

ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E PERCEÇÃO DE DOENÇA: IMPLICAÇÕES NA ADESÃO TERAPÊUTICA

Trabalho realizado no âmbito da cadeira de Intervenção Psicológica em Contextos de Saúde, do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora.

2010

Ana Cartaxo

Estudante do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora, Portugal.

E-mail:

acatax0psi@gmail.com

RESUMO

Os conceitos de religião e espiritualidade assentam sobre alguma dificuldade de consenso entre os autores, contudo conceptualizamo-los segundo uma procura de proximidade com o sagrado ou o transcendente. Especificamente a religião caracteriza-se pelo sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, de acordo com um dogma institucional específico, enquanto a espiritualidade assenta sobre a busca pessoal de experiências e respostas como fonte de sentido e significado para a vida. Desta forma, as práticas religiosas/espirituais poderão ter influência na forma como as pessoas interpretam eventos traumáticos e lidam com eles, influenciando a procura e a adesão a tratamentos consoante o tipo de locus de controlo que percebem. Deste modo, é importante que os profissionais de saúde tenham em conta as crenças implícitas dos seus pacientes, de modo a melhorar a satisfação e os bons resultados dos serviços prestados.

Palavras-chave: Religião, espiritualidade, adesão terapêutica, locus de controlo

Abordar um tema que englobe uma perspectiva científica, ao mesmo tempo dar ênfase às idiosincrasias que constituem o senso comum, parece contraditório. Contudo, apesar destas diferentes perspectivas darem destaque a diferentes olhares sobre um mesmo objecto, parece-nos

importante salientar a importância de sermos integradores, de modo a vislumbrar, de forma cada vez mais holística, o objecto em questão.

Quando se trata das noções de saúde e doença, a sua complexidade exige a conjugação de factores biológicos, sociológicos, económicos, ambientais e culturais, na medida em que estes conceitos estão amplamente relacionados com o modo de vida e o universo sociocultural de cada paciente (Uchôa *et al.*, 1994).

Se tivermos em conta a realidade portuguesa, esta questão complexifica-se na medida em que, principalmente nas últimas décadas, Portugal tem vindo a desenvolver uma acentuada mudança no tecido social (Feliciano, s.d.), já que actualmente recolhe cidadãos de vários pontos do globo, intensificando a diversidade ética, cultural e religiosa, o que envolve a necessidade de uma amplitude do espectro das necessidades e do prisma com que essas mesmas necessidades são encaradas.

Religião e Espiritualidade

A associação entre factores relativos à religiosidade/espiritualidade e a saúde possui raízes histórico-culturais muito antigas, presentes em mitos gregos, em rituais indígenas e nas inscrições bíblicas, que influenciaram e têm vindo a influenciar a cultura ocidental actual (Botelho, 1991, *cit. in* Williams & Sternthal, 2007).

A definição dos conceitos de religião e espiritualidade estão relacionados a alguma falta de consenso entre os autores. Contudo, optaremos por considerá-los constructos distintos. Nesta linha, religião, do latim *religio*, significa uma ligação entre a humanidade e uma entidade superior. Podendo ser identificadas pelo menos três designações históricas para este termo: um poder sobrenatural para com o qual cada individuo está motivado ou comprometido; um sentimento presente no indivíduo que concebe tal poder superior; e os rituais carregados de respeito por esse poder (Wulff, 1997, *cit. in* Hill *et al.*, 2000). Por outro lado, a espiritualidade, do latim *spiritus*, significa respiração ou vida, termo frequentemente citado em diferentes culturas, como são o caso do antigo testamento hebraico (*ruah*) e do novo testamento grego (*pneuma*) (Hill *et al.*, 2000).

Apesar da espiritualidade ter vindo a ser historicamente referida no contexto da religião, nem todas as concepções correntes mantêm esta ligação. Segundo Spilka (1993, *cit. in* Hill *et al.*, 2000) a compreensão contemporânea da espiritualidade depreende uma de três categorias: 1) uma espiritualidade orientada por Deus onde pensamentos e práticas são, em geral, permitidas pela teologia; 2) uma espiritualidade orientada para o mundo realçando uma relação com a ecologia ou a natureza; ou 3) uma espiritualidade humanista ou, orientada para as pessoas, que realça as aquisições e o potencial humano.

Deste modo, a religiosidade constitui a adesão a crenças e práticas, que podem incluir a espiritualidade (Williams & Sternthal, 2007), relativas a uma determinada igreja ou instituição religiosa organizada, enquanto que a espiritualidade pode ser vista como uma relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou uma força superior, na qual acredita, sem ter necessariamente uma ligação a uma instituição organizada específica. Assim, e segundo a perspectiva de Siegel, Anderson e Schrimshaw (2001, *cit. in* Faria & Seidl, 2005, pp. 381), “a conceituação de religiosidade inclui aspectos individuais e institucionais, enquanto espiritualidade é um fenómeno apenas individual, identificado com aspectos como a transcendência pessoal, sensibilidade “extra-consciente” e fonte de sentidos para eventos da vida”.

A pertinência do estudo destas variáveis pode ser fundamentada pela inclusão da categoria *Problemas Religiosos ou Espirituais* como uma categoria diagnóstica inserida no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), no sentido de diferenciar entre perturbação mental e expressões da religiosidade (Faria & Seidl, 2005), reconhecendo que os temas religiosos e espirituais podem ser o foco da consulta e do tratamento psiquiátrico/psicológico (Lukoff *et al.*, 1995, *cit. in* Peres, Simão & Nasello, 2007). De ressaltar ainda a importância dada à religião como promotora de suporte emocional, instrumental e informativo (Faria & Seidl, 2005), e das investigações recentes que sugerem que nos Estados Unidos, 94% da população acredita em Deus, 90% reza, 88% acredita que a religião é importante nas suas vidas, 75% declara que o envolvimento religioso proporciona experiências positivas e enriquecedoras (Gallup, 1994; Shorto, 1997, *cit. in* Hill, 2000), 66% é membro de uma igreja ou sinagoga e 40% participa regularmente nas práticas religiosas (Williams & Sternthal, 2007). Também de referir que a maioria dos pacientes americanos declarou que gostaria que os seus médicos tivessem discutido os aspectos espirituais da sua doença (Miller, Thoresen, 2003, *cit. in* Williams & Sternthal, 2007), sendo concordante com os estudos que indicam que 79% dos adultos americanos acreditam que a fé espiritual pode ajudar as pessoas a recuperarem da doença (McNicol T., 1996, *cit. in* Williams & Sternthal, 2007).

Percepção de Doença: implicações da Religiosidade/Espiritualidade

Todo o indivíduo está inserido num contexto social e cultural específico que influencia na construção de si e do meio que o rodeia. Assim, a sua base explicativa dos acontecimentos, internos e externos, está dependente da sua base sócio-cultural. De facto, diversos autores (Nyamwaya, 1987; Green, 1992; Hielscher & Sommerfield, 1985; Corin *et al.*, 1992, *cit. in* Uchôa & Vidal, 1994) salientaram a forte influência que a semiologia popular e as concepções culturais de causalidade exercem sobre os comportamentos que cada indivíduo adopta face à saúde e à doença.

De acordo com Faria e Seidl (2005), existe suporte empírico para diversas funções da religião e da espiritualidade, tais como alívio, conforto e consolo, busca de significado para problemas relevantes da existência, busca de compreensão de si mesmo e busca pelo sagrado, podendo ainda contribuir para um aumento de uma benéfica rede de suporte social (Faria & Seidl, 2005; Maton & Wells, 1995, *cit. in Hill et al.*, 2000). Contudo, as relações sociais também podem ser uma fonte de stress (Chatters, 2000, *cit. in Williams & Sternthal*, 2007), se se caracterizarem pelo julgamento, alienação ou exclusão. Existem indivíduos que atribuem exclusivamente o aparecimento e resolução de problemas de saúde à entidade de Deus, recorrendo-lhe como recurso cognitivo, emocional ou comportamental (Pargament, 1990, *cit. in Faria & Seidl*, 2005).

Desta forma, a religião/espiritualidade adoptam diferentes funções, dependendo da atribuição de *locus* de responsabilidade e do nível de participação da pessoa na resolução do seu problema (Williams & Sternthal, 2007; Pargament e cols, 1988, *cit. in Faria & Seidl*, 2005).

Segundo **Abdala e Rodrigues (2009)**, ao longo do século XX, mais de 850 artigos foram publicados referindo, a sua maioria, uma associação positiva entre maiores níveis de envolvimento religioso e um aumento do bem-estar físico e psicológico, promovendo ainda estilos de vida mais saudáveis e um aumento da qualidade de vida (Koenig, McCollough & Larson, 2001; Moreira, Lotufo, Neto & Koenig, 2006; Vasconcelos, 2006, *cit. in Abdala & Rodrigues*, 2009; Townsend, Kladder, Ayele & Mulligan, 2002, *cit. in Feliciano*). Estes resultados parecem ter sido a pedra basilar para a criação de centros de estudos sobre a religião e a saúde, como o *Center for the Study of Religion/Spirituality and Health* da Universidade de Duke, e o surgimento de jornais especializados, como o *Journal of Religion and Health*.

Uma breve revisão da literatura pareceu mostrar-nos que existe uma relação entre espiritualidade, o nível de envolvimento religioso e a saúde, na medida em que se parece verificar: uma melhoria do bem-estar psicológico (**Abdala & Rodrigues**, 2009; Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006, *cit. in Williams & Sternthal*, 2007; Hill *et al.*, 2000), assim como uma diminuição da depressão e da ansiedade (**Abdala & Rodrigues**, 2009; Mueller, Plevak & Rummans, 2001, *cit. in Feliciano*, s.d.; Razali *et al.*, 1995, *cit. in Williams & Sternthal*, 2007). Parece também haver uma diminuição dos pensamentos e comportamentos suicidas (**Abdala & Rodrigues**, 2009; Mueller, Plevak & Rummans, 2001, *cit. in Feliciano*; Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006, *cit. in Williams & Sternthal*, 2007).

Segundo Townsend, Kladder, Ayele e Mulligan (2002, *cit. in Feliciano*, s.d.), parece haver evidências de que existe relação entre as práticas espirituais e religiosas, como o rezar, na melhoria da saúde em doentes com doença coronária, pressão artéria, e na melhoria da funcionalidade do sistema imunitário. Em relação a esta última, os resultados são contudo mais ambivalentes, principalmente nos doentes com cancro. Resultados mais estáveis parecem ser os relativos aos doentes com HIV, onde a espiritualidade/religiosidade parece estar positivamente associada a sentimentos de melhoria de vida (Szaflarski et al, 2005).

De salientar ainda que estas crenças e práticas parecem estar relacionadas com um menor abuso de drogas e álcool (Abdala & Rodrigues, 2009; Moreira-Almeida, Neto, Koenig, 2006, *cit. in* Williams & Sternthal, 2007).

Townsend, Kladder, Ayele e Mulligan (2002, *cit. in* Feliciano, s.d.) referem-se ainda a uma relação inversa entre práticas religiosas e mortalidade, verificando uma redução de cerca de 25%. Conclusões estas que estão de acordo com os estudos relativos à relação entre religião/espiritualidade com melhores prognósticos na recuperação da doença (Koenig, McCollough & Larson, 2001, *cit. in* Abdala & Rodrigues, 2009; Mueller, Plevak & Rummans, 2001, *cit. in* Feliciano), e de maior longevidade com manutenção de capacidades (Mueller, Plevak & Rummans, 2001, *cit. in* Feliciano).

De referência ainda uma tendência para as mulheres valorizarem mais a espiritualidade que os homens (McCullough, Hoyt, Larson, *et al.*, 2000, *cit. in* Feliciano, s.d.; Williams & Sternthal, 2007), e para que mais educação esteja positivamente relacionada com um maior valorização da espiritualidade (Williams & Sternthal, 2007).

Parece-nos, no entanto, pertinente salientar que pode ser difícil perceber quando a religiosidade constitui uma ajuda ou, por outro lado um obstáculo, ao alcance de resultados adaptativos no processo terapêutico. Assim sendo, faz-se necessário examinar as implicações para a saúde de cada indivíduo, segundo a identificação de padrões: positivos de confronto religioso, associados a um *locus* de controlo interno e que se pode caracterizar pela procura de apoio espiritual, perdão religioso e ligação espiritual; ou a existência de padrões negativos de confronto religioso, associados, por sua vez, a um *locus* de controlo externo e caracterizado por descontentamento religioso, conflitos interpessoais com outros elementos do grupo religioso, ou a atribuição da causa do problema a um castigo de Deus ou ao demónio.

Adesão Terapêutica

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “a adesão é a medida em que o comportamento da pessoa corresponde às recomendações do profissional de saúde” (WHO, 2003, *cit. in* Fernandes, 2009).

Relativamente aos comportamentos de não adesão é importante referir que estes podem ser de dois tipos: intencionais e não intencionais. A não adesão de tipo intencional refere-se ao não seguimento deliberado, por parte do paciente, de forma a boicotar as instruções do tratamento, enquanto que a não adesão de tipo não intencional, se verifica quando o paciente se esquece ou quando não tem as capacidade de seguir as instruções (Weintraub, 1990, *cit. in* Fernandes, 2009).

De acordo com o modelo de auto-regulação de Leventhal e col. (1980, 1984, 1991, *cit. in* Fernandes, 2009), a decisão de seguir as recomendações de tratamento será influenciada pelas representações que o paciente tem da sua doença e subsequentemente da visão acerca da

adequação do tratamento. Deste modo, sendo que a adesão pode ser encarada como uma forma de *coping*, este modelo permite conceptualizar as decisões de saúde de uma forma dinâmica, em que as representações e os comportamentos interagem de forma activa.

Uma vez que, vários estudos demonstram que o conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos pacientes, facilitam uma melhor adesão, assim como uma melhoria dos resultados do tratamento (Giglio, 1993; Razali *et al.*, 1998; Sperry & Sharfranske, 2004, *cit. in* Peres, Simão & Nasello, 2007), parece-nos importante perceber como se relacionam estas variáveis em relação às crenças religiosas/espirituais.

Deste modo, é importante perceber que a chave para compreender a espiritualidade de um indivíduo pressupõe a capacidade para ouvir e compreender, estando muito consciente da sua própria espiritualidade, essência e valores (Merchant, Gilbert & Moss, 2008). Tanto que, a compreensão espiritual de cada indivíduo deve ser introduzida nos cuidados de saúde, de forma a assegurar que determinadas áreas da vida dos sujeitos não são ignoradas ou mal interpretadas, reconhecendo os direitos humanos de cada paciente, qualquer que seja o seu *background* religioso (McInroy, A., 2005, *cit. in* Merchant, Gilbert & Moss, 2008).

Na medida em que diferentes comunidades podem ter diferentes abordagens espirituais e religiosas, é também relevante perceber qual a sua influência nos estilos de *coping* e nas atitudes em relação ao tratamento, sendo de extrema importância que os profissionais de saúde saibam discernir as interferências que ocorrem entre expectativas culturais conflituais e as diferenças entre problemas de saúde psicossocial, espiritual e física com a comunicação (Hussain *et al.*, 2002, *cit. in* Merchant, Gilbert & Moss, 2008).

Esta questão levanta uma exigência adicional, no sentido em que quanto maior for a diversidade do tecido social, mais amplo será o espectro das necessidades e das expectativas de quem a compõe, o que complexifica a capacidade de responder eficazmente às necessidades de todos (Feliciano, s.d.).

Relativamente ao sistema de cuidados de saúde defendemos que é cada vez mais importante que os médicos encarem o paciente segundo uma visão holística, em que a visão da saúde/doença é feita através da integração da mente, corpo e da espiritualidade, no seu contexto familiar e comunitário (Graham, Bagley, Kilo, Spann & Bogdewic, 2004, *cit. in* Daaleman, 2004), tendo em conta a definição que o paciente formula sobre o seu problema e pela compreensão contextualizada do seu estilo de vida (Brody, 1992, *cit. in* Daaleman, 2004).

No que se refere à integração de questões religiosas/espirituais na adesão à psicoterapia, esta deve ter subjacente um conjunto de competências éticas e morais por parte do profissional, sendo implícito o profissionalismo ético e a alta qualidade de conhecimentos e habilidades para alinhar as informações reunidas ao benefício do processo terapêutico. A Associação Psiquiátrica Americana (2006, *cit. in* Peres, Simão & Nasello, 2007) considera, então, pertinente identificar se variáveis religiosas e espirituais são características clínicas relevantes às queixas e aos sintomas apresentados; pesquisar o papel da religião e da espiritualidade no sistema de crenças; identificar

se idealizações religiosas e representações de Deus são relevantes e abordar clinicamente essa idealização; demonstrar o uso de recursos religiosos e espirituais no tratamento psicológico; utilizar procedimento de entrevista para aceder ao histórico e envolvimento com a religião e a espiritualidade; treinar intervenções apropriadas a assuntos religiosos e espirituais e estar actualizado eticamente sobre temas religiosos e espirituais na prática clínica.

Consideramos ainda pertinente salientar questões directamente relacionadas com a qualidade da relação como a familiaridade, a confiança, a colaboração e ainda o respeito e a neutralidade, que fomentem uma partilha de significados, que facilite a troca de informação e o respeito pelo outro.

Bibliografia

Abdala, G. A., Rodrigues, W. G; Brasil, M. S. & Torres, A. (2009). A Religiosidade/Espiritualidade como Influência Positiva na Abstinência, Redução e/ou Abandono do Uso de Drogas. *Revista das Faculdades Adventistas da Bahia*, 2 (3). Formadores: vivências e estudos, Cachoeira.

Associação Psiquiátrica Americana. 2002. *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 2000).

Azevedo, C. M. 1995. *Historiografia Religiosa Portuguesa Contemporânea (Séc. IX-XX)*. Apontamentos para um guião da Bibliografia posterior a 1980.

Conceição, J. F. 1996. Espiritualidade e Religiosidade no Portugal Moderno - o agiologio lusitano do padre Jorge Cardoso. *Dissertação de Mestrado em História Moderna e Contemporânea*. Faculdade de Letras. Universidade do Porto.

Daaleman, T. P. (2004). Religion, Spirituality, and the Practice of Medicine. *JABFP*, 17 (5).

Faria, J. B., Seidl, E. F. (2005). Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença. *Universidade de Brasília. Psicologia: reflexão e Crítica*, 18(3), pp. 381-389.

Feliciano, S. (s.d.). *Qualidade na Saúde: Dificuldades inerentes à diversidade étnica, cultural e religiosa*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Saúde.

Fernandes, S. R. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.

Hill, P. C.; Pargament, K. I.; Hood Jr, R. W.; Mccullough, M. E.; Swyers, J. P.; Larson, D. B.; Zinnbauer, B. J. 2000. Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Jornal for the Theory of Social Behavior*. 30:1. 0021-8308.

Merchant, R.; Gilbert, P.; Moss, B. 2008. *Spirituality, Religion and Mental Health: A brief evidence resource.*

Peres, J. P.; Simão, M. P.; Nasello, A. G. 2007. Espiritualidade, Religiosidade e Psicoterapia. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica.* 34, supl 1; 136-145.

Szaflarski, M.; Ritchey, P. N.; Leonard, A. C.; Mrus, J. M.; Peterman, A. H.; Ellison, C. G.; McCullough, M. E.; Tsevat, J. 2005. *Modeling the Effects of Spirituality/Religion on Patients' Perceptions of Living with HIV/AIDS.* Annual Meeting of the American Sociological Association in Philadelphia, PA, USA.

Uchôa, E.; Vidal, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.

Williams, D. R.; Sternthal; M. J. 2007. Spirituality, Religion and Health: evidence and research directions. *Spirituality and Health. MJA*; Volume 186, Number 10.