estável	88 (34,6%)	37 (50,7%)	125 (38,2%)	0,013
Sem União Estável	166 (65,4%)	36 (49,3%)	202 (61,8%)	

7.20.10 **Coping Religioso segundo CRE-Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual) e BDI-II e IMB.**

Identificamos associações significativas com relação ao **CRE Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual e BDI-II e IMB.**

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator P2: Nenhum/Irrisório/Médio** 254 (77,7%) e **Alto/Altíssimo** 73 (22,3%)

As frequências de sintomas depressivos reveladas por meio do BDI-II foram: para **Nenhum/Irrisório/Médio**, Depressão Sem/Leve 206 (81,1%), Depressão Moderada 23 (9,1%), Depressão Moderada Grave 15 (5,9%) e Grave 10 (9,3%); **Alta/Altíssima** Depressão Sem/Leve 48 (65,8%), Depressão Moderada 15 (39,5%), Depressão Moderada Grave 6 (8,2%) e Grave 4 (5,5%), $p=0,030$. Da mesma forma valores significativos para variável com e sem depressão: Sem depressão: **Nenhum/Irrisório/Médio**, 206 (81,1%), **Alta/Altíssima** 48 (65,8%) e Com depressão: **depressão Nenhum/Irrisório/Médio**, 48 (18,9%) e **Alta/Altíssima** 25 (34,2%), $p=0,006$, $p=0,006$.

Da mesma forma, verificou-se a associação de Coping religioso com Síndrome de *Burnout* e Perfis de estresse por meio do MBI. As frequências significativas foram identificadas na subescala Exaustão Emocional para **Nenhum/Irrisório/Médio** Leve 270 (83,3%), Moderada 36 (11,1%) e Grave 18 (5,6%) para **Alta/Altíssima**: Leve 0 (0,0%), Moderada 3 (100,0%) e Grave 0 (0,0%), $P=0,000$.

Para os perfis de estresse foram identificadas as frequências para **Nenhum/Irrisório/Médio**: *Burnout* 42 (16,5%), Desengajado 55 (21,7%), Esgotado 0 (0,0%), Ineficaz 78 (30,7%), Engajado 79 (31,1%) para

Alta/Altíssima: *Burnout* 12 (16,4%), *Desengajado* 25 (34,2%), *Esgotado* 3 (4,1%), *Ineficaz* 16 (21,9%), *Engajado* 17 (23,3%), $p = 0,002$. (Tabela 56)

Tabela 51. Fatores associados à *Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE - Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual)* e Sintomas Depressivos e de Estresse avaliados pelo BDI-II e IMB.

Transtornos Psiquiátricos	FATOR P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual			
	Fator P2: Nenhum/ Irrisória/Médio n= 254 (77,7%)	Fator P2: Alto/Altíssima n= 73 (22,3%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
BDI-II				
Depressão Sem/Leve	206 (81,1%)	48 (65,8%)	254 (77,7%)	0,030
Depressão Moderada	23 (9,1%)	15 (39,5%)	38 (11,6%)	
Depressão Moderada Grave	15 (5,9%)	6 (8,2%)	21 (6,4%)	
Depressão Grave	10 (9,3%)	4 (5,5%)	14 (4,3%)	
BDI-II				
Sem Depressão	206 (81,1%)	48 (65,8%)	254 (77,7%)	0,006
Com Depressão	48 (18,9%)	25 (34,2%)	73 (22,3%)	
IMB - Exaustão Emocional				
Leve	270 (83,3%)	0 (0,0%)	270 (82,6%)	0.000
Moderada	36 (11,1%)	3 (100,0%)	39 (11,9%)	
Grave	18 (5,6%)	0 (0,0%)	18 (5,5%)	
IMB Perfis de Estresse				
Burnout	42 (16,5%)	12 (16,4%)	54 (16,5%)	0,002
Desengajado	55 (21,7%)	25 (34,2%)	80 (24,5%)	
Esgotado	0 (0,0%)	3 (4,1%)	3 (0,9%)	
Ineficaz	78 (30,7%)	16 (21,9%)	94 (28,7%)	
Engajado	79 (31,1%)	17 (23,3%)	96 (29,4%)	

Para os fatores associados a **CRE FATOR P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual** analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo BDI-II e a presença de sintomas depressivos foi encontrado maior risco de sintomas para a população com *Coping Nenhum/Irrisório/Médio* com a Razão de Chance [RC 2,24; IC 95% (1,26-3,98)]. (Tabela 52)

Tabela 52. Fatores associados ao CRE FATOR P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual e Sintomas Depressivos avaliados por regressão logística pela Escala BDI-II em 327 participantes do estudo.

Fatores associados ao CRE FATOR P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual ajustados pelo BDI-II		
Características Sociodemográficas		
	Nenhum/Irrisório/Médio RC Multivariada (IC 95%)	Alto/Altíssimo RC Multivariada (IC 95%)
BDI-II		
Com Sintomas Depressivos	2,24 (1,26-3,98)	Referência (1,0)
Sem Sintomas Depressivos	Referência (1,0)	Referência (1,0)

7.20.11 *Coping* Religioso segundo CRE-FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro com as características de base.

Não foram encontradas associações significativas entre as características de base de todos os participantes, tendo sido analisadas pela **Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro)**.

7.20.12 Coping Religioso segundo Coping Religioso-Espiritual (CRE FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro) e SRQ-20, BDI-II, IMB e SF-36.

Identificamos associações significativas com relação ao **CRE - FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro** e as escalas **BDI-II e IMB e SF-36**.

As frequências de sintomas de TMC encontradas pela escala SRQ-20 evidenciadas pelo **SRQ-20** para *Sem Transtorno* **Nenhum/Irrisório/Médio**: 225 (72,1%) e **Alta/Altíssima**: 6 (40,0%) e para *Com Transtorno*: **Nenhum/Irrisório/Médio**: 87 (27,9%) e **Alta/Altíssima**: 9 (60,0%), $p = 0,008$.

Igualmente foram encontradas frequências relevantes para **IMB domínio Realização Profissional** identificadas para **Nenhum/Irrisório/Médio**: *Leve* 59 (30,4%), *Moderada* 53 (27,3%), *Grave* 82 (42,3%) e para **Alta/Altíssima**: *Leve* 60 (45,1%), *Moderada* 31 (23,3%), *Grave* 42 (31,6%), $p=0,023$. Para **IMB domínio Realização Profissional** obteve-se para *Leve*: **Nenhum/Irrisório/Médio** 117 (37,5%) e **Alta/Altíssima**: 2 (13,3%); para *Moderada/Alto*, **Nenhum/Irrisório/Médio** 195 (62,5%) e **Alta/Altíssima** 13 (86,7%), $p=0,050$.

Verificou-se a associação de **CRE - FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro** com Qualidade de Vida analisado pelo **SF-36, Domínio, Capacidade Funcional** com as frequências **Nenhum/Irrisório/Médio**: *Pobre/Razoável* 11 (5,7%), *Bom* 38 (19,6%), *Muito Bom* 96 (49,5%), *Excelente* 49 (25,3%) e **Alta/Altíssima**: *Pobre/Razoável* 11 (8,3%), *Bom* 13 (9,8 %), *Muito Bom* 80 (60,2%), *Excelente* 29 (21,8%%), $p=0,050$. (Tabela 53)

Tabela 53 Fatores associados à *Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE - FATOR P3: Oferta de Ajuda ao Outro)* e as escalas: TMC, IMB e SF-36 pela subescala Capacidade Funcional.

Características Sociodemográficas	P3: Oferta de Ajuda ao Outro			
	Fator P3: Nenhum/Irrisória/Médio n= 254 (77,7%)	Fator P3: Alto/Altíssima n= 73 (22,3%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
SRQ-20				
Sem Transtorno	225 (72,1%)	6 (40,0%)	231 (70,6%)	0,008
Com Transtorno	87 (27,9%)	9 (60,0%)	96 (29,4%)	
IMB - Realização Profissional				
Leve	59 (30,4%)	60 (45,1%)	119 (36,4%)	0,023
Moderada	53 (27,3%)	31 (23,3%)	84 (25,7%)	
Grave	82 (42,3%)	42 (31,6%)	124 (37,9%)	
IMB - Realização Profissional				
Leve	117 (37,5%)	2 (13,3%)	119 (36,4%)	0,050
Moderada/Alto	195 (62,5%)	13 (86,7%)	208 (63,6%)	
SF-36 Capacidade Funcional				
Pobre/Razoável	11 (5,7%)	11 (8,3%)	22 (6,7%)	0,050
Bom	38 (19,6%)	13 (9,8%)	51 (15,6%)	
Muito Bom	96 (49,5%)	80 (60,2%)	176 (53,8%)	
Excelente	49 (25,3%)	29 (21,8%)	78 (23,9%)	

7.20.13 Coping Religioso segundo CRE-FATOR P4: Posição Positiva Frente a Deus e dados Sociodemográficos.

As características de base de todos os 327 participantes do estudo também foram descritas de acordo com a *Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE FATOR P4: Posição Positiva Frente a Deus)*

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator P4: Nenhum/Irrisório/Médio** 247 (75,5%) e **Alto/Altíssimo** 80 (24,5%).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas

relacionadas à variável Estado Civil com **CRE Negativo: Nenhum/Irrisória/Médio:** Solteiro 96 (32,8%), Casado 189 (64,5%), Separado 6 (2,0%), Viúvo 2 (0,7%) e para **CRE Alta/Altíssima:** Solteiro 19 (55,9%), Casado 13 (38,2%), Separado 1 (2,9%), Viúvo 1 (0,9%), $p=0,020$.

Para a variável União estável foram encontradas as frequências: *Com união estável*, **Nenhum/Irrisória/Médio:** 104 (35,5%), **Alta/Altíssima** 21 (61,8%) e para *Sem união estável*, **Nenhum/Irrisória/Médio:** 186 (64,5%), **Alta/Altíssima** 13 (38,2%), $p=0,003$. Os missionários com Diabetes Mellitus também apresentaram valores significativos: **Nenhum/Irrisória/Médio:** 7 (2,4%) **Alta/Altíssima** 4 (11,8%), $p=0,004$. (Tabela 54)

Tabela 54 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE FATOR P4: Posição Positiva Frente a Deus.

Características Sociodemográficas	FATOR P4: Posição Positiva Frente a Deus			
	Fator P4: Nenhum/Irrisória/M édio n= 247 (75,5%)	Fator P4: Alto/Altíssima n= 80 (24,5%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Estado Civil (%)				
Solteiro	96 (32,8%)	19 (55,9%)	115 (35,2%)	0,020.
Casado	189 (64,5%)	13 (38,2%)	202 (61,8%)	
Separado	6 (2,0%)	1 (2,9%)	7 (2,1%)	
Viúvo	2 (0,7%)	1 (2,9%)	3 (0,9%)	
União Estável				
Com União Estável	104 (35,5%)	21 (61,8%)	125 (38,2%)	0,003
Sem União Estável	186 (64,5%)	13 (38,2%)	202 (61,8%)	
Diabetes Mellitus	7 (2,4%)	4 (11,8%)	11 (3,4%)	

7.20.14 **Coping Religioso segundo CRE-FATOR P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual e dados Sociodemográficos.**

As características de base de todos os 327 participantes do estudo também foram descritas de acordo com a **Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE FATOR P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual)**.

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator P5: Nenhum/Irrisório/Médio** 213 (65,1%) e **Alto/Altíssima** 114 (34,9%).

Foram encontradas associação estatisticamente significativa relacionada a variável Estado Civil com **CRE Fator 5: Nenhum/Irrisória/Médio**: Solteiro 69 (32,4%), Casado 140 (65,7%), Separado 4 (1,9%), Viúvo 0 (0,0%) e para **CRE Alta/Altíssima**: Solteiro 46 (40,4%), Casado 62 (54,4%), Separado 3 (2,6%), Viúvo 3 (2,6%), $p = 0,034$. (Tabela 55)

Não foram encontradas associações significativas com as escalas de transtornos psiquiátricos, Síndrome de *Burnout* e QV adotadas pelo estudo.

Tabela 55. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE FATOR P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual.

Características Sociodemográficas	FATOR P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual			
	Fator P5: Nenhum/ Irrisória/Médio N=213 (65,1%)	Fator P5: Alto/Altíssima n=114 (34,9%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Estado Civil (%)				
Solteiro	69 (32,4%)	46 (40,4%)	115 (35,2%)	0,034
Casado	140 (65,7%)	62 (54,4%)	202 (61,8%)	
Separado	4 (1,9%)	3 (2,6%)	7 (2,1%)	
Viúvo	0 (0,0%)	3 (2,6%)	3 (0,9%)	
União Estável				
Com União Estável	73 (34,3%)	52 (45,6%)	125 (38,2%)	0,044
Sem União Estável	140 (65,7%)	62 (54,4%)	202 (61,8%)	

7.20.15 *Coping* Religioso segundo CRE-FATOR P6: Ações em Busca do Outro Institucional e dados Sociodemográficos.

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator P6: Nenhum/Irrisório/Médio** 102 (31,2%) e **Alto/Altíssimo** 225 (66,8%).

As características de base de todos os 327 participantes do estudo também foram descritas de acordo com a **Escala de Coping Religioso-Espiritual CRE (FATOR P6: Ações em Busca do Outro Institucional)**.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas relacionadas à variável *Ordenado Pastor*, **Irrisória/Médio**: 24 (23,5%) e **Alta/Altíssima** 81 (36,1%) e para *Não Ordenado Pastor* **Nenhum/Irrisória/Médio**: 78 (76,5%) e **Alta/Altíssima** 144 (64,0%), $p = 0,025$. Igualmente encontramos frequências significativas para a variável com *Histórico de Depressão na Família* **Nenhum/Irrisória/Médio**: 49 (48,0%) e **Alta/Altíssima** 82 (36,4%), $p = 0,047$. Para a variável *Histórico de Suicídio na Família* **Nenhum/Irrisória/Médio**: 12 (11,8%) e **Alta/Altíssima** 11 (4,9%), $p = 0,024$.
(Tabela 56)

Tabela 56. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE FATOR P6: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual.

Características Sociodemográficas	FATOR P6: Ações em Busca do Outro Institucional			
	Fator P6: Nenhum/Irrisória/Médio n=102 (31,2%)	Fator P6: Alto/Altíssima n=225 (68,8%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Características Ministeriais				
Ordenado Pastor	24 (23,5%)	81 (36,0%)	105 (32,1%)	0,025
Não ordenado Pastor	78 (76,5%)	144 (64,0%)	222 (67,9%)	
Histórico de Depressão na Família	49 (48,0%)	82 (36,4%)	131 (40,1%)	0,047
Histórico de Suicídio na Família	12 (11,8%)	11 (4,9%)	23 (7,0%)	0,024

7.20.16 *Coping* Religioso segundo CRE-FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual.

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator P7: Nenhum/Irrisório/Médio** 266 (81,3%) e **Alto/Altíssimo** 61 (18,7%).

As características de base de todos os participantes foram analisadas pela **Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual)**. Foram encontradas associações estatisticamente significativas relacionadas à variável *Escolaridade Agrupada*, para **CRE Nenhum/Irrisório/Médio**, Ensino Fundamental/Médio 36 (13,5%), Superior Incompleto 35 (13,2%), Superior Completo 118 (44,4%), Pós-Graduação 77 (28,9%) e **Alto/Altíssima**: Ensino Fundamental/Médio 6 (9,8%), Superior Incompleto 2 (3,3%), Superior Completo 26 (42,6%), Pós-Graduação 27 (44,3%), $p= 0,037$. (Tabela 57)

Tabela 57. Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual.

Características Sociodemográficas	FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual			
	Fator P7: Nenhum/Irrisória/Médio n=266 (81,3%)	Fator P7: Alto/Altíssima n=61 (18,7%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Escolaridade Agrupada (%)				
Fundamental/Médio	36 (13,5%)	6 (9,8%)	42 (12,8%)	0,037
Superior Incompleto	35 (13,2%)	2 (3,3%)	37 (11,3%)	
Superior Completo	118 (44,4%)	26 (42,6%)	144 (44,0%)	
Pós-Graduação	77 (28,9%)	27 (44,3%)	104 (31,8%)	

7.20.17 *Coping* Religioso segundo CRE- FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual, com o IBD II

Foram encontrados associações significativas com relação ao (**CRE- FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual**) e IBD II.

Para a variável *Sem sintomas depressivos* observou-se para: **Nenhum/Irrisório/Médio** 53 (19,9%) e **Alta/Altíssima** 20 (32,8%) e *Com Sintomas Depressivos*: **Nenhum/Irrisório/Médio** 48 (18,9%) e **Alta/Altíssima** 25 (34,2%). (Tabela 58)

Tabela 58 Fatores associados ao *Escala de Coping Religioso-Espiritual* (CRE FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual) e Sintomas Depressivos e de Estresse avaliados pelo BDI-II.

BDI-II	FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual			Valor de p
	Fator P7: Nenhum/Irrisória/Médio	Fator P7: Alto/Altíssima	Total n= 327 (100%)	
Sem Depressão	53 (19,9%)	20 (32,8%)	73 (22,3%)	0,030
Com Depressão	48 (18,9%)	25 (34,2%)	73 (22,3%)	

Nos fatores associados ao **CRE Fator P7**, analisados por regressão

logística multivariada ajustada pelo BDI-II e a presença de sintomas depressivos, foi encontrado maior risco de sintomas para a população com diagnóstico de depressão com a Razão de Chance [RC 2,0; IC 95% (1,06-3,62)]. (Tabela 59)

Tabela 59 Fatores associados ao (CRE FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual): Ações em Busca de Ajuda Espiritual e Sintomas Depressivos avaliados por regressão logística pela Escala BDI-II.

FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual		
Características Sociodemográficas		
	Nenhum/Irrisório/Médio RC Multivariada (IC 95%)	Alto/Altíssimo RC Multivariada (IC 95%)
Sexo (%)		
Com Depressão	Referência (1,0)	2,0 (1,06-3,62)
Sem Depressão	Referência (1,0)	Referência (1,0)

7.20.18 Coping Religioso segundo CRE-Fator N1: Reavaliação Negativa de Deus e as características de base.

As características de base de todos os participantes foram analisadas pela **Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE Fator N1 Reavaliação Negativa de Deus)**.

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator N1: Nenhum/Irrisório/Médio** 323 (98,8%) e **Alto/Altíssimo** 4 (1,2%). (Tabela 61)

Foram encontradas associação estatisticamente significativas relacionadas à variável *Formação Profissional*, para **CRE Fator N1, Nenhum/Irrisório/Médio**: Biológicas 56 (17,3%), Exatas 17 (5,3%), Ciências

Humanas 82 (25,4%), Missiologia 143 (44,3%), outras 25 (7,7%) e **Alta/Altíssima:** Biológicas 0 (0,0%), Exatas 0 (0,0%), Ciências Humanas 4 (100,0%), Missiologia 0 (0,00%), outras 0 (0,00%) e $p=0,023$. Igualmente encontramos frequências significativas para a variável Classificação *IMC* para **Nenhum/Irrisório/Médio:** Abaixo do peso 4 (1,2%), Saudável 120 (37,2%), Acima do Peso 138 (42,7%), Obesidade Grau 1, 38 (11,8%), Obesidade Grau 2, 15 (4,6%), Obesidade Grau 3, 8 (2,5%) e para **Alta/Altíssima:** Abaixo do peso 1 (25,0%), Saudável 2 (50,0%), Acima do Peso 0 (0,0%), Obesidade Grau 1, 1 (25,0%), Obesidade Grau 2, 0 (0,0%), Obesidade Grau 3, 0 (0,0%), $p=0,004$. Para Diabetes Mellitus **Nenhum/Irrisório/Médio:** 10 (3,1%) e **Alta/Altíssima:** 1 (25,0%), $p=0,016$. (Tabela 60)

Tabela 60 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE *Espiritual* (CRE Fator N1 *Reavaliação Negativa de Deus*)

Características Sociodemográficas	FATOR N1: Reavaliação Negativa de Deus			
	Fator N1: Nenhum/ Irrisória/Médio n=323 (98,8%)	Fator N1: Alto/Altíssima n=4 (1,2%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Formação Profissional				
Biológicas	56 (17,3%)	0 (0,0%)	56 (17,1%)	0,023
Exatas	17 (5,3%)	0 (0,0%)	17 (5,2%)	
Ciências Humanas	82 (25,4%)	4 (100,0%)	86 (26,3%)	
Missiologica	143 (44,3%)	0 (0,0%)	143 (43,7%)	
Outras	25 (7,7%)	0 (0,0%)	25 (7,6%)	
Comorbidades				
Classificação IMC				
Abaixo do peso	4 (1,2%)	1 (25,0%)	5 (1,5%)	0,004
Saudável	120 (37,2%)	2 (50,0%)	122 (37,3%)	
Acima do peso	138 (42,7%)	0 (0,0%)	138 (42,2%)	
Obesidade Grau 1	38 (11,8%)	1 (25,0%)	39 (11,9%)	
Obesidade Grau 2	15 (4,6%)	0 (0,0%)	15 (4,6%)	
Obesidade Grau 3	8 (2,5%)	0 (0,0%)	8 (2,4%)	0,016
Diabetes mellitus	10 (3,1%)	1 (25,0%)	11 (3,4%)	

7.20.19 *Coping* Religioso segundo CRE-Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus.

Foram encontrados associações significativas com relação à **Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE Fator N1 Reavaliação Negativa de Deus)** e **SF-36, Domínio Vitalidade**. Para **Nenhum/Irrisório/Médio**: Pobre/Razoável 58 (18,0%), Bom 231 (71,5%), Muito Bom 34 (10,5%) e **Alta/Altíssima**: Pobre/Razoável 0 (0,00%), Bom 2 (50,0%), Muito Bom 2 (50,0%), $p = 0,037$. (Tabela 61)

Tabela 61 Fatores associados à *Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus)* e SF-36 Domínio Vitalidade.

SF-36- Vitalidade	Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus			
	Fator N2: Nenhum/Irrisória/Médio	Fator N2: Alto/Altíssima	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Pobre/Razoável	58 (18,0%)	0 (0,0%)	58 (17,7%)	0,037
Bom	231 (71,5%)	2 (50,0%)	233 (71,3%)	
Muito Bom	34 (10,5%)	2 (50,0%)	36 (11,0%)	

7.20.20 *Coping Religioso segundo-CRE-Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus.*

As características de base de todos os participantes foram analisadas pela *Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus)*

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator N1: Nenhum/Irrisório/Médio** 262 (80,1%) e **Alto/Altíssima** 65 (19.9%). (Tabela 63)

Foi encontrada associação estatisticamente significativa relacionada à variável *Idade Agrupada*, para **CRE Fator N2, Nenhum/Irrisório/Médio**: De 20 a 30 anos, 49 (18,7%), 31 a 40 anos 100 (38,2%), 41 a 50 anos 70 (26,7%), 51 a 60 anos 35 (13,4%), acima de 61 anos 8 (3,1%) e para **Alta/Altíssima**: De 20 a 30 anos 7 (10,8%), 31 a 40 anos 16 (24,6%), 41 a 50 anos 24 (36,9%), 51 a 60 anos 14 (21,5%), acima de 61 anos 4 (6,2%), $p=0,037$.

Igualmente encontramos frequências significativas para Sexo na qual a população masculino pontuou: **Nenhum/Irrisório/Médio**: 122 (46,6%) e para **Alta/Altíssima** 21 (32,3%) e para a população feminina **Nenhum/Irrisório/Médio**: 140 (53,4%) e para **Alta/Altíssima**: 44 (67,7%),

$p=0,038$. Foi encontrada associação estatisticamente significativa relacionada à variável *Estado Civil*: **Nenhum/Irrisório/Médio**: Solteiro 94 (35,9%) Casado 163 (62,2%), Separado 5 (1,9%), Viúvo 0 (0,0%) e **Alto/Altíssimo**: Solteiro 21 (32,3%) Casado 39 (60,0%), Separado 2 (3,1%), Viúvo 3 (4,6%), $p= 0,005$.

Da mesma forma, encontramos frequências significativas para *Raça* **Nenhum/Irrisório/Médio**: Branca 148 (56,5%), Parda 91 (34,7%), Preta 23 (8,8%), Amarela 0 (0,0%); **Alto/Altíssimo**: Branca 38 (58,5%), Parda 20 (30,8%), Preta 4 (6,2%), Amarela 3 (4,6%), $p=0,005$. (Tabela 62)

Tabela 62 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE (CRE Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus)

Características Sociodemográficas	Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus			
	Fator N2: Nenhum/Irrisória/Médio n=262 (80,1%)	Fator N2: Alto/Altíssima n=65 (19,9%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Idade Agrupada (%)				
20 - 30 anos	49 (18,7%)	7 (10,8%)	56 (17,1%)	0,037
31 – 40 anos	100 (38,2%)	16 (24,6%)	116 (35,5%)	
41 – 50 anos	70 (26,7%)	24 (36,9%)	94 (28,7%)	
51 – 60 anos	35 (13,4%)	14 (21,5%)	49 (15,0%)	
Acima de 61 Anos	8 (3,1%)	4 (6,2%)	12 (3,7%)	
Sexo (%)				
Masculino	122 (46,6%)	21 (32,3%)	143 (43,7%)	0,038
Feminino	140 (53,4%)	44 (67,7%)	184 (56,3%)	
Estado Civil (%)				
Solteiro	94 (35,9%)	21 (32,3%)	115 (35,2%)	0,005
Casado	163 (62,2%)	39 (60,0%)	202 (61,8%)	
Separado	5 (1,9%)	2 (3,1%)	7 (2,1%)	
Viúvo	0 (0,0%)	3 (4,6%)	3 (0,9%)	

7.20.21 **Coping Religioso segundo CRE- Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus associado ao IDATE Estado e SF-36.**

Encontramos associações significativas com relação ao **CRE (Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus)** e **IDATE - Estado** (Ansiedade) com frequências absolutas e relativas: **Nenhum/Irrisório/Médio** 262 (80,1%) e **Alta/Altíssima** 65 (19,9%). Os missionários pontuaram para: **Nenhum/Irrisório/Médio, Sem Sintomatologia** 50 (19,1%) e **Com sintomatologia** 212 (80,9%) e **Alta/Altíssima Sem Sintomatologia** 21 (32,3%) e **Com sintomatologia** 44 (67,7%), $p=0,021$. Para os fatores associados ao **SF-36, domínio Dor** encontramos valores significativos para **Nenhum/Irrisório/Médio: Pobre/Razoável** 106 (40,5%), **Bom** 57 (21,8%), **Muito Bom** 52 (19,8%) e **Excelente** 47 (17,9%) e para **Alta/Altíssima: Pobre/Razoável** 26 (40,0%), **Bom** 7 (10,8%), **Muito Bom** 22 (33,8%) e **Excelente** 10 (15,4%), $p=0,048$. (Tabela 63)

Tabela 63. *Coping Religioso dos missionários transculturais brasileiros segundo Escala de Coping Religioso-Espiritual CRE (CRE-Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus) associado ao IDATE Estado e SF-36*

Transtornos Psiquiátricos	Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus			
	Fator N2: Nenhum/Irrisória/Médio	Fator N2: Alto/Altíssima	Total n= 327 (100%)	Valor de p
IDATE Traço				
Sem Ansiedade	50 (19,1%)	21 (32,3%)	71 (21,8%)	0,021
Com Ansiedade	212 (80,9%)	44 (67,7%)	256 (78,3%)	
SF-36- Dor				
Pobre/Razoável	106 (40,5%)	26 (40,0%)	132 (40,4%)	0,048
Bom	57 (21,8%)	7 (10,8%)	64 (19,6%)	
Muito Bom	52 (19,8%)	22 (33,8%)	74 (22,6%)	
Excelente	47 (17,9%)	10 (15,4%)	57 (17,4%)	

7.20.22 Coping Religioso segundo CRE - FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado.

As características de base de todos os participantes foram analisadas pela **Escala de Coping Religioso-Espiritual CRE (CRE - FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado).**

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: **CRE Fator N3: Nenhum/Irrisório/Médio** 312 (95,4%) e **Alto/Altíssimo** 15 (4,6%). (Tabela 65)

Foi encontrada associação estatisticamente significativa relacionada a **CRE FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado** e a variável *Formação Profissional*, **Nenhum/Irrisório/Médio**: Biológicas 53 (17,0%), Exatas 17 (5,4%), Ciências Humanas 79 (25,3%), Missiologia 141 (45,2%), outras 22 (7,1%) e **Alta/Altíssima**: Biológicas 3 (20,0%), Exatas 0 (0,0%), Ciências Humanas 7 (46,7%), Missiologia 2 (13,3%), outras 3 (20,0%), $p=0,043$. Igualmente encontramos frequências importantes para a variável *Outros Missionários na Região*; para SIM, **Nenhum/Irrisório/Médio**: 214 (68,6%) e **Alta/Altíssima**: 6 (40,0%) e para Não, **Nenhum/Irrisório/Médio**: 98 (31,4%) e **Alta/Altíssima**: 9 (60,0%), $p=0,021$. Para a variável *Classificação IMC* para **Nenhum/Irrisório/Médio**: Abaixo do peso 5 (1,6%), Saudável 118 (37,8%), Acima do Peso 134 (42,9%), Obesidade Grau 1, 33 (10,6%), Obesidade Grau 2, 14 (4,5%), Obesidade Grau 3, 8 (2,6%) e para **Alta/Altíssima**: Abaixo do peso 0 (0,0%), Saudável 4 (26,7%), Acima do Peso 4 (26,7%), Obesidade Grau 1, 6 (40,0%), Obesidade Grau 2, 1 (6,7%), obesidade Grau 3, 0 (0,0%), $p=0,028$. Para *Diabetes Mellitus* **Nenhum/Irrisório/Médio**: 9 (2,9%) e **Alta/Altíssima**: 2

(13,3%), $p=0,028$. Para a variável *Diagnóstico prévio de Depressão* encontramos as frequências, **Nenhum/Irrisório/Médio**:55 (17,6 %) e **Alta/Altíssima**: 8 (53,3%), $p=0,001$. (Tabela 64)

Tabela 64 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE (FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado)

Características Sociodemográficas	FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado			
	Fator N3: Nenhum/Irrisória/Médio n= 312 (95,4%)	Fator N3: Alto/Altíssima n=15 (4,6%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Formação Profissional				
Biológicas	53 (17,0%)	3 (20,0%)	56 (17,1%)	0,043
Exatas	17 (5,4%)	0 (0,0%)	17 (5,2%)	
Ciências Humanas	79 (25,3%)	7 (46,7%)	86 (26,3%)	
Missiologia	141 (45,2%)	2 (13,3%)	143 (43,7%)	
Outras	22 (7,1%)	3 (20,0%)	25 (7,6%)	
Outros Missionários na Região				
Sim	214 (68,6%)	6 (40,0%)	220 (67,3%)	0,021
Não	98 (31,4%)	9 (60,0%)	107 (32,7%)	
Comorbidades				
Classificação IMC				
Abaixo do peso	5 (1,6%)	0 (0,0%)	5 (1,5%)	0,028
Saudável	118 (37,8%)	4 (26,7%)	122 (37,3%)	
Acima do peso	134 (42,9%)	4 (26,7%)	138 (42,2%)	
Obesidade Grau 1	33 (10,6%)	6 (40,0%)	39 (11,9%)	
Obesidade Grau 2	14 (4,5%)	1 (6,7%)	15 (4,6%)	
Obesidade Grau 3	8 (2,6%)	0 (0,0%)	8 (2,4%)	
Diabetes mellitus	9 (2,9%)	2 (13,3%)	11 (3,4%)	0,028
Diagnóstico Depressão	55 (17,6%)	8 (53,3%)	63 (19,3%)	0,001.

7.20.23 Coping Religioso segundo CRE FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado associado ao SRQ20, BDI-II, IDATE – Estado e IMB.

Identificamos associações significativas com relação ao **CRE (FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado)** e as escalas **SRQ-20, BDI-II, IDATE-Estado e IMB.**

As frequências de sintomas de TMC encontradas pela escala SRQ-20 evidenciadas pelo **SRQ-20** para *Sem Transtorno*: **Nenhum/Irrisório/Médio**: 225 (72,1%) e **Alta/Altíssima**: 6 (2,65%) e para *Com Transtorno*: **Nenhum/Irrisório/Médio**: 87 (27,9%) e **Alta/Altíssima**: 9 (60,0%), $p=0,007$.

As frequências de sintomas depressivos reveladas por meio do BDI-II em seus níveis de gravidade foram: para **Nenhum/Irrisório/Médio**, *Depressão Sem/Leve* 247 (79,2%), *Depressão Moderada* 33 (10,1%), *Depressão Moderada Grave* 19 (6,1%) e *Grave* 13 (4,2%); **Alta/Altíssima** *Depressão Sem/Leve* 7 (2,8%), *Depressão Moderada* 5 (33,3%), *Depressão Moderada Grave* 2 (13,3%) e *Grave* 1 (6,7%), $p=0,021$. Da mesma forma o **BDI-II** revelou valores significativos para variável *Com e Sem Depressão* para *Sem depressão*: **Nenhum/Irrisório/Médio**, 247 (79,2%), **Alta/Altíssima** 7 (46,7%) e *Com depressão*: **depressão Nenhum/Irrisório/Médio**, 65 (20,8%) e **Alta/Altíssima** 8 (53,3%), $p=0,003$.

O **IDATE- Estado** também apresentou frequências relevantes. Nesta escala os missionários pontuaram para: **Nenhum/Irrisório/Médio**, *Sintomatologia Sem/Leve* 72 (23,1%) *Sintomatologia Moderada* 198 (63,5%), *Sintomatologia Grave* 42 (13,5%) e **Alta/Altíssima** *Sintomatologia Sem/Leve* 3 (20,0%) *Sintomatologia Moderada* 6 (40,0%), *Sintomatologia Grave* 6 (40,0%) $p=0,001$.

Similarmente, verificou-se a associação de **CRE N3** com a Síndrome de *Burnout* e Perfis de estresse por meio do MBI. As frequências significativas foram identificadas na subescala Exaustão Emocional (EE) para **Nenhum/Irrisório/Médio** Leve 262 (84,0%), Moderada 33 (10,6%) e Grave 17 (5,4%) para **Alta/Altíssima**: Leve 8 (53,3%), Moderada 6 (40,0%) e Grave 1 (6,7%), $P= 0,002$. Similarmente identificou-se frequências significativas para IMB, domínio EE, para **Nenhum/Irrisório/Médio**: Leve 262 (84,0%), Moderado/Alto 50 (16,0%) e para **Alta/Altíssima**: Leve 8 (3,0%), Moderado/Alto 7 (46,7%), $p=0,002$. Igualmente observou-se frequências significativas para os perfis de Estresse. Para as frequências **Nenhum/Irrisório/Médio**: *Burnout* 47 (15,1%), *Desengajado* 78 (25,0%), *Esgotado* 3 (10,0%), *Ineficaz* 92 (28,1%), *Engajado* 92 (29,5%) para **Alta/Altíssima**: *Burnout* 7 (46,7%), *Desengajado* 2 (13,3%), *Esgotado* 0 (0,0%), *Ineficaz* 2 (13,3%), *Engajado* 4 (26,7%), $p= 0,002$. (Tabela 65)

Tabela 65. *Coping* Religioso dos missionários transculturais brasileiros segundo *Escala de Coping Religioso-Espiritual CRE* (FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado) associado ao SRQ20, BDI-II, IDATE –Estado e IMB.

FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado				
Transtornos Psiquiátricos	Fator N3: Nenhum/Irrisória/Médio N=312 (95,4%)	Fator N3: Alto/Altíssima n=15(4,6%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
SRQ-20				
Sem Transtorno	225 (72,1%)	6 (2,6%)	231 (70,6%)	0,007
Com Transtorno	87 (27,9%)	9 (60,0%)	96 (29,4%)	
BDI-II / Completo				
Sem/Leve	247 (79,2%)	7 (2,8%)	254 (77,7%)	0,021
Moderado	33 (10,1%)	5 (33,3%)	38 (11,6%)	
Moderado Grave	19 (6,1%)	2 (13,3%)	21 (6,4%)	
Grave	13 (4,2%)	1 (6,7%)	14 (4,3%)	
BDI-II				
Sem Depressão	247 (79,2%)	7 (46,7%)	254 (77,7%)	0,003
Com Depressão	65 (20,8%)	8 (53,3%)	73 (22,3%)	
IDATE Estado				
Sem/Leve Sintomatologia	72 (23,1%)	3 (20,0%)	75 (22,9%)	0,001
Moderada Sintomatologia	198 (63,5%)	6 (40,0%)	204 (62,4%)	
Grave Sintomatologia	42 (13,5%)	6 (40,0%)	48 (14,7%)	
IMB - Exaustão Emocional / Completo				
Leve	262 (84,0%)	8 (53,3%)	270 (82,6%)	0,002
Moderada	33 (10,6%)	6 (40,0%)	39 (11,9%)	
Grave	17 (5,4%)	1 (6,7%)	18 (5,5%)	
IMB - Exaustão Emocional				
Leve	262 (97,0%)	8 (3,0%)	270 (82,6%)	0,002
Moderada/Alto	50 (16,0%)	7 (46,7%)	57 (17,4%)	
IMB Perfis de Estresse				
Burnout	47 (15,1%)	7 (46,7%)	54 (16,5%)	0,002
Desengajado	78 (25,0%)	2 (13,3%)	80 (24,5%)	
Esgotado	3 (10,0%)	0 (0,0%)	3 (0,9%)	
Ineficaz	92 (28,1%)	2 (13,3%)	94 (28,7%)	
Engajado	92 (29,5%)	4 (26,7%)	96 (29,4%)	

Nos fatores associados ao CRE Positivo, analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo BDI-II e a presença de sintomas depressivos, foram encontrados maiores riscos de sintomas para a população com Diagnóstico Prévio de Depressão com a Razão de Chance [RC 2,0; IC 95% (1,06-3,62)]. (Tabela 66)

Tabela 66 Fatores associados ao CRE (FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado) e Sintomas de Transtornos Psiquiátricos avaliado por regressão logística multivariada pela Escala SRQ20, BDI-II, IDATE –Estado e IMB.

FATOR N3: Reavaliação Negativa do Significado		
Transtornos Psiquiátricos	Nenhum/Irrisório/Médio RC Multivariada (IC 95%)	Alto/Altíssimo RC Multivariada (IC 95%)
SRQ-20		
Sem TMC	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Com TMC	Referência (1,0)	3,9 (1,31 - 11,22)
BDI-II Completo		
Sem Depressão	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Com Depressão	Referência (1,0)	4,34 (1,5-12,4)
BDI-II		
	-	Dicotomia
Sem Depressão	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Com Depressão	Referência (1,0)	4,58 (1,6-13,2)
IMB		
		Realização Profissional
Baixa	3,9 (0,86-17,59)	Referência (1,0)
Moderada/Alta	Referência (1,0)	Referência (1,0)

7.20.24 Coping Religioso segundo CRE-FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado associado às características de base.

As características de base de todos os 327 participantes do estudo também foram descritas de acordo com a **Escala de Coping Religioso-Espiritual CRE (FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado)**

Para esta análise encontramos as frequências absolutas e relativas: CRE

Fator N4: Nenhum/Irrisório/Médio 293 (89,6%) e **Alto/Altíssima** 34 (10,4%).

Para as características de base associadas com **CRE FATOR N4** com todos os graus de espiritualidade considerados, encontramos frequências significativas para as variáveis Com *união estável* **Nenhum/Irrisória:** 74 (33,9%). **Média:** 30 (40,0%), **Alta:** 20 (66,7%) e **Altíssima:** 1 (25,0%) para *Sem união estável:* **Nenhum/Irrisória:** 144 (66%). **Média:** 45 (60,0%), **Alta:** 10 (33,3%) e **Altíssima:** 3 (75,0%), $p = 0,006$.

Para a variável *Ordenado Pastor* as frequências encontradas foram: **Nenhum/Irrisória:** 80 (36,7%). **Média:** 17 (27,7%), **Alta:** 6 (20,0%) e **Altíssima:** 2 (50,0%) e para *Não Ordenados:* **Nenhum/Irrisória:** 138 (63,3%). **Média:** 58 (77,3%), **Alta:** 24 (80,0%) e **Altíssima:** 2 (50,0%), $p = 0,050$. Para Diabetes Mellitus foram observados os valores: **Nenhum/Irrisória:** 6 (2,8%). **Média:** 1 (1,3%), **Alta:** 3 (10,0%) e **Altíssima:** 1 (3,4%), $p = 0,030$. (Tabela 68)

Igualmente foram encontradas associações estatisticamente significativas relacionadas à variável *Estado Civil* com **CRE Fator N4:** **Nenhum/Irrisória/Médio:** Solteiro 96 (32,4%), Casado 189 (64,5%), Separado 6 (2,0%), Viúvo 2 (0,7%) e para **Alta/Altíssima:** Solteiro 19 (55,9%), Casado 13 (38,2%), Separado 1 (2,9%), Viúvo 2 (0,9%), $p = 0,020$. Para a variável Com *união estável* foi encontrada para **Nenhum/Irrisória/Médio:** 104 (35,5%) e para **Alta/Altíssima:** 21 (61,8%) e para *Sem união estável:* **Nenhum/Irrisória/Médio:** 189 (64,5%) e para **Alta/Altíssima:** 13 (38,2%), $p = 0,003$. Para Diabetes Mellitus encontramos **Nenhum/Irrisória/Médio:** 7 (2,4%) e para **Alta/Altíssima:** 4 (11,8%), $p = 0,004$. (Tabela 67)

Tabela 67 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE (CRE FATOR N4: Insatisfação com o Outro Institucional).

Características Sociodemográficas		FATOR N4: Insatisfação com o Outro Institucional				
	Fator N4: Nenhum ou Irrisória (1,00 a 1,50) / Baixa (1,51 a 2,50) n= 83 (75,5)	Fator N4: Média (2,51 a 3,50) n= 27 (24,5%)	Fator N4: Alta (3,51 a 4,50) n= 27 (24,5%)	Fator N4: Altíssima (4,51 a 5,00) n= 27 (24,5%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
União Estável						
Com União Estável	74 (33,9%)	30 (40,0%)	20 (66,7%)	1 (25,0%)	125 (38,2%)	0,006
Sem União Estável	144 (66,1%)	45 (60,0%)	10 (33,3%)	3 (75,0%)	202 (61,8%)	
Ordenado Pastor	80 (36,7%)	17 (27,7%)	6 (20,0%)	2 (50,0%)	105 (32,1%)	0,050
Não ordenado Pastor	138 (63,3%)	58 (77,3%)	24 (80,0%)	2 (50,0%)	222 (67,9%)	
Comorbidades						
Diabetes mellitus	6 (2,8%)	1 (1,3%)	3 (10,0%)	1 (25,0%)	11 (3,4%)	0,012
Histórico de Depressão na Família	76 (34,9%)	37 (49,3%)	17 (56,7%)	1 (25,0%)	131 (40,1%)	0,030.

Tabela 68 Características de base dos 327 participantes do estudo de acordo com o *Coping* religioso pela Escala CRE (CRE FATOR N4: Insatisfação com o Outro Institucional).

Características Sociodemográficas	FATOR N4: Insatisfação com o Outro Institucional			
	Fator N4: Nenhum/Irrisória/Médio n=293 (89,6%)	Fator N4: Alto/Altíssima N= 34 (10,4%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
Estado Civil (%)				
Solteiro	96 (32,8%)	19 (55,9%)	115 (35,2%)	0,020.
Casado	189 (64,5%)	13 (38,2%)	202 (61,8%)	
Separado	6 (2,0%)	1 (2,9%)	7 (2,1%)	
Viúvo	2 (0,7%)	1 (2,9%)	3 (0,9%)	
União Estável				
Com União Estável	104 (35,5%)	21 (61,8%)	125 (38,2%)	0,003
Sem União Estável	189 (64,5%)	13 (38,2%)	202 (61,8%)	
Comorbidades				
Diabetes mellitus	7 (2,4%)	4 (11,8%)	11 (3,4%)	0,004

7.20.25 *Coping* Religioso segundo CRE-FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado associado ao IMB.

Identificamos associações significativas com relação ao **CRE (FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado)** e à escala **IMB**.

As frequências significativas foram identificadas na subescala Despersonalização para **Nenhum/Irrisório/Médio:** Leve 181 (61,8%), Moderado/Alto 112 (138%) e para **Alta/Altíssima:** Leve 12 (6,2%), Moderado/Alto 22 (64,7%). Para a subescala Realização Profissional **Nenhum/Irrisório/Médio:** Leve 113 (38,6%), Moderado/Alto 180 (61,4%) e para **Alta/Altíssima:** Leve 6 (17,6%), Moderado/Alto 28 (82,4%), $p=0,016$.

Igualmente observou-se frequências significativas para os perfis de Estresse. Com relação às frequências **Nenhum/Irrisório/Médio:** *Burnout* 48 (16,5%), *Desengajado* 64 (21,8%), *Esgotado* 2 (0,7%), *Ineficaz* 91 (31,7%), *Engajado* 88 (91,7%) para **Alta/Altíssima:** *Burnout* 6 (17,6%), *Desengajado* 16 (47,1%), *Esgotado* 1 (2,9%), *Ineficaz* 3 (0,9%), *Engajado* 8 (8,3%), $p= 0,004$.
(Tabela 69)

Tabela 69 *Coping* Religioso dos missionários transculturais brasileiros segundo Escala de *Coping* Religioso-Espiritual CRE (FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado) associado ao IMB.

FATOR N4: Insatisfação com o Outro Institucional				
IMB - Despersonalização				
	Fator N4: Nenhum/ Irrisória/Médio n=293 (89,6%)	Fator N4: Alto/Altíssima n=34 (10,6%)	Total n= 327 (100%)	Valor de p
IMB - Despersonalização				
Leve	181 (61,8%)	12 (36,3)	193 (59,0%)	0,003
Moderada/Alto	112 (38,2%)	22 (64,7%)	134 (41,0%)	
IMB - Realização Profissional				
Leve	113 (38,6%)	6 (17,6%)	119 (36,4%)	0,016
Moderada/Alto	180 (61,4%)	28 (82,4%)	208 (63,6%)	
IMB Perfis de Estresse				
Burnout	48 (16,4%)	6 (17,6%)	54 (16,5%)	0,004
Desengajado	64 (21,8%)	16 (47,1%)	80 (24,5%)	
Esgotado	2 (0,7%)	1 (2,9%)	3 (0,9%)	
Ineficaz	91 (31,7%)	3 (0,9%)	94 (28,7%)	
Engajado	88 (91,7%)	8 (8,3%)	96 (29,4%)	

Nos fatores associados ao **CRE (FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado)** analisados por regressão logística multivariada ajustada pelo IMB foi encontrado maior risco de estresse elevado para a subescala Despersonalização com a Razão de Chance [RC 2,96; IC 95% (1,4-6,2)]. Similarmente encontramos maior risco de estresse elevado para a subescala Realização Profissional com a Razão de Chance [RC 2,93; IC 95% (1,8-7,3)]. (Tabela 70)

Tabela 70 Fatores associados ao CRE (FATOR N4: Reavaliação Negativa do Significado) e Sintomas de Transtornos Psiquiátricos avaliado por regressão logística multivariada pela Escala IMB nos 327 participantes do estudo.

FATOR N4: Insatisfação com o Outro Institucional		
Síndrome de <i>Burnout</i>	Nenhum/Irrisório/Médio RC Multivariada (IC 95%)	Alto/Altíssimo RC Multivariada (IC 95%)
IMB Despersonalização		
	Referência (1,0)	Referência (1,0)
	Referência (1,0)	2,96 (1,4-6,2)
IMB Realização Profissional		
	Referência (1,0)	Referência (1,0)
	Referência (1,0)	2,93 (1,8-7,3)

8. DISCUSSÃO

Síntese dos resultados

8.1 Panorama geral dos Sintomas de TMC, Depressão e Ansiedade

A prevalência de sintomas de TMC encontrados nesta amostra de missionários evangélicos transculturais brasileiros foi de 29,4% e está em conformidade com os dados da literatura (Gráfico 1). No Brasil, a prevalência na população em geral, segundo alguns estudos, varia entre 17% a 35% (ROCHA et al., 2012; PINTO et al., 2014). O estudo ERICA encontrou a prevalência de 30% de TMC entre jovens e adolescentes (LOPES CS et al., 2016). Lotufo Neto (1997) encontrou em uma amostra de pastores evangélicos brasileiros a prevalência de 47%.

Importante destacar que, apesar de não serem tão graves quanto um distúrbio psicótico, o TMC representa aproximadamente 16% da carga global de doenças e lesões; desta forma o TMC pode ser considerado um problema de saúde pública, pois tem alta prevalência e graves efeitos sobre o bem estar geral da população (OPAS, 2018; SILVA, PAS et al., 2018).

Neste estudo, encontrou-se a prevalência de 22,3% de sintomas para Transtornos Depressivos; destes, 10,7% sugerem Transtorno de Depressão Maior (TDM) (Gráfico 1).

Lotufo Neto (1997) encontrou a frequência de 16,4% de Transtornos Depressivos Maior (TDM) em sua amostra, e Deus (2009) afirma que em sua prática clínica, tem atendido um número significativo de pastores com quadro de TDM. A prevalência de sintomas de TDM, encontrada nesta amostra, é maior do

que na população em geral. Segundo a OMS (2017), a prevalência de TDM no mundo é de 4,4%, e na população brasileira é de 5,8%, a maior na América Latina.

Similarmente, foi encontrada elevada prevalência de sintomas ansiosos na amostra; 35,5% dos missionários pontuaram para sintomatologia ansiosa moderada/grave. (Gráfico 1)

Apesar de o Brasil ter a maior taxa de Transtorno de Ansiedade do mundo, 9,3%, as frequências identificadas nesta amostra foram muito acima das registradas em estudos populacionais (OMS, 2017).

A Síndrome de *Burnout* (SB) também obteve frequências elevadas e significativas nesta amostra, 16,4% dos missionários pontuaram para a síndrome. Igualmente, foram encontradas frequências aumentadas para Exaustão Emocional (17,4%), Despersonalização (41,0%) e Realização Profissional (63,6%) (Gráfico 7). Com relação aos perfis de estresse, a prevalência foi de 24,5% para os Desengajados, 0,9% para os Esgotados, 28,7% para Ineficaz e 29,4% para os Engajados (Gráficos 8).

O Brasil, de acordo a ISMA-BR (2019), é o segundo país com o maior nível de estresse do mundo; apesar disso, é importante pontuar que a SB não é a mesma coisa do que ter uma alta carga de estresse. Toda pessoa com Síndrome de *Burnout* tem alta prevalência de estresse, mas nem todos com alta prevalência de estresse preenchem os critérios para a SB.

Há uma grande variação no percentual de prevalência de SB encontrado por diferentes pesquisadores. Alguns falam de aproximadamente 30%, outros chegam a afirmar 40% (SADIR, 2010). Os resultados não são homogêneos, pois vários fatores, além do contexto em que a pessoa está inserida, devem ser

considerados, o que dificulta a paridade dos valores encontrados.

As prevalências encontradas tanto entre os missionários, quanto entre os pastores, podem ser explicadas mediante os fatores geradores de estresse pesquisados por meio do Inventário Ministerial (IM) elaborado para este estudo. Dentre os fatores mais significativos, pode-se destacar: a necessidade de estar disponível 7/24, as demandas da agência missionária e/ou igreja enviadora, a cobrança por resultados (expressos em número de conversões, batismos, número de pessoas discipuladas), o sentir-se desamparado no campo, solidão, as mudanças constantes de campo, o sentimento de que não está tendo sucesso, a baixa remuneração, a falta de recursos humanos, financeiros e de equipamentos para execução de projetos, a adaptação à nova cultura (idioma, culinária e costumes), a falta de mentores, treinamento e preparo adequado, falta de habilidade para mediação de conflitos, a alternância de fortes emoções em um período curto para elaboração psíquica e emocional delas (funerais, casamentos, nascimentos, visitas a enfermos, presídios e outras) (MORILHA, 2018; SMITH et al., 2017; SANTOS, 2014; HERRERA et al., 2014; DEUS, 2008; LOTUFO NETO, 1997).

8.2 Fatores associados aos sintomas de transtornos psiquiátricos.

Neste estudo foram encontradas para a população feminina as frequências de (84,4% $p=0,000$), com uma RC aumentada em 6,7 vezes para sintomas de TMC; igualmente, encontram-se as frequências de (78,1%, $p=0,000$), com RC aumentada em 3,6 vezes para desenvolvimento de sintomas de TDM; do mesmo modo identificaram-se as frequências de (62,3%, $p=0,000$) com RC aumentada em 2,9 vezes para sintomas do Transtorno de Ansiedade. Segundo alguns

pesquisadores, o número de diagnósticos nesta população é maior por uma conjunção de fatores biológicos e culturais. A gravidez, a menopausa e o próprio ciclo menstrual provocam alterações hormonais que podem levar à manifestação dos sintomas desses transtornos. Desta forma, as elevadas frequências encontradas entre as mulheres não diferem da literatura (SOARES, 2018; VIANA, 2012, BRUNONI, 2008).

Entre os missionários casados/união estável a frequência encontrada de sintomas de TMC foi de 50,0% ($p= 0,026$), com uma RC aumentada em 1,6 vezes para a presença de sintomas de transtorno; quanto aos sintomas de TAG, a frequência foi de 57,5% ($p=0,004$). As pesquisas investigadas neste estudo relacionadas à prevalência de TMC e ao estado civil demonstram certa contradição. No estudo de Araújo et al. (2005), foram encontradas as frequências de TMC de (46,6%) para os casados/união estável e 36,0% ($p= 0,001$) para os solteiros. Entretanto, CHIN et al. (2017), coletaram durante três dias (não consecutivos) amostras de saliva de 527 adultos saudáveis que tinham entre 21 e 55 anos. A cada 24 horas, amostras foram retiradas e testadas para o hormônio do estresse, o cortisol. Em todos os testes, os participantes casados da amostra registraram níveis mais baixos de cortisol do que os solteiros ou os que já casaram anteriormente, revelando que os solteiros enfrentam maior estresse psicológico do que os casados; semelhantemente, Kasper e Schermann (2014) encontraram para os casados/união estável 45,5% e para os solteiros 48,7%, assim como o Boletim ISA (2015) identificou na cidade de São Paulo as frequências de 15,6% para os casados/união estável e 15,9% para os solteiros.

Segundo alguns estudos, os fatores de risco para TMC tendem a ser mais prevalentes em populações com menor escolaridade (LUCCHESI et al., 2013;

ROCHA, 2012). Nesta amostra, este fator não foi evidenciado, pois somente 42/327 ou 12,8% apresentavam educação formal entre 1 a 13 anos e todos os outros representantes da amostra possuíam formação superior e pós-superior.

A prevalência de TMC encontrados entre os não ordenados pastores foi de 84,4% ($p=0,000$), com uma RC aumentada em 3,4 vezes para desenvolver sintomas de transtornos mentais; para sintomas de TDM as frequências foram de 76,7% ($p=0,008$); e para sintomas de Transtorno de ansiedade foram identificadas as frequências de 73,4% ($p=0,000$) por meio do IDATE- Traço, com uma RC aumentada em 2,8 vezes e 72,3% ($p=0,001$), pelo IDATE- Estado, com uma RC aumentada em 1,7 vezes, com intervalo de confiança de 95% para o desenvolvimento de sintomas de Transtorno de ansiedade. Estas elevadas prevalências podem ser explicadas pelo fato de os não ordenados pastores terem recebido somente uma preparação missiológica, isto é, em sua maioria não frequentaram seminários e/ou faculdades teológicas, com abordagem mais ampla das disciplinas estudadas e apenas se concentraram nas matérias de Missiologia. Parece que, de certa forma, os seminários com abordagem mais ampla preparam os missionários para um melhor enfrentamento no campo, pois as matérias como psicologia pastoral, aconselhamento, ciclo vital familiar, espiritualidade e resolução de conflitos favorecem o autoconhecimento e o gerenciamento mais positivo das dificuldades.

Quanto ao tempo exercido em missões, as maiores frequências para a evolução do TMC foram entre os que estão no campo missionário pelo período de 21 e 30 anos (31,3%, $p=0,002$). Similarmente, o BDI-II identificou frequências significativas para o mesmo tempo de missões, distribuídas entre os graus Moderado (28,9%), Moderado/Grave (28,6%); entretanto o grau Grave foi

atribuído a período entre 6 e 10 anos (50,0%) com $p=0,000$. Da mesma forma o IDATE- Traço-Estado revelou a frequência de 40,1%, ($p=0,023$), também para o período de 21 a 20 anos. Ao analisar a distribuição dos transtornos mentais pelo período servido no campo, pode-se inferir que, conforme os anos no campo vão aumentando também aumenta a probabilidade de sintomas de TMC, pois o percentual de transtorno na amostra também aumentou concomitantemente com os anos passados no campo (Gráfico 3).

O Dr. Taylor (1972, p.12, apud KANE, 1973, p.57), secretário executivo da Associação de Missões Evangélicas Americana, encontrou uma taxa de desistência de cerca de 15% ao final de um período de serviço de 6 anos. Isto quer dizer que 15% dos missionários não retornam ao campo para um segundo período. Outras fontes revelam que 25% dos missionários não completam o seu cronograma todo ou não retornam ao campo após seu período de licença, que geralmente ocorre após 3 anos de trabalho (CLEVELAND, 1960). Alguns missiólogos afirmam que, após o primeiro ano no campo, o período de “lua de mel” termina e a realidade e enfrentamentos do choque cultural trazem uma exaustão emocional, física e psicológica para os missionários (LOSS M, 2005; HAY R et al., 2008).

Os missionários somente com formação em Missiologia apresentaram uma frequência maior de sintomas de TMC (32,3%), seguidos por aqueles com formação em humanas (29,2%, $p=0,029$), comparativamente com as outras áreas do saber. Similarmente, o BDI-II encontrou frequências significativas para as mesmas variáveis com 31,5% para os formados em Missiologia e 28,8% para os formados em Ciências humanas, com $p=0,040$. Estudos entre alunos universitários também apresentaram frequências maiores de TMC na área de

humanas em relação às outras áreas. Um estudo feito na Unicamp revelou que a variável independente área de humanas e artes esteve fortemente associada a apresentar algum transtorno mental em relação às áreas de saúde e de ciências básicas, exatas e tecnológicas (NEVES, DALGALARRONDO, 2007). Outro estudo realizado pela UNESP também encontrou frequências maiores entre os alunos da área de humanas (SILVA, GUERRA, 2014).

As grandes frequências de sintomas de TMC encontradas nos missionários com sobrepeso (40,6%, $p=0,050$) é apoiada pela literatura, pois a relação entre TMC e obesidade tem sido investigada. Deluiz (2012) aponta, em um estudo transversal realizado no Hospital Universitário do Rio de Janeiro, que Transtorno de Ansiedade ocorre em 49,2% dos pacientes com sobrepeso e em 67,0% dos obesos. Semelhantemente, Duarte-Guerra, et al. (2014), afirma que quase dois terços dos candidatos para cirurgia bariátrica preenchem critérios para quaisquer transtornos psiquiátricos e que quatro de cada cinco, para qualquer transtorno durante a vida. Os pesquisadores ainda afirmam que elevadas taxas de transtornos psiquiátricos entre os candidatos para cirurgia bariátrica parece ser a regra e não uma exceção. Em outro estudo, Duarte-Guerra, et al. (2017), investigou em 393 pacientes com obesidade classe III, os padrões de persistência da doença e comorbidade de transtornos psiquiátricos no período pré-operatório e confirmou que, mais da metade dos pacientes também apresentavam transtornos psiquiátricos, dos quais o transtorno de ansiedade foi o diagnóstico mais frequente no momento das entrevistas, apesar de a maior parte da amostra ter apresentado dois e ou mais transtornos psiquiátricos concomitantemente durante a vida.

Apesar dos resultados comprobatórios das pesquisas citadas, para

Kivimaki, et al. (2009), as evidências ainda parecem ser inconsistentes e, portanto, inconclusivas. Pois segundo ele, existem duas potenciais direções opostas de causalidade: quando o TMC leva o indivíduo ao excesso de peso e à obesidade, ou quando a obesidade é a condição clínica inicial que faz com que o indivíduo acabe desenvolvendo TMC.

Os sedentários apresentaram comprometimento em todas as escalas aplicadas. Na avaliação pelo SRQ-20 para TMC encontraram-se as frequências 77,1% ($p=0,000$) com uma RC aumentada de 2,6 vezes. Pelo BDI-II para rastreamento de sintomas depressivos as frequências entre os sedentários foram maiores do que os não sedentários (72,6% vs 27,4%, $p=0,002$), com uma RC aumentada em 2,0 vezes para desenvolverem sintomas depressivos. Da mesma forma, encontraram-se frequências elevadas de ansiedade por meio do IDATE Traço-Estado (61,1%, $p=0,002$), com uma RC aumentada em 1,2 vezes para desenvolvimento de sintomas. Os malefícios do estilo de vida sedentário foram amplamente estudados. Morilha (2014) verificou que os sedentários têm 2,5 mais possibilidades de desenvolver sintomas depressivos em relação aos não sedentários. Lemos (2008) encontrou frequências semelhantes às observadas, em um estudo prospectivo com 168 pacientes divididos em três grupos, de ambos os sexos, entre 35 a 65 anos, investigados por meio do BDI I, tanto para o sedentarismo quanto para o tabagismo. Zaiyune, et al. (2007), identificam o sedentarismo associado a outros fatores de risco, como contribuintes para a ocorrência de várias doenças crônicas, como: diabetes, osteoporose, câncer de cólon, de pulmão e de próstata e, sobretudo, doenças cardiovasculares. Os pesquisadores também identificam inúmeros benefícios físicos e psicossociais resultantes da prática regular de atividades físicas. Entre

eles, estão a melhora do humor e da autoestima, bem como a redução da ansiedade e da depressão.

Frequências elevadas de TMC foram encontradas também entre os missionários sem diagnóstico prévio de depressão; por meio do SRQ-20 obteve-se a frequência de 69,8%, ($p=0,002$), com uma RC aumentada de 1,8 para o desenvolvimento do TMC. Entre os sem diagnóstico prévio de ansiedade, as frequências pelo SRQ-20 para TMC foram 51% ($p=0,000$), com uma RC de 2,6 vezes. Igualmente, o BDI-II identificou nesta variável a frequência de 58,5% ($p=0,001$), com RC aumentada em 2,0 vezes para esses missionários apresentarem sintomas de Transtorno Depressivo. Para os sem diagnóstico prévio de Transtornos Psiquiátricos as frequências apontadas pelo SRQ-20 foram de 88,5% ($p=0,002$), com RC de 2,2 para desenvolver TMC; o BDI-II identificou uma frequências de (64,3%, $p=0,000$).

Segundo alguns pesquisadores, tanto a depressão quanto a ansiedade são subdiagnosticadas, pois muitas vezes enfermidades se sobrepõem aos sintomas depressivos e ansiosos, fazendo com que o especialista não se atenha a uma possível depressão ou a um possível quadro de ansiedade (CASTELO, 2010, TENG et al., 2005). Outro fator que, possivelmente, possa explicar estes dados, é que diante de um diagnóstico prévio, e de ter se submetido a tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico, a pessoa pode desenvolver uma maior resiliência às pressões do dia a dia, e estar mais sensível em discernir os sintomas iniciais antes que se tornem agudos.

Também foi encontrada nesta amostra maior prevalência entre os missionários com histórico de depressão na família; pelo SRQ-20 observaram-se as frequências de 50% ($p=0,018$), com RC aumentada em 1,5 vezes para

TMC; pelo BDI-II a prevalência para esta variável foi de 54,8% ($p=0,004$), com uma RC aumentada em 1,8, com intervalo de confiança de 95%, para desenvolver Transtorno Depressivo durante suas vidas.

Lohoff (2011) afirma que a depressão pode passar de pai para filho, pois ela tem um componente genético que faz com que descendentes tenham mais chance de desenvolver transtornos ao longo da vida. O pesquisador também pontua que os indivíduos que tenham familiares de primeiro grau (pais ou filhos) com depressão, podem ter um risco aumentado de 2 a 3 vezes de desenvolver a doença em relação aos que não apresentam casos na família.

A faixa etária com maior frequência para sintomas depressivos, de acordo com o BDI-II foi entre 41 e 50 anos (57,1%, $p=0,020$). Com relação à sintomatologia de ansiedade rastreada pelo IDATE-Estado, as maiores prevalências verificadas foram para os missionários entre 31 e 40 anos (37,3%, $p=0,002$). Estes dois períodos da vida, considerando-se o desenvolvimento humano, deveriam ser os mais produtivos. Talvez a cobrança interna de ter de realizar e produzir, apresentando números em relação a conversões, batismos e implantação de igrejas, possa ser um dos fatores que favorecem as altas frequências de sintomas ansiosos neste grupo (CARTER, McGOLDRICK & Col, 2007).

Os missionários que residem no continente africano apresentaram as maiores frequências (39,3%, $p=0,023$). Segundo a OMS (WHO, 2017), os distúrbios de ansiedade chegaram a um total global de 24,6 milhões; as taxas variam entre as regiões estudadas pela OMS, de 267 por 100.000 habitantes na região Africana e mais de 500 na região das Américas. As estimativas são mais baixas para os TA em comparação com os Transtorno Depressivo, porque esses

transtornos estão associados a um nível médio de incapacidade mais baixa. No entanto, TA são classificados como o sexto maior contribuinte para a perda de saúde não fatal em todo o mundo e aparecem nas 10 principais causas YLD (Years Lived Disability) em todas as regiões da OMS. (WHO, 2017)

Com relação aos fatores estressores explorados pelo Inventário Ministerial, identificaram-se maiores prevalências de sintomas de TMC nas categorias: adaptação cultural, relacionamento com os habitantes e com a igreja local, relacionamento com a agência/organização enviada, sentimentos pessoais, espiritualidade, demandas ministeriais e finanças em geral (Gráfico 4). Todos os fatores citados contribuíram para o desenvolvimento de sintomas de TMC, TDM e TAG nos missionários pesquisados nessa amostra.

8.3 Fatores associados à Síndrome de Burnout

Nesta amostra a população feminina apresentou maiores frequências comparada a população masculina para Exaustão Emocional (77,9% vs 22,2%, $p=0,027$) e Despersonalização (77,0% vs 23,0%, $p=0,001$). Para os perfis de estresse, verificou-se para *Burnout* 70,4% vs 29,6%; Desengajado 60,0% vs 40,0%; Esgotado 100,0% vs 0,0%; Ineficaz 46,8% vs 53,2%, revelando que, apesar do comprometimento nos outros 3 perfis as mulheres apresentaram-se mais eficazes e mais engajadas do que os homens: Engajado 53,1% vs 46,9%; todos os perfis com $p=0,027$.

Os achados na literatura com relação à variável sexo corroboram as frequências encontradas neste estudo. Apesar de Maslach (2007) afirmar que o sexo não é um importante preditor de *Burnout* e que as mulheres apresentam

um pouco mais de exaustão, e Oliveira, et al. (1996), consideram que ambos os sexos estão sujeitos aos mesmos riscos à saúde provocados pelo trabalho, todavia, os impactos são muito diferentes entre eles. Muitos pesquisadores afirmam ocorrer maior prevalência de alguns transtornos mentais entre a população feminina, graças ao conflito de papéis e dos processos de socialização, relacionados à rigidez dos valores diferenciados sexualmente. Desta forma, segundo eles, a mulher vive uma angústia elevada derivada da necessidade de trabalhar (bem como financeira e de realização profissional) e da necessidade de dedicação à família, marido, filhos e casa. No âmago desta dualidade está a questão de que, quanto maior a jornada laboral, menor o tempo de dedicação à família e maior a culpa experimentada. (VASQUES-MENEZES, 1999; SELLIGMANN, 1994; CODO, 1993; OLIVEIRA, 1996). Considerando os fatores explanados, Greenglass e Burke (1988) apontaram que as mulheres tendem a altos níveis de Exaustão Emocional e baixa Realização Profissional no trabalho. Em estudo realizado com médicos, foram observadas uma maior prevalência de sinais de despersonalização entre as mulheres do que seus colegas homens (BENEVIDES-PEREIRA, 2003); talvez este fato ocorra como parte de um mecanismo de defesa desencadeado pela necessidade de a mulher em um ambiente hospitalar, onde as perdas são maiores, ter de se proteger emocionalmente para não sofrer mais agudamente.

Para a variável “tempo de missão”, relacionada à Exaustão Emocional, as maiores frequências foram encontradas para o período entre 6 a 10 anos, (33,3%, $p=0,000$); confirmando a citação de Kane (1973), que estes são os anos mais propensos ao abandono do campo (KANE, 1973). Com relação à Despersonalização, o período de tempo mais problemático é o de 21 a 30 anos

(29,5%, $p= 0,003$), da mesma forma, é o período com maior prevalência de ansiedade segundo o IDATE Traço-Estado (41,0%, $p= 0,000$).

A variável sem diagnóstico prévio de depressão encontrou correlações significativas com os sintomas de *Burnout* e a Exaustão Emocional (77,9%, $p= 0,027$), Despersonalização (63,9%, $p= 0,000$) e Realização Profissional (79,0%, $p= 0,045$); da mesma forma, os missionários sem diagnóstico prévio de ansiedade pontuaram para Exaustão Emocional 61,1% ($p=0,016$), e Despersonalização 57,4% ($p= 0,004$), e os sem diagnóstico de transtorno psiquiátrico tiveram maior frequência somente para Exaustão Emocional. Todos estes achados podem ser explicados pelo subdiagnóstico do TMC. Se considerar-se os sintomas psíquicos mais comuns na depressão como: humor deprimido; irritabilidade; tristeza; perda de interesse pelas atividades do dia a dia; desânimo; cansaço; apatia; dificuldade para se concentrar e tomar decisões (KOENING, LOTUFO, 2001; MOREIRA-ALMEIDA, et al., 2006), pode-se entender por que estas variáveis pontuaram principalmente para Exaustão Emocional e Despersonalização.

Os não ordenados pastores obtiveram elevadas frequências relacionadas à Despersonalização. A dificuldade em manter os vínculos afetivos e a tendência de se afastar das pessoas, comportamento decorrente da Despersonalização, podem ter como uma das causas o fato de que, em alguns campos transculturais, os ordenados pastores são mais respeitados e reverenciados do que os não ordenados. Este empoderamento é registrado na história da igreja, na qual os sacerdotes, em vários momentos da história e em diferentes localidades eram os receptáculos das grandes questões que atravessavam as comunidades, além de não raras vezes, fazerem o papel de juiz em diferentes

causas. (O'DONNELL, 2002)

Segundo alguns missiólogos, o homem branco e/ou estrangeiro, ainda é visto, no continente africano, em algumas tribos e contextos, como o detentor dos recursos e como aquele que pode melhorar a qualidade de vida da população em geral. Desta forma, a aproximação pelos moradores locais, muitas vezes, carrega o interesse de serem beneficiados materialmente pelos missionários. Esta relação de interesse pode levar os missionários transculturais a erguerem barreiras emocionais para não gerarem vínculos muito profundos com os locais. O não estabelecimento de vínculos também funcionaria como um mecanismo de defesa para os missionários. (MORILHA, 2019)

8.4 Perfis de Estresse

Similarmente, foi encontrada nesta amostra prevalência aumentada nos perfis de estresse analisados pelo MBI.

Importante pontuar, ao observar as frequências absolutas encontradas com relação aos perfis de estresse, que 70,6% da amostra se apresentaram com algum tipo de comprometimento no exercício do ministério, e que apenas 29,4% se revelaram verdadeiramente como Engajados.

8.5 Fatores associados à QVM.

Neste estudo também se verificou a qualidade de vida dos missionários (QVM) transculturais pelo SF-36 que é composto por 8 domínios: Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Dor, Saúde Geral, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. (Gráfico 3)

Segundo os resultados obtidos, pode-se observar que a variável idade, principalmente a faixa etária entre 31 e 40 anos, e sedentarismo têm forte influência para os domínios Capacidade Funcional e Saúde em Geral. Tanto a variável tempo de missões, mais precisamente entre 21 e 30 anos passados no campo, quanto o não diagnóstico prévio de depressão, ansiedade e transtorno psiquiátrico influenciam negativamente todos os 8 domínios pesquisados. Os missionários que residem no continente africano tendem a ter maior pobreza emocional do que os que vivem em outros continentes.

Considerando-se as frequências encontradas pode-se inferir que uma boa qualidade de vida está ligada à um estilo de vida não sedentário, uma vez que, apenas, realizando o mínimo de exercícios dentro de uma escala de atividade física, pode-se verificar uma diminuição no percentual Pobre/Razoável. Estes dados são apoiados pela literatura. Silva et al. (2010), afirmam que há uma correlação significativa entre atividade física e qualidade de vida. Associações que indicam melhora em estados físicos e psicológicos também são encontradas em Assumpção et al. (2002), quando os comparam à prática de atividades físicas. Segundo Nahas (2003), a inatividade física representa uma causa importante de reduzida qualidade de vida e de morte prematura nas sociedades contemporâneas, particularmente nos países industrializados.

8.6 Fatores associados à Escala de Orientação Religiosa (EOR).

Na Escala de Orientação Religiosa EOR não foram encontradas associações estatisticamente significativas para orientação religiosa intrínseca nesta amostra.

No entanto, para orientação religiosa tipo extrínseca, foram encontradas frequências significativas para a classificação de IMC ($p=0,000$) e para diabetes mellitus. Nestas variáveis pode-se averiguar que, quanto menor for a religiosidade extrínseca, melhor a saúde física do missionário.

8.7 *Coping* Religioso segundo CRE.

CRE-Negativo:

Neste estudo também se verificou o *Coping* religioso entre missionários transculturais brasileiros. A maior parte da amostra, como era de se esperar, apresentou CRE mais positivo do que negativo. (Tabela 37)

Não obstante, encontramos associação estatisticamente significativa entre **CRE Negativo** e as escalas SRQ-20 e BDI-II. (Tabelas 38, 39)

Os missionários com sintomas de TMC rastreados pelo SRQ-20 apresentaram CRE Negativo mais elevado, contrapondo-se aos sem TMC que apresentaram CRE Negativo irrisório, ($p=0,007$). (Tabela 38)

Similarmente, foram encontradas associações significativas com o BDI-II. Os missionários com sintomas depressivos apresentaram uma frequência maior do CRE negativo do que os sem sintomas, ($p=0,001$). (Tabela 39)

Na associação com o IDATE Traço-Estado as maiores frequências foram para sintomatologia ansiosa moderada, ($p= 0,035$). (Tabela 40)

Na associação com o IMB as frequências encontradas revelam que, quanto maior o CRE Negativo, maior a Exaustão Emocional ($p=0,000$). Para os perfis de estresse, também avaliados pelo MBI encontrou-se uma relação entre o *Burnout* e a intensidade de CRE Negativo, ($p=0,004$). (Tabela 41)

CRE-Positivo:

Foram encontradas associações significativas com o CRE POSITIVO e os solteiros ($p=0,036$), similarmente, os sem união estável apresentaram maior intensidade no CRE-Positivo ($0,007$). É importante pontuar que, durante a amostra os solteiros e os sem relacionamentos estáveis apresentaram maior grau de saúde emocional. (Tabela 43)

Considerando-se os resultados obtidos, pode-se afirmar que, quanto mais positivo for *Coping*, menos possibilidade de hipertensão será observada.

Para as associações de CRE POSITIVO com as escalas de saúde emocional aplicadas, foram encontradas frequências significativas somente para o BDI-II, nas quais observou-se que, quanto mais positivo for *Coping*, menos incidência de sintomas depressivos será encontrada ($p=0,023$). Foi encontrada uma RC protetiva aumentada em 3,4 vezes para a população da amostra com CRE Positivo maior. (Tabelas 45, 46)

CRE - Fator P1: Transformação de Si e/ou de sua Vida:

Neste fator, os casados ($p=0,032$) e os com união estável buscam mais transformação de si e/ou de sua vida, pois apresentaram-se com melhor *Coping* do que os solteiros e os sem união estável ($0,010$). Os ordenados pastores obtiveram *Coping* menos positivo do que os não ordenados ($p=0,035$). Os que tinham história prévia de depressão na família apresentaram *Coping* mais positivo do que os sem história prévia, ($p=0,033$), (Tabelas 47, 48).

A associação do Fator P1 com SF-36 indicou frequências significativas

para o domínio “Capacidade Funcional”, na qual pode-se observar que, quanto mais positivo for *Coping* maior capacidade funcional será desenvolvida, ($p=0,043$). (Tabela 49)

CRE - Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual:

Com relação ao Fator P2, os indivíduos com união estável buscam mais ajuda espiritual do que os sem união estável ($p=0,013$).

Para associação do Fator P2 com as escalas de saúde emocional, encontramos frequências significativas com o BDI-II, na qual pode-se observar que, os que buscam ajuda espiritual, têm tanto menor possibilidade de desenvolver sintomas mais graves de depressão ($p=0,030$), quanto de desenvolver depressão ($p=0,006$), em relação aos que não buscam. (Tabela 50)

Desta forma, pode-se afirmar que, quanto mais grave a depressão, menos ajuda será solicitada. O que pode intensificar o desfecho agudo por se tornar um sofrimento solitário.

Igualmente, a associação com IMB revelou que, os que buscam ajuda, têm menor possibilidade de desenvolver Exaustão Emocional ($p=0,000$). Em relação aos perfis de estresse, também avaliados pelo MBI, identificamos que, para a Síndrome de *Burnout*, o fator P2 não contribui para a diminuição da síndrome, porém, os com perfil Desengajado parecem buscar menos ajuda espiritual do que os outros perfis ($p=0,002$). (Tabela 51)

CRE - Fator P3: Oferta de Ajuda ao Outro

Não foram encontradas associações significativas entre este fator e as características de base.

No entanto, a associação do Fator P3 com SRQ-20 identificou que os missionários da amostra com sintomas de TMC tendem a oferecer menos ajuda dos que os sem sintomas ($p=0,008$).

O Fator P3 associado com o IMB revelou que, quanto maior for a Realização Profissional, mais o fato de oferecer ajuda se fará presente, e quanto menor a Realização Profissional, menos envolvimento nas relações de ajuda haverá ($p=0,023$).

Com relação à QV, domínio Capacidade Funcional, os indivíduos da amostra com melhor Capacidade Funcional tendem a ser mais solícitos do que os com pior Capacidade Funcional, ($p=0,050$). (Tabela 53)

CRE FATOR P4: Posição Positiva Frente a Deus

Considerando-se o Fator P4, as estatísticas mais significativas apontam que os missionários com união estável apresentam uma posição mais positiva frente a Deus ($p=0,003$).

Assim como para as outras características de base, também não foram encontradas associações significativas com as escalas de saúde emocional associadas com o Fator P4 aplicadas neste estudo. (Tabela 54)

CRE FATOR P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual

Na associação de P5 com as características de base identificamos que os solteiros e os sem união estável tendem a buscar mais crescimento pessoal do que os casados e os com união estável.

O apóstolo Paulo em II Coríntios capítulo 7, versículos 32 e 33 corrobora este achado quando afirma:

Gostaria de vê-los livres de preocupações. O homem que não é casado preocupa-se com as coisas do Senhor, em como agradar ao Senhor. Mas o homem casado preocupa-se com as coisas deste mundo, em como agradar sua mulher... (NVI, 2018)

Não foram encontradas associações significativas com as outras características de base e com as escalas de saúde emocional associadas à P5 aplicadas nesta amostra.

CRE- FATOR P6: Ações em Busca do Outro Institucional

Na associação de P6 com as características de base identificamos que os não ordenados pastores ($p=0,025$) tendem a realizar maior movimento de aproximação com o institucional do que os ordenados. Ou seja, eles procuram uma aproximação maior com os locais, membros ou representantes religiosos, ou mesmo com as manifestações formais e institucionalizadas da religião. Talvez esse comportamento advinha da necessidade de serem aprovados e aceitos como ministros do evangelho.

Os missionários, tanto com histórico de depressão ($p=0,047$) quanto de suicídio na família ($p=0,024$), tendem a se aproximar menos do institucional. Talvez pelo medo do estigma que, tanto os portadores de depressão quanto os que tiveram casos de pessoas que tiraram a própria vida na família, podem receber dentro do contexto religioso. (Tabela 56)

CRE FATOR P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual

Na associação de P7 com as características de base, identificamos que, quanto maior o nível de escolaridade, maior o comportamento de busca por conhecimento religioso-espiritual ($p=0,037$). (Tabela 57)

O Fator P7 associado ao BDI-II indicou que, quanto maior for a busca pessoal de conhecimento espiritual, menor a possibilidade de a pessoa desenvolver sintomas depressivos ($p=0,030$), (Tabela 58). Da mesma forma, as análises por regressão logística revelaram que missionários, que buscam maior conhecimento, espiritual têm uma RC aumentada em 2 vezes em relação aos que não buscam, (Tabela 58).

CRE Fator N1: Reavaliação Negativa de Deus

A associação do fator N1 com as características de base revelaram que os missionários, que tiveram sua formação em ciências humanas, penderam a ter uma reavaliação mais negativa de Deus e que, os que receberam formação missiológica tenderam a ter uma reavaliação mais positiva de Deus, ($p=0,023$).

Da mesma forma, os indivíduos da amostra, que foram encontrados abaixo do peso, ou com obesidade grau 1, inclinam-se a uma reavaliação negativa de Deus, em contrapartida aos que foram encontrados dentro da classificação do IMC como saudáveis, os quais possuem uma reavaliação mais positiva de Deus ($p=0,004$). (Tabela 60)

CRE Fator N2: Posição Negativa Frente a Deus

A associação do Fator N2 com as características de base revelaram que os missionários entre 41 e 50 anos são os que mais tendem a simplesmente esperar que Deus assuma o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la. Em contrapartida, os missionários com as idades entre 20 e 30 anos revelam-se menos dependentes e passivos ($p=0,037$).

A população feminina ($p= 0,038$), assim como os solteiros ($p= 0,005$), tendem a depender mais da intervenção de Deus, no sentido mais passivo do que os outros investigados. (Tabela 62)

A associação do Fator N2 com IDATE-Traço revelou que, quanto mais alta a ansiedade, maior o movimento em relação à passividade e ao desejo que Deus assuma responsabilidade sobre as questões da vida ($p=0,021$). A associação com o SF-36 no domínio “Dor” mostrou que, quanto maior a dor maior o desejo que Deus intervenha ($p=0,048$). (Tabela 63)

CRE - FATOR N3, Reavaliação Negativa do Significado:

Na associação do Fator N3 com as características de base pode-se observar que, os indivíduos da amostra com formação em ciências humanas, tendem a compreender as situações estressantes como uma punição pessoal ou como resultado de algo malévolo operando em suas vidas, ($p=0,043$).

Os missionários, que estão nas regiões onde não há outros missionários, também parecem ter a mesma disposição em perceber a causa das circunstâncias aflitivas como sendo ação de algo maligno ou como resultado de uma punição pessoal ($p=0,021$).

Tanto os missionários com obesidade grau 1 ($p=0,028$), quanto os com Diabetes Mellitus ($p=0,028$), apresentaram maior intensidade do Fator N3.

Os missionários, que receberam diagnóstico prévio de depressão ($p=0,001$), também tendem a crer na intervenção do mal nas situações adversas ou na punição advinda por algum pecado cometido. Importante pontuar que o sentimento de culpa exagerado faz parte dos critérios para identificação da Transtorno Depressivo (MORILHA, 2014). (Tabela 64)

A associação do Fator N3 com o SRQ-20 revelou que os missionários com maior intensidade do Fator apresentam maior frequência de sintomas de TMC ($p=0,007$), e apresentaram uma RC aumentada em 3,9 vezes para ter mais transtorno. Similarmente, tanto os missionários com sintomas de Transtorno Depressivo rastreados pelo IDB-II ($p=0,003$), quanto os missionários com maior sintomatologia ansiosa identificada pelo IDATE–Estado ($p=0,001$), apresentaram maior intensidade do fator N3. Na análise por regressão logística multivariada, os missionários ainda apresentaram uma RC aumentada em 4,5 vezes para o desenvolvimento sintomas de Transtorno Depressivo. (Tabela 64, 65)

Nesta amostra também associamos o IMB com o fator N3 e identificamos que os missionários com Exaustão Emocional alta apresentam fator mais intenso ($p=0,002$), da mesma forma os missionários identificados com Síndrome de *Burnout* apresentaram maior intensidade do fator ($p=0,002$).

Na análise por regressão logística multivariada, os missionários com fator N3 alto apresentaram uma RC aumentada em 3,9 vezes por não se sentirem realizados pessoalmente. (Tabela 66)

CRE - FATOR N4, Insatisfação com o Outro Institucional

A associação do Fator N4 com as características de base identificou que os solteiros tendem a nutrir maior sentimento de insatisfação, desgosto ou mágoa com qualquer representante institucional, seja ele frequentador, membro, representante ou líder da instituição religiosa ($p=0,020$).

Similarmente, os indivíduos da amostra com Diabetes Mellitus apresentaram maior intensidade em reter mágoas. (Tabelas 67,68)

A associação do Fator N4 com o IMB revelou que os missionários com N4 mais intenso apresentam maior grau de “Despersonalização”, com uma RC aumentada em 2,9 vezes por sua dificuldade de formar vínculos. Similarmente, os indivíduos com maior fator N4 revelaram maior dificuldade em se sentirem “Realizados Pessoalmente” e apresentaram uma RC aumentada em 2,9 vezes por se sentirem incapazes e ineficientes nas atividade que realizam. (Tabela 70)

Com relação aos perfis de estresse, os desengajados apresentaram maior intensidade do fator. Uma das características deste perfil é a apatia com relação ao trabalho e às pessoas relacionadas à função exercida ($p=0,004$). (Tabela 69)

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste estudo sobre sintomas de transtornos psiquiátricos em missionários evangélicos/protestantes transculturais brasileiros foram encontradas algumas limitações:

1ª) Dificuldade dos missionários em responderem às escalas.

Segundo alguns missiólogos consultados existe uma certa resistência por parte dos missionários em responder e-mails, participar de pesquisas ou responder qualquer formulário que possa, de alguma forma, expor qualquer fraqueza ou dificuldade.

2ª) A dificuldade em acessar a Internet em alguns países, e os protocolos de segurança para países fechados para o evangelho dificultaram as respostas das escalas.

3ª) Para avaliação dos sintomas depressivos e de ansiedade foram utilizados os instrumentos SRQ-20, BDI-II e IDATE Traço-Estado que apesar de terem validação para o português, respaldo da literatura e serem instrumentos sensíveis e específicos para o rastreamento de sintomas de Transtorno Mental Comum, Transtorno de Depressão e Transtorno de Ansiedade, estas escalas não são consideradas como padrão ouro como o SCID.

CONCLUSÕES

10. CONCLUSÕES

I. Nesta amostra de missionários transculturais brasileiros identificou-se, em relação aos transtornos psiquiátricos, que:

- Missionários com idade entre 31 e 40 anos mostraram maior possibilidade de apresentarem sintomas de TMC, Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade;
- A população feminina tem uma RC aumentada em 6,7 vezes para desenvolver sintomas de TMC, em 3,6 vezes para Transtorno de Depressão e em 2,9 vezes para Transtorno de Ansiedade, em relação à população masculina.
- A população casada ou com união estável revelou maior frequência em relação aos solteiros, para desenvolver TMC, Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade;
- Os não ordenados pastores apresentaram frequências superiores para desenvolverem TMC, Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade com uma RC aumentada em 3,4 vezes para a presença tanto de TMC, quanto de depressão, em relação aos ordenados pastores;
- Os missionários que estão no campo pelo período de 21 a 30 anos revelaram maiores possibilidades de desenvolverem TMC, Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade;
- Os missionários que trabalham no continente africano têm maiores possibilidades de apresentarem sintomas de Transtorno de Ansiedade;
- Missionários com sobrepeso apresentaram frequências elevadas para TMC e Transtorno de Ansiedade;
- Os sedentários obtiveram frequências superiores para desenvolverem

TMC, Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade, com uma RC aumentada em 2,6 vezes para a presença TMC e 2,0 vezes para Transtorno de Depressão;

- Missionários sem diagnóstico prévio de depressão, ansiedade e transtornos psiquiátricos apresentaram maiores frequências para desenvolverem TMC, Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade;
- Os com histórico de depressão na família apresentaram RC aumentada em 1,5 vezes para desenvolverem TMC.

II. Com relação à Síndrome de *Burnout* foram identificadas nesta amostra que:

- A população feminina apresenta maior frequência para desenvolver Exaustão Emocional (EE) e *Burnout*;
- Período entre 6 e 10 anos no campo são os mais críticos para desenvolvimento de EE;
- Missionários sem diagnóstico prévio de depressão, ansiedade e transtornos psiquiátricos apresentaram maiores frequências para desenvolverem EE;
- Missionários com EE elevada têm uma RC aumentada em 8,1 vezes para desenvolverem sintomas de TMC, uma RC aumentada de 21,6 vezes para sintomas de Transtorno Depressivo e uma RC aumentada em 19,5 vezes para a presença de sintomas de Transtorno de Ansiedade;
- Os não ordenados pastores apresentaram frequências superiores para desenvolverem Transtorno Depressivo;
- Missionários com Transtorno Depressivo elevado têm uma RC

aumentada em 5,7 vezes para sintomas de TMC;

- Missionários com Despersonalização (D) elevado têm uma RC aumentada de 9,1 vezes para desenvolverem sintomas de Transtorno Depressivo e uma RC aumentada em 6,3 vezes para a presença de sintomas de Transtorno de Ansiedade;
- Missionários com Realização Profissional baixa têm uma RC aumentada em 2,1 vezes para sintomas de TMC, em 2,4 vezes para desenvolverem sintomas de Transtorno Depressivo e em 5,4 vezes para a presença de sintomas de Transtorno de Ansiedade;
- 70,6% dos missionários da amostra apresentaram algum comprometimento negativo em relação trabalho exercício.

III. Com relação à QVM as frequências significativas para uma QVM comprometida (baixa) foram para:

Domínio Capacidade Funcional:

- Idades entre 31 e 40 anos;
- Sedentários;
- Tempo de Missão entre 21 e 30 anos.

Domínio Saúde Geral:

- Sedentários;
- Tempo de Missão entre 21 e 30.

Domínio Aspectos Emocionais:

- Idade entre 21 e 30 anos;
- Os que residem no continente africano;
- Sedentários;

- Os com histórico de depressão na família;
- Os com histórico de suicídio na família.

Domínio Saúde Mental:

- Os com ensino superior completo;
- Período no campo entre 6 e 10 anos;
- Os com histórico de suicídio na família.

IV. Com relação ao *Coping* Religioso foram identificadas nesta amostra que:

Para o **CRE- Negativo**, as variáveis com frequências significativas foram:

- Missionários com sintomas depressivos e os com Exaustão emocional.

Para o **CRE- Positivo**, as variáveis com frequências significativas foram:

- Missionários solteiros apresentaram maior *Coping* do que os casados;
- Quanto maior for o *Coping*, menor a possibilidade de hipertensão;
- Quanto mais positivo for o *Coping*, menos incidência de sintomas depressivos foram encontrados;

Para **CRE- Fator P1- Transformação de Si e/ou de sua Vida:**

- Solteiros apresentaram *Coping* mais positivo;
- Não ordenados pastores obtiveram *Coping* menos positivo;

- Os com história prévia de depressão na família apresentaram *Coping* menos positivo;
- Quanto mais positivo for o *Coping* maior Capacidade Funcional foi apresentada.

Para **CR - Fator P2** - Ações em Busca de Ajuda Espiritual:

- Indivíduos com união estável buscam mais ajuda espiritual;
- A etnia branca parece mais propensa em buscar ajuda espiritual;
- Os que buscam ajuda espiritual têm tanto menor possibilidade de desenvolver sintomas mais graves de depressão, quanto de desenvolver depressão;
- Os que buscam ajuda têm menor possibilidade de desenvolver Exaustão Emocional.

Para **CRE- Fator P7**: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual

- Quanto maior for a busca pessoal de conhecimento espiritual, menor a possibilidade de a pessoa desenvolver sintomas depressivos;
- Missionários que buscam maior conhecimento espiritual, têm uma RC aumentada em 2,0 vezes para não desenvolverem sintoma depressivos, em relação aos que não buscam.

Para **CRE- Fator N2**: Posição Negativa Frente a Deus

- Os missionários entre 41 e 50 anos são os que mais tendem a simplesmente esperar que Deus assuma o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la;
- A população feminina, assim como os solteiros tendem a depender mais da intervenção de Deus, no sentido mais passivo do que a população masculina;
- Quanto mais alta a ansiedade, maior o movimento em relação à

passividade e ao desejo que Deus assuma responsabilidade sobre as questões da vida.

Para **CRE- Fator N3**: Reavaliação Negativa do Significado

- Tanto os missionários com obesidade grau 1, quanto os com Diabetes Mellitus, apresentaram maior intensidade deste fator;
- Os missionários com maior intensidade do Fator N3 apresentam maiores frequências de sintomas de TMC, Transtorno Depressivo e sintomatologia ansiosa grave.
- Os missionários com maior intensidade deste fator revelaram uma RC aumentada em 4,5 vezes para desenvolverem sintomas de Transtorno Depressivo, e em 3,9 vezes para não se sentirem Realizados Profissionalmente.

Para **CRE- Fator N4**: Insatisfação com o Outro Institucional

- Solteiros tendem a nutrir mais sentimentos de insatisfação, com o outro institucional;
- Indivíduos com Diabetes Mellitus apresentaram maior intensidade em sentir-se insatisfeitos com o outro;
- Os missionários com N4 mais elevado apresentam maior grau de Despersonalização;
- Os missionários com N4 mais elevado apresentam uma RC aumentada em 2,9 vezes para não se vincular a outras pessoas, assim como, uma RC aumentada em 2,9 vezes para se sentirem incapazes e ineficientes nas atividades que realizam.

11. ANEXOS

Anexo A - Carta convite

São Paulo, 05 de dezembro 2016

Prezados Senhores,

Meu nome é Abner Morilha sou psicólogo, teólogo e professor nos cursos de graduação em teologia e pós-graduação em aconselhamento da Faculdade Teológica Batista de São Paulo (FTBSP), também leciono no curso de graduação em administração da FIA-USP e estou doutorando em psiquiatria pela Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo.

Os missionários em geral fazem parte de um grupo considerado de risco para problemas emocionais tais como: depressão, ansiedade, dificuldade em adaptar-se ao campo, problemas de relacionamento com equipe e/ou família, burnout e outros.

Por isso decidi trabalhar nesta linha de pesquisa para poder de alguma forma contribuir para melhorar a qualidade de vida dos missionários transculturais brasileiros. Juntos com uma equipe multidisciplinar pensaremos em medidas para minimizarmos os fatores de risco para os transtornos citados e tentaremos maximizar os fatores protetivos para assim melhorarmos a qualidade de vida dos missionários e de suas famílias.

Descrição

Como parte deste estudo os missionários serão convidados a completar 9 questionários (50 minutos). Estes instrumentos investigam diferentes aspectos do estresse funcional, das alterações de humor, espiritualidade e qualidade de vida.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Confidencialidade

Todas as informações obtidas serão confidenciais, identificadas por um número e sem menção do nome do missionário ou da agência da qual faz parte. Estas informações serão utilizadas exclusivamente para fins de análise científica e serão guardadas com segurança.

Os responsáveis por esse estudo são: Abner Morilha (psicólogo, teólogo, e mestre em ciências médicas) e o Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto (Livre docente do Hospital da Clínicas –FMUSP e Psiquiatra), respectivamente, aluno e orientador no programa de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Por compreender que a XXX tem como um de seus pilares o Cuidado Integral dos Missionários gostaria de saber se vocês nos apoiariam neste trabalho de pesquisa.

Após a conclusão do trabalho comprometo-me a informar as condições gerais atuais de seus missionários, preservando a identidade dos mesmos.

Estou a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Prof. Me. Abner Morilha

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IPQ HC-FMUSP

Departamento de Pesquisa

0055 11 99123 1776

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

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº: APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº: APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA .. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE MISSIONÁRIOS
 TRANSCULTURAIS EVANGÉLICOS BRASILEIROS

PESQUISADOR: ...Abner Morilha
 CARGO/FUNÇÃO: ..Psicologo INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRP 43974 / 6.....
 UNIDADE DO HCFMUSP: ..Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 4 anos.....

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável

Rubrica do pesquisador

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Apresentação do estudo:

Este estudo será realizado para investigar as condições da saúde mental, tipos de religiosidades, estresse funcional e qualidade de vida em missionários transculturais brasileiros.

Participação no estudo:

O/A Sr./a é convidado/a a participar voluntariamente deste estudo que tem como objetivo verificar as condições da sua saúde mental, tipo de religiosidade, estresse funcional e qualidade de vida.

Esta verificação será feita por meio de escalas auto aplicáveis que deverão ser respondidas diretamente na planilha que será encaminhada para você por e-mail. Após isto entraremos em contato também por e-mail solicitando um encontro via SKYPE para que o Sr./a responda uma escala psiquiátrica para avaliação de transtornos do humor e ansiedade.

O presente estudo não apresenta qualquer risco ou custo para você, assim como não há benefícios diretos para nenhum dos participantes.

Todas as informações obtidas do/a Sr./a. serão confidenciais, identificadas por um número e sem menção do seu nome. Elas serão utilizadas exclusivamente para fins de análise científica e serão guardadas com segurança - somente terão acesso a elas os pesquisadores envolvidos no estudo.

O Sr./a tem a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o pesquisador Abner Morilha que pode ser encontrado na Rua Silvia, 276, 16º andar ou no telefone 011 99123 1776. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 – e-mail: marcia.carvalho@hc.fm.usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com o psicólogo Abner Morilha sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Anexo C – Inventário Ministerial

INVENTÁRIO MINISTERIAL

(1) Nome _____ (2) Data _____

(3) Idade _____ anos (4) (5) Data de Nasc ____/____/____ (6) Sexo ____ (7) Etnia _____

(8) Estado Civil _____ (9) Escolaridade _____

(10) Profissão _____ (11) Denominação _____

(12) Agência Missionaria. _____ (13) É Pastor Sim () Não () (14) Ano de ordenação _____

(15) Pastorei alguma igreja ou grupo Sim () Não () (16) Tempo de atuação como missionário _____ anos.

(17) Ano de ordenação _____. (18) Há quanto tempo está no campo _____ anos e _____ meses.

(19) Filhos? (sexo e idade) _____

(20) Dedicção exclusiva para o ministério? Sim () Não ().

(21) Que outra ocupação você exerce? _____

(22) Quantas horas por semana você dedica a esta outra ocupação? _____ horas

(23) Peso _____ (24) Altura _____ (25) Tabagista: Nunca () Passado () Atual (). **(26) Sedentário** Sim () Não (). **(27) Hipertensão** Sim () Não (). **(28) Diabetes** Sim () Não (). **(29) Insuficiência cardíaca** Sim () Não (). **(30) Derrame** Sim () Não (). **(31) Outras doenças clínicas** Sim () Não ()

(32) Quais: _____

(33) (Cônjuge) Escolaridade _____. **(34)** Trabalha fora do lar? _____

(35) Ocupação _____. **(36)** Jornada semanal de trabalho _____ horas.

(37) Você toma alguma medicação? Quais? Há quanto tempo?

(38) Já foi diagnosticado (a) com depressão? Sim () Não ()

(38A) Quando? _____

(39) Já foi diagnosticado (a) com ansiedade? Sim () Não ()

(39 A) Quando? _____

(40) Já foi diagnosticado (a) com algum transtorno Psiquiátrico? Sim () Não ()

(40 A) Se SIM qual? _____

(40 B) Quando? _____

(41) Já fez uso de Álcool? Sim () Não ()

(41 A) Quando? _____

(42) Já fez uso de drogas? Sim () Não ()

(42 A) Quais Substâncias? _____

(42 B) Quando? _____

(43) Há histórico de depressão na família? Sim () Não ()

(43 A) Qual parentesco? _____

(44) Há caso de alcoolismo na família? Sim () Não ()

(44 A) Qual parentesco? _____

(45) Há caso do uso de drogas na família? Sim () Não ()

(45 A) Qual parentesco? _____

(46) Há caso de suicídio na família? Sim () Não ()

(46 A) Qual parentesco? _____

I. Quais das situações abaixo causam maior estresse “em você?” (1) Primeiro assinale os itens que lhe causam estresse (2) depois faça um círculo no grau de estresse que você experimenta. Segue-se uma lista de números e os seus significados.

0. Nenhum estresse.

1. Quase nenhum estresse.

2. Pouco estresse.

3. Estresse moderado.

4. Estresse significativo.

5. Estresse total.

(47) () Deixar o país de origem para se estabelecer em um outro país.

0 1 2 3 4 5

(48) () Adaptar-se a nova cultura.

0 1 2 3 4 5

(49) () Adaptar-se a culinária local.

0 1 2 3 4 5

(50) () Dificuldade com o idioma local.

0 1 2 3 4 5

(51) () Dificuldade no relacionamento com os nacionais no país.

0 1 2 3 4 5

(52) () Dificuldade em estabelecer relacionamento com os locais.

0 1 2 3 4 5

(53) () Problemas de relacionamento com obreiros (leigos) da igreja.

0 1 2 3 4 5

(54) () Problemas de relacionamento com membros da igreja.

0 1 2 3 4 5

(55) () Problemas de relacionamento com superiores.

0 1 2 3 4 5

(56) () Conflitos familiares por causa do ministério.

0 1 2 3 4 5

(57)() Adaptação da esposa (o) a nova cultura.	0	1	2	3	4	5
(58)() Adaptação dos filhos a nova cultura.	0	1	2	3	4	5
(59)() Multiplicidade de tarefas.	0	1	2	3	4	5
(60)() As tarefas não têm fim.	0	1	2	3	4	5
(61)() Finanças dos projetos.	0	1	2	3	4	5
(62)() Finanças pessoais.	0	1	2	3	4	5
(63)() Expectativas irrealistas por parte da organização.	0	1	2	3	4	5
(64)() As expectativas quanto ao trabalho não são claras.	0	1	2	3	4	5
(65)() Demandas da agencia missionária sobre você.	0	1	2	3	4	5
(66)() Demandas da igreja sobre você.	0	1	2	3	4	5
(67)() Sentimento de que é o único que está fazendo o trabalho (como Moisés).	0	1	2	3	4	5
(68)() Tensão entre pontos de vista e demandas da instituição e a consciência e pontos de vista pessoais.	0	1	2	3	4	5
(69)() Algumas demandas do ministério estão fora da sua competência ou talentos.	0	1	2	3	4	5
(70)() Falta de treinamento adequado para enfrentar as demandas do ministério.	0	1	2	3	4	5
(71)() Falta de equipamento.	0	1	2	3	4	5
(72)() Falta de privacidade.	0	1	2	3	4	5
(73)() Falta de reconhecimento.	0	1	2	3	4	5
(74)() Críticas.	0	1	2	3	4	5

(75) () Espírito de competitividade entre colegas.

1 2 3 4 5

(76) () Perseguição.

0 1 2 3 4 5

(77) () Dificuldade para coordenar um trabalho voluntário (falta de cooperação dos membros da Igreja).

0 1 2 3 4 5

(78) () Dificuldade em delegar tarefas.

0 1 2 3 4 5

(79) () Faltam pessoas habilitadas para lhe ajudar nos trabalhos da igreja.

0 1 2 3 4 5

(80) () Dificuldade para “dizer não”.

0 1 2 3 4 5

(81) () Administração do tempo.

0 1 2 3 4 5

(82) () O fator 24/7 (isto é, o sentimento de estar de prontidão 24 horas por dia durante os 7 dias da semana).

0 1 2 3 4 5

(83) () Constantes apelos para ajudar (doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas, etc.).

0 1 2 3 4 5

(84) () O fator crescimento da igreja (quantos batismos? Quantas igrejas construídas? Quantos estão envolvidos na obra missionária?).

0 1 2 3 4 5

(85) () Sentimento de que não está tendo sucesso no ministério porque os números não aparecem.

0 1 2 3 4 5

(86) () Batalha espiritual (intima).

0 1 2 3 4 5

(87) () Tempo insuficiente para o estudo particular da Bíblia e a oração.

0 1 2 3 4 5

(88) () Solidão.

0 1 2 3 4 5

(89) Outros

() _____
_____.

() _____
_____.

Anexo D – Self Report Questionary – SRQ-20

SELF REPORT QUESTIONARY - SRQ (20)

Nome: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: _____ Escolaridade: _____ Religião: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data da entrevista: _____

	SIM	NÃO
1. Sr/Sra tem dores de cabeça com frequência?		
2. Tem falta de apetite?		
3. O Sr(a) dorme mal?		
4. O Sr./Sra. fica com medo com facilidade?		
5. Suas mãos tremem?		
6. O Sr(a) se sente nervoso, tenso ou preocupado?		
7. Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?		
8. O Sr(a) não consegue pensar com clareza?		
9. Sente-se infeliz?		
10. O Sr(a) chora mais que o comum?		
11. Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?		
12. Acha difícil tomar decisões?		
13. Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?		
14. O Sr(a) não é capaz de ter um papel útil na vida?		
15. O Sr(a) perdeu interesse nas coisas?		
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?		
17. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?		
18. O Sr(a) se sente cansada todo o tempo?		
19. O Sr(a) tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Fica cansado com facilidade?		

Número de respostas SIM		
-------------------------	--	--

Obs: _____

Anexo E – BDI-II Inventário de Depressão de Beck –

BDI-II

Inventário de Depressão de Beck

Folha de Aplicação/Respostas

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Local de Nascimento: _____ / ____ / ____
 dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()

Ocupação: _____ Data da Aplicação: ____ / ____ / ____
 dia mês ano

Aplicador: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____

assinatura

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2 ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

BDI-II. Copyright © 1996 NCS Pearson, Inc.
Brazilian adaptation Copyright © 2011 NCS Pearson, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from NCS Pearson, Inc.

© 2017 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Av. Francisco Matarazzo, 1500 – cj. 51,
Ed. New York – Centro Empresarial Águia Branca
Barra Funda – São Paulo/SP – CEP: 05001-100
Tel. (11) 3672-1240 – www.pearsonclinical.com.br

A presente Folha de Aplicação/ Respostas é impressa em cores.
Caso desconfie de sua autenticidade, ligue para (11) 3672.1240.

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p>7. Auto-estima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p>11. Agitação</p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p>12. Perda de interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	--

<p>13. Indecisão</p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p> <p>14. Desvalorização</p> <p>0 Não me sinto sem valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente sem valor.</p> <p>15. Falta de energia</p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para nada.</p> <p>16. Alterações no padrão de sono</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17. Irritabilidade</p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p>	<p>18. Alterações de apetite</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b Quero comer o tempo todo.</p> <p>19. Dificuldade de concentração</p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p> <p>20. Cansaço ou fadiga</p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p> <p>21. Perda de interesse por sexo</p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	--

Subtotal da página 1

Subtotal da página 2

Subtotal da página 2

Pontuação total

Anexo F – Inventário IDATE Traço-Estado

IDATE - ESTADO

Nome:..... Data ____/____/____

PARTE I

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo.....4
Bastante.....3
Um pouco.....2
Absolutamente não.....1

1	Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3	Estou tenso(a)	1	2	3	4
4	Estou arrependido	1	2	3	4
5	Sinto-me a vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10	Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13	Estou agitado(a)	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído(a)	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18	Sinto-me super excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

TOTAL: ____/_80_

10 Itens Invertidos (1, 2, 5, 8 10, 11, 15, 16, 19 e 20)

IDATE TRAÇO

PARTE - II

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você em geral se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você em geral se sente.

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
7	Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
16	Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

TOTAL: _____ / **80** _____

7 itens invertidos (1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19)

Anexo G – Questionário Maslach Burnout Inventory - MBI

QUESTIONÁRIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HS, 1986)

Código de Identificação: _____

Data: ____/____/____ Denominação: _____ Sexo: M () F () Idade: _____

Questões	Nunca	Algumas vezes ao ano	Uma vez por mês	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
SESSÃO A	0	1	2	3	4	5	6
Sinto-me emocionalmente esgotado (a) devido ao meu trabalho.							
Trabalhar com pessoas durante todo o dia requer um grande esforço.							
Eu sinto que meu trabalho está acabando comigo.							
Sinto-me frustrado pelo meu trabalho.							
Acho que estou trabalhando demais.							
Estressa-me muito trabalhar em contato direto com as pessoas.							
Eu sinto que estou no fim da linha.							
Total da Sessão A							

Questões	Nunca	Algumas vezes ao ano	Uma vez por mês	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
SESSÃO B	0	1	2	3	4	5	6
Eu sinto que trato certas pessoas de forma impessoal, como se fossem objetos.							
Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.							
Sinto que as pessoas me culpam por alguns de seus problemas.							
Sinto-me frustrado pelo meu trabalho.							
Estressa-me muito trabalhar em contato direto com as pessoas.							
Estou no final da minha paciência no fim do meu dia de trabalho.							
Eu realmente não me importo com o que ocorre com as pessoas que atendo.							
Total da Sessão B							

Questões	Nunca	Algumas vezes ao ano	Uma vez por mês	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
SESSÃO C	0	1	2	3	4	5	6
Tenho alcançado muitas realizações em meu trabalho.							
Sinto-me com muita vitalidade.							
Sinto que posso entender com facilidade o que as pessoas sentem.							
Eu lido eficazmente com os problemas das pessoas.							
Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.							
Sinto que por meio do meu trabalho influencio positivamente a vida de outros.							
Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com as pessoas.							
Sinto-me revigorado (a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.							
Total da Sessão C							

	Sessão A - EE	Sessão B - DP	Sessão C - RP
Baixo	≤ 15	≤ 2	≤ 33
Médio	16 - 25	3 - 8	34 - 42
Alto	≥ 26	≥ 9	≥ 43

Anexo H – Questionário de Qualidade de Vida SF 36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Função exercida no trabalho: _____

Há quanto tempo exerce essa função: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

peessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo I – Escala de Religiosidade Intrínseca e Extrínseca de Allport - EOR

Por favor indique até que ponto você concorda ou discorda com cada item abaixo usando a seguinte escala de classificação:

1. Discordo Totalmente
2. Discordo
3. Neutro
4. Concordo
5. Concordo Totalmente

Escala Extrínseca

1. Apesar de acreditar em minha religião, há muitas outras coisas mais importantes na vida.
2. A religião não importa muito, pois o principal é viver de acordo com os princípios morais.
3. Oro sobretudo para receber alívio e proteção.
4. A igreja é o lugar mais importante para estabelecer boas relações sociais.
5. O que a religião mais me oferece é conforto quando a tristeza e as adversidades vêm sobre mim.
6. Eu oro principalmente porque fui ensinado a orar.
7. Apesar de ser uma pessoa religiosa eu me recuso a permitir que a religião influencie as minhas questões do dia a dia.
8. A razão principal do meu interesse na religião é que minha igreja tem atividades sociais agradáveis.
9. Ocasionalmente eu tenho que comprometer minhas crenças religiosas para proteger o meu bem-estar social e financeiro.
10. Uma das razões para ser membro de uma igreja é que tal membresia ajuda a pessoa a se estabelecer na comunidade.
11. O propósito da oração é assegurar paz e felicidade na vida.
12. A religião ajuda a manter minha vida equilibrada e estável assim como o senso de cidadania, amizade e outras memberships fazem.

Escala Intrínseca

1. Importante para mim dedicar tempo em oração e meditação pessoal.
2. Se não for impedido por alguma circunstância inevitável, eu vou a igreja.
3. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
4. As minhas orações feitas quando estou só carregam o mesmo sentido e emoções pessoais quanto as que são feitas durante o culto.

5. Frequentemente estou consciente da presença de Deus em minha vida.
6. Eu leio literatura sobre minha fé (ou igreja).
7. Se eu fosse fazer parte de um grupo da igreja, eu preferiria fazer parte de um grupo de estudo bíblico do que um grupo social.
8. A minha fé está realmente por traz da forma como eu abordo a vida em geral.
9. Religião é especialmente importante porque responde muitas questões sobre o sentido da vida.

Anexo J – Escala CRE- Breve

ESCALA CRE-BREVE

ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL ABREVIADA

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras: _____

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

- 9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 10. Realizei atos ou ritos espirituais** (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 12. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 13. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior** (anjo da guarda, mentor, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 26. Fui a um templo religioso**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais** (santos, espíritos, orixás, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 29. Procurei por um total re-despertar espiritual**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

- 30. Confiei que Deus estava comigo**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 32. Pensei que Deus não existia**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 33. Questionei se até Deus tem limites**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 35. Pedi perdão pelos meus erros**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 36. Participei de sessões de cura espiritual**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 37. Questionei se Deus realmente se importava**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 46. Procurei auxílio nos livros sagrados**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

REFERÊNCIAS

12. REFERÊNCIAS

ALLPORT, G.W. Behavioral Science, religion and Mental Health. In Belgium, D. (ed.) Religion and Medicine. Ames, Iowa, Iowa State University Press. 1967.

ALMEIDA-MOREIRA, A; KOENIG, G.H; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2014; 36:176–1827.

ANDRADE L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37 (7):316-25.

ANDRADE LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One* 2012; 7:e31879.

BALLONE, G. J. Síndrome de *Burnout*. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2009. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=70>>. Acesso em: 12/06/2019.

BATSON, C.D, SCHOENRADE P, VENTIS, W L. Religion and the Individual: A Social-Psychological Perspective 2nd, New York: Oxford University Press, 1982.

BATSON, C.D. & VENTIS, W.L. The religious experience. New York, Oxford University Press. 1982.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 282p.

BERGIN, A., I. PAYNE, and P. RICHARDS. 1996. Values in Psychotherapy in Religion and the Clinical Practice of Psychology, edited by E. Shafranske. Washington, DC: American Psychological Association.

BERGIN, A.E. Religiosity and mental health: a critical revaluation and meta-analysis. *Professional psychology: research and practice* v. 14, p.170-184, 1983.

BERTIL, & LIMPIC T. Signs of Improvement in the Brazilian Mission Movement. *Connections*, 2005. P. 31–32.

BEZILLA, R., ed. 1993. Religion in America, 1992–1993. Princeton, NJ: Princeton Religious Center.

BIAGGIO, A. M. B. & NATALÍCIO, L. (1979). Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Bíblia Sagrada: Nova Versão Internacional (NVI). Thomas Nelson Brasil, 2018.

BOFF, L (2006). Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante.

Boletim ISA Capital 2015, editada pela Coordenação de Epidemiologia e Informação|- CEInfo|SMS|PMSP. Boletim Nº 13 | Dezembro 2017 | Versão eletrônica. Disponível https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_TMC.pdf [Acessado em 13/07/2019].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília/DF – Brasil. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 20/03/2019.

BRUNONI AR. Transtornos mentais comuns na prática clínica. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):251-63.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients - an hypothesis. Journal of Medical Ethics, London, v. 10, n. 3, p. 124-27, may/jun. 1984.

CARLOTTO, M. S. A Síndrome de *Burnout* e o trabalho docente. Psicologia em Estudo. v.7, n. 1, p. 21-29, jan/jun., 2002.

CARLOTTO, M. S., CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach *Burnout* Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. Psicologia em Estudo, 9(3), 499-505. set./dez. 2004.

CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. Síndrome de *Burnout*: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? *Aletheia*, 10, 103-104. 1999.

CARTER, B, McGOLDRICK, M & Col. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar. 2ª ed. São Paulo: Artmed, 2007.

CASCUDO, L.C. Civilização e cultura. Belo Horizonte: Itatiaia; 1983.

CHIN, B; MURPHY MLM; DEVERTS JD; COHEN S. Marital status as a predictor of diurnal salivary cortisol levels and slopes in a community sample of healthy adults. Psychoneuroendocrinology, 2017. V. 78, Pages 68–75.

CICONELLI, R. M. Tradução para o Português e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36. Rev. Brás Reumatol – Vol 39 –Nº 3 Mai/Jun, 1999.

CID 10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão VI*. 1. Edusp. 2005.

CLEVELAND, H, MANGONE, G, ADAMS JC. The overseas American, NY. Mc Graw Hill, 1960, p. 265.

CODO, W. (Coord.). Educação, carinho e trabalho: *Burnout*, a Síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2006. 432p.

COUTINHO, M. P. L., RODRIGUES, I. F., & RAMOS, N. (2012). Transtornos mentais comuns no contexto migratório internacional. *PSICO*, 43(3), 400-407.

DELUIZ LV et al. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. *LILACS*; Vol.14, n.1, 2004-, Vol.25, n.1, 2015.

DEUS RGP. As influências do sentimento religioso sobre os cristãos portadores de depressão, 2008. P.106.

DSM 5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUARTE-GUERRA LS et al. Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery: results of structured clinical interviews *Obesity surgery* 25 (5), 830-837, 2014.

DUARTE-GUERRA LS et al. Morbidity persistence and comorbidity of mood, anxiety, and eating disorders among preoperative bariatric patients, *Psychiatry research* 257, 1-6, 2014.

EKSTROM, Bertil. História da Missão: um guia de estudo da história, Londrina: Descoberta, 2001.

FARIA, J. B., & SEIDLI, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.

FERREIRA. A.B.H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Edição: 3. ed. rev. ampl. Ano de publicação p.757: 1999.

FLECK, M. P. A; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, mar/abr. 2000.

FRANCIS, L. et al. (2010). Psychological type and religious orientation: do introverts and extraverts go to church for different reasons? *Mental Health, Religion & Culture*, 13 (8), 821-827.

FRANKEN, I., COUTINHO, M. P. L., & RAMOS, M. N. P. (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 202-219. doi: 10.1590/S1414-98932012000100015

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

FREUDENBERGER, H. J. *Staff Burnout*. *Journal of Social Issues*. v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GARTNER, J. Anti-religious value assumptions in psychological testing: The Personal Orientation Inventory. Paper presented at the meeting of the Christian Association of Psychological Studies, San Diego, California. 1981. (apud Gartner et al. 1991).

GOENSTEIN C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996; 29(4):453-7.

GREENGLASS, E. R.; BURKE, R. J. Work and family precursors of *Burnout* in teachers. Sex differences. *Sex Roles*, v. 18, p.215-29. 1988.

GUEDES DP; GUEDES JERP. Crescimento e desempenho motor em escolares do município de Londrina, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, set. 1993.

HARDING, T.W et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, v. 10, p. 231-241, 1980.

HAY R, LIM V, BLOCHER D, KETELAAR J, HAY S. *Dignos de Cuidado*. 2008. Descoberta, PR.

HERRERA L., PEDROSA I., GALINDO AMP., ALVARES S, et al. Multivariate analysis of *Burnout* syndrome in Latin-American priests. 214, *Psicothema*, 26, 227---234. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2013.178>.

ISMA – International Estresse Management Association – Brazil. <http://www.ismabrasil.com.br/artigos> [Acessado em 10/06/2019]

JARQUE MC, BERA KA. A test normality of observations and regression residuals. *International Statistic Review* (1987), 55, 2.pp. 163-172. International Statistical Institute.

JOHNSTONE B, FRANKLING KL, YOON DP, BURRIS J, SHIGAKI C. Relationships among religiousness, spirituality, and health for individuals with stroke. *J Clin Psychol Med Settings* 2008; 15: 308–13.

KANE, HJ. Winds of change in the Christian Mission, Chicago: Moody Press, 1973, p 56.

KASPER LS, SCHERMANN LB. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuáries de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS, Aletheia 45, p.168-176, set./dez. 2014.

KEEDWELL P. & SNAITH, R. P, (1996). What do anxiety scales measure? Acta Psychiatrica Scandinavica, 93, 177-180.

KESSLER C. 1998. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990–1997: Results of a Follow-up National Survey. Journal of the American Medical Association 280 (18): 1569–75.

KOENIG HG, King D, Carson VB. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press; 2012.

KOENIG HG, McCULLOUGH ME, LARSON DB. Handbook of Religion and Health. Oxford University Press, 2001.

KOENIG HG; Larson, D & Larson S. Religion and *Coping* with serious medical illness. The Annals of Pharmacotherapy, 35, 352-359, 2001.

KOENIG, HG.; LOTUFO NETO, F. Religiousness and mental health: a review. In: _____. *Handbook of religions and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford Press University, 2001.

KRONISH et al. Persistent Depression Affects Adherence to Secondary Prevention Behaviors After Acute. J GEN INTERN MED 2006; 21:1178–1183.

LARSON DB. The faith factor - Volume 2: An annotated bibliography of systematic reviews and clinical research on spiritual subjects. Washington D.C., National Institute for Healthcare Research, John Templeton Foundation, 1994.

LEMOS C et al. Associação entre Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida após Infarto do Miocárdio. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Out-Dez 2008, Vol. 24 n. 4, pp. 471-476.

LIBANIO, J. B. (2002). A religião no início do milênio. São Paulo: Loyola.

LOHOFF WF. Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. Curr Psychiatry Rep. 2010 December; 12(6): 539–546. doi:10.1007/s11920-010-0150-6.

LOPES et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. Rev Saúde Pública 2016;50(supl 1):14s.

LOSS M. Choque Cultural: Lidando com o Estresse em um Ambiente Transcultural. 2005. Horizonte, MG.

LOTUFO NETO, F. Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. São Paulo, 1997. Tese (livre docência) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria. Disciplina de Psiquiatria.

LOURENÇO, I. A espiritualidade no processo terapêutico. Coimbra: EditoraQuarteto, 2004.

LUCCHESE et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. 2014 *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 200-207. doi: 10.1590/1982-0194201400035.

LUCCHESE FA & KOENING HG - Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013;28(1):103-28.

M.H. GOMES-OLIVEIRA et al. Validação da versão brasileira em português do Inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34:389-394.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre :Artmed, 2014.

MARCUS M, et al. Depression a Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2012.

MARI, J.J. & WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, v.148: p.23-26. 1986.

MARTINEZ, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

MASLACH, C. & JACKSON, S. E. Maslach *Burnout* Inventory. (Research manual, second edition). Consulting Psychologist Press: Palo Alto, 1986.

MASLACH, C. & Leiter, MICHAEL P. The Truth about *Burnout*: how organizations cause personal estresse and what to do it. California: Jossey-Bass Publishers, 1997.

McINTOSH, D. & Spilka, B. (1990). Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 167-194.

McINTOSH, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: *Coping* with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 812-821.

MENDES, A. M. B.; SILVA, R. R. Prazer e sofrimento dos líderes religiosos numa organização protestante neopentecostal e noutra tradicional. *Revista Psico-USF*. v. 11, n. 01, p. 103-112, jan/jun., 2006.

MILLER W & Thoresen C. (2003) Spirituality religion and health: an emerging research field. *American Psychologist*, 58 (1) 24-35.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

MORAIS, M. L. S., & SEGRI, N. J. (2011). Prevalência de transtornos mentais comuns auto referidos e sua relação com os serviços de saúde em municípios da Baixada Santista - SP. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 13(2), 141-146.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 245-250, 2006.

MORILHA A, et al. Post-acute coronary syndrome alcohol abuse: prospective evaluation in the ERICO Study. 2015. *Arquivos brasileiros de cardiologia* 104 (6), 457-

MORILHA, A. Congresso de Missões. Missão. Primeiros Socorros Psicológicos, Conexão Voluntários em Campo. Santo André, SP, 2019.

O'DONNELL K. Doing Member Care Well: Perspective and Practice from around the World. William Carey Library, Pasadena, California, 2002.

OLIVEIRA, R. M. K. Cuidando de quem cuida: propostas de poiêmica aos pastores e pastoras no contexto de igrejas evangélicas brasileiras. 2004. 142f. Dissertação (Mestrado em Teologia). Instituto Ecumênico da Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2004.

OPAS – Brasil. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=210. [Acessado em 16/07/2019]

Organização Mundial da Saúde (OMS). Cid-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças, Edusp, 2009.

PAIVA, G. J. (1998). AIDS, psicologia e religião: O estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(1), 27-34.

PANZINI, RG. Escala de *Coping* Religioso Espiritual (Escala CRE): Tradução, Adaptação e Validação da Escala RCOPE. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA D. Escala de *Coping* religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de constructo. *Psicologia em Estudo*, v. 10, p. 507-516, 2005.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 126-135, 2007

PARANHOS, M.E; ARGIMON I.I.L; WERLANG B.S.G. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão BECK – II (BDI-II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 2010, 9(3), pp. 383-392.

PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and *Coping*: theory, research, practice. New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I., ET ALL. God help me (I): Religious *Coping* efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 18(6), 504-513, 1990.

PARGAMENT, K. I., ISHLER, K. DUBOW, E. F., STANIK, P., ROUILLER, R., CROWE, P., CULLMAN, E. P., ALBERT, M. & ROYSTER, B.J. (1994). Methods of religious *Coping* with the Gulf War: Crosssectional and longitudinal analyses. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(4), 347-361.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious *Coping*: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000.

PINHEIRO, C. R.; LIPP, M. E. N. Estresse ocupacional e qualidade de vida em clérigo(as). *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*. Ano 29, n. 1, p. 126-141, 2009.

PINTO LLT et al. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. *Rev Bras de Geriatr e Gerontol* 2014; 17(4):819-828.

RAYMOND M. Estresse on missionary families living in "other culture" situations. Chester,. Journal of Psychology and Christianity, Vol 2(4), 1983, 30-37.

RENEWICK, R.; BROWN, I. The center for health promotion's conceptual approach to quality of life. In: RENEWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications. Thousand Oaks: Sage, 1996, p.75-86.

ROCHA SV, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. Rev de Salud Pública 2012; 14(4):620-629.

SADIR, M. A., BIGNOTTO, M. M., & LIPP, M. E. N. Estresse e qualidade de vida. Paideia jan.-abr. 2010, Vol. 20, No. 45, 73-81.

SAMANO, et al (2004). Praying correlates eight higher quality of life: Results from a survey on complementary/alternative medicine use among a group of Brazilian cancer patients. São Paulo Medical Jornal, 112 (2), 60-63.

SANTOS, A. C. O.; HONÓRIO, L. C. As dimensões de *Burnout* no trabalho dos pastores da igreja Presbiteriana do Brasil em Minas Gerais. ENANPAD. n. 38, p. 1-16, 2014.

SAVÓIA, M. G., SANTANA P. R. & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201.

SHAKESPEARE, W. (trad.), Hamlet, ed. 2007 Editora Universo dos Livros.

SELLIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/ Cortez, 1994. 322p.

SILVA BTA, GUERRA TB. O impacto da depressão para as interações sociais de universitários. Estudos e Pesquisa em Psicologia. Universidade Estadual Paulista – UNESP, Bauru, São Paulo, Brasil, 2014. v.14, n.2.

SILVA PAS et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 23(2):639-646, 2018.

SILVA, FJ. Tropeços na Ação Missionária. 2011. Descoberta PR. p. 169.

SILVA, R. R. Profissão Pastor: prazer e sofrimento. Uma análise psicodinâmica do trabalho de líderes religiosos neopentecostais e tradicionais. 2004. 187f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2004.

SMITH, TW; EAGLE, DE; PROESCHOLD-Bell, RJ (2017). Prospective Associations Between Depressive Symptoms and the Metabolic Syndrome: the Spirited Life Study of Methodist Pastors in North Carolina.. *Annals of Behavioral Medicine*.

SPIELBERGER C. D., GORSHUCH, R. L. & LUSHENE, R. D. (1970). STAI: manual for the State – Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

STEFFEN, P et al. (2001). Religious *Coping*, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 63, 523-530.

STOPA, S.R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ver. Bras. Epidemiol.* Dez 2015; 18 Suppl 2: 170-180.

TAMAYO R.M. & TRÓCCOLI B.T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB), *Estudos de Psicologia*, 14(3), setembro-dezembro/2009, 213-22.

TELLES, S. H.; PIMENTA, A. M. C. *Síndrome de Burnout* em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. *Saúde e Sociedade*. v. 18, n. 3, p. 467-478, jul/set., 2009.

TENG, TC, HUMES, CE, DEMITRIO, NF. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.32 no.3 São Paulo May/June 2005.

VAILLANT, GE. Fé e evidências científicas. Barueri, SP, Manole, 2010, p.5
VENTIS, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51(2), 33-48.

VASQUES-MENEZES, I.; CODO, W.; MEDEIROS, L. O conflito entre o trabalho e a família e o sofrimento psíquico. In: CODO, W. (Coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 255-60.

VIANA CM, ANDRADE HL. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatria*. 2012; 34:249-260.

VIANA MC et al. São Paulo Megacity Mental Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(4):375-86.

WANG, P. S., BERGLUND, P. A., & KESSLER, R. C. (2003). Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Services Research*, Volume 38 (2), 647–673.

WHITLEY, B.E. & KITE, M.E. (2010). The psychology of prejudice and discrimination. Belmont, CA. Wadsworth.

WINK, P., & Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*. Vol. 18(4): 916-924, doi:10.1037/0882-7974.18.4.916.

WONG YJ, REW L, SLAOKEU KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues Ment Health Nurs* 2006; 27: 161–83.

WONG-McDONALD, A. & Gorsuch, R. L. (2000). Surrender to God: An additional *Coping* style? *Journal of Psychology and Theology*, 28(2), 149-161.

World Health Organization (WHO) 2017 Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=9BA74005DBBD4B26F1D6064BF_C0595?sequence=1 [Acessado em 16/07/2019].

World Health Organization, World suicide prevention day 2012. http://www.who.int/Médiacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/ [Accessed 03.04/2019].

World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Genève (Report on WHO consultation), 1998.

World Health Organization. Mental Health. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ [Acessado em 20/06/2019]

World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. www.who.int/healthinfo/global_

Y.-P. Wang, L.H. Andrade, C. GORENSTEIN. Validation of the Beck Depression Inventory for a Portuguese-speaking Chinese community in Brazil. *Brazilian Journal of medical and Biological Research* (2005) 38: 399-408.

ZAIYUNE MPA et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1329-1338, jun, 2007.