

Coping (enfrentamento) religioso/espiritual

Spiritual/religious coping

Raquel Gehrke Panzini¹, Denise Ruschel Bandeira²

¹Psicóloga, doutoranda em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e mestra em Psicologia pela UFRGS.

²Psicóloga, doutora em Psicologia pela UFRGS e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia na UFRGS.

Resumo

Contexto: O *coping* religioso/espiritual (CRE), pouco estudado no Brasil, está associado à saúde e à qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Apresentar revisão de literatura sobre CRE, enfocando sua base teórica, avaliação e aplicação na prática clínica. **Método:** Pesquisa nas bases de dados Medline, PsycINFO, Scielo e Bireme/BVS entre 1979 e 2006. **Resultados:** O CRE é o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse. Estratégias de CRE, conforme conseqüências que trazem para quem as utiliza, podem ser classificadas como positivas ou negativas, estando geralmente associadas, respectivamente, a melhores ou piores resultados de saúde física/mental e QV. Evidências apontam que as pessoas utilizam CRE especialmente em situações de crise e, também, mais CRE positivo que negativo. Existem cinco estilos de CRE: autodireção, colaboração, delegação, súplica e renúncia. **Conclusões:** Instrumentos como RCOPE e Escala CRE podem ajudar na avaliação espiritual do paciente, na pesquisa e no planejamento de intervenções psicospirituais enfocando o processo de CRE. Estas podem ser efetivas, ajudando os pacientes a mais bem utilizar um importante recurso disponível, com significativo impacto na saúde e na QV populacional, e reduzindo custos de intervenção em termos de saúde pública. Assim, o estudo do CRE mereceria ser incluído na formação dos profissionais da saúde.

Panzini, R.G.; Bandeira, D.R. / Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 126-135, 2007

Palavras-chave: *Coping* religioso espiritual, enfrentamento, saúde, qualidade de vida, prática clínica.

Abstract

Background: Spiritual/religious coping (SRC), little studied in Brazil, is associated to health and quality of life (QoL). **Objectives:** To present a literature review about spiritual/religious coping, focusing its theoretical background, assessment and clinical applications. **Methods:** Research on Medline, PsycINFO, Scielo and Bireme/BVS databases between 1979-2006. **Results:** The SRC is the use of religion, spirituality or faith to cope with stress. SRC methods, depending on the consequences that bring to those who use them, can be classified into positive or negative, generally associated to better or worse physical/mental health and QoL outcomes, respectively. Evidences show that people use SRC especially in crisis situations, and also, they use more positive than negative SRC. There are five SRC styles: self-directing, collaborative, deferring, pleading and surrender. **Conclusions:** Instruments as RCOPE and SRCOPE Scale can be helpful to patient's spiritual evaluation, to researches and for planning psychospiritual interventions focused on the SRC process. Those can be effective in helping patients to better use an important available resource, with high impact on population's health and QoL, and potential to reduce public health costs. So, SRC studies would deserve to be included in health professionals graduate courses.

Panzini, R.G.; Bandeira, D.R. / Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 126-135, 2007

Key-words: Spiritual coping, religious coping, health, quality of life, professional practice.

Introdução

Atualmente, existem muitas evidências empíricas conectando religião/espiritualidade à saúde (George *et al.*, 2000; Koenig, 2000b; Koenig *et al.*, 2001; Siegel *et al.*, 2001), tanto física (Koenig, 2001c; McIntosh e Spilka, 1990) quanto mental (Koenig, 2001a; Tepper *et al.*, 2001), à qualidade de vida (Koenig *et al.*, 1998b; Pargament *et al.*, 1998a, 2001a) e a outros construtos relacionados, como bem-estar (Pargament *et al.*, 2001b). Um dos construtos religiosos/espirituais que tem demonstrado indícios de relação com saúde física e mental e um dos mais utilizados para pesquisar tal relação é o *coping* religioso/espiritual (Fetzer Institute/National Institute of Aging (NIA) Working Group, 1999). Assim, este artigo tenciona revisar o conceito de *coping* religioso/espiritual, sua base teórica, os instrumentos e pesquisas disponíveis e comentar suas possíveis aplicações na prática clínica. Visando a tal objetivo, inicialmente se revisarão a literatura sobre associação entre religião/espiritualidade e saúde e os conceitos de estresse e *coping*.

Relação entre saúde e religião/espiritualidade

A vasta maioria das pesquisas indica que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental. De 225 estudos investigando a relação com saúde física, a maioria verificou resultados benéficos do envolvimento religioso em relação a dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade (Koenig, 2001c). De quase 850 pesquisas examinando a relação com saúde mental, a maioria endossa associação do envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias (Koenig *et al.*, 2001). Da perspectiva da saúde pública, estudos demonstram que pessoas que apresentam envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar/abusar de álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extramaritais, delinquência e crime, especialmente os adolescentes, nos quais ainda é negativamente relacionado com suicídio e atividade sexual/gravidez prematuras e positivamente a valores pró-sociais (Koenig, 2001a).

Em parte como consequência desses achados, o *Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais IV* realizou mudanças significativas em sua apresentação da religião, removendo freqüentes ilustrações negativas desta na psicopatologia e incluindo o Código V para Problemas Religiosos e Espirituais (Weaver *et al.*, 1998). As conexões positivas encontradas, entretanto, não significam que todas as religiões ou alguma em particular sempre promovam emoções humanas positivas, rela-

cionamentos satisfatórios ou estilos de vida saudáveis (Koenig, 2001a). A religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais (Koenig, 2001c). Pode ser usada para induzir culpa, vergonha, medo ou justificar raiva e agressão. Como agente de controle social, pode ser restritiva e limitante, isolando socialmente aqueles em desacordo com os padrões religiosos. No geral, entretanto, as principais religiões com tradições bem estabelecidas e lideranças responsáveis tendem a promover mais experiências humanas positivas que negativas (Koenig, 2001a).

A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados a maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças (Lawler e Younger, 2002). Vários estudos enfatizam o desempenho da religião/espiritualidade como fator de proteção à saúde, acelerando a remissão (Koenig *et al.*, 1998a) e prevenindo a recaída (Miller *et al.*, 1997) da depressão, por exemplo. Na linha da psicologia positiva (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000), na qual são privilegiados aspectos positivos da experiência humana e não a doença, inserem-se estudos relacionando espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida (QV) (Panzini, 2004; Panzini e Bandeira 2005b; Rocha *et al.*, 2002), conceito subjetivo e genérico que, além de saúde física e psicológica, envolve ambiente, cultura, sistema de valores e formas de relação do indivíduo (WHOQOL Group, 1994). Assim, medidas de QV têm incluído/avaliado a dimensão espiritual/religiosa, como os Instrumentos de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, WHOQOL-100 (Fleck *et al.*, 1999) e WHOQOL-SRPB (Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais) (Fleck *et al.*, 2003).

Koenig (2001b), destacado pesquisador na área, afirma que existem quatro razões para associação entre religião e saúde: crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (adolescência/casamento/morte); e crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis. Os mecanismos por meio dos quais religião/espiritualidade pode afetar a saúde, no entanto, ainda não estão bem esclarecidos. Existem duas hipóteses explicativas: 1) relação mediada (vários mediadores psicológicos/sociais/fisiológicos explicariam os efeitos encontrados); 2) relação direta (os efeitos encontrarse-iam na própria natureza da religião/espiritualidade, influenciando a saúde) (Hill e Pargament, 2003). Dada a complexidade dessa relação, alguns modelos teóricos foram propostos por Dull e Skokan (1995), Koenig

(2001b), Lilliston e Klein (1991) e Nooney e Woodrum (2002). O *coping* religioso/espiritual pode contribuir nessa investigação, pois tem sido citado como melhor preditor de resultados de saúde (Koenig *et al.*, 1998b), além de estar associado a aperfeiçoamento do *coping*, maior suporte social e menores índices de desordens emocionais e comportamentos que possam afetar adversamente saúde e relacionamentos humanos (Koenig, 2001a), e por considerar os aspectos positivos e negativos da religião/espiritualidade.

Base teórica do conceito de *coping* religioso/espiritual

O conceito de *coping* religioso/espiritual está inserido nas áreas da psicologia cognitivo-comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva, psicologia da saúde e do escopo de estudos sobre religião e saúde, medicina e espiritualidade, tendo sido delineado a partir do estudo cognitivista do estresse e do *coping*. Não há consenso na definição de estresse. Este tem sido definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão de tal situação (Lipp e Rocha, 1994). Lazarus e Folkman (1984) definem o estresse psicológico como a relação entre pessoa e contexto ambiental que é percebida como indo além do que aquela pode suportar, excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar. Enquanto mobilização dos recursos pessoais diante das exigências do meio é estado normal/benéfico, mas perante demandas exageradas torna-se fonte de distúrbios (Paiva, 1998). A exposição frequente/intensa/crônica ao estresse está associada a numerosos efeitos adversos na saúde física e mental (Boudreaux *et al.*, 1995). O mecanismo de ação envolve os sistemas nervoso autônomo e endócrino, influenciando o sistema nervoso central e, então, o comportamento manifesto (McIntosh e Spilka, 1990).

Entretanto, o estresse não é o único fator na determinação de seu impacto sobre o indivíduo. O modo como a pessoa lida com o estresse, processo conceituado como *coping*¹, também tem importância crucial, fazendo diferença no funcionamento humano (Lazarus e Folkman, 1984; Pargament, 1997). O *coping* é concebido como o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de manejar situações estressantes.

As estratégias de *coping* pressupõem avaliação cognitiva do fenômeno estressante, podendo ser classificadas, segundo sua função, como estratégias focadas na emoção (dirigidas à regulação da resposta emocional) ou estratégias focadas no problema (ações práticas

dirigidas à solução do evento estressor) (Folkman e Lazarus, 1980). Formas habituais de lidar com o estresse desenvolvem-se em estilos de *coping*, podendo influenciar reações em novas situações e a extensão de estratégias selecionadas. Estas são definidas em termos de tendência (não preferência) a usar uma estratégia em maior/menor grau diante de situações estressantes, sem implicar, necessariamente, presença de traços subjacentes de personalidade predisponentes de determinada resposta (Carver e Scheier, 1994). Então, enquanto estilos de *coping* se referem mais a resultados de *coping* ou características de personalidade e têm sido ligados a fatores relacionados à disposição do indivíduo, estratégias de *coping* se referem a ações cognitivas/comportamentais e têm sido vinculadas a fatores situacionais (Antoniazzi *et al.*, 1998; Carver e Scheier, 1994). Por ser o *coping* um processo de interação entre indivíduo e ambiente, sua função é administrar (reduzir/minimizar/tolerar) a situação estressora, mais que controlá-la ou dominá-la (Folkman e Lazarus, 1980).

O conceito de *coping* religioso/espiritual (CRE)

Existem três meios pelos quais a religião pode estar envolvida no *coping*: pode ser parte, contribuir ou ser resultado/produto do processo de *coping* – os dois últimos exemplificando seu papel bidirecional no *coping* (Pargament, 1997). Para Pargament, autor de referência no tema, quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, ocorre o *coping* religioso. Koenig *et al.* (1998b) o definem como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar conseqüências emocionais negativas de situações de vida estressantes. Tais definições não mencionam explicitamente a espiritualidade, embora esta também se constitua importante fonte de *coping* espiritual, considerada em outras definições. Wong-McDonald e Gorsuch (2000) afirmaram que o *coping* religioso descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas de vida – ressalta-se que a fé pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais. Já Tix e Frazier (1998) o definiram como o uso de técnicas cognitivas ou comportamentais baseadas na religião/espiritualidade de cada um perante eventos de vida estressantes, incluindo a espiritualidade na descrição do conceito, mas ressaltando sua preferência em usar os termos religião/*coping* religioso em vez espiritualidade/*coping* espiritual em virtude da literatura estabelecida na área até então.

¹ *Coping*, palavra inglesa sem tradução literal em português, pode significar "lidar com", "adaptar-se a", "enfrentar" ou "manejar". Alguns estudos brasileiros, conforme literatura estabelecida na área da psicologia da saúde, traduzem *coping* por enfrentamento (Paiva, 1998), palavra que não expressa toda a complexidade do termo, já que enfrentar significa "atacar de frente, encarar, defrontar" (Alves, 1956, p.364) e o *coping*, por vezes, pode revelar-se como fuga, evitação ou negação do estressor. Considerando que tal tradução pode levar a equívocos na compreensão/interpretação do conceito, apesar de mencioná-la, emprega-se neste texto a palavra *coping*, seguindo outros autores, dada sua utilização generalizada pela comunidade científica brasileira (Savóia *et al.*, 1996).

Embora ainda hoje sejam usados como sinônimos², a utilização distinta dos termos religião e espiritualidade cresceu nos últimos anos com o desenvolvimento do campo de estudo. Foi apenas a partir de 1997 que surgiu um movimento discutindo e buscando diferentes conceituações/operacionalizações dessas palavras, visando a uma linguagem teórica uniforme. A diferença tem sido explicada com base em a religião ter o cunho de ser institucionalmente socializada, vinculada a uma doutrina coletivamente compartilhada e/ou praticada, e a espiritualidade referir-se também a buscas e práticas subjetivas, individuais e não-institucionais (George *et al.*, 2000). Por isso, textos mais antigos, e ainda alguns atuais, referem-se somente a *coping* religioso, embora muitas vezes estejam se referindo também a *coping* espiritual (ambos complementares e freqüentemente usados em conjunto).

Um exemplo é a RCOPE Scale (Pargament *et al.*, 2000), composta de itens de *coping* religioso e *coping* espiritual, que, embora tenha sido originalmente denominada apenas como escala de *coping* religioso, em publicação posterior Pargament utiliza o termo *religious/spiritual coping* tanto para denominar a escala quanto para referir-se ao construto que ela mede (Fetzer/NIA Working Group, 1999). Roberto (2004) ressalta, contudo, que o termo *espiritualidade* se reserva ao lado mais elevado e sublime da vida, sendo potencial humano cultivado pelas pessoas independentemente de pertencerem ou não a dada religião. Assim, espiritualidade e a própria religiosidade seriam termos mais amplos que religião. Hill e Pargament (2003), porém, alertam para os perigos de separar demasiadamente religião e espiritualidade, construtos que são relacionados antes que independentes, gerando polarização ou bifurcação excessiva que talvez leve à necessidade infundada de duplicação de medidas de avaliação.

Então, concordando com Pargament (Fetzer/NIA Working Group, 1999) no uso do termo *coping* religioso/espiritual, é definido como o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas de vida, por meio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para manejar o estresse diário e/ou advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida.

Estratégias de CRE

A religião oferece uma variedade de estratégias ou métodos de *coping* (Pargament, 1997) que, contrariando o estereótipo de que seriam meramente defensivos, passivos, focados na emoção ou em formas de negação (Pargament e Park, 1995), se mostram cobrindo toda uma série de comportamentos, emoções, cognições

e relações, servindo a várias funções. Os objetivos do CRE, então, são busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação de vida (os cinco objetivos-chave da religião) (Pargament, 1997; Pargament *et al.*, 2000), e ainda busca de bem-estar físico, psicológico e emocional (Tarakeshwar e Pargament, 2001) e de crescimento e conhecimento espiritual (Panzini, 2004).

Estudos demonstram que o CRE pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para a emoção, bem como à liberação de sentimentos negativos relacionados ao estresse, podendo, então, apresentar caráter não adaptativo (Clark *et al.*, 1995). Assim, em relação aos resultados, pode-se classificar as estratégias de CRE em positivas e negativas (Pargament *et al.*, 1998a, 2000, 2001b). Define-se o CRE positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico etc. Define-se o CRE negativo por envolver estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou freqüentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal etc.

Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de CRE positivo que negativo, para diferentes amostras em diferentes situações estressantes (Pargament *et al.*, 1998a) e que as pessoas utilizam o CRE especialmente em situações de crise (Carver *et al.*, 1989), principalmente diante de problemas relacionados a saúde/doença, envelhecimento e morte (Koenig *et al.*, 1995; Siegel *et al.*, 2001; Tix e Frazier, 1998), à perda de entes queridos (McIntosh *et al.*, 1993) e a guerras (Pargament *et al.*, 1994). A prevalência de uso de CRE, em diferentes estudos, foi de 79% em pacientes hospitalizados e 61,2% em psicóticos internados, em amostras do Reino Unido, e 73,4% em hospitalizados, 86% em hospitalizados e pacientes de cuidado contínuo, 59,1% em pacientes de cuidado contínuo (Harrison *et al.*, 2001) e 80% em pacientes com doença mental crônica (Tepper *et al.*, 2001), em amostras norte-americanas. Quanto à prevalência dos diferentes padrões de CRE, estudo com amostra geral brasileira mostrou que 82,4% apresentaram uso de CRE positivos médio a alto e 48,5% uso de CRE negativo baixo; apenas 0,2% e 6,2% não usavam e 4,7% e 38,6% tinham uso irrisório de CRE positivo e CRE negativo, respectivamente (Panzini, 2004).

2 Koenig (2000c) afirma que usa espiritualidade e religião de forma intercambiável, alegando que a maioria dos norte-americanos não fazem distinção entre esses conceitos.

Pesquisas apontam que estratégias de CRE não são apenas melhores preditoras dos resultados de experiências estressantes do que medidas religiosas globais, mas acrescentam variância única à predição desses resultados, inclusive de saúde e bem-estar, acima e além dos efeitos de estratégias de *coping* não-religioso (Pargament, 1997; Pargament *et al.*, 1992, 1998a, 2001b). O CRE também adiciona componente único à predição de ajustamento psicológico a eventos de vida estressantes que não podem ser explicados por outros preditores estabelecidos: reestruturação cognitiva, suporte social e controle percebido (Tix e Frazier, 1998). Assim, o CRE não pode ser “reduzido” a formas não-religiosas de *coping*.

Estilos de CRE

Pargament *et al.* (1988) propuseram três estilos de *coping* religioso/espiritual baseados nas dimensões *locus* de controle e nível de atividade, subjacentes aos estilos de resolução de problemas. O estilo autodireção (*self-directing*) considera o indivíduo ativo e Deus mais passivo na resolução dos problemas. Não é posição anti-religiosa: baseia-se na premissa de que Deus dá às pessoas liberdade/recursos para dirigirem as próprias vidas. No estilo delegação (*deferring*), o indivíduo passivamente espera que Deus solucione os problemas, outorgando-lhe responsabilidade. No estilo colaboração (*collaborative*), indivíduo e Deus são ativos, havendo co-responsabilidade e parceria na resolução de problemas. Mais tarde, Pargament (1997) propôs a existência de outras abordagens religiosas quanto a controle/responsabilidade na solução de problemas, identificando um quarto estilo de CRE: súplica (*pleading* ou *petitionary*), no qual o indivíduo tenta ativamente influenciar a vontade de Deus mediante rogos/petições por Sua divina intervenção.

Um estilo adicional, renúncia (*surrender*), teoricamente embasado no conceito de auto-renúncia do Novo Testamento (Mateus 10:39, 26:39), foi proposto por Wong-McDonald e Gorsuch (2000). Nesse estilo, o indivíduo escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus. Relaciona-se ao estilo colaboração, pois indivíduo e Deus são ativos na solução dos problemas, mas difere no aspecto sacrificial de submissão da vontade individual. Difere do estilo delegação no aspecto ativo da escolha e do estilo súplica pelo caráter de renúncia à vontade de Deus, em vez da tentativa de influenciá-la.

Usualmente, consideram-se os estilos autodireção, colaboração e renúncia como CRE positivo e delegação e súplica como CRE negativo (Pargament *et al.*, 2000). Entretanto, Panzini (2004) propôs nova classificação positiva e negativa do estilo súplica, segundo análise fatorial na qual alguns itens de súplica carregaram na dimensão positiva, outros na negativa. A diferença proposta reside no teor e forma do pedido: se a pessoa suplica pelo apoio de Deus tentando modificar a vontade divina segundo sua própria vontade, configurar-se-ia em

CRE negativo; se ora ou suplica pelo apoio de Deus, mas respeitando Sua vontade em detrimento da individual, configurar-se-ia em CRE positivo.

Instrumentos de CRE

Inicialmente, as pesquisas acessavam a religião por meio de medidas genéricas de religiosidade, sendo as mais usadas: afiliação/preferência religiosa, frequência de comparecimento à instituição religiosa, frequência de atividade religiosa privada (como prece, estudo/leitura da Bíblia/escrituras sagradas), importância da religião e auto-avaliação/percepção de religiosidade (Koenig *et al.*, 1998b; Nooney e Woodrum, 2002; Pargament *et al.*, 2001a, 2001b; Tarakeshwar e Pargament, 2001). Eram usadas como variáveis únicas (separadamente), ou perfazendo índices globais compostos de duas ou três dessas variáveis. Contudo, a baixa fidedignidade dessas medidas com um ou poucos itens atenua a associação da variável religiosa/espiritual com as variáveis de saúde de interesse, resultando tamanhos de efeito menores do que se teria observado se a variável religiosa/espiritual tivesse sido acessada com medidas mais precisas e abrangentes, indicando a importância/necessidade de instrumentos com boas características psicométricas (validade e confiabilidade) para acessá-la (Hill e Pargament, 2003). Ainda assim, religião/espiritualidade têm sido variáveis surpreendentemente robustas para predizer resultados relacionados à saúde. Por exemplo: em metanálise relacionando envolvimento religioso e mortalidade, representando quase 126 mil participantes, pessoas que apresentaram maiores escores em medidas de envolvimento religioso (a maioria índices globais) tiveram probabilidade 29% maior de sobrevivência no acompanhamento do que pessoas com menor envolvimento religioso (McCullough *et al.*, 2000).

Em 1997, dois painéis convocados pelo National Institute of Healthcare Research e pela associação entre Fetzer Institute e National Institute of Aging revisaram domínios e medidas religiosas/espirituais com evidências de relação com saúde, identificando o *coping* religioso/espiritual e a RCOPE entre estes (George *et al.*, 2000). Mais tarde, o Fetzer/NIA Working Group gerou a Bateria Multidimensional de Medidas de Religiosidade/Espiritualidade para Uso em Pesquisa de Saúde (BMMRS) mediante a compilação de instrumentos de escolha para os domínios: Significado, Valores, Crenças, Comprometimento, Perdão, Preferência Religiosa, História Religiosa/Espiritual, Práticas Religiosas Privadas, Suporte Religioso, Religiosidade Organizacional, Experiências Espirituais Diárias e *Coping* Religioso/Espiritual – identificando os dois últimos como os mais usados em pesquisas e as escalas RCOPE e *Brief* RCOPE como instrumentos de escolha para acessar CRE (Fetzer/NIA Working Group, 1999). Assim, com o desenvolvimento da área foram sendo criadas/desenvolvidas medidas mais robustas, acessando ampla gama de comportamentos espirituais/religiosos. A maioria é quantitativa

(escalas, inventários, questionários e índices), mas alguns esforços de medidas qualitativas foram realizados [entrevistas/levantamentos com questões abertas, estudos de caso (Koenig *et al.*, 2001) e processos narrativos (Ganzevoort, 1998)]. Koenig *et al.* (1995) propuseram um instrumento envolvendo ambas abordagens.

Atualmente, além de itens ou fator incluídos em escalas de *coping* geral (Carver *et al.*, 1989; Seidl *et al.*, 2001; Savóia *et al.*, 1996), o CRE tem sido acessado preferencialmente por meio de escalas específicas desse conceito. Entre as internacionais, encontram-se: Religious Problem-Solving Scale (Pargament *et al.*, 1988), Religious Coping Activities Scale (Pargament *et al.*, 1990, 1992, 1994), Religious Coping Index (Koenig *et al.*, 1995), The Ways of Religious Coping Scale (Boudreaux *et al.*, 1995), Red Flags Religion Coping Scale (Pargament *et al.*, 1998b), RCOPE (Spiritual/Religious Coping) Scale (Pargament *et al.*, 2000) e suas diferentes versões abreviadas chamadas Brief RCOPE Scale, usadas nos estudos de Koenig *et al.* (1998b), Pargament *et al.* (1998a, 2001a, 2001b), Tarakeshwar e Pargament (2001) e Nooney e Woodrum (2002); entre as nacionais: Escala de *Coping* Religioso/Espiritual (Escala CRE) (Panzini, 2005a; Panzini, 2004; Panzini e Bandeira, 2005a); Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (Escala CRE-Breve) (Panzini e Bandeira, 2006) e Escala Breve de Enfrentamento Religioso (Faria e Seidl, 2006). Entre estas se destacam a RCOPE, suas abreviações e suas versões brasileiras. Baseada na estrutura da escala COPE (Carver *et al.*, 1989), a RCOPE foi desenhada para ser teórica e empiricamente embasada, funcionalmente orientada, abrangente, clinicamente válida/significativa e aberta aos aspectos positivos e negativos da religião. Além disso, envolve todos os cinco estilos de CRE até hoje propostos. Estrutura-se de acordo com a cultura religiosa norte-americana, de tradição judaico-cristã, com maioria protestante (evangélicos tradicionais) e católica, mas os autores destacam sua demonstrada aplicabilidade em populações com diferentes crenças e níveis de envolvimento religioso, e no *coping* com problemas diversos. No Brasil, a partir de autorização dos autores, realizaram-se a tradução, adaptação e validação de construto, critério e conteúdo da RCOPE (Panzini, 2004), gerando a Escala CRE (Panzini e Bandeira, 2005a), primeira publicação nacional de avaliação de *coping* religioso/espiritual. Esta foi adaptada à maior diversidade cultural-religiosa brasileira, com inclusão de itens nacionais referentes a 11 novas estratégias de CRE identificadas em entrevistas com líderes religiosos de diversas crenças: uns mais adequados a pessoas de outras religiões (espírita, afro-brasileiras e orientais) ou espiritualizadas sem religião, outros de ação comportamental direta no problema. A partir desta, foi elaborada a Escala CRE-Breve, que está sendo utilizada para validação concorrente do WHOQOL-SRPB (Panzini, 2005a). A Escala Breve de Enfrentamento Religioso (Faria e Seidl, 2006) é uma versão brasileira de uma *Brief RCOPE* (Pargament *et al.*, 1998a, 2001a).

Pesquisas envolvendo o conceito de CRE

Pesquisadores da saúde não estão familiarizados com o estudo psicológico da religião, literatura mais volumosa do que muitos suporiam ainda não amplamente disseminada, pois muitas pesquisas estão publicadas em revistas especializadas não familiares a eles (Hill e Pargament, 2003). Artigos de revisão podem colocar o pesquisador/profissional em contato com o estado da arte na área, como os textos de Siegel *et al.* (2001), Hill e Pargament (2003) e Faria e Seidl (2005). Na tabela 1, apontam-se resumos de algumas pesquisas internacionais com evidências empíricas quanto à associação entre CRE e saúde física/mental.

A literatura nacional também apresenta pesquisas investigando o CRE na população brasileira. Faria e Seidl (2005) investigaram a relação entre CRE e bem-estar subjetivo (BES) em 110 adultos em acompanhamento médico ambulatorial convivendo com HIV/Aids, visando a avaliar o poder preditivo do *coping* (incluindo CRE), da escolaridade e de estados de saúde sobre o componente afetivo do BES. Quase a totalidade da amostra relatou ter crenças religiosas e 90% acreditar que a religiosidade poderia ajudar no *coping* com problemas de saúde. A maioria mostrou uso freqüente de CRE, com predomínio do CRE positivo, que esteve associado à freqüência elevada de práticas religiosas públicas e privadas. Estas últimas e o tipo de religião não mostraram associação com o componente afetivo do BES. Participantes com maior uso de CRE positivo e *coping* focado no problema e menor de *coping* focado na emoção apresentaram escores mais elevados de afeto positivo (como alegria, exaltação, contentamento e felicidade).

Panzini (2004) investigou a relação entre CRE, saúde e qualidade de vida em 616 pessoas entre 13 e 82 anos, avaliadas em locais de atividade religiosa/espiritual ou não (amostra detalhadamente descrita em Panzini e Bandeira, 2005a). Destes, 97,9% acreditavam em Deus, 91,6% consideravam que a religião/espiritualidade tem ajudado no *coping* com o estresse, 56,4% apresentaram alta freqüência religiosa e 45,5%, alta freqüência de atividades religiosas privativas. Muitos declararam ter algum problema de saúde em avaliações objetiva (39,8%) e descritiva (50,6%). Em média, demonstraram alto uso de CRE, com predomínio do positivo, especialmente os mais idosos (46 a 82 anos). Verificaram-se, principalmente, associações positiva entre CRE e QV e negativa entre CRE negativo e QV, levando à proposição da proporção mínima de 2:1 entre CRE positivo e CRE negativo para que se obtenham resultados positivos do CRE na QV (Panzini e Bandeira, 2005b). Aqueles que usaram mais CRE apresentaram melhor QV em todos os domínios do WHOQOL-*bref* (físico, psicológico, relações pessoais, ambiental e global), além de maiores níveis de saúde objetiva, freqüência religiosa e crescimento espiritual. Houve diferença entre distintas religiões/crenças quanto ao uso do CRE (Bongiovanni *et al.*, 2005), em

Tabela 1. Exemplos* de estudos sobre a relação entre CRE e saúde física ou mental em diferentes populações.

População	Descrição do(s) estudo(s)**
Homossexuais HIV-soropositivos	Em 106 homens, alguns tipos de CRE estiveram associados com menos sintomas de depressão, outros com maior contagem de CD4+, independentemente da intensidade dos sintomas físicos (Woods <i>et al.</i> , 1999).
Idosos hospitalizados	Em 832 pacientes, o CRE esteve associado com menores sintomas cognitivos de <i>depressão</i> , mas não sintomas somáticos. Sentimentos de infelicidade, fracasso, desesperança ou que outras pessoas estão melhores, perda de interesse, tédio, isolamento social e impaciência foram significativamente menos comuns entre os que usavam CRE (Koenig <i>et al.</i> , 1995).
Transplantados (rim)	Aos 3 e 12 meses pós-transplante, o uso de CRE esteve associado a melhor <i>ajustamento psicológico</i> em pacientes e seus próximos significativos (n = 174 e 123, respectivamente, no T2), sendo ainda mais efetivo para protestantes que para católicos. Diferentes religiões/crenças podem influenciar o CRE, cujos efeitos positivos não foram mediados por outros preditores conhecidos (ver seção Estratégias de CRE) (Tix e Frazier, 1998).
Pessoas lidando com situações estressantes	Metanálise de 49 estudos envolvendo 13.512 participantes examinou quantitativamente a relação entre CRE e <i>ajustamento psicológico</i> (18 variáveis positivas e 20 negativas). Houve associação positiva moderada entre CRE positivo e ajustamento positivo e modesta entre CRE negativo e ajustamento negativo, e associação negativa modesta entre CRE positivo e ajustamento negativo. Não houve associação entre CRE negativo e ajustamento positivo. O CRE positivo pode ter funções adaptativas/efeitos benéficos e o CRE negativo, funções mal-adaptativas/efeitos prejudiciais. O delineamento transversal não permitiu inferências causais, mas estudos longitudinais citados, com tempo de seguimento entre três semanas e 12 meses, mostraram precedência temporal do CRE sobre ajustamento psicológico (Año e Vasconcelles, 2005).
Populações clínicas	Diferentes estudos mostraram que: o CRE foi preditor negativo de <i>depressão</i> e <i>estresse psicológico global</i> em 104 pacientes do Ambulatório de Medicina de Família; esteve relacionado à menor <i>desesperança</i> e <i>ansiedade</i> em 127 pacientes ambulatoriais com HIV; elevado CRE externo/social esteve associado à menor depressão em 159 pacientes em hemodiálise; e baixos escores de CRE interno/cognitivo e de CRE total estiveram associados com <i>história de atendimento psiquiátrico</i> em 451 pacientes de atendimento primário, indicando que o uso de CRE interno/cognitivo pode estar negativamente associado à <i>utilização de serviços psiquiátricos</i> em pacientes (Martin <i>et al.</i> , 1998).
Doentes mentais crônicos	Entre 436 doentes com transtorno mental diagnosticado havia 18,5 anos, em média, e com 5,7 internações psiquiátricas, o CRE (prece, meditação e leitura da Bíblia) esteve associado a maior <i>gravidade dos sintomas, frustração e deficiências</i> . Maior quantidade de tempo devotada ao CRE, entretanto, esteve relacionada a menor <i>gravidade dos sintomas e frustração</i> . Os autores concluíram que: 1) crises podem incitar o uso de CRE, que, repetido no tempo, pode reduzir sintomas ou sua gravidade; 2) o CRE pode ser potencialmente efetivo nessa população, garantindo sua integração na prática psicológica e psiquiátrica (Tepper <i>et al.</i> , 2001).

*Estudos encontrados nas bases de dados PsycINFO ou Medline.

**Desfechos em *itálico*.

ordem decrescente: espírita, católica, evangélica, outras religiões³, espiritualizados sem religião e ateus/agnósticos. A melhor proporção entre CREs negativo e positivo foi encontrada na religião espírita, e católicos e evangélicos também demonstraram valores bem próximos ao mínimo proposto.

CRE e a prática clínica

Ainda não há consenso sobre como os resultados dos estudos mostrando associação entre religião/espiritualidade, saúde e QV devem ser aplicados na prática clínica de profissionais da saúde. Apesar disso, tanto pacientes quanto pesquisadores da área parecem se posicionar a favor dessa integração teórico-prática: estes ao demonstrarem que querem ser questionados sobre

sua religião/espiritualidade no contexto do cuidado à saúde (Cohen *et al.* apud Connelly e Light, 2003) e aqueles baseados em evidências empíricas, apoiando o desenvolvimento e o uso de intervenções clínicas que enfoquem religião/espiritualidade. Os objetivos dessas poderiam ser: 1) promover ajustamento psicossocial no tratamento de pacientes com câncer (Schnoll *et al.*, 2000); 2) otimizar o cuidado de saúde de mulheres portadoras de HIV deprimidas (Dalmida, 2006); 3) beneficiar pacientes com doenças crônicas (Narayanasamy, 2003); 4) melhorar os resultados de saúde em idosos deprimidos (Koenig *et al.*, 1998a); 5) oferecer recursos úteis a cuidadores de vítimas de demência (Kaye e Robinson, 1994); e 6) como parte essencial do tratamento paliativo de pacientes terminais (Burton, 1998), entre outros.

3 Koenig (2000c) afirma que usa espiritualidade e religião de forma intercambiável, alegando que a maioria dos norte-americanos não faz distinção entre esses conceitos.

Todavia, enquanto existem muitos estudos de associação, há poucos investigando o uso da religião/espiritualidade em intervenções clínicas. Dois estudos foram encontrados (Harrison *et al.*, 2001): em um, comparando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental religiosa e não-religiosa, a psicoterapia religiosa com pacientes religiosos resultou recuperação mais rápida de depressão comparada a terapias seculares (Cole e Pargament, 1999); em outro, testando protocolo psicoterapêutico integrando recursos de CRE para pacientes com câncer, o grupo experimental melhorou mais que o grupo controle (Propst *et al.*, 1992). Tal desproporção ocorre justamente pelo estado da arte do conhecimento na área, que ainda está buscando modelos de como integrar teoria e prática. Assim, salienta-se a necessidade de modelos teóricos de intervenção que possam ser testados em pesquisas, com vistas a embasar possíveis aplicações clínicas futuras.

Para que intervenções religiosas/espirituais apropriadas possam vir a ser inseridas em planos de tratamento de saúde, ressaltam-se a necessidade e a importância da avaliação religiosa/espiritual (Burton, 1998). Koenig (2002) indica enfaticamente aos médicos avaliar a história espiritual do paciente usando dois minutos adicionais da consulta para entender suas crenças religiosas e o papel destas na sua saúde e no *coping* com a doença, lembrando que esta pode ser uma intervenção poderosa em si mesma, com potencial para melhorar o impacto terapêutico de intervenções médicas. A força-tarefa do American College Physicians também faz recomendações sobre a avaliação espiritual (Koenig, 2000a).

Já Tix e Frazier (1998) sugerem que profissionais relevantes deveriam considerar como os indivíduos diferem no seu *coping* religioso/espiritual, pois, inquiridos sobre crenças religiosas e estratégias de CRE dos clientes, profissionais da saúde talvez sejam capazes de ajudá-los mais efetivamente a usar um importante recurso disponível. Instrumentos de CRE poderiam ser úteis, auxiliando na avaliação da demanda e no direcionamento do foco de modelos de intervenção no processo de CRE. Panzini (2004, 2005b) sugere duas possibilidades de modelos de intervenção. O primeiro seria baseado no fato de o estilo de *coping* ser apenas uma tendência ao uso de certas estratégias, o que abriria espaço para intervenções voltadas para mudanças no estilo de CRE individual, de negativo para positivo. O segundo basear-se-ia no fato de o CRE total e de o CRE positivo estarem associados a melhores resultados de saúde e QV na literatura, e o CRE negativo, a piores resultados, indicando a viabilidade e possível efetividade de intervenções para incrementar o uso qualitativo do CRE praticado pelo paciente, adaptado às suas crenças. Existiriam duas maneiras para tanto: uma encorajando o uso de CRE positivo – neste sentido, Narayanasamy (2003) e Kaye e Robinson (1994) apontam o uso de fé, preces, perdão e leitura de materiais espirituais como tipos de CRE que poderiam ser endossados – e outra desencorajando o uso de CRE negativo, oferecendo

recursos para que o paciente possa mais bem lidar com conflitos que o levem a utilizar o último.

As intervenções anteriormente citadas poderiam ser realizadas por meio de psicoterapia, meio de excelência para a escuta e resolução de conflitos. Esta pode incorporar a exploração do aspecto espiritual/religioso mais facilmente, como já o faz quanto aos fatores psicossociais e outros aspectos da vida dos pacientes, proporcionando espaço para apoio, ressignificação e mudança. Ano e Vasconcelles (2005) alertam que deve caber aos clínicos a iniciativa de falar sobre questões espirituais/religiosas, porque os pacientes que as usam como recurso podem trazê-las espontaneamente, mas aqueles para os quais se tornam um fardo podem apresentar resistência, por medo de rejeição, discordância de valores ou medo de que suas crenças/práticas religiosas sejam encaradas como patológicas por seus terapeutas. Josephson (2004) observa, no entanto, que para muitos psiquiatras de crianças e adolescentes integrar religião/espiritualidade à prática clínica parece complicar uma tarefa já árdua, por confrontá-los com questões sobre quando, como e em que profundidade discutir esses temas e quando referir a um profissional religioso/espiritual. Conclui, todavia, que a importância dos fatores religiosos/espirituais na vida de muitas crianças e suas famílias não deixa outra opção senão abordá-los o mais diretamente possível, valendo o esforço, pois em muitos casos abrirão novas áreas para a melhora clínica dos pacientes.

Os resultados de Panzini (2004) endossam a exploração do CRE na psicoterapia, pois apontaram para a hipótese de que problemas emocionais poderiam dificultar um bom uso qualitativo do CRE, indicando que intervenções em nível psicológico poderiam facilitar esse uso, potencializando seus efeitos positivos. Tais intervenções poderiam ser realizadas na rede pública ou privada, como parte de tratamentos convencionais, ou por meio de grupos de apoio ou grupos terapêuticos enfocando o *coping* com a doença (entre eles o CRE), ou, ainda, enfocando religião/espiritualidade em relação a doença e/ou outro fator estressor. Assim, intervenções focadas no processo de CRE poderiam ser efetivas e beneficiar agentes de saúde pública em função de seu potencial para reduzir custos de intervenção e seu significativo impacto na saúde e na qualidade de vida da população (Panzini e Bandeira, 2005b).

Outros autores vão além, argumentando que profissionais e agentes de saúde mental devem dar ao *coping* religioso/espiritual um lugar natural no tratamento, avaliação e pesquisa. Também, que se precisa introduzir a psicologia positiva do CRE como parte-padrão de qualquer rotina de avaliação mental, examinando a efetividade das práticas de CRE utilizadas e o modo como estas podem cambiar durante crises no tratamento clínico-psicoterápico ou em episódios de exacerbação/piora dos sintomas (Richards e Bergin, 2002 apud Ano e Vasconcelles, 2005; Tepper *et al.*, 2001). No entanto, apesar de alguns profissionais já estarem começando a incorporar intervenções psicoespi-

rituais em seus atendimentos (Ano e Vasconcelles, 2005), entende que mais estudos empíricos sejam necessários, especialmente experimentais testando modelos teóricos, para que intervenções espiritualmente embasadas possam ser efetivamente inseridas nas práticas tradicionais de saúde mental e física. Para tanto são necessários profissionais com adequada formação nessa área.

Conclusões

O CRE é um conceito importante e atual. Constitui variável ímpar para investigação das relações entre religião/espiritualidade e saúde ao possibilitar o estudo de estratégias positivas e negativas, que parecem importantes para explicar, dirimir e solucionar as ambigüidades encontradas nessa relação. As escalas de CRE podem ser úteis na pesquisa e na prática clínica, auxiliando a aprofundar o conhecimento na área ou orientando o planejamento e a implementação de intervenções adequadas em contextos de tratamento à saúde.

Para que essas intervenções sejam consideradas, faz-se necessário incorporar na formação curricular de médicos, psicólogos e outros profissionais da saúde o estudo científico dos aspectos espirituais/religiosos em sua relação com saúde física/mental, qualidade de vida e variáveis psicossociais de interesse, instrumentando-os a mais bem lidar com essas questões e demandas no atendimento de seus pacientes. Isto proporcionará diminuir as dúvidas e conflitos que atualmente ainda existem (inclusive conflitos existenciais dos próprios profissionais pela dissonância entre suas crenças religiosas e o papel que a ciência e/ou a teoria psicológica que utilizam confere à religião/espiritualidade) e permitirá melhor aproveitamento desse recurso no diagnóstico, tratamento e prevenção de problemas de saúde. Tal incorporação já vem ocorrendo nos Estados Unidos (Koenig, 2002; Koenig, 2005) e está se iniciando no Brasil (Oliveira, 2005), onde ainda necessita de implementação mais consistente e sistemática. Finalizando, salienta-se que questionar o paciente sobre *coping* religioso/espiritual pode configurar um modo de intervenção, fazendo-o voltar-se a esse tema no *coping* com a doença, incrementando possíveis benefícios que possam advir disso.

Agradecimento

Raquel Gehrke Panzini recebeu apoio financeiro da Capes durante o mestrado que gerou parte deste artigo.

Referências

- Alves, A.T. - *Dicionário moderno da língua Portuguesa*. Edições Úteis, São Paulo, 1956.
- Ano, G.G.; Vasconcelles, E.B. - Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol* 61(4):461-480, 2005.
- Antoniazzi, A.S.; Dell'Aglio, D.D.; Bandeira, D.R. - O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)* 3(2):273-294, 1998.
- Bongiovanni, J.; Panzini, R.G.; Bandeira, D.R. - *O coping religioso-espiritual em diferentes religiões/crenças*. In: XVII Salão de Iniciação Científica e XIV Feira de Iniciação Científica/UFRGS: Livro de Resumos [CD-ROOM]. PROPEAQ/UFRGS, Porto Alegre, pp. 852-3, 2005. (Disponível em: <http://www.ufrgs.br/propeaq/resumossic2005.htm>)
- Boudreaux, E.; Catz, S.; Ryan, L.; Amaral-Melendez, M.; Brantley, P.J. - The ways of religious coping scale: reliability, validity, and scale development. *Assessment* 2(3):233-244, 1995.
- Burton, L.A. - The spiritual dimension of palliative care. *Semin Oncol Nurs* 14(2):121-128, 1998.
- Carver, C.S.; Scheier, M.F. - Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *J Pers Soc Psychol* 66(1):184-95, 1994.
- Carver, C.S.; Scheier, M.F.; Weintraub, J.K. - Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 56:267-83, 1989.
- Clark, K.A.; Bormann, C.A.; Cropanzano, R.S.; James, K. - Validation evidence for three coping measures. *J Pers Assess* 65:434-455, 1995.
- Cole, B.; Pargament, K.I. - Re-creating your life: a spiritual/ psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology* 8:395-407, 1999.
- Connelly, R.; Light, K. - Exploring the "new" frontier of spirituality in health care: identifying the dangers. *J Relig Health* 42(1):35-46, 2003.
- Dalmida, S.G. - Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with HIV/AIDS: integrating into mental health care. *Issues Ment Health Nurs* 27(2):185-198, 2006.
- Dull, V.T.; Skokan, L.A. - A cognitive model of religion's influence on health. *J Soc Issues* 51(2):49-64, 1995.
- Faria, J.B.; Seidl, E.M.F. - Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 18(3):381-389, 2005.
- Faria, J.B.; Seidl, E.M.F. - *Escala Breve de Enfrentamento Religioso*: adaptação para a língua portuguesa e análise da estrutura fatorial. Manuscrito não-publicado, 2006.
- Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group. *Multidimensional measurement of religiousness, spirituality for use in health research*: a report of a national working group. Fetzer Institute, Kalamazoo, MI, 2003 (1999).
- Fleck, M.P.A.; Borges, Z.N.; Bolognesi, G.; Rocha, N.S. - Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública* 37(4):446-455, 2003.
- Fleck, M.P.; Louzada, S.; Xavier, M.; Cachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. - Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública* 33:198-205, 1999.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S. - An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 21:219-239, 1980.
- Ganzevoort, R.R. - Religious coping reconsidered - Part 2: a narrative reformulation. *J Psychol Theol* 26(3):260-275, 1998.
- George, L.K.; Larson, D.B.; Koenig, H.G.; McCullough, M.E. - Spirituality and health: what we know, what we need to know. *J Soc Clin Psychol* 19(1):102-116, 2000.
- Harrison, M.O.; Koenig, H.G.; Hays, J.C.; Eme-Akawari, A.G.; Pargament, K.I. - The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *Int Rev Psychiatry* 13:86-93, 2001.
- Hill, P.C.; Pargament, K.I. - Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Am Psychol* 58(1):64-74, 2003.
- Josephson, A.M. - Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 13(1):71-84, 2004.
- Kaye, J.; Robinson, K.M. - Spirituality among caregivers. *Image J Nurs Sch* 26(3):218-221, 1994.
- Koenig, H.G. Medicine and religion [Correspondence]. *N Engl J Med* 343(18):1339-1342, 2000a.
- Koenig, H.G. - Religion and Medicine I: historical background and reasons for separation. *Int J Psychiatry Med* 30(4):385-398, 2000b.
- Koenig, H.G. - Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice [Essay]. *JAMA* 284(13):1708, 2000c.
- Koenig, H.G. - Religion and Medicine II: religion, mental health and related behaviors. *Int J Psychiatry Med* 31(1):97-109, 2001a.
- Koenig, H.G. - Religion and Medicine III: developing a theoretical model. *Int J Psychiatry Med* 31(2):199-216, 2001b.
- Koenig, H.G. - Religion and Medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *Int J Psychiatry Med* 31(3):321-336, 2001c.

- Koenig, H.G. - *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. Templeton Press Foundation, Pennsylvania, 2002, 123p.
- Koenig, H.G. - Seminário internacional: espiritualidade no cuidado com o paciente [2 DVDs, vídeos 1 e 2]. In: *MEDNESP 2005: V Congresso Nacional da Associação Médico-Espírita do Brasil* [13 DVDs, vídeos 1 a 13]. São Paulo, 2005. (Disponível em: <http://www.amebrasil.org.br/html/vid.htm>).
- Koenig, H.G.; George, L.K.; Peterson, B.L. - Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 155:536-542, 1998a.
- Koenig, H.G.; Pargament, K.I.; Nielsen, J. - Religious coping and health status in medical ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis* 186(9): 513-521, 1998b.
- Koenig, H.G.; Larson, D.B.; Larson, S.S. - Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother* 35:352-359, 2001.
- Koenig, H.G.; Cohen, H.J.; Blazer, D.G.; Kudler, H.S.; Krishnan, K.R.R.; Sibert, T.E. - Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics* 36(4):369-375, 1995.
- Lawler, K.A.; Younger, J.W. - Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *J Relig Health* 41(4):347-362, 2002.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S. - *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company, New York, 1984.
- Lilliston, L.; Klein, D.G. - A self-discrepancy reduction model of religious coping. *J Clin Psychol* 47(6):854-860, 1991.
- Lipp, M.E.N.; Rocha, J.C. - *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento ao hipertenso*. Papirus, Campinas, 1994.
- Martin, P.D.; Catz, S.L.; Boudreaux, E.; Brantley, P.J. - Ways of Religious Coping Scale. In: Zalaquett, C.P.; Wood, R.J. (Eds.) *Evaluating stress: a book of resources*. v.2. Scarecrow Press, Lanham, MD, pp. 337-352, 1998.
- McCullough, M.E.; Hoyt, W.T.; Larson, D.B.; Koenig, H.G.; Thoresen, C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology* 19(3):211-222, 2000.
- McIntosh, D.; Spilka, B. - Religion and physical health: the role of personal faith and control beliefs. *Res Soc Sci Study Relig* 2:167-194, 1990.
- McIntosh, D.; Silver, R.C.; Wortman, C.B. - Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. *J Pers Soc Psychol* 65:812-821, 1993.
- Miller, L.; Warner, V.; Wickramaratne, P.; Weissman, M. Religiosity & depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1416-1425, 1997.
- Narayanasamy, A. - Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs* 11(22):1461-1470, 2003.
- Nooney, J.; Woodrum, E. - Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model. *J Sci Study Relig* 41(2):359-368, 2002.
- Oliveira, E. - *Medicina e espiritualidade na educação médica* [1 DVD, vídeo 3]. In: *MEDNESP 2005: V Congresso Nacional da Associação Médico-Espírita do Brasil* [13 DVDs, vídeos 1 a 13]. São Paulo, 2005. (Disponível em: <http://www.amebrasil.org.br/html/vid.htm>).
- Paiva, G. J. - AIDS, psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 14(1): 27-34, 1998.
- Panzini, R.G. - *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)*: tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004. 238p. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 238 p., 2004.
- Panzini, R.G. - *Aplicação da versão em português do WHOQOL - Módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (SRPB) e investigação das relações entre saúde, qualidade de vida e SRPB*. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 40 p., 2005a.
- Panzini, R.G. - *O uso de instrumentos de avaliação da espiritualidade no cuidado com o paciente* [1 DVD, vídeo 13-Bloco B]. In: *MEDNESP 2005: V Congresso Nacional da Associação Médico-Espírita do Brasil*, [13 DVDs, vídeos 1 a 13]. São Paulo, 2005b. (Disponível em: <http://www.amebrasil.org.br/html/vid.htm>).
- Panzini, R.G.; Bandeira, D.R. - Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo* 10(3):507-516, 2005a.
- Panzini, R.G.; Bandeira, D.R. - Quality of life and spiritual-religious coping relations. *Qual Life Res* 14(9):2106-2107, 2005b.
- Panzini, R.G.; Bandeira, D.R. - Validação da Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada (Escala CRE-Breve). Manuscrito não-publicado, 2006.
- Pargament, K.I. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. Guilford Press, New York, 548p., 1997.
- Pargament, K.I.; Park, C.L. - Merely a defense? The variety of religious means and ends. *J Soc Issues* 51(2):13-32, 1995.
- Pargament, K.I.; Koenig, H.G.; Perez, L.M. - The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 56(4):519-543, 2000.
- Pargament, K.I.; Koenig, H.G.; Tarakeshwar, N.; Hahn, J. - Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med* 13(27):1881-5, 2001a.
- Pargament, K.I.; Smith, B.W.; Koenig, H.G.; Perez, L.M. - Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig* 37(4):710-724, 1998a.
- Pargament, K.I.; Tarakeshwar, N.; Ellison, C.G.; Wulff, K.M. - Religious coping among religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *J Sci Study Relig* 40(3):497-513, 2001b.
- Pargament, K.I.; Kennell, J.; Hathaway, W.; Grevenoged, N.; Newman, J.; Jones, W. - Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *J Sci Study Relig* 27(1):94-104, 1988.
- Pargament, K.I.; Olsen, H.; Reilly, B.; Falgout, K.; Ensing, D.S.; Haitsma, K.V. - God help me (II): the relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *J Sci Study Relig* 31(4):504-513, 1992.
- Pargament, K.I.; Zinnbauer, B.J.; Scott, A.B.; Butter, E.M.; Zerowin, J.; Stanik, P. - Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *J Clin Psychol* 54(1):77-89, 1998b.
- Pargament, K.I. et al. - God help me (I): religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *J Sci Study Relig* 18(6):504-513, 1990.
- Pargament, K.I. et al. - Methods of religious coping with the Gulf War: cross-sectional and longitudinal analyses. *J Sci Study Relig* 33(4): 347-361, 1994.
- Propst, L.R.; Ostrom, R.; Watkins, P.; Dean, T.; Mashburn, D. - Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60:94-103, 1992.
- Roberto, G.L. - Espiritualidade e saúde. In: Teixeira, E.F.B.; Muller M.C.; Silva J.D.T. (orgs.) *Espiritualidade e qualidade de vida*. EDIPUCRS, Porto Alegre, pp. 151-163, 2004.
- Rocha, N.S.; Borges, Z.N.; Fleck, M.P.A. - Health status and quality of life: the effect of spirituality/religiosity/personal beliefs. *Qual Life Res* 11(7):654, 2002.
- Savóia, M.G.; Santana, P.R.; Meijas, N.P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP* 7(1/2):183-201, 1996.
- Schnoll, R.A.; Harlow, L.L.; Brower, L. - Spirituality, demographic and disease factors, and adjustment to cancer. *Cancer Pract* 8(6): 298-304, 2000.
- Seidl, E.M.F.; Tróccoli, B.T.; Zannon, C.M.L.C. - Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 17(3):225-234, 2001.
- Seligman, M.E.; Csikszentmihalyi, M. - Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* 55(1):5-14, 2000.
- Siegel, K.; Anderman, S.J.; Schrimshaw, E.W. - Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health* 16(6):631-653, 2001.
- Tarakeshwar, N.; Pargament, K.I. - Religious coping in families of children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabl* 16(4):247-260, 2001.
- Tepper, L.; Rogers, S.A.; Coleman, E.M.; Malony, H.N. - The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatr Serv* 52:660-665, 2001.
- Tix, A.P.; Frazier, P.A. - The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *J Consult Clin Psychol* 66(2): 411-422, 1998.
- Weaver, A.J.; Samford, J.A.; Larson, D.B.; Lucas, L.A.; Koenig, H.G.; Patrick, V. - A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991-1995. *J Nerv Ment Dis* 186(3):187-189, 1998.
- WHOQOL Group. - The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J.; Kuyken, W. (Eds.) *Quality of life assessment: international perspectives*. Springer Verlag, Heidelberg, pp. 41-60, 1994.
- Wong-McDonald, A.; Gorsuch, R.L. - Surrender to God: an additional coping style? *J Psychol Theol* 28(2):149-161, 2000.
- Woods, T.E.; Antoni, M.H.; Ironson, G.H.; Kling, D.W. - Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *J Psychosom Res* 46(2):165-176, 1999.