

Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino*

RELIGIOUS-SPIRITUAL COPING AND THE CONSUMPTION OF ALCOHOLIC BEVERAGES IN MALE PATIENTS WITH LIVER DISEASE

COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL Y CONSUMO ALCOHÓLICO EN HEPATÓPATAS DE SEXO MASCULINO

Maria Evangelista Martins¹, Luiz Cláudio Ribeiro², Thales Januzzi Feital³, Rafael Alves Baracho⁴, Mário Sérgio Ribeiro⁵

RESUMO

Estudo transversal realizado com o objetivo de avaliar uso do Coping Religioso-Espiritual (CRE) e verificar suas possíveis modulações com o padrão de consumo de alcoólicos em pacientes atendidos em ambulatório de hepatologia entre abril e dezembro de 2009, utilizando o CAGE, o AUDIT e a escala CRE. Foram encontradas associações entre coping religioso-espiritual negativo (CREN) e consumo de alcoólicos na vida no último ano e com a combinação resultante. Sujeitos identificados como *CAGE negativos com uso de baixo risco* no último ano tiveram frequência acima da esperada na categoria abaixo da mediana. Os identificados como *CAGE positivo com uso de médio risco* foram relativamente mais frequentes na categoria acima da mediana ($p=0,017$). Resultados reforçam a relevância do CREN na avaliação de eventos relacionados com a saúde.

DESCRITORES

Consumo de bebidas alcoólicas
Espiritualidade
Religião

ABSTRACT

This cross-sectional study was performed with the objective to evaluate the use of Religious Spiritual Coping (RSC) and verify its relationship with the pattern of alcoholic beverage consumption in patients attending a liver disease outpatient clinic between April and December of 2009, using the CAGE, AUDIT and RSC Scale. Associations were observed between negative religious-spiritual coping (NRSC) and the consumption of alcoholic beverages over the last year and with the resulting combination. Subjects identified as *negative CAGE with low-risk consumption* over the last year had a frequency above the expected in the category below the median. Those identified as *positive CAGE with moderate-risk consumption* were relatively more frequent in the category above the median ($p=0.017$). Results reinforce the relevance of the NRSC in the evaluation of health-related events.

DESCRIPTORS

Alcohol drinking
Spirituality
Religion

RESUMEN

Estudio transversal realizado con el objetivo de evaluar el uso del Coping Religioso Espiritual (CRE) y verificar sus posibles modulaciones con el estándar de consumo de alcohol en pacientes atendidos en ambulatorio de hepatología entre abril y diciembre de 2009, utilizando el CAGE, el AUDIT y la escala CRE. Se encontraron asociaciones entre coping religioso espiritual negativo (CREN) y consumo de bebidas alcohólicas en la vida, en el último año y con la combinación resultante. Sujetos identificados como *CAGE negativos con abuso de bajo riesgo* en el último año tuvieron frecuencia por sobre la esperada en la categoría por debajo de la mediana. Los identificados como *CAGE positivo con abuso de mediano riesgo* fueron relativamente más frecuentes en la categoría por encima de la mediana ($p=0,017$). Los resultados refuerzan la importancia del CREN en la evaluación de eventos relacionados a la salud.

DESCRIPTORES

Consumo de bebidas alcohólicas
Espiritualidad
Religión

* Extraído da dissertação "Uso de alcoólicos, personalidade, qualidade de vida e coping religioso espiritual em hepatopatas", Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011. ¹ Psicóloga. Mestre em Saúde. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil. m.martins.jf@hotmail.com ² Doutor em Demografia. Professor Adjunto do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil. luiz.claudio@uffj.edu.br ³ Graduando em Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista do Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas. Juiz de Fora, MG, Brasil. thalesfeital@hotmail.com ⁴ Psicólogo. Bolsista do Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas. Juiz de Fora, MG, Brasil. rafael12baracho@hotmail.com ⁵ Médico Psiquiatra. Doutor em Filosofia. Professor Associado do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Coordenador do Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas (LAPPDA). Juiz de Fora, MG, Brasil. mariosribeiro@acessa.com

INTRODUÇÃO

Define-se como *coping* religioso/espiritual a utilização de crenças e práticas religiosas e espirituais como recurso para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias estressantes de vida⁽¹⁻²⁾.

Estudo de revisão indica que práticas e crenças religiosas se associam a melhor saúde física e mental, com menores taxas de sintomas depressivos, ansiedade e suicídio⁽²⁾. Resultados positivos do *coping* religioso/espiritual já foram descritos em relação a dor, debilidade física, doenças cardiovasculares, doenças infecciosas e câncer⁽³⁾; da mesma forma para a hepatite C⁽⁴⁾ e em pacientes submetidos a transplante do fígado⁽⁵⁾.

O uso disfuncional de alcoólicos é um grande problema para a saúde pública, constituindo-se em causa estimada de aproximadamente 4,5% das incapacidades e 3,8% do total de mortes no mundo em 2004⁽⁶⁾. Numa avaliação da Organização Mundial de Saúde para classificação dos prejuízos à saúde atribuídos ao uso disfuncional de álcool, o Brasil obteve o nível 3 no ano de 2005, numa escala de 1 a 5 pontos. Neste mesmo ano, a taxa de mortalidade por cirrose hepática alcoólica na população brasileira acima de 15 anos de idade foi de 24,4 por 100.000 para habitantes do sexo masculino e 4,7 para a população feminina⁽⁷⁾.

Ao se examinar fatores que se associam a uso de alcoólicos, a religião tem sido consistentemente associada a padrões de consumo mais baixos. Indivíduos que são mais religiosos bebem com menor frequência e experimentam menos problemas relacionados ao uso de álcool quando comparados aos menos religiosos^(2,8).

Revisão de pesquisas avaliando associação entre espiritualidade e uso de substâncias psicoativas, encontrou que grande parte foi realizada com a população norte-americana e do Reino Unido, e com poucas pesquisas em populações clínicas⁽⁹⁾.

Ainda que inúmeros estudos internacionais apontem para a associação inversa entre o uso de alcoólicos e variáveis de *coping* religioso/espiritual, no Brasil se observa uma escassez de pesquisas que abordem esta relação. A maioria dos estudos está restrita a grupos de adolescentes e de estudantes⁽¹⁰⁾.

O objetivo deste estudo foi avaliar o uso do *coping* religioso/espiritual em pacientes adultos portadores de hepatopatias e verificar sua possível modulação pelo consumo de alcoólicos.

MÉTODO

Estudo transversal realizado com pacientes em processo de avaliação diagnóstica ou tratamento no ambulatório

de hepatologia do Serviço de Gastroenterologia do Centro de Atenção à Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAS-UFJF). O ambulatório de hepatologia do CAS-UFJF é referência regional — Zona da Mata, sul de Minas e Campo das Vertentes — para atendimento a indivíduos que apresentam problemas hepáticos de diversas etiologias, alcoólicas e não-alcoólicas.

Os critérios de elegibilidade para inclusão na pesquisa foram: sexo masculino, idade entre 20 e 59 anos e nível de escolaridade mínimo de 5ª série do ensino fundamental. Como critérios de não elegibilidade foram considerados: apresentar encefalopatia hepática, não ter condições de responder aos instrumentos de pesquisa (limitações cognitivas evidentes, incluindo intoxicação alcoólica) e recusa em assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) sob o protocolo 0004/2009.

Os instrumentos de autorrelato utilizados foram:

Ainda que inúmeros estudos internacionais apontem para a associação inversa entre o uso de alcoólicos e variáveis de *coping* religioso/espiritual, no Brasil se observa uma escassez de pesquisas que abordem esta relação.

1 - Questionário estruturado e autoaplicável relativo aos aspectos sócio-demográficos.

2 - Questionário CAGE de rastreamento de possível Síndrome de Dependência a alcoólicos na vida: instrumento padronizado e validado no Brasil, com sensibilidade e especificidade semelhante à original em língua inglesa⁽¹¹⁾. Para efeitos deste estudo, os sujeitos foram agrupados em *nunca usaram alcoólicos na vida*, *CAGE-negativos* e *CAGE-positivos* (respostas afirmativas a duas ou mais perguntas).

3 - *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde como um método para investigação de uso disfuncional de alcoólicos no último ano, traduzido e validado no Brasil⁽¹²⁾. De acordo com sua pontuação no AUDIT, os sujeitos foram categorizados em: *nunca usaram alcoólicos na vida*; *abstêmio recente ou bebedor de baixo risco* (de 0 a 7 pontos); *bebedores de médio risco* (de 8 a 15 pontos); e *bebedores de alto risco ou com provável diagnóstico de Transtorno Mental relacionado ao uso de alcoólicos* (16 ou mais pontos).

4 - Escala de *coping* religioso/espiritual (Escala CRE), desenvolvida no Brasil⁽¹³⁻¹⁴⁾. A escala CRE contém 87 afirmações relativas à utilização de 66 estratégias consideradas como *coping* religioso/espiritual positivo e 21 estratégias de *coping* religioso/espiritual negativo. De acordo com o padrão de utilização, as pontuações variam de 1 (correspondente a *nem um pouco*) a 5 — (*muitíssimo*). A escala CRE possui quatro índices de avaliação: CRE Positivo (CREP), CRE Negativo (CREN), CRE total e Razão CREN/CREP. Para os três índices diretos, quanto maior o valor,

maior é o uso daquela dimensão de *coping*; pelo fato de se esperar uma maior utilização do *coping* positivo, quanto menor a razão CREN/CREP, mais equilibrado é o uso do *coping* religioso/espiritual, isto é, maior o uso do *coping* positivo em relação ao negativo. Neste estudo, os índices de *coping* religioso/espiritual positivo e negativo e razão CREN/CREP foram categorizados em “abaixo da mediana” e *acima da mediana*.

A coleta dos dados foi realizada por dois pesquisadores previamente treinados que compareciam ao ambulatório de hepatologia nos dias e horários dos atendimentos médicos. Por meio de consultas prévias à agenda de marcação dos atendimentos médicos e aos prontuários dos pacientes os pesquisadores elaboravam uma lista nominal daqueles agendados para cada dia de atendimento. Estes pacientes eram abordados na sala de espera da instituição e passavam por uma curta triagem voltada aos critérios de inclusão, após a qual os pacientes eram convidados a participar da pesquisa. Para os que concordavam, eram explicados os objetivos, esclarecidos os procedimentos éticos e legais e obtida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os cuidados foram tomados para que os participantes não compartilhassem ou discutissem os conteúdos dos instrumentos com acompanhantes ou pessoas alheias à pesquisa. Para tanto, havia sempre um pesquisador presente durante toda a aplicação. A maioria dos questionários foi respondida em uma única etapa, antes da consulta agendada. Quando o sujeito era chamado à consulta antes de concluir o preenchimento do questionário, o pesquisador aguardava seu retorno à sala de espera para a conclusão do mesmo. Em 27 situações o questionário precisou ser completado no retorno do paciente para nova consulta.

Foram abordados 354 pacientes do sexo masculino que compareceram às consultas agendadas no período de Abril a Dezembro de 2009 e o processo só foi interrompido quando se observou que praticamente todos pacientes que compareciam às novas consultas já haviam sido abordados. Destes 354 sujeitos, 14 se recusaram a participar, 156 não se enquadravam nos critérios de elegibilidade para inclusão na pesquisa — 69 não apresentavam condições de escolaridade mínima, 80 estavam fora da faixa etária estabelecida, 07 estavam fora da faixa etária e também não apresentavam condições de escolaridade mínima —; 9 pacientes apresentavam dificuldades cognitivas evidentes; 52 pacientes responderam ao questionário de forma incompleta ou incoerente, tal como relatar consumo de álcool no último ano e em seguida responder que nunca fez uso de alcoólicas: assim sendo, 123 pacientes foram incluídos no estudo.

Todos os 123 incluídos na análise responderam as 4 perguntas do CAGE, a 8 ou mais perguntas do AUDIT e a, pelo menos, 90% de cada conjunto de itens de CRE Positivo e CRE Negativo.

O banco de dados foi construído utilizando-se o programa SPSS for Windows SPSS 14.0 (número de série 9656438), por meio do qual os dados foram submetidos às análises descritiva e exploratória dos dados (bivariadas, tomando-se o *coping* religioso/espiritual como variável resposta). A significância estatística foi verificada por meio do Teste Qui-quadrado de Pearson (os resultados foram considerados significantes quando $p \leq 0,05$ e marginalmente significantes quando $0,1 < p > 0,05$), e da análise de Resíduos Ajustados (caselas responsáveis por diferenças significantes, ou seja, que apresentam resíduos ajustados, em módulo, maior que 1,96, dado que seguem uma distribuição normal).

Para as análises descritivas, as variáveis sociodemográficas foram agrupadas da seguinte forma: a *idade* foi categorizada em 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos; o *estado civil* foi agrupado em *solteiros, casados ou amigados* e *outros* (viúvos, divorciados e separados); a *escolaridade*, em 1º grau completo, 2º grau incompleto ou completo e 3º grau incompleto ou acima; a *ocupação*, em *trabalhador ativo, trabalhador inativo (desempregados e aposentados)* e *estudante (empregado ou não)*; a *remuneração*, em *menor ou igual a 1 salário mínimo, mais de 1 ate 3 e acima de 3 salários mínimos*; e *religião* foi categorizada em *não possui, católica, evangélicos e protestantes e outras*; na *frequência aos cultos religiosos* as categorias foram *Não possui religião; Não participa de forma frequente; e Participa frequentemente (pelo menos, uma vez por semana)*.

Para as análises bivariadas, os resultados do CAGE e do AUDIT foram combinados e analisados de acordo com seis subgrupos resultantes: Grupo I (*nunca usaram alcoólicos*), Grupo II (*CAGE negativo e AUDIT de 0 a 7 pontos*, constituindo-se no grupo de sujeitos não identificados como provável dependentes na vida e abstêmios ou com consumo de baixo risco de alcoólicos no último ano); Grupo III (*CAGE negativo e AUDIT de 8 a 15 pontos*, ou seja, não identificados como provável dependentes na vida e com consumo de médio risco no último ano); Grupo IV (*CAGE positivo e AUDIT de 0 a 7 pontos*, sujeitos com provável síndrome de dependência alcoólica na vida e abstêmios ou com consumo de baixo risco no último ano); Grupo V (*CAGE positivo e AUDIT de 8 a 15 pontos*, indivíduos com provável síndrome de dependência alcoólica na vida e consumo de médio risco no último ano) e Grupo VI (*CAGE positivo e AUDIT de 16 ou mais pontos*, com provável síndrome de dependência alcoólica na vida e consumo de alto risco ou provável dependência no último ano).

RESULTADOS

A idade média dos 123 pacientes estudados foi de 42,64 (DP= 9,71) anos; 43,9% dos pacientes declararam possuir escolaridade de até primeiro grau completo e apenas 13% chegaram a iniciar ou completaram o terceiro

grau; 55,7% eram casados/amigados. Dos 114 que informaram sua ocupação, 13,2% eram estudantes (empregados ou não), 42,1% eram trabalhadores ativos e 44,7% trabalhadores inativos. Quanto à religião, 60,3% de 121 pacientes se disseram católicos, 15,7% evangélicos ou protestantes, 16,6% informaram seguir outras religiões e 7,4% declararam não possuir religião; dos 115 que informaram frequentar cultos religiosos, 45,2% não participavam com frequência e 47,0% participavam dos cultos com frequência ao menos semanal.

Os valores das medianas para os índices de *coping* religioso-espiritual da escala CRE foram de 1,95 para o CREN; 3,01 para o CREP; e 0,65 para a razão CREN/CREP.

Os resultados das análises bivariadas indicaram que a denominação religiosa se correlacionou de forma significativa aos 3 índices utilizados para a avaliação do *coping* religioso/espiritual. Protestantes e evangélicos estiveram mais representados dentre os pacientes com maior uso tanto de *coping* positivo quanto negativo; católicos estiveram mais presentes dentre os que fizeram menor uso do *coping* negativo; e indivíduos que informaram não possuir religião foram significativamente

menos representados dentre os que fizeram maior uso do *coping* positivo. Quando considerada a razão CREN/CREP, a ausência de religião se associou a maior presença na categoria acima da mediana, enquanto que os pacientes que professavam alguma religião que não a católica ou protestante/evangélica estiveram mais representados na categoria abaixo da mediana. A categoria *participa frequentemente* ao culto religioso se correlacionou significativamente ao CREP acima da mediana e à razão CREN/CREP abaixo da mediana. As duas categorias inferiores de remuneração se associaram à razão CREN/CREP: sujeitos com renda de até 1 SM estiveram mais representados na categoria acima da mediana e sujeitos com renda entre 1 e 3 SM tiveram participação significativamente mais elevada na categoria abaixo da mediana (Tabelas 1 e 2). As análises dos resíduos indicam ainda que sujeitos na faixa etária de 20 a 29 anos estiveram significativamente mais representados na categoria abaixo da mediana no índice CREN e menos representados na categoria acima da mediana no índice CREP. Sujeitos de maior escolaridade também estiveram mais representados na categoria *abaixo da mediana* no índice CREN.

Tabela 1 - Coping religioso espiritual negativo e positivo (CREN e CREP) e variáveis sócio-demográficas

Índices de CRE		Variáveis Sócio-demográficas					Total	p-valor
		Faixa etária						
		20 a 29 N(%)	30 a 39 N(%)	40 a 49 N(%)	50 a 59 N(%)			
CREN	Abaixo da mediana	11(17,2)	14(21,9)	19(29,7)	20(31,3)	64	0,116	
	Acima da Mediana	3(5,1)	14(23,7)	26(44,1)	16(27,1)	59		
	Resíduos ajustados ¹	+2,1	-0,2	-1,7	+0,5			
CREP	Abaixo da mediana	12(19,4)	12(19,4)	22(35,5)	16(25,8)	62	0,043*	
	Acima da Mediana	2(3,3)	16(26,2)	23(37,7)	20(32,8)	61		
	Resíduos ajustados ²	-2,8	+0,9	+0,3	+0,9			
		Escolaridade			Total	p-valor		
		1º grau ³	2º grau ⁴	3º grau ⁵				
CREN	Abaixo da mediana	16(25,0)	36(56,3)	12(18,8)	64	0,132		
	Acima da Mediana	15(25,4)	40(67,8)	4(6,8)	59			
	Resíduos ajustados ¹	-0,1	-1,3	+2,0				
		Religião				Total	p-valor	
		Não possui	Católicos	Protestantes/ Evangélicos	Outros			
CREN	Abaixo da mediana	3(4,7)	46(71,9)	4(6,3)	11(17,2)	64	0,007*	
	Acima da Mediana	6(10,5)	27(47,4)	15(26,3)	9(15,8)	57		
	Resíduos ajustados ¹	-1,2	+2,8	-3,0	+0,2			
CREP	Abaixo da mediana	8(12,9)	40(64,5)	4(6,5)	10(16,1)	62	0,006*	
	Acima da Mediana	1(1,7)	33(55,9)	15(25,4)	10(16,9)	59		
	Resíduos ajustados ²	-2,3	-1,0	+2,9	+0,1			
		Frequência a cultos religiosos			Total	p-valor		
		Não possui	Não participa de forma frequente	Participa frequentemente				
CREP	Abaixo da mediana	8(14,3)	29(51,8)	19(33,9)	56	0,005*		
	Acima da Mediana	1(1,7)	23(39,0)	35(59,3)	59			
	Resíduos ajustados ²	-2,5	-1,4	+2,7				

*p-valor<0,05. ¹Resíduos ajustados referentes às frequências abaixo da mediana (1,95); ²Resíduos ajustados referentes às frequências acima da mediana (3,01); ³1º grau completo ou incompleto; ⁴2º grau completo ou incompleto; ⁵3º grau incompleto ou acima

Tabela 2 - Razão entre *Coping* religioso espiritual negativo e positivo (CREN/CREP) e variáveis sociodemográficas

		Variáveis Sociodemográficas					
		Remuneração (Em Salário Mínimo)					
		Até 1 SM	Mais de 1 a 3 SM	Acima de 3 SM	Total		p-valor
Razão	Abaixo da mediana	16(27,6)	30(51,7)	12(20,7)	58		
	Acima da Mediana	33(56,9)	19(32,8)	6(10,3)	58	0,006*	
	Resíduos ajustados ¹	-3,2	+2,1	+1,5			
		Religião					
		Não possui	Católicos	Protestantes/ Evangélicos	Outros	Total	p-valor
Razão	Abaixo da mediana	1(1,7)	36(60,0)	9(15,0)	14(23,3)	60	
	Acima da Mediana	8(13,1)	37(60,7)	10(16,4)	6(9,8)	61	0,034*
	Resíduos ajustados ¹	-2,4	-0,1	-0,2	+2,0		
		Frequência a cultos religiosos					
		Não possui	Não participa de forma regular	Participa regularmente	Total		p-valor
Razão	Abaixo da mediana	1(1,8)	23(40,4)	33(57,9)	57		
	Acima da Mediana	8(13,8)	29(50,0)	21(36,2)	58	0,012*	
	Resíduos ajustados ¹	-2,4	-1,0	+2,3			

*p-valor<0,05. ¹Resíduos ajustados referentes às frequências abaixo da mediana (0,65).

A análise bivariada entre uso de alcoólicos na vida e *coping* religioso/espiritual positivo e negativo evidenciaram significância estatística tanto para o índice CREN quanto para o CREP (p-valores de, respectivamente, 0,017 e 0,004). Os

sujeitos identificados como CAGE-negativos estiveram com maior frequência nas categorias *abaixo da mediana* para o CREN e para o CREP; para os sujeitos considerados como CAGE-positivos, os resultados indicaram o oposto (Tabela 3).

Tabela 3 - Uso do *coping* religioso-espiritual e consumo de alcoólicos na vida

Índices de <i>coping</i> religioso-espiritual – escala CRE		Classificação no CAGE				
		Nunca usaram N(%)	Negativos N(%)	Positivos N(%)	Total	p-valor
CREN	Abaixo da mediana	7 (10,9)	36 (56,3)	21 (32,8)	64	
	Acima da mediana	9 (15,3)	16 (27,1)	34 (57,6)	59	0,004*
	Res. Ajustados ¹	-0,7	+3,3	-2,8		
CREP	Abaixo da mediana	9 (14,5)	33 (53,2)	20 (32,3)	62	
	Acima da mediana	7 (11,5)	19 (31,1)	35 (57,4)	61	0,017*
	Res. Ajustados ²	-0,5	-2,5	+2,8		
Razão	Abaixo da mediana	7 (11,3)	29 (46,8)	26 (41,9)	62	
CREN/	Acima da mediana	9 (14,8)	23 (37,7)	29 (47,5)	61	0,578
CREP	Res. Ajustados ³	-0,6	+1,0	-0,6		

¹p<0,5. ¹Resíduos Ajustados referentes às frequências abaixo da mediana; ²Resíduos Ajustados referentes às frequências acima da mediana; ³Resíduos Ajustados referente às frequências abaixo da mediana.

Quando considerado o uso de alcoólicos relativo ao último ano, os resultados indicaram significância estatística marginal (p = 0,090) apenas para o índice CREN. Todavia, quando considerados os resíduos ajustados os sujeitos

identificados como *abstinentes ou com uso de baixo risco* estiveram mais representados na categoria *abaixo da mediana* de uso do *coping* religioso/espiritual negativo (Tabela 4).

Tabela 4 - Uso do *coping* religioso-espiritual e consumo de alcoólicos no último ano

Índices de <i>coping</i> religioso-espiritual – escala CRE		Classificação no AUDIT					
		Nunca usaram N(%)	Abstinente ou com Baixo risco N(%)	Médio risco N(%)	Alto risco ou com provável dependência N(%)	Total	p-valor
CREN	Abaixo da mediana	7 (10,9)	41 (64,1)	14 (21,9)	2 (3,1)	64	
	Acima da mediana	9 (15,3)	26 (44,1)	17 (28,8)	7 (11,9)	59	0,090**
	Resíduos Ajustados ¹	-0,7	+2,2	-0,9	-1,9		
CREP	Abaixo da mediana	9 (14,5)	35 (56,5)	15 (24,2)	3 (4,8)	62	
	Acima da mediana	7 (11,5)	32 (52,5)	16 (26,2)	6 (9,8)	61	0,704
	Resíduos Ajustados ²	-0,5	-0,4	+0,3	+1,1		
Razão	Abaixo da mediana	7 (11,3)	39 (62,9)	13 (21,0)	3 (4,8)	62	
CREN/	Acima da mediana	9 (14,8)	28 (45,9)	18 (29,5)	6 (9,8)	61	0,278
CREP	Resíduos Ajustados ³	-0,6	+1,9	-1,1	-1,1		

**0,5<p<0,1. ¹Resíduos Ajustados referentes às frequências abaixo da mediana; ²Resíduos Ajustados referentes às frequências acima da mediana; ³Resíduos Ajustados referente às frequências abaixo da mediana

A variável resultante da combinação dos resultados no CAGE e AUDIT resultou em diferenças estatisticamente significantes quanto ao uso do *coping* religioso/espiritual negativo ($p= 0,017$). Sujeitos identificados como *CAGE negativos e com uso de baixo risco* no último ano tiveram

freqüência acima da esperada na categoria abaixo da mediana, enquanto os identificados como *CAGE positivo e com uso de médio risco* foram relativamente mais frequentes na categoria acima da mediana (Tabela 5).

Tabela 5 - uso do *coping* religioso-espiritual e consumo de alcoólicos na vida e no último ano

Índices de <i>coping</i> religioso-espiritual – escala CRE	Classificação conjunta no CAGE e no AUDIT						Total	p-valor	
	Grupo I N(%)	Grupo II N(%)	Grupo III N(%)	Grupo IV N(%)	Grupo V N(%)	Grupo VI N(%)			
CREN	Abaixo da mediana	7 (10,9)	29 (45,3)	7 (10,9)	12 (18,8)	7 (10,9)	2 (3,1)	64	0,017*
	Acima da mediana	9 (15,3)	14 (23,7)	2 (3,4)	12 (20,3)	15 (25,4)	7 (11,9)		
	Resíduos Ajustados ¹	-0,7	+2,5	+1,6	-0,2	-2,1	-1,9		
CREP	Abaixo da mediana	9 (14,5)	26 (41,9)	7 (11,3)	9 (14,5)	8 (12,9)	3 (4,8)	62	0,107
	Acima da mediana	7 (11,5)	17 (27,9)	2 (3,3)	15 (24,6)	14 (23,0)	6 (9,8)		
	Resíduos Ajustados ²	-0,5	-1,6	-1,7	+1,4	+1,5	+1,1		
Razão	Abaixo da mediana	7 (11,3)	24 (38,7)	5 (8,1)	15 (24,2)	8 (12,9)	3 (4,8)	62	0,407
CREN/	Acima da mediana	9 (14,8)	19 (31,1)	4 (6,6)	9 (14,8)	14 (23,0)	6 (9,8)		
CREP	Resíduos Ajustados ³	-0,6	+0,9	+0,3	+1,3	-1,5	-1,1		

¹ $P < 0,5$. ²Resíduos Ajustados referentes às freqüências abaixo da mediana; ³Resíduos Ajustados referente às freqüências acima da mediana; Grupo I: nunca usaram; Grupo II: CAGE negativo e uso de baixo risco; Grupo III: CAGE negativo e uso de médio risco; Grupo IV: CAGE positivo e uso de baixo risco; Grupo V: CAGE positivo e uso de médio risco; Grupo VI: CAGE positivo e uso de alto risco.

DISCUSSÃO

Coping religioso/espiritual e variáveis sociodemográficas

Os achados do presente estudo — menor utilização relativa de mecanismos religiosos e espirituais no enfrentamento de eventos estressantes por parte de pacientes na faixa etária entre 20 a 29 anos — podem refletir a conclusão de *survey* nacional americano⁽¹⁵⁾ quanto à menor probabilidade de sujeitos em faixas etárias mais jovens serem mais religiosos do que indivíduos mais velhos. Deve-se, todavia, ressaltar que esta menor utilização do *coping* religioso se deu de forma equilibrada entre as duas dimensões (positiva e negativa) da escala CRE, o que pode ser confirmado com a não-significância das diferenças quando considerada a razão CREN/CREP.

Diferentemente dos resultados de estudo com amostra probabilística da população brasileira⁽¹⁶⁾ que não encontrou associação entre remuneração e variáveis religiosas, os resultados aqui apresentados indicam diferenças significantes quanto ao padrão de uso do *coping* religioso/espiritual: os sujeitos de mais baixa renda (até 1 SM) tiveram freqüência acima da esperada na categoria acima da mediana na razão CREN/CREP, enquanto os sujeitos com renda entre 1 e 3 SM se comportaram de forma inversa; tal resultado indica uma utilização dos fatores positivos e negativos em combinações distintas por parte de cada um destes dois subgrupos.

A maior representação de protestantes e evangélicos dentre os pacientes com maior uso tanto de *coping* positivo quanto negativo é coerente com os achados de um estudo⁽¹⁷⁾ que evidenciou o mesmo padrão de uso do *coping* religioso/espiritual em membros de igreja evangélica expostos a eventos vitais negativos.

Não é incomum verificar-se que indivíduos que informem não professar uma religião tenham crenças e comportamentos espirituais que, ainda assim, não são vinculados a uma religião organizada⁽¹⁵⁾. Os pacientes deste estudo que informaram não possuir religião utilizaram relativamente menos o *coping* religioso/espiritual do que aqueles que professavam alguma religião; além disso, seus resultados apontam para o uso predominante de estratégias de *coping* negativo, que incluem reavaliações negativas da ideia de Deus e/ou insatisfação com as instituições religiosas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A associação entre alta freqüência a serviços religiosos e uso do CREP aqui encontrada indica o envolvimento de estratégias que vão desde a relação positiva com a ideia de Deus e ritos religiosos até a transformação pessoal e oferta de ajuda ao outro⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Coping religioso/espiritual e uso de alcoólicos

O uso tanto da dimensão positiva quanto da negativa de *coping* religioso-espiritual pelos hepatopatas aqui estudados é coerente com estudos publicados que indicam que eventos vitais estressantes podem mobilizar tanto o uso do CRE positivo quanto do negativo^(1,18-19). A rigor, uma pessoa pode perceber a experiência estressora como uma oportunidade para crescimento pessoal e aproximação com Deus; por outro lado, pode interpretá-la como abandono ou punição por parte dele⁽²⁰⁾. Considerada a categorização dos mesmos pelo CAGE, os pacientes CAGE-negativos estiveram mais representados na categoria abaixo da mediana no CREN e no CREP, enquanto que os CAGE-positivos foram mais frequentes na categoria acima da mediana nas duas dimensões do CRE. Tanto para CAGE-positivos quanto para CAGE-negativos, todavia, o uso das duas dimensões se mostrou equilibra-

do, dada a não-significância das diferenças pela razão CREN-CREP. Este padrão de menor uso de *coping* religioso-espiritual pelos pacientes identificados como prováveis não-dependentes — e o oposto para os prováveis dependentes de alcoólicos — pode, em princípio, parecer contraditório com estudos que indicam que indivíduos mais religiosos tendem a consumir menos bebidas alcoólicas^(8,21). Entretanto, ao se considerar a frequência com que as pessoas se voltam para a sua fé diante de enfermidades e eventos vitais estressantes^(2,18,22), tais resultados são mais facilmente compreensíveis. Considerando-se que todos os participantes deste estudo eram hepatopatas e a dependência alcoólica pode ser tomada como um problema a mais — para o grupo de pacientes CAGE-positivos —, estes resultados são consistentes com achados que indicam utilização de estratégias de *coping* religioso-espiritual na razão direta do número de problemas de saúde física ou mental⁽¹⁸⁾.

A análise do uso do *coping* religioso-espiritual em relação ao uso de alcoólicos no último ano, pelos resíduos ajustados, evidenciou apenas menor uso do *coping* negativo entre hepatopatas abstinentes ou com consumo de baixo risco (tabela 4). Este padrão foi também identificado na categoria de pacientes CAGE-negativos e abstinentes ou com consumo de baixo risco no último ano (grupo II). Nesta variável combinada registrou-se ainda um padrão de maior uso do *coping* negativo dentre os pacientes com padrão de consumo de provável dependência de alcoólicos na vida e com consumo de médio risco no último ano (grupo V) (Tabela 5).

Alguns autores sugerem que uso elevado de estratégias de *coping* negativo é tão ou mais prejudicial à saúde o quanto seria benéfico o uso do *coping* positivo^(1,18-20). Ainda que a maior parte dos estudos evidencie os efeitos benéficos do uso do *coping* positivo, os resultados deste estudo reforçam a influência do uso de estratégias de *coping* negativo na diferenciação de subgrupos de pacientes de maior ou menor gravidade: de fato, inúmeros pesquisadores têm identificado associação entre padrão mais elevado de uso do *coping* negativo e piores resultados na saúde física e mental^(1,18). É sugerido que um efeito benéfico à saúde estaria associado a uma razão de no mínimo 1CREN para dois CREP⁽¹³⁾.

O baixo número de sujeitos em algumas caselas da variável combinada possivelmente limitou o achado de diferenças estatisticamente significantes para alguns subgrupos; todavia, um padrão de uso de alcoólicos compatível com não-dependência na vida e de baixo risco no último ano parece indicar uma correlação clinicamente relevante quanto ao uso das estratégias de *coping* negativo.

LIMITAÇÕES

A impossibilidade de se mensurar a gravidade da doença hepática no momento da coleta dos dados é uma importante limitação deste estudo, impedindo uma discussão da relação entre condição clínica, *sensu estrito*, e *coping* religioso/espiritual. Esta impossibilidade ocorreu em função de limitações institucionais no momento da realização do estudo, que restringiram a realização de provas laboratoriais fora do protocolo assistencial do serviço, que indicava essa avaliação apenas para pacientes com maior gravidade clínica. O desenho transversal e a utilização de hepatopatas em tratamento obviamente impedem tanto inferências causais quanto a generalização dos resultados. Outra limitação a ser considerada foi o pequeno número de sujeitos em certos subgrupos considerados, nomeadamente no subgrupo de maior gravidade alcoólica avaliada pelo AUDIT.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam achados anteriores que apontam para diferenças no padrão de uso do *coping* religioso-espiritual entre denominações religiosas distintas bem como sua melhor utilização por indivíduos que frequentam regularmente serviços religiosos. Quando avaliado o uso das duas dimensões do *coping* religioso-espiritual em relação aos diferentes subgrupos relativamente ao consumo de alcoólicos os resultados apontam para diferenças nomeadamente quanto ao uso das estratégias negativas. Tais achados reforçam a importância de se discutir não somente o uso do CREP, mas também o do CREN ao se considerar possíveis modulações do uso do *coping* religioso-espiritual para a saúde física e mental: isto é, deve-se ponderar não somente os aspectos positivos da religiosidade como também sua utilização com resultados indesejáveis ao estado de saúde dos sujeitos.

Uma vez que a utilização de crenças e práticas religiosas e espirituais pode contribuir para prevenir ou aliviar as consequências físicas e mentais de frente a circunstâncias geradoras de estresse, como é o caso das diferentes circunstâncias clínicas nas quais o profissional de enfermagem entra em contato com seus pacientes — os resultados deste estudo contribuem, nomeadamente, para a ampliação dos conhecimentos da enfermagem sobre as relações entre o padrão de consumo de alcoólicos e o uso do *coping* religioso-espiritual em portadores de hepatopatias. Seus resultados reforçam a importância de que, no momento em que se planeja o cuidado integral de pacientes assistidos pela equipe de enfermagem, uma atenção específica seja dada à presença de estratégias negativas de CRE, em virtude dos piores resultados para a saúde associados a seu uso.

REFERÊNCIAS

1. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(9):513-21.
2. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry.* 2009;54(5):283-91.
3. Koenig HG. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *Int J Psychiatry Med.* 2001;31(3):321-36.
4. Raghavan R, Ferlic-Stark CC, Rungton M, Goodgame R. The role of patient religiosity in the evaluation and treatment outcomes for chronic HCV infection. *J Relig Health [Internet].* 2011 [cited 2011 Apr 10]. Available from: <http://www.springerlink.com/content/18570637021k0570/fulltext.pdf>
5. Bonaguidi F, Michelassi C, Filipponi F, Rovai D. Religiosity associated with prolonged survival in liver transplant recipients. *Liver Transpl.* 2010;16(10):1158-63.
6. World Health Organization. *Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol.* Geneva: World Health Organization, 2010.
7. World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Alcohol and Health.* Geneva; 2011.
8. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Sci Med.* 2003;57(11):2049-54.
9. Cook CCH. Addiction and spirituality. *Addiction.* 2004;99(5):39-51.
10. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiosity and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):242-50.
11. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res.* 1983;16(3):189-282.
12. Mendez EB. Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Disorders Identification Test. [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
13. Panzini RG. Escala CRE: tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
14. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso/espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol Estudo.* 2005;10(3):507-16.
15. Michalak L, Trocki K, Bond J. Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: how important is religion for abstinence and drinking? *Drug Alcohol Depend.* 2007;87(2-3):268-80.
16. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiq Clin.* 2010;37(1):12-5.
17. Bjorck JP, Thurman J. Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. *J Sci Study Relig.* 2007;46(2):159-67.
18. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez LM. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig.* 1998;37(4):710-24.
19. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Religious beliefs, illness and death: family's perspectives in illness experience. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2011 [cited 2011 Apr 10];45(2):397-403. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a13.pdf
20. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patient: A two-year longitudinal study. *Arch Intern Med.* 2001;161(15):1881-5.
21. Border TF, Curran GM, Mattox R, Booth BM. Religiosity among at-risk drinkers: is it prospectively associated with the development or maintenance of an alcohol-use disorders. *J Study Alcohol Drugs.* 2010;71(1):136-42.
22. Silva MS, Kimura M, Stelmach R, Santos VLCG. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2009 [cited 2011 Apr 10];43(spe 2):1187-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a07v43s2.pdf