

O impacto da religiosidade no enfrentamento positivo e negativo da dor em mulheres com fibromialgia

Dulce Regina Duarte Dias da Rocha*
Luziane de Fátima Kirchner**

Resumo

O estudo avaliou a relação entre as dimensões religiosidade intrínseca (RI), organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e o enfrentamento religioso, positivo ou negativo frente à dor, em mulheres com fibromialgia (FM). A amostra foi composta por 123 participantes, idade média de 45,3 anos, que se identificavam com alguma religião. Foram aplicados o Questionário sociodemográfico, Índice de Religiosidade de Universidade de Duke (DUREL-R) e Escala de Enfrentamento religioso frente à dor. Constatou-se que o enfrentamento positivo frente à dor foi preditivo para o menor nível de RI, e correlacionou-se ao menor nível de RI, RO e RNO. O enfrentamento negativo correlacionou-se ao maior nível de RO. Considerando a variação das características demográficas dos participantes, esses dados devem ser interpretados com cautela.

Palavras-chave: Fibromialgia, Religiosidade, Dor, Enfrentamento, Espiritualidade

The impact of religiosity on positive and negative coping in women with fibromyalgia

Abstract

The study assessed the relationship between intrinsic religiosity (IR), organizational religiosity (OR), non-organizational religiosity (NOR) and positive or negative religious coping with pain in women with fibromyalgia (FM). The sample consisted of 123 participants, mean age 45.3 years, who identified with some religion. A sociodemographic questionnaire, the Duke University Religiosity Index (DUREL-R) and the Religious Coping with Pain Scale were used. It was found that positive coping with pain was

* Bacharel em Psicologia, Mestranda em Psicologia da Saúde – UCDB. <http://lattes.cnpq.br/2169647231245303>. Email: dulcerochad@gmail.com

** Doutora em Psicologia, Docente na UCDB. <http://lattes.cnpq.br/0910442125365295>. Email: luzianefk@gmail.com

predictive of a lower level of RI, and correlated with lower levels of IR, OR and NOR. Negative coping was correlated with a higher level of OR. Considering the variation in the demographic characteristics of the participants, these data should be interpreted with caution.

Keywords: Fibromyalgia, Religiosity, Pain, Coping, Spirituality

El impacto de la religiosidad en el afrontamiento positivo y negativo del dolor em mujeres con fibromialgia

Resumen

El estudio evaluó la relación entre la religiosidad intrínseca (RI), la religiosidad organizativa (RO), la religiosidad no organizativa (RNO) y el afrontamiento religioso positivo o negativo del dolor en mujeres con fibromialgia (FM). La muestra estaba formada por 123 participantes, con una edad media de 45,3 años, que se identificaban con alguna religión. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, el Índice de Religiosidad de la Universidad de Duke (DUREL-R) y la Escala de Afrontamiento Religioso del Dolor. Se observó que el afrontamiento positivo del dolor predecía un nivel más bajo de RI, y se correlacionaba con niveles más bajos de RI, RO y RNO. El afrontamiento negativo se correlacionó con un mayor nivel de OR. Teniendo en cuenta la variación en las características demográficas de los participantes, estos datos deben interpretarse con cautela.

Palabras clave: Fibromialgia, Religiosidad, Dolor, Afrontamiento, Espiritualidad

Introdução

A dor é compreendida como uma experiência sensorial desagradável, que pode persistir por longos períodos, tornando-se crônica. A Fibromialgia está presente na gama de doenças relacionadas à dor crônica, e é conhecida pela presença de sintomas que incluem dor generalizada e persistente por mais de três meses, sensibilidade aos pontos do corpo (tender-points), fadiga, distúrbios do sono, prejuízos na memória, intestino irritável e dores de cabeça (Cappe et al., 2021). Esta síndrome pode ser diagnosticada por meio de dor generalizada em mais de 11 pontos dolorosos, respondendo aos sintomas das escalas Índice de dor generalizada (*Widespread Pain Index*) e Escala de gravidade dos sintomas (*Symptom Severity Scale*) que variam tanto na intensidade quanto na qualidade sensorial (Wolfe et al, 2016), além das características afetivo-emocionais, como ansiedade e depressão (Silva & Ribeiro-Filho, 2011).

Os sintomas da Fibromialgia podem trazer impactos negativos na qualidade de vida das pessoas e comprometer, de modo expressivo, o seu funcionamento diário e o desempenho das suas atividades ocupacionais, acadêmicas e sociais (Cappe et al., 2021). Diante disso, Rizzardi, Teixeira e Siqueira (2010) mencionaram que os pacientes com dor crônica usam uma série

de estratégias cognitivas e comportamentais para lidarem com a dor, incluindo as formas espirituais e religiosas de enfrentamento, como a oração e a busca de apoio espiritual, buscando segurança e senso de sentido para a existência. Leite et al., (2009) também identificaram que as crenças religiosas permeiam a vivência dolorosa das mulheres com fibromialgia, levando-as ao engajamento de práticas religiosas como uma maneira de enfrentamento da dor.

Dada a sua importância, a avaliação da religiosidade é cada vez mais comum nas pesquisas em ciências humanas e da saúde. A religiosidade têm sido estudada em diversas disciplinas desde o início do século XX, e atualmente contempla uma dimensão importante para a compreensão integral da saúde (Aloush et al., 2021). Nessa esfera, Oliveira e Junges (2012) discorrem que a Organização Mundial de Saúde (OMS), fez a inclusão da dimensão “espiritualidade” no conceito multidimensional em saúde, na busca de uma compreensão sobre sentidos e significados à vida como um todo, sem a limitação de crença ou prática religiosa específica. Enquanto nas três primeiras décadas de sua existência a “dimensão espiritual” era mencionada apenas casualmente dentro da OMS, na década de 1980 ela foi explicitamente discutida. Em 1984, a 37ª Assembleia Mundial da Saúde adotou uma resolução que enfatizava a importância da “dimensão espiritual” na política de saúde (Peng-Keller et.al, 2022).

Para melhor compreensão dessas dimensões, cabe destacar as diferenças entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade. Koenig, King e Carson (2012) argumentam que a espiritualidade está relacionada com o significado e propósito da vida, o transcendente e a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido, enquanto que a religiosidade caracteriza-se um sistema de culto e doutrina, que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas, representando uma dimensão social e cultural da experiência humana. Em linhas gerais, a espiritualidade pode ser definida como uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao sentido e ao fim da vida, as relações com o sagrado ou transcendente, enquanto que a religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (Abdala, 2013).

Considera-se que a religião é um fenômeno amplo e o Brasil é um país que exibe uma “matriz cultural caracterizada pela pluralidade”, o que conjectura uma disparidade de práticas religiosas (Carvalho et al., 2012), cada vez mais diversificadas entre as tradições religiosas e as práticas ecléticas

contemporâneas (Gruman, 2006). Apesar dessa disparidade, uma descrição mais objetiva da religiosidade foi descrita por Allport e Ross (1967), na qual o envolvimento religioso poderia ser compreendido em duas dimensões, nomeadas intrínseca e extrínseca. A dimensão intrínseca caracteriza a vivência da religiosidade como um objetivo de vida do indivíduo, com motivação pessoal religiosa, sem a necessidade de convenções sociais para a busca plena da religiosidade. Pessoas com esta orientação encontram na religião o seu motivo principal, e estão intrinsecamente motivadas por sua fé e crenças religiosas de modo que as suas necessidades pessoais sejam consideradas de menor importância (Koenig & Büssing, 2010). Já a dimensão extrínseca caracteriza o envolvimento religioso como utilitário e instrumental, cuja finalidade é fornecer ao indivíduo, que a busca, uma sensação de conforto, segurança, socialização e distração, *status* e autoabsolvição (Allport e Ross, 1976). Para muitas pessoas que buscam uma religião de maneira extrínseca, a crença em um poder superior ou em uma ordem divina pode oferecer uma sensação de proteção e tranquilidade, especialmente em momentos de crise ou incerteza e/ou na busca de interações sociais, pertencimento e reconhecimento por parte dos grupos religiosos. Portanto, uma dimensão extrínseca da religiosidade abrange uma ampla gama de motivações e benefícios que as pessoas podem buscar em meio a sua participação religiosa (Donahue, 1985). Essas distinções entre as dimensões intrínseca e extrínseca da religiosidade trouxeram, a partir de Allport e Ross (1967), um esclarecimento maior acerca das motivações por trás das práticas religiosas, e ajudou a contextualizar parte das expressões religiosas observadas na sociedade (Donahue, 1985).

Posteriormente, a partir da criação do instrumento Índice de Religiosidade de Duke, conhecido como DUREL - *Duke University Religion Index* (Koenig, Meador & Parkerson, 1997), este conceito de religiosidade passou a abranger três dimensões. Além da dimensão intrínseca (RI), já mencionada acima, foram caracterizadas as dimensões Religião Organizacional (RO) e Religião Não-Organizacional (RNO). A RO envolve necessariamente atividades religiosas públicas, como missas, grupos de oração, cultos e outras manifestações religiosas que necessitem de um grande número de participantes; é relacionada a frequência de encontros religiosos que o indivíduo participa e como interage com os pares da mesma religião. E a RNO define-se por comportamentos que ocorrem fora da instituição religiosa, mas que continuam vinculados à religião, como assistir programas de TV

religiosos, leitura da bíblia e até a participação em pequenos grupos de oração e estudos da religião (Cres et al, 2015; Nunes, 2019; Souza et al., 2018). De acordo com Aloush et al., (2021), a maioria das pessoas que vivenciam a religião de algum modo, se situam entre essas três dimensões, correspondendo a uma prática religiosa que congrega atividades como orações, leituras de material religioso, adoção de crenças definidas a partir de uma tradição religiosa específica, participação em cultos ou outras reuniões religiosas.

Essas práticas religiosas, segundo Malheiro et al., (2022), tem se mostrado essenciais para desfechos na saúde e qualidade de vida de pessoas em condições crônicas de saúde. Com base nos estudos levantados por Faria e Seidl (2005), as autoras identificaram que as variáveis autoestima, satisfação com a vida e percepção positiva da qualidade de vida foram relacionadas à religiosidade intrínseca, independente do interesse na obtenção de ganhos secundários. Em outros estudos, a religiosidade intrínseca também foi positivamente correlacionada ao domínio psicológico da qualidade de vida em mulheres com dor pélvica crônica (Nunes, 2019), e à resiliência, qualidade de vida e menor número de tentativas anteriores de suicídio entre os pacientes deprimidos hospitalizados (Mosqueiro, Rocha & Fleck, 2015). Esses dados apoiam a relevância das avaliações da religiosidade na prática de saúde mental, bem como na investigação da religiosidade como uma estratégia de enfrentamento da doença.

Ao incluir a religião dentre as estratégias de enfrentamento, Panzini e Bandeira (2007) destacam que estas provêm de uma visão de mundo que pode dar sentido positivo ou negativo às experiências. Ao atribuir a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde, as pessoas recorrem a um conjunto de valores preestabelecido, que seriam relacionados as estratégias cognitivas ou comportamentais para lidar com eventos estressores, advindas da religião ou da espiritualidade do indivíduo. Essas podem ser definidas, de acordo com Faria e Seidl (2005) como enfrentamento religioso.

Quando positivas, as estratégias de enfrentamento religioso podem proporcionar efeito benéfico ao indivíduo, uma vez que se caracterizam pela confiança no auxílio da religião como “Pedir conforto e amor a Deus, perdão, ter fé que a dor irá melhorar por meio de rezas e orações, entre outros). No entanto, quando negativas, essas estratégias podem estar relacionadas à consequências prejudiciais e negativas ao indivíduo, como questionar existência ou o amor de Deus, ver a dor como punição divina ou forças do mal, delegar a Deus a resolução dos problemas, entre outros (Braun et al.,

2021; Panzini & Bandeira, 2007). É importante observar que essas estratégias podem tanto auxiliar no crescimento psicológico e espiritual como intensificar a gravidade do problema em foco (Faria & Seidl, 2005).

Em função do impacto que as vivências religiosas podem trazer na vida dos indivíduos (Aloush et al., 2021; Malheiro et al., 2022; Mosqueiro, Rocha & Fleck, 2015), levanta-se a hipótese de que as dimensões da religiosidade (aqui compreendidas como religiosidade intrínseca, organizacional e não-organizacional) podem apresentar relação diferencial com as formas de enfrentamento religioso, de modo positivo ou negativo. Estudar essas dimensões da religiosidade poderá possibilitar reflexões sobre como cada dimensão tem potencial para funcionar como enfrentamento à dor em pessoas com fibromialgia. O presente estudo objetivou, portanto, avaliar a relação entre as dimensões da religiosidade e as estratégias de enfrentamento religioso (positivo ou negativo) frente à dor, em mulheres com fibromialgia que se definem por alguma religião.

Metodologia

Participantes:

Como critérios de inclusão para participar do estudo, as participantes deveriam ser mulheres, com idade acima de 18 anos, e referirem diagnóstico médico de Fibromialgia. A coleta de dados foi realizada no formato online (link do formulário no *Google Forms*, n=110) e presencial, após uma palestra sobre o tema fibromialgia e tratamentos (formulário impresso, n=13).

Na totalidade da amostra, as participantes tinham entre 35 a 68 anos (idade média de 45,3 anos, *dp* 9,71), a maior parte declarava-se solteira (68,6%), com ensino médio incompleto (30,1%), renda distribuída entre um a cinco salários mínimos, e tempo de dor também distribuído entre menos de 01 até 10 anos. Sobre religião, 38,2% se consideravam católicas, 39,0% evangélicas, 17,1% espíritas e 5,7% de outras religiões não especificadas. No aspecto da religiosidade, a maior parte se considera pouco religiosa (46,3%) ou moderadamente religiosa (29,3%). Apesar disso, 35,8% fazem parte dos líderes de uma equipe religiosa e 33,3% informaram participar de poucas atividades oferecidas pela religião (e.g.: cultos, missas). As características sociodemográficas e de religiosidade das participantes podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de religiosidade das participantes (n=123)

Característica sociodemográfica		
	n	%
Estado Civil		
Solteiro	84	68,3
Casado ou em união estável	22	17,9
Separado ou Divorciado	18	14,6
Viúvo	6	4,9
Escolaridade	n	%
Ensino Médio Incompleto	37	30,1
Ensino Médio Completo	7	5,7
Superior Incompleto	24	19,5
Superior Completo	16	13,0
Renda Familiar		%
Até um salário-mínimo	14	11,4
Entre um e três salários-mínimos	37	30,1
Entre três e cinco salários-mínimos	36	29,3
Acima de cinco salários-mínimos	43	35,0
Há quanto tempo você tem dor?	n	%
01 a 03 anos	49	39,8
03 a 05 anos	26	21,1
05 a 10 anos	32	26,0
Mais de 10 anos	23	18,7
Há quanto tempo você tem o diagnóstico de Fibromialgia (em anos)?		%
Menos de um ano	49	39,8
01 a 03 anos	26	21,1
03 a 05 anos	32	26,0
05 a 10 anos	23	18,7
Qual religião você pertence ou mais se identifica com as crenças?	n	%
Cristão (protestante)	48	39,0
Católico	47	38,2
Espírita	21	17,1
Outro	7	5,7

Em que nível você se considera uma pessoa religiosa?	n	%
Eu não sou religioso	8	6,5
Um pouco religioso	57	46,3
Moderadamente religioso	36	29,3
Muito religioso	29	23,6
Você é um representante da sua instituição religiosa?	n	%
Sim, faço parte dos líderes de equipe religiosa	44	35,8
Participo de grande parte das atividades oferecidas pela religião, mas não sou um líder.	27	22,0
Participo de poucas atividades oferecidas pela religião (cultos, missas)	41	33,3
Não participo de instituição religiosa.	11	8,9

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: foi aplicado para identificar os dados de estado civil, escolaridade, renda familiar, religião, tempo de dor (01 a 03 anos, 03 a 05 anos, 05 a 10 anos, mais de 10 anos), e a quanto tempo a participante foi diagnosticada com Fibromialgia (menos de um ano 01 a 03 anos, 03 a 05 anos, 05 a 10 anos, mais de 10 anos). Ademais, foram incluídas perguntas nas quais as participantes avaliaram o seu nível de religiosidade pelas opções (eu não sou religioso, um pouco religioso, moderadamente religioso, muito religioso) e se possuem um papel de liderança em alguma instituição religiosa (sim, faço parte dos líderes de equipe religiosa, participo de grande parte das atividades oferecidas pela religião, mas não sou um líder, participo de poucas atividades oferecidas pela religião (cultos, missas, não participo de instituição religiosa).

Escala de Religiosidade de Universidade de Duke (DUREL) - versão em português: contém cinco itens, sendo os dois primeiros relativos a Religiosidade Organizacional (RO) e Religiosidade Não Organizacional (RNO), e os três últimos se referem a Religiosidade Intrínseca (RI). A escala foi desenvolvida por Koenig et al., (1997), e apresenta estudos de validação no Brasil com diferentes populações (Taunay et al., 2012; Martinez et al., 2014). Na versão em português, o primeiro item do instrumento pergunta: “Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?”, sendo as possíveis respostas oferecidas em uma escala de seis pontos, de “Mais do que uma vez por semana” a “Nunca”. O segundo item

é “Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?”, cujas possíveis respostas também compõem uma escala de seis pontos, de “Mais do que uma vez ao dia” a “Raramente ou nunca”. Os três itens restantes levam as seguintes frases aos respondentes: “Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”, “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver” e “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”. Os respondentes são então convidados a assinalar o quanto essas frases se aplicam a eles, em uma escala de cinco pontos, de “Totalmente verdade para mim” a “Não é verdade”. A mensuração da Religiosidade Intrínseca (RI) é a soma das pontuações obtidas nesses três itens, sendo o número máximo de pontos igual a 15 (Martinez et al., 2015). Considerando as três dimensões do instrumento (RO, RNO e RI), quanto maior a pontuação menor é a vivência religiosa do indivíduo.

Escala de enfrentamento religioso frente à dor: instrumento elaborado pelas pesquisadoras, inicialmente constituído por 22 itens que investigavam a nível de enfrentamento à dor por meio da religiosidade, a partir de duas categorias: Enfrentamento Religioso Positivo frente à dor e Enfrentamento Religioso Negativo frente à dor. As categorias e os itens foram elaborados tendo como base a literatura da área, que conceituam o enfrentamento religioso. A categoria de enfrentamento religioso positivo frente à dor, se relacionou as vivências da religiosidade como uma forma positiva de minimizar a dor, e apresentou itens como, por exemplo: Quando eu rezo (oro) minha dor diminui e eu consigo descansar; Tento perceber a dor como uma oportunidade de aprendizado oferecida por Deus; Utilizo da minha experiência com a dor para auxiliar outras pessoas da minha crença religiosa que passam pelas mesmas situações. A categoria enfrentamento religioso negativo frente à dor se relacionou às vivências da religiosidade como “punição”, “castigo” ou até “influência maligna”, e apresenta itens como, por exemplo: Acredito que ter essa dor é um castigo divino; Tenho essa dor porque não rezei (orei) o suficiente; Quando sinto que a dor não tem cura, penso que Deus se esqueceu de mim.

Todos os itens elaborados neste instrumento, assim como as categorias (Enfrentamento Religioso Positivo frente à dor e Enfrentamento Religioso Negativo frente à dor), passaram por uma análise prévia de dois juízes

(psicólogos e mestrandos em Psicologia). Os juízes, de modo independente, deveriam relacionar cada um dos itens às duas categorias, indicar os itens que não se encaixavam nessas categorias, sugerir reformulações aos itens que não estavam compreensíveis. Posterior a análise dos juízes, dois itens foram reformulados e seis itens foram retirados dos instrumentos por não se encaixarem nas categorias de análise. A versão final do instrumento contou com 16 itens, distribuídos entre as duas categorias.

Procedimento ético de coleta de dados

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP/UCDB (Parecer N° 4.826.585), e seguiu todos os preceitos éticos.

Cerca de 20 mulheres participantes foram abordadas minutos antes de uma palestra sobre fibromialgia e tratamentos, e convidadas a participar voluntariamente do estudo. A pesquisadora esclareceu os objetivos do estudo, além dos procedimentos de coleta de dados e a natureza das perguntas, a garantia de anonimato das participantes, bem como a maneira como os dados seriam tratados. Além disso, foram esclarecidos os riscos associados à participação no estudo e os potenciais benefícios, que incluíram a contribuição para o avanço do conhecimento na área de enfrentamento religioso no contexto da dor crônica.

Aquelas que concordaram em participar (n=13) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam aos instrumentos (Questionário sociodemográfico, DUREL-R, e Escala de Enfrentamento religioso frente à dor) com duração aproximada de 20 minutos. Visando atingir um número maior de pessoas, a pesquisadora elaborou um material para a divulgação da pesquisa nas redes sociais (Instagram, Facebook e grupos de WhatsApp), convidando mulheres com fibromialgia a responderem aos instrumentos.

O material de divulgação possibilitou o acesso ao formulário disposto no *Google Forms*, e ficou disponível entre 09 de setembro de 2021 a 11 de janeiro de 2022, totalizando 110 participantes que preencheram a pesquisa de forma online. Antes do preenchimento dos formulários, na primeira página, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informava os objetivos e os cuidados éticos do estudo. As participantes responderam aos instrumentos (conforme sequência disposta acima) e ao final do formulário era solicitado o contato telefônico (*whatsapp*) para que

as participantes pudessem receber um breve relatório, com os dados gerais, ao final do estudo.

Análise dos dados

Os dados foram dispostos no programa estatístico SPSS para Windows versão 23. A normalidade da distribuição de cada variável foi analisada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e nenhuma das variáveis testadas apresentaram distribuição normal. A primeira análise foi de regressões múltiplas (método *forward*), com o objetivo de investigar em que medida, as variáveis religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) impactavam no enfrentamento religioso positivo e negativo frente à dor. A segunda análise foi realizada por correlação de *Spearman*, para essas mesmas variáveis. Para o presente estudo, a magnitude das correlações foi classificada em: fraca ($< 0,30$), moderada (0,30 a 0,59), forte (0,60 a 0,69), muito forte (0,70 a 0,99), ou perfeita (1,0) (Levin & Fox, 2004).

Resultados

Na Tabela 2 podem ser visualizados os resultados das duas regressões múltiplas. Conforme pode ser visto no primeiro modelo de regressão, a variável que mais fortemente impactou os níveis de enfrentamento positivo foi religiosidade intrínseca ($B = 0.436$. $t = 5.164$. $p < .001$). As variáveis Religiosidade Organizacional ($B = 0.013$. $t = 0.143$. $p = .887$) e Religiosidade Não Organizacional ($B = 0.084$. $t = 0.794$. $p = .429$) não apresentaram impacto significativo. Por outro lado, o segundo modelo de regressão não apresentou impacto significativo de nenhuma das variáveis predictoras testadas.

Tabela 2. Variáveis preditoras do enfrentamento religioso frente à dor

Enfrentamento religioso positivo frente à dor	Preditores	Coefficientes padronizados	t	Sig.	R ²	R ² Ajustado
		Beta				
Primeiro modelo Enfrentamento Positivo ¹	(Constante)	-	10.7384	.000	0.212	0.206
	Religiosidade Intrínseca ²	0.461	5.755	.000		
Segundo modelo Enfrentamento Negativo ¹	(Constante)	4.099	55.489	.000	-----	-----

1 – quanto maior o escore maior é o nível do enfrentamento religioso.

2 - quanto maior o escore menor é a vivência religiosa nesta dimensão.

A Tabela 3 mostra que a análise de correlação de *Spearman* apontou que maior enfrentamento religioso positivo frente à dor foi correlacionado positivamente com menor religiosidade em RI, RNO e RO. A magnitude da correlação foi moderada para RI e fraca para RNO e RO.

Esta análise também apontou que a dimensão Religiosidade Organizacional (RO) foi correlacionada negativamente com o Enfrentamento negativo religioso frente à dor, ou seja, considerando os resultados inversamente proporcionais do instrumento DUREL, quanto menor o nível de RO vivenciado pela participante, menor a incidência de Enfrentamento religioso negativo frente à dor. Do mesmo modo, quanto maior o nível de RO maior o Enfrentamento religioso negativo frente à dor. No entanto, tal correlação apresentou magnitude fraca.

Tabela 3. Análises de correlação de *Spearman* para as variáveis Religiosidade (Organizacional, Não Organizacional, Intrínseca) e Enfrentamento religioso frente à dor (Positivo e Negativo)

Enfrentamento religioso frente à dor		Religiosidade organizacional (RO) ²	Religiosidade Não-organizacional (RNO) ²	Religiosidade Intrínseca (RI) ²
Enfrentamento Positivo ¹	<i>ρ</i>	,193*	,263**	,469**
	Sig.	0,031	0,003	<0.001
Enfrentamento Negativo ¹	<i>ρ</i>	-,176*	-0,075	-0,148
	Sig.	0,05	0,403	0,099

1 – quanto maior o escore maior é o nível do enfrentamento religioso.

2 - quanto maior o escore menor é a vivência religiosa nesta dimensão.

*Sig. $p > 0,05$

Discussão

O objetivo da pesquisa foi verificar o quanto as dimensões da religiosidade (RI, RO e RNO) poderiam prever e se correlacionar ao enfrentamento religioso, positivo e negativo, frente à dor, afim de explorar as vivências de práticas religiosas das mulheres com FM, participantes do estudo. Este estudo se apoia na justificativa de que as dimensões da religião podem desempenhar diferentes papéis na vida de indivíduos e em suas estratégias de enfrentamento, especialmente em contextos de saúde e bem-estar (Faria & Seidl, 2005).

De acordo com a literatura, a dimensão intrínseca da religiosidade reflete um comprometimento profundo e pessoal com a fé e as crenças religiosas (Allport & Ross, 1967), que é vivenciado como um caminho de vida, não dependendo de convenções sociais ou pressões externas para mantê-lo (Donahue, 1985). Essas pessoas estão dispostas a sacrificar suas próprias necessidades pessoais em nome de sua fé e crenças religiosas, já que para elas essa orientação religiosa não é apenas uma parte de suas vidas, mas um objetivo central e motivador.

Considerando as dimensões organizacionais e não-organizacionais da religiosidade, estas enfatizam a adesão a estruturas religiosas formais e a participação em atividades externas, que envolvem ao caráter extrínseco da

religião (Veríssimo & Neto, 2008). Esses aspectos estão relacionados com a filiação a igrejas ou grupos religiosos, a presença em rituais públicos e a prática religiosa que envolve interações com a comunidade religiosa. Para aqueles que se envolvem religiosamente de maneira extrínseca, a religião serve como uma fonte de conforto, segurança, socialização, status ou mesmo autoabsolvição (Allport & Ross, 1967). Neste sentido, a busca pela religião pode ocorrer em momentos de crise ou incerteza, a medida que o indivíduo espera encontrar consolo e proteção em sua fé. Além disso, segundo os autores, a dimensão extrínseca, nos modelos de prática organizada, pode estar relacionada à busca de interações sociais, pertencimento a grupos religiosos e reconhecimento por parte desses grupos. Em contextos de saúde, a religiosidade extrínseca pode ser uma estratégia de enfrentamento importante, proporcionando apoio social e uma rede de apoio em momentos difíceis (Faria & Seidl, 2005).

Ainda que esses papéis sejam variados, tais dimensões (religiosidade organizacional, não-organizacional e intrínseca) poderão coexistir em diferentes graus, para o mesmo indivíduo, ao longo da vida (Koenig, Meador & Parkerson, 1997). Apesar disso, pelo fato da dimensão intrínseca da religião estar associada a uma busca espiritual mais profunda e a um senso de propósito na vida, levantou-se a hipótese de que esta dimensão poderia auxiliar no enfrentamento positivo relacionado à dor, em pessoas com fibromialgia. No entanto, como indicado nos resultados, o enfrentamento positivo frente à dor pode ser predito por menor vivência de religiosidade intrínseca (RI), e também correlacionado a menor vivência religiosa nas dimensões RI, RNO e RO. Esses dados refutam a hipótese de que a religião, independente da dimensão avaliada, possa auxiliar no enfrentamento positivo frente à dor, para a amostra avaliada. Sugere-se, portanto, que as participantes que relataram vivenciar a religião, sobretudo de maneira intrínseca, podem não estar vivenciando tais práticas quando o assunto é relacionado ao enfrentamento da dor.

A literatura aponta que a religiosidade pode desempenhar um papel fundamental como uma estratégia de enfrentamento, mas também é importante reconhecer que não é a única estratégia de enfrentamento disponível (VanderCreeck et al., 2004). Pargament (1997) também argumenta que nem todas as pessoas usam estratégias relativas à religiosidade em seu processo de enfrentamento, sendo mais propensas a utilizá-las aquelas cujas crenças e práticas religiosas são parte relevante de sua orientação geral.

Nota-se que em relação as características religiosas da amostra avaliada, embora todas as participantes tenham se definido por uma religião, aquelas que relataram ser pouco religiosas ou nada religiosas somaram a metade do grupo avaliado (46,3% e 6,5%, respectivamente). Os resultados de Braun et al., (2021), corroboram com os achados do presente estudo, pois os autores também não observaram relações entre as estratégias de enfrentamento e a religiosidade, sendo que investigaram uma amostra distribuída em diferentes níveis de religiosidade (pouco ou muito religiosos em cada dimensão). Os autores atribuem este resultado às discrepâncias do nível de religiosidade da amostra e às diferentes dimensões do enfrentamento, que não se resumem à religiosidade.

Em relação as participantes do presente estudo, nota-se que aquelas que relataram vivenciar a religião em maior nível também relataram fazer parte de grupos de líderes religiosos ou participar das atividades organizadas a partir de uma instituição religiosa, o que caracteriza as práticas da dimensão religiosidade organizacional (RO). Além disso, o maior escore nesta dimensão da religiosidade (RO) foi correlacionado ao maior nível de Enfrentamento religioso negativo frente à dor. Como indicado acima, a RO pode apresentar inúmeros benefícios aos indivíduos que enfrentam uma condição crônica de saúde, tais como um senso de pertencimento a uma comunidade e uma rede de suporte emocional (Pargament, Koenig & Perez, 2000). Mas também é possível observar que a religião não é apenas uma fonte positiva de força, uma vez que as dúvidas e o sentimento de ser abandonado por Deus ou a presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso, estão intimamente associados à jornada deste indivíduo com a religião (Gauthier et al., 2006). Alguns estudos apontam que o enfrentamento negativo associado à religião pode levar o indivíduo com dor crônica a ter um difícil manejo de sua dor, já que suas tentativas de enfrentá-la podem estar ligadas à punição, “castigo de Deus”, “vontade de Deus” ou dúvidas sobre os poderes de Deus para interferir na situação estressora (Mukami & Campos, 2012; Nunes, 2019). Tais conotações negativas da religiosidade também podem influenciar o sucesso das estratégias de enfrentamento, o que, de acordo com Xu (2016), podem ser provenientes de uma pressão conformista na qual os membros poderão se sentir compelidos a adotarem opiniões ou práticas religiosas, mesmo que não estejam alinhadas às suas convicções pessoais.-

Há, ainda, evidências de que o enfrentamento religioso negativo está relacionado ao sofrimento psicológico. Alguns estudos apontaram que as

estratégias de enfrentamento religioso negativo e religiosidade extrínseca, foram correlacionadas aos sintomas de ansiedade (Harrison et al., 2001) e depressão (VanderCreeck et al, 2004), entre pessoas com dor crônica, o que contribui para fortalecer a hipótese de que a religiosidade pode representar tanto uma estratégia de enfrentamento adaptativa (quando relacionada a um enfrentamento positivo) quanto um elemento estressor (quando relacionada a um enfrentamento negativo), chegando até mesmo a intensificar a gravidade do problema em foco.

Considerando evidências da literatura, algumas limitações devem ser mencionadas no que se refere a condução do presente estudo. A amostra ficou distribuída entre aquelas participantes que se consideraram muito ou pouco religiosas e, talvez, esses níveis variados de religiosidade, e não somente as dimensões (RI, RO, RNO), tenham impactado diferencialmente no enfrentamento religioso positivo e negativo relacionado à dor. Assim como Pargament (1997), aponta, o uso de enfrentamento religioso só faz sentido se as crenças fizerem parte do sistema de valores geral da pessoa. Além disso, o censo de pertencimento à uma determinada religião (ou o sincretismo religioso), e o modo como o controle social é desempenhado a partir dos membros deste grupo religioso, poderá impactar no uso da religião como estratégia de enfrentamento positivo ou negativo. Para explorar essas características de modo mais abrangente, será interessante investigar, em estudos futuros, como a dinâmica social e os valores predominantes em diferentes grupos religiosos podem influenciar as estratégias de enfrentamento religioso. Assim, os dados coletados neste estudo podem ter sido insuficientes para compreender as vivências religiosas das participantes e o censo de pertencimento a uma crença religiosa.

Considerando alguns dados sociodemográficos, como renda familiar e escolaridade, destaca-se que elas podem ter influenciado nos resultados da amostra, uma vez que as práticas religiosas podem ser vivenciadas diferencialmente em função destas características (Mariano, 2013).

Ainda como limitações do estudo, é possível considerar que a amostra foi constituída por um grupo de mulheres com fibromialgia, residentes na cidade de Campo Grande-MS, e que se declaram pertencentes a alguma religião, o que dificulta a generalização dos dados para outros grupos. Além disso, grande parte da amostra (90%) participou da pesquisa respondendo ao formulário online, de maneira que o pesquisador não estava presente para

esclarecer eventuais dúvidas dos participantes ou mesmo saber a veracidade das informações fornecidas.

Diante das restrições de localidade das participantes e formato de aplicação dos instrumentos, sugere-se que futuros estudos sejam ampliados para outras regiões e estados do país, utilizando-se de outras análises que permitam a identificação das vivências religiosas, uma análise mais detalhada do modo como as participantes vivenciam a religiosidade, e uma investigação mais aprofundada a respeito de quais são as funções da religiosidade na vida das participantes. Contudo, considerando os diferentes impactos que a religiosidade pode apresentar em relação ao sofrimento de pessoas com dor crônica (Souza et al., 2018), estudos que explorem tais características podem ser recomendados.

Por fim, a pesquisa não utilizou a análise de outras formas de enfrentamento à dor, somente a religião. Apesar dos resultados apontarem que a religiosidade não auxilia no enfrentamento positivo à dor das mulheres com FM desta amostra, outras formas de enfrentamento podem ser válidas e a religiosidade também pode auxiliar outras pessoas, a depender do quanto essas pessoas vivenciam a religião, como afirmou a literatura que serviu de base para esta pesquisa (Xu, 2016; Faria & Seidl, 2005; Pargament, 1997). Outros estudos também podem ser realizados especificando cada religião, suas práticas e como se diferenciam no enfrentamento à dor.

Considerações finais

De acordo com os resultados, menor vivência da dimensão RI foi preditiva do enfrentamento positivo, e menor vivência das dimensões RI, RNO e RO foi correlacionada ao maior enfrentamento positivo frente à dor, o que pode indicar que as participantes tenham encontrado outros tipos de enfrentamento à dor, que não o religioso. Nesta amostra também foi identificado que, apesar das participantes se definirem por alguma religião, a RO indicou não auxiliar no desenvolvimento do enfrentamento positivo frente à dor, mas pode estar relacionada ao enfrentamento negativo. Isso pode sugerir que, além de todas as práticas religiosas, o contato das pessoas com a religião organizacional, pode não trazer efeitos positivos para o enfrentamento da dor. Contudo, deve-se considerar que as correlações apresentadas neste estudo foram predominantemente fracas, e as características ‘nível de religiosidade’ e ‘tipo de religião’ não foram investigadas em relação ao impacto que elas podem proporcionar na relação entre as dimensões da religiosidade

e enfrentamento religioso. Deste modo, novos estudos precisam explorar esta relação.

Referências

ABDALA, G. A. et al. Religiosity and health-related quality of life of older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 1, 2015. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005416>

ALLPORT, G. W., & ROSS, J. M. Personal Religious Orientation and Prejudice. **Journal of Personality & Social Psychology**, v. 5, n.4, p. 432–443, 1967. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.5.4.432>

ALOUSH, V. et al. Relationship between religiosity, spirituality and physical and mental outcomes in fibromyalgia patients. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 39, n. 3, p. 48–53, 21 jun. 2021. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/fcxigf>

BRAUN, A. et al. Relevance of Religiosity for Coping Strategies and Disability in Patients with Fibromyalgia Syndrome. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 1, p. 524–539, 23 jan. 2021. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01177-3>

CAPPE, E. et al. Perceived dyadic coping, anxiety, depression and satisfaction with life of women diagnosed with fibromyalgia. **Psychologie Française**, fev. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2020.09.002>

CARVALHO, A. F.; TAUNAY, T. C.; GONDIM, F. DE A. A. Availability of validated instruments for the study of religiosity in Brazilian samples. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, n. 6, p. 208–208, 2012. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832012000600006>

CRES, M. R. et al. Religiosidade E Estilo De Vida De Uma População Adulta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 240–250, 2015.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 138–151, jun. 2011. <https://doi.org/10.1590/s1806-00132011000200011>

DONAHUE, M. J. Intrinsic and extrinsic religiosity: Review and meta-analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 2, p. 400–419, 1985. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.2.400>

FARIA, J. B. DE .; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 381–389, set. 2005. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722006000100018>

GAUTHIER, K.J.; CHRISTOPHER, A.N.; WALTER, M.I.; MOURAD, R.; MAREK, P. Religiosity, religious doubt, and the need for cognition: Their interactive relationship with life satisfaction. **Journal of Happiness Studies**, v.7, n.2, p. 139–154, 2006. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-1916-0>

GRUMAN, M. A relação fiel/doutrina: o desafio da legitimação dos discursos religiosos. In S. R. A. Fernandes (Ed.). **Mudança de religião no Brasil - desvendando sentidos e motivações**. Editora: Palavra & Prece, (pp. 55–83), 2006.

HARRISON, M. O.; KOENIG, H. G.; HAYS, J. C.; EME-AKWARI, A. G.; PARGAMENT, K. I. The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. **International Review of Psychiatry**, v. 13, p. 86–93, 2001. <https://doi.org/10.1080/09540260124356>

KOENIG, H.G.; KING, D.; CARSON, V. **The handbook of religion and health**. 2nd. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. **Religions**, v. 1, n. 1, p. 78–85, dez. 2010.

KOENIG, H. G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. Religion index for psychiatric research: a 5-item measure for use in health outcome studies. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, p. 885-886, 1997.

LEITE, A.C.S.; BEZERRA, E.O.; CHAVES, A.C.P.; DA SILVA, F.S.L. Crenças de mulheres com fibromialgia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 10, núm. 4, p. 103-109. 2009.

LEVIN, J.; FOX, J. A. **Estatística para Ciências Humanas**. 9. Ed. São Paulo: Pearson, 2004.

MALHEIRO, R. F. et al. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9779, 24 fev. 2022. <https://doi.org/10.25248/reas.e9779.2022>.

MARIANO, R. Mudanças no campo religioso brasileiro no censo 2010. **Debates do NER**, v. 14, n. 24, p. 119-137, jul./dez. 2013.

MARTINEZ, E. Z. et al. Investigação das propriedades psicométricas do Duke Religious Index no âmbito da pesquisa em Saúde Coletiva. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 419–427, dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201400040016>

MOSQUEIRO, B.P.; DA ROCHA, N.S.; FLECK, M.P.A. (2015). Religiosidade intrínseca, resiliência, qualidade de vida e risco de suicídio em pacientes internados deprimidos. **Jornal de Transtornos Afetivos**, 179, 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.022>

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 361–367, 1 abr. 2012. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000200024>

NUNES, A. R. **Religiosidade, saúde mental e qualidade de vida em mulheres com dor pélvica crônica**. 2019. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

OLIVEIRA, M. R. DE.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 3, p. 469–476, set. 2012.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 34, p. 126–135, 2007. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832007000700016>

PARGAMENT K. I. **The Psychology of Religion and Coping**: Theory, Research, Practice. New York: Guilford, 1997.

PARGAMENT K. I.; KOENIG H. G.; PEREZ L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of RCOPE, **Journal of Clinical Psychology**, 564, p. 519–43, 2000.

PENG-KELLER, S. Ennobling ideas: The world health assembly debates the ‘spiritual dimension (1983-1984). **The Spirit of Global Health. Oxford University PressOxford**, p. 42–61, 2022. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192865502.003.0003>

RIZZARDI, C. D. DO L.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, S. R. D. T. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 483–487, 30 dez. 2010. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104483487>

SOUZA, J. G.; DEVEZAS, A. M. L. DE O.; SANTOS, L. S. C. Avaliação da espiritualidade e religiosidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 63, n. 3, p. 160, 10 dez. 2018. <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2018.63.3.160>

TAUNAY, T. C. et al. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 1, p. 76–81, mar. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000100014>.

VANDECREEK, L.; PAGET, S.; HORTON, R.; ROBBINS, L.; OETTINGER, M.; TAI, K. Religious and nonreligious coping methods among persons with rheumatoid arthritis. **Arthritis Care & Research**, v. 51, n.1, 49–55, 2004. <https://doi.org/10.1002/art.20074>

VERÍSSIMO, A.F.; NETO, F. Religiosidade e bem-estar ao longo da vida. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v.1, n. 1, p. 407-418, 2008.

WOLFE, F. et al. 2016 Revisions to the 2010/2011fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 46, n. 3, p. 319–329, dez. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

XU, J. Pargament’s Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice. **The British Journal of Social Work**, v. 46, n. 5, p.1394-1410. Jul 2016. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv080>.

Submetido em: 19-12-2022

Aceito em: 16-11-2023