

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

***Coping* religioso: implicações para a prática clínica**

**Hérica Landi de Brito**

Goiânia – Goiás

Março de 2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

***Coping* religioso: implicações para a prática clínica**

**Hérica Landi de Brito**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

Goiânia – Goiás

Março de 2011



Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa

Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Folha de Avaliação

Hérica Landi de Brito

***Coping religioso: implicações para a prática clínica***

Esta dissertação foi apresentada à banca como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, março de 2011

**BANCA EXAMINADORA**

Dr. Sebastião Benício da Costa Neto / PUC-GOIÁS (Presidente da Banca)

Dra. Elisa Tavares Sanabio Heck/UFG (Membro Convidado)

Dra. Kátia Barbosa Macêdo/PUC-GOIÁS (Membro Convidado)

Dr. Fábio Jesus Miranda/ PUC-GOIÁS (Membro Suplente)

## Resumo

O presente estudo apresenta uma pesquisa empírica que aborda o *coping* religioso de pessoas em psicoterapia diante situações de estresse. A primeira parte, corresponde à uma revisão teórica da literatura relacionada aos temas: estresse, saúde, *coping*, *coping* religioso e Psicoterapia. A segunda parte, em formato de artigo científico empírico, que, por sua vez, descreve a análise qualitativa de entrevistas com oito pessoas em psicoterapia cognitivo-comportamental. Os dados indicam que os participantes utilizaram sua dimensão religiosa para lidar com situações de crise, de modo que se pode dizer que esta se constituiu em um importante recurso de *coping* diante das dificuldades que surgiram em suas vidas, mas sem receber a devida atenção por parte dos seus psicoterapeutas. Os resultados sublinham a importância de pesquisadores e psicólogos clínicos reconhecerem e estarem atentos quanto à presença e influência do *coping* religioso na vida de seus clientes. Assim, a teoria de *coping* poderia ser integrada na psicologia clínica com o intuito de desenvolver métodos psicoterápicos que considerem a religião como um recurso de *coping*.

Palavras-chave: estresse, *coping*, religião, *coping* religioso, psicoterapia.

## Abstract

This study presents an empirical research which approaches the religious  *coping*  of people in psychotherapy before stressful situations. The first part corresponds to a theoretical revision of literature related to the themes: stress, health,  *coping* , religious coping and psychotherapy. The second one, in empirical scientific article form, which, in turn, describes the qualitative analysis of interviews with eight people in cognitive-behavioral psychotherapy. The data indicate that the participants used their religious dimension to deal with crisis situations, in a way it is possible to say that this constituted an important  *coping*  resource before difficulties that arose in their lives, but without receiving the pertinent attention by their psychotherapists. Results underline the importance of clinical researchers and psychologists to recognize and be alert about both presence and influence of religious  *coping*  in their clients' lives. Thus, the theory of  *coping*  could be integrated in clinic psychology with the intention of developing psychotherapeutic methods that consider religion as a  *coping*  resource.

Keywords: stress,  *coping* , religion, religious  *coping* , psychotherapy.

## Sumário

Apresentação.....	8
Introdução.....	15
Capítulo I – O papel da religião no <i> coping </i> e na psicoterapia .....	20
1- Perspectiva Relacional do Estresse no âmbito da saúde .....	21
2- Construção de um conceito de <i> Coping </i> .....	22
3- <i> Coping </i> religioso.....	28
4-Religião, <i> Coping </i> religioso e Psicoterapia.....	34
Referências.....	44
Capítulo II– <i> Coping </i> religioso de clientes em psicoterapia cognitivo-comportamental..	54
Folha de Rosto Sem Identificação.....	54
Resumo.....	55
Abstract.....	56
<i> Coping </i> religioso de clientes em psicoterapia cognitivo-comportamental.....	57
Método.....	62
Tipo de estudo.....	62
Participantes.....	62
Instrumentos.....	63
Procedimentos.....	63
Resultado e Discussão.....	64
Considerações Finais.....	78
Referências.....	81
Anexos.....	89
Anexo 1: Carta convite para participante.....	90

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
Anexo 3: Questionário Sócio-demográfico.....	95
Anexo 4: Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada.....	96
Anexo 5: Diretrizes para o autor da revista Psicologia: Teoria e Pesquisa.....	98

## **Apresentação**

Entre os anos de 2005 e 2009, participei como integrante do grupo de estudos “Psicologia Social da Religião na Pós-modernidade”, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), orientado pelo Dr. Cláudio Ivan de Oliveira, professor desta instituição. O objeto de estudo deste grupo era o fenômeno religioso enfocado sob o ponto de vista das Ciências da Religião. Diferentemente de uma postura teológica, que aborda a religião a partir da fé com o intuito de compreender seus enunciados, o referido grupo assumia uma perspectiva que considerava a religião enquanto fenômeno social, histórico, antropológico e psicológico. O método utilizado era o estudo de clássicos das Ciências da Religião, Psicologia e Sociologia.

Concomitantemente, entre 2006 e 2007, orientada pelo mesmo professor, realizei uma pesquisa empírica intitulada “Uma perspectiva sócio-psicológica de compreensão do paradigma psico-hermenêutico do binômio saúde-doença do Neopentecostalismo nas igrejas: Universal do Reino de Deus e Igreja Fonte da Vida”.

Durante esses anos no grupo de estudo fui também monitora da disciplina “História da Psicologia”, do primeiro período do curso de Psicologia. E, acredito que o contato com a Psicologia Social da Religião ressignificou o meu modo de olhar para o processo de construção da Psicologia no âmbito acadêmico. Lendo textos de ambas as disciplinas tornava-se claro o quanto a Psicologia, para se constituir enquanto ciência autônoma, abraçou um ideal cientificista baseado em concepções positivistas e naturalistas com o intuito de ganhar um *status* científico no século XIX. Este fato ocasionou que a religião fosse considerada por muitos psicólogos um tópico impróprio para a investigação científica.

No entanto, as experiências no grupo de estudos e na pesquisa me fizeram ver a Psicologia também como uma Ciência da Religião e que a religião poderia, sim, ser estudada cientificamente, embora com outros métodos um tanto quanto alheios ao das ciências naturais.

Por outro lado, nas disciplinas curriculares do meu curso de graduação em Psicologia, a presença da Psicologia da Religião se fazia ausente. A Universidade na qual me graduei não oferecia disciplinas na área. Os psicólogos e professores os quais tinha contato, na sua maioria, preferiam manter certa distância de assuntos sobre religião. Como os cientistas e intelectuais da saúde mental no século XX, muitas vezes, atribuíam à religiosidade um efeito negativo para o funcionamento psicológico partindo de teorias e opiniões pessoais sem base em investigações sistematizadas. Nada falava sobre religião nas disciplinas teóricas ou práticas. Ou quando falava era de modo enviesado, partindo de um ponto de vista pré-concebido: a religião era ligada a sintomas psicóticos em pacientes psiquiátricos, ou tida como um conjunto de valores morais que impediam os indivíduos desenvolverem sua autonomia de forma plena ou era mais um item caracterizador de perfis sócio-demográficos de sujeitos. Os que demonstravam certo respeito e interesse pelo tema, na maioria das vezes, não tinham leituras e domínio teórico sobre o mesmo. A consequência era a de que a religião não era um tema contemplado na prática psicológica, sobretudo, na clínica.

Embora muitos pesquisadores e estudiosos se mantenham desinformados ou desinteressados sobre o tema, um grande corpo de pesquisa empírica concernente à Psicologia da Religião já existe, mas, está concentrado, sobretudo, em periódicos internacionais especializados no estudo científico da religião (Cambuy, Amatuzzi &

Antunes, 2006), o que contribui para que tais estudos sejam pouco conhecidos no meio acadêmico brasileiro (Pessanha & Andrade, 2009).

Além do mais, organizações científico-profissionais têm incluído divisões ou grupos de interesse especialmente dedicados a essa área de estudo como a *Association for the Advancement of Behavior Therapy*, a *American Psychological Association's Division 36* e a *Society of Behavioral Medicine* e vários instrumentos têm sido desenvolvidos e estão disponíveis para investigação do tema (Miller & Thoresen, 2003).

Paiva et al. (2009), ao apresentarem uma apreciação teórico-crítica da Psicologia da Religião no Brasil, no período de 1956 a 2005, observaram um aumento gradativo do número e do rigor metodológico de estudos publicados, sobretudo, a partir da década de 1990. Constaram ainda que, embora tenha prevalecido, ao longo das décadas, uma abordagem conceitual de pesquisa, tem crescido o número de estudos empíricos e aplicados.

Entre os autores que vêm realizando estudos nesta área, no Brasil, podem-se citar os trabalhos de Paiva (1990, 2002); Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004); Pinto (2006); Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck (2007); Cerqueira-Santos (2008); Fornazari e Ferreira (2010); os realizados pelo Grupo de Pesquisa do CNPq: “Psicologia Social da Religião” e pelo Grupo de Trabalho “Psicologia & Religião”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP) que também realizam os seminários bienais “Psicologia e Senso Religioso”.

Em âmbito nacional, a Psicologia da Religião, tem conquistado, gradualmente, seu reconhecimento por parte da comunidade acadêmica brasileira, o que pode ser expresso de diversas formas: a “Psicologia da Religião” é um tópico inserido na classificação das várias especializações da Psicologia pelo Conselho Nacional de

Pesquisa Científica e Tecnológica (CNPq) e pela Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP). Além do mais, agências de fomento como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e o CNPq, instituições universitárias, e os programas de pós-graduação amparados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), têm oferecido auxílio para a organização dos seminários “Psicologia e Senso Religioso” (Paiva et al., 2009).

Porém, esses autores (2009) ressaltam que a Psicologia da Religião no Brasil é um empreendimento em vias de consolidação. Como tal, não possui um programa de pós-graduação específico, embora existam mestres e doutores em Psicologia, com dissertações e teses sobre o tema. Além do mais, o número de pesquisadores envolvidos sistematicamente com o tema e dos núcleos universitários dedicados à pesquisa, docência e extensão ainda é pequeno.

A constatação de que mais pesquisas que abarquem o fenômeno religioso e sua relação com o campo psicológico precisam ser desenvolvidas para haver um maior reconhecimento da disciplina no meio acadêmico brasileiro e a minha experiência anterior com os tópicos temáticos da Psicologia da Religião despertaram o meu interesse pelo estudo das funções que a religiosidade pode desempenhar na vida dos indivíduos.

Os estudos de Psicologia da Religião têm sido incorporados no arcabouço teórico-prático da Psicologia Clínica e da Saúde (Faria & Seidl, 2005). Entre os temas abarcados por tais disciplinas, as investigações sobre a relação entre variáveis religiosas e o ajustamento a eventos estressores da vida têm ganhado destaque na literatura. Isso por que várias pesquisas têm demonstrado que a religião pode oferecer uma variedade de métodos de *coping*, ou seja, de estratégias cognitivas e comportamentais para os

indivíduos manejarem situações que avaliam como sobrecarregando seus recursos pessoais de lidar com as mesmas.

Conforme uma revisão prévia da literatura, constatou-se que embora alguns textos brasileiros abordassem o papel da religião para saúde, poucos enfocavam o *coping* religioso propriamente dito, especialmente, em amostras clínicas. Além do mais, estudos que contemplassem o papel da religião no e com pessoas em processo psicoterapêutico também se mostraram carentes na literatura, motivos pelos quais me motivaram a investigar o papel da religião no *coping* e na psicoterapia.

Na tentativa de abordar tais questões, inicialmente, tinha o propósito de realizar uma pesquisa com díades de terapeuta- cliente. Isso porque queria investigar tanto a forma com que os psicólogos clínicos visualizavam o papel da religião na superação da condição de sofrimento das pessoas que atendiam e como entendiam a forma com que a religiosidade dos seus clientes poderia ser trazida e abordada, ou não, no processo psicoterapêutico, quanto o modo como as pessoas que estão neste processo utilizam sua religião para lidar com situações difíceis que surgem em suas vidas bem como o modo como percebem o papel de sua religião em tais momentos.

Contudo, em função do tempo do mestrado ser reduzido, decidiu-se optar entre investigar terapeutas ou as pessoas em processo psicoterapêutico. A escolha pela segunda opção foi motivada, sobretudo, pela minha experiência anterior pesquisando igrejas, porque esta me permitiu perceber como a religião, de fato, pode se tornar uma fonte de superação de crises para muitas pessoas, bem como pelo contato com a literatura de *coping* religioso em uma variedade de situações críticas e de amostras, no grupo. Esta literatura indica que a maioria das pesquisas que têm investigado o papel da religião na psicoterapia tem sido realizada com pessoas que não estão em processo

psicoterápico (Worthington, Kuru, McCullough & Sandage, 1996), o que sugere que mais pesquisas sejam conduzidas com pessoas durante seu processo psicoterapêutico.

Neste estudo, optou-se por investigar clientes da terapia cognitiva e/ou comportamental por esta ser a abordagem em que, de acordo com Panzini e Bandeira (2007), a teoria de *coping* está inserida.

Baseado na literatura existente da área, que demonstra o papel da religião para a saúde, o *coping* e processo psicoterapêutico, este estudo parte do pressuposto de que a religião deveria ser tratada como uma variável clínica importante por parte dos terapeutas (Josephson, 2004). As contribuições de Pargament (1997) foram adotadas como referencial teórico condutor da investigação do tema devido o seu reconhecimento nacional e internacional em estudar as manifestações específicas do fenômeno religioso diante de situações de estresse, ou seja, o *coping* religioso.

Este estudo está organizado em Introdução e Capítulo I, que correspondem à uma revisão teórica. Segue-se um segundo capítulo em formato de artigo científico (Capítulo II), que adotou como diretrizes de publicação as regras exigidas pela revista “Psicologia: Teoria e Pesquisa”, da Universidade de Brasília (UNB). A revisão teórica aborda os temas que serviram de embasamento para toda a pesquisa, sendo eles: Perspectiva Relacional do Estresse no âmbito da saúde; Construção de um conceito de *coping*; O *coping* religioso e Religião, *Coping* religioso e Psicoterapia. Os textos foram extraídos dos seguintes bancos de dados: Scielo, Portal de Periódicos da Capes, Lilacs, Medline, entre outros. O artigo, por sua vez, descreve a análise dos resultados qualitativos obtidos a partir da aplicação de entrevistas realizadas com oito pessoas em processo psicoterapêutico. A adoção desse formato diferenciado para a apresentação da pesquisa, renunciando às formas tradicionais e já conhecidas de dissertação, justifica-se

pela pretensão de se buscar futura publicação do trabalho no periódico escolhido como referência.

## Introdução

Profissionais e pesquisadores, no âmbito da saúde, têm reconhecido cada vez mais a importância da dimensão religiosa para a saúde (Zeiders & Schaller, 1998; Pargament, Tarakeshwar, Ellison & Wulff, 2001; Seeman, Dublin & Seeman, 2003; Miller & Thoresen 2003; Josephson & Dell 2004; Moreira-Almeida, 2007; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008), o que pode ser evidenciado pelo crescente número de estudos científicos que abordam as relações entre estas duas variáveis (Moreira-Almeida, Lotufo & Koenig, 2006). Existem, inclusive, evidências empíricas que demonstram uma conexão positiva entre religiosidade e medidas de saúde (tanto física quanto mental), qualidade de vida e outros constructos relacionados ao bem-estar (Zeiders & Schaller, 1998).

As razões ou causas para esta correlação permanecem não claras (Miller & Thoresen, 2003). Assim, a conexão entre religião e saúde não tem sido totalmente explicada por fatores físicos, psicológicos e sociais (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2004), de modo que, talvez, algo dentro da religião em si seja responsável por seus efeitos (Hill & Pargament, 2003). Dentro desta perspectiva, Pargament (1997) considera que frente a eventos estressantes da vida, a religiosidade global de um indivíduo, pode traduzir-se em práticas e crenças religiosas específicas que seriam os métodos de *coping* religioso. Estes se referem ao modo com que as pessoas fazem uso de suas crenças religiosas para compreender ou adaptar ao estresse (Phelps et al., 2009).

Tais métodos, por sua vez, parecem ter uma implicação mais direta e próxima da saúde e do bem estar do indivíduo em tempos de estresse. Assim, Pargament (1997) conclui que as estratégias de *coping* religioso medeiam a relação entre uma orientação geral religiosa do indivíduo e os resultados de eventos críticos da vida para a saúde

(Pargament et al., 1994; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998a; Pargament et al., 2004; Nooney & Woodrum, 2002).

Em apoio à essa noção, estudos têm demonstrado que métodos de *coping* religioso continuam a prever índices de saúde física e mental depois de controlar os efeitos das medidas de religiosidade global como frequência de orações, frequência de comparecimento à igreja, auto-avaliação da importância religiosa, motivação religiosa intrínseca e afiliação religiosa (Pargament et al., 2004). Em contraste, tais medidas globais são preditores relativamente fracos ou insignificantes de saúde quando os efeitos de *coping* religioso são controlados estando apenas distalmente relacionadas ao bem estar (Pargament, 1997; McCullough, 1999; Pargament et al., 2004; Pargament et al., 2001; Panzini & Bandeira, 2007).

Pesquisas empíricas indicam que as estratégias de *coping* religioso medeiam a relação entre estresse e saúde física e psicológica para uma ampla variedade de estressores (Pargament et al., 1988; Schaefer & Gorsuch, 1993; Cole & Pargament, 1999; Pargament et al., 2001; Siegel, Anderman & Schrimshaw, 2001; Koenig, Larson & Larson, 2001), estando associadas com menos estresse psicológico (Pargament, 1990; Pargament et al., 1994).

Porém, crenças religiosas não têm representado um foco central de estudo na literatura sobre *coping* e saúde (Pargament & Hahn, 1986). O processo de *coping* também é pouco conhecido em amostras clínicas (Seiffge-Krenke, Weidemann, Fentner, Aegenheister & Poeb lau, 2001) e a população religiosa não tem sido adequadamente representada na maioria da população clínica estudada na literatura de *coping* (Propst, Ostrom, Watkins, Dean & Mashburn, 1992).

Além do mais, ainda não há uma clara compreensão de como a religião influencia o ajustamento durante episódios estressantes e quais são as conseqüências psicológicas de utilizá-la para lidar com estes. Essa falta de compreensão pode ter conseqüências importantes para a psicoterapia, posto que, pode levar a uma avaliação inapropriada do papel da religião na vida do cliente e um tratamento menos efetivo de clientes religiosos (Shafranske & Malony, 1990; Propst et al., 1992).

Como grande parte da literatura da área tem demonstrado, as crenças e práticas religiosas são mediadoras no processo saúde-doença, por possibilitarem o desenvolvimento e o aumento de recursos pessoais de *coping*. Todavia não existe nesta um consenso acerca de como os estudos que demonstram associação entre religião e saúde possam ser aplicados na prática clínica de profissionais de saúde. Adicionalmente, há poucos estudos que abordam o uso da religião em intervenções clínicas (Panzini & Bandeira, 2007).

Nota-se, ainda, uma quase completa ausência de assuntos contemporâneos importantes e que vêm merecendo a atenção por parte dos pesquisadores como a religião na atividade profissional do psicólogo e a posição e o papel dos mesmos frente a religião de seus clientes (Paiva et al., 2009). No Brasil, também se observa que poucos estudos envolvendo religiosidade e psicoterapia foram conduzidos (Peres, Simão & Nasello, 2007).

Assim, embora muitos estudos revelem que o *coping* religioso relaciona-se com a saúde, são encontrados poucos trabalhos descrevendo a presença e o papel deste no processo psicoterápico, principalmente feito com amostras brasileiras. Deve-se ressaltar, ainda, que a psicoterapia é uma condição de tentativa de resolução de conflitos e o *coping* religioso pode ser utilizado neste processo, já que, muitas pessoas em

psicoterapia podem buscar na religião formas de reorientação frente a situações de crise. Dessa forma, o *coping* religioso pode ser encontrado também em contexto psicoterapêutico, mas sem receber, muitas vezes, devida atenção por parte dos psicoterapeutas.

Frente à constatação de que a religiosidade está cada vez mais presente na vida dos clientes em atendimentos psicológicos (Cambuy et al., 2006) e que ela pode desempenhar um papel útil para várias pessoas lidarem com situações de estresse (Cole & Pargament, 1999), considera-se importante identificar e compreender o papel do *coping* religioso com pessoas em processo psicoterapêutico, bem como, investigar como tais recursos religiosos dos clientes são abordados como parte do tratamento clínico.

Diante disso, são propostas algumas questões norteadoras para este estudo:

- 1) Em quais contextos de estresse o *coping* religioso se manifesta em clientes em processo psicoterapêutico da abordagem cognitivo e/ou comportamental?
- 2) Qual a percepção dos clientes sobre o papel do *coping* religioso em suas vidas?
- 3) Quais as modalidades de *coping* religioso identificados nos clientes foram mais recorrentes?
- 4) Qual a percepção do grau de adaptabilidade que o uso do *coping* religioso oferece às pessoas em contexto de atendimento psicológico?
- 5) Como os participantes percebem a atitude de seus terapeutas com relação ao uso de suas estratégias de *coping* religioso?

Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo é identificar, descrever e compreender os indicadores de *coping* religioso de pessoas em processo

psicoterapêutico com orientação cognitivo e/ou comportamental. Os objetivos específicos são: descrever e analisar quais são os estressores presentes na vida de pessoas em psicoterapia e quais estratégias de *coping* são utilizadas por elas para lidar com a situação estressora; descrever e analisar indicadores de *coping* religioso e suas respectivas modalidades em clientes em psicoterapia; descrever e analisar a percepção da eficácia das estratégias de *coping* religioso dos participantes da pesquisa adotadas pelos mesmos em situações de estresse; descrever e analisar a percepção dos participantes da pesquisa acerca da atitude de seus terapeutas com relação à sua religião e ao uso de estratégias de *coping* religioso durante o processo psicoterapêutico.

## Capítulo I- O papel da religião no *coping* e na psicoterapia

O estresse é uma condição natural e inevitável da vida. Enquanto mobilização de recursos pessoais para adaptação às ameaças externas é natural e benéfico (Ogden, 1999). No entanto, quando excessivo, e caso se mantenha ao longo tempo, esse processo de adaptação pode se transformar em um risco para o indivíduo (Malagris & Fiorito, 2006), ao ocasionar uma série de efeitos desfavoráveis e deletérios ao organismo que podem levar ao adoecimento como alterações no sistema cardiovascular e renal, perda de peso, alergia, problema sexuais, diminuição da atenção e concentração e depressão do humor (Petersen, Bauer & Koller, 2004; Abalo, Meléndez & Villarroel, 2005).

Em geral, os eventos não são em si estressantes ou não, assim sendo, o que vai determinar essa condição e fazer diferença no funcionamento humano é o modo como são avaliados e manejados. O conjunto das estratégias utilizadas pelos indivíduos para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes é denominado de *coping* (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Um número de estudos tem demonstrado que a religião muitas vezes é envolvida no processo de lidar com situações estressantes (Pargament et al., 2001; Pargament, 1997). *Coping* religioso, portanto, descreve o uso da fé e de crenças religiosas para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as conseqüências emocionais negativas das circunstâncias de vida que são estressantes (Koenig, Pargament & Nielsen, 1998).

Muitas pessoas em psicoterapia lidam com suas crises através de sua dimensão religiosa que muitas vezes é ignorada por parte de muitos psicoterapeutas. Por isso, a teoria de *coping*, a psicologia da religião e a psicologia clínica deveriam ser integradas

com o intuito de desenvolver métodos psicoterápicos que considerem a religião como um recurso de *coping*.

### **1- Perspectiva Relacional do Estresse no âmbito da saúde**

O termo estresse provém da Física onde faz referência a um somatório de forças que agem contra quaisquer resistências (Petersen et al., 2004) e produz diferentes graus de tensão ou deformação em materiais distintos (Abalo et al., 2005). Em 1936, o fisiologista Hans Selye o introduziu sistematicamente no campo da saúde com um significado diferente, a saber, para designar a resposta corpórea geral e inespecífica do organismo a qualquer demanda (estímulo nocivo), incluindo os estímulos psicológicos provenientes do ambiente, conceitualizando-o como “Síndrome da adaptação comum” (Lazarus & Folkman, 1984).

Apesar do seu extenso uso no campo das ciências médicas, psicológicas e sociais, não existe, todavia, na literatura uma definição consensual do termo que satisfaça a maioria dos pesquisadores (Lazarus & Folkman, 1984; Monat & Lazarus, 1991; Gimenes, 2000; Abalo et al., 2005). Em alguns casos, este tem sido utilizado para designar uma situação ou estímulo ameaçador, o que implica considerá-lo um estressor, e em outros, para descrever uma resposta psicobiológica do organismo desencadeada pela exposição a situações estressantes como fez Selye (Straub, 2005; Abalo et al., 2005).

Monat e Lazarus (1991) afirmam que ambas as concepções de estresse são incompletas. A definição baseada no estímulo, segundo eles, centra-se em aspectos do ambiente que são considerados intrinsecamente estressantes desconsiderando que uma mesma situação pode ou não ser estressante para uma pessoa dependendo de suas características individuais e do significado atribuído à esta. Por outro lado, com relação

à definição de estresse baseada na resposta pontuam que um mesmo padrão de resposta como o aumento dos batimentos cardíacos, pode ser desencadeado por diferentes condições de estimulação como uma atividade física ou um susto, o que faz com que os significados psicológicos dessas condições também sejam diferentes.

Considerando que um estímulo só pode ser considerado como estressor em função de uma resposta estressante, Lazarus e Folkman (1984) ao invés de examinar os estímulos e respostas como entidades separadas, mantêm uma perspectiva de compreensão de estresse relacional e consideram que seu conceito deve enfatizar a interação entre a pessoa e seu ambiente. Partindo dessa premissa, definem estresse psicológico como a relação entre a pessoa e o contexto ambiental que é percebida como insuportável ou excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar, onde o fator diferencial é a forma com que as pessoas mobilizam esforços e adotam recursos de enfrentamento para manejá-lo, processo designado de *coping*.

## **2- Construção de um conceito de *Coping***

Na língua inglesa o termo *coping* é utilizado para expressar qualquer tipo de ações ou comportamentos “apresentados para lidar com um perigo ou um inimigo, situações ameaçadoras ou problemáticas” (Gimenes, 2000, p. 111). Alguns autores brasileiros o traduzem por enfrentamento em seus estudos, como Seidl, Tróccoli e Zannon (2001); Faria e Seidl (2005); Seidl e Faria (2006); Paiva (2007) e Barbosa (2008).

Outros, porém, mantêm o termo *coping* por não haver na língua portuguesa um termo técnico que expresse adequadamente a complexidade do seu significado e para facilitar a recuperação de informações por interessados no tema (Antoniazzi et al., 1998; Grassi-Oliveira, Filho & Brietzke, 2008; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008). Além do

mais, pelo fato de que enfrentar representa encarar, atacar ou mesmo defrontar, e o *coping*, muitas vezes, possa se manifestar por fuga, evitação ou ainda, negação dos problemas (Panzini, 2004), optou-se por não traduzir esse termo no presente trabalho.

Historicamente, três gerações de pesquisadores têm-se dedicado ao estudo do *coping*, com diferenças marcantes em suas construções tanto a nível teórico quanto metodológico (Suls, David & Harvey, 1996 *apud* Antoniazzi et al., 1998; Grassi-Oliveira et al., 2008). A primeira geração refere-se a pesquisadores vinculados à psicanálise e psicologia do ego que conceberam os processos de *coping* como mecanismos de defesas mais adaptados (Aldwin & Yancura, 2004; Savoia, 1999). Tal perspectiva hierárquica atribuía valores *a priori* sobre a eficiência do *coping* baseado no tipo de processo utilizado pela pessoa (Gimenes, 2000).

A partir dessa perspectiva inicial foram feitas algumas considerações para distinguir *coping* dos mecanismos de defesa. Ao contrário dos mecanismos de defesa classificados como rígidos e inadequados em relação à realidade externa, com origem em questões do passado e derivados de elementos inconscientes, os comportamentos associados ao *coping* foram classificados como mais flexíveis e propositais, adequados à realidade, orientados para o futuro e com derivações conscientes (Antoniazzi et al., 1998).

A partir da década de 1960, estendendo pelas duas décadas seguintes, uma segunda geração de pesquisadores apontou para a ênfase nos determinantes cognitivos e situacionais do *coping* (Suls et al., 1996 *apud* Antoniazzi et al., 1998) que passou a ser conceitualizado com um processo transacional entre a pessoa e o ambiente. Por fim, uma terceira geração de pesquisadores têm se voltado para o estudo das convergências entre *coping* e personalidade, motivados pelas evidências que indicam que fatores

situacionais não são capazes de explicar toda variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (Antoniazzi et al., 1998).

Duas abordagens de estudo do *coping* têm sido levadas a cabo por diferentes pesquisadores. Uma considera o *coping* como uma disposição, um estilo. A outra, como um conjunto de estratégias, ações cognitivas e comportamentais, para lidar com situações estressantes que mudam ao longo do tempo e que é delineado a partir de contextos particulares que exigem adaptação (Antoniazzi et al., 1998; Gimenes, 2000; Aldwin & Yancura, 2004).

Em geral, os estilos de *coping* têm sido mais relacionados a características de personalidade. Entretanto, alguns autores como Carver e Scheier (1994 *apud* Antoniazzi et al., 1998) consideram que estes também podem refletir uma forma habitual e rotineira de responder de forma particular frente a situações de estresse, sendo definidos como uma tendência a usar uma estratégia em maior ou menor grau frente situações de estresse sem implicar traços da personalidade. Dessa forma, a abordagem de *coping* como um estilo o compreende como uma tendência estável ao longo do tempo que influenciará as reações futuras dos indivíduos na maioria das situações estressantes.

Lazarus e Folkman (1984), contrapondo-se com a abordagem de estilo, entendem *coping* como um processo, que envolve esforços para lidar com situações estressantes variáveis ao longo do tempo e moldados por contextos específicos que demandam uma adaptação por parte do indivíduo. De acordo com eles, uma abordagem que considera o *coping* como processo apresenta as seguintes características: leva em consideração o que o indivíduo faz; analisa a interação indivíduo/contexto e reconhece que os esforços de *coping* são modificáveis em função das mudanças contextuais ou nas avaliações efetuadas pelo indivíduo (Gimenes, 2000). Isso porque mais do que examinar

estilos de *coping* geral, a abordagem de *coping* como processo examina como indivíduos lidam com um estressor particular (Aldwin & Yancura, 2004).

Assim, numa perspectiva interacionista do Modelo Transacional de Estresse, proposto por Lazarus e Folkman (1984), define-se *coping* como um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos para lidar com demandas internas ou externas de situações adversas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa.

Tal definição de *coping* implica que as estratégias para lidar com situações estressantes são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas (Antoniazzi et al., 1998); distingue esforços de *coping* dos comportamentos adaptativos automatizados ao citar mudanças constantes como resposta às transformações contextuais (Savoia, 1999) e das ações ou comportamentos utilizados rotineiramente posto que as estratégias de *coping* são novos comportamentos apresentados por uma pessoa que já não pode se adaptar às exigências do meio da mesma forma como lidava anteriormente (Gimenes, 2000); evita confundir a resposta *coping* com os resultados destes por sua ênfase nos esforços e tentativas de manejar o estresse, independente do resultado funcionar ou não (Aldwin & Revenson, 1987; Savoia, 1999) e não considera um método de *coping* como intrinsecamente adaptativo ou não, sendo necessário analisar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos e o resultado do esforço de *coping* (Antoniazzi et al., 1998).

Segundo Lazarus e Folkman (1980), a definição de *coping* envolve quatro considerações principais: 1- trata-se de um conjunto de respostas recíprocas ocorrendo ao longo de um período de tempo durante o qual o ambiente e a pessoa se influenciam mutuamente constituindo um processo; 2- sua função é administrar (reduzir, minimizar,

tolerar) a situação estressora, ao invés de controlá-la, dominá-la ou superá-la já que muitos problemas podem apenas ser redefinidos, tolerados ou aceitos para facilitar a adaptação; 3- seus processos pressupõem uma avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido e interpretado, o que indica o papel crucial da mediação psicológica, e, 4- constitui-se como uma mobilização de recursos pelos quais os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administração das demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Antoniuzzi et al., 1998; Gimenes, 2000; Panzini, 2004; Grassi-Oliveira et al., 2008).

Quanto à função, as estratégias de *coping* podem ser classificadas em duas categorias principais, segundo Folkman e Lazarus (1980), a saber: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. O *coping* focalizado no problema caracteriza-se pela atuação na situação causadora de estresse, na tentativa de modificá-la ou evitá-la. A função dessa estratégia é modificar a relação entre pessoa e o meio que está causando tensão.

Por sua vez, o *coping* focalizado na emoção refere-se aos pensamentos ou ações cujo objetivo primordial é regular a resposta emocional causada pelo estressor com a qual a pessoa se depara, aliviando o impacto emocional do estresse, fazendo com que a pessoa se sinta melhor, embora não alterem as condições estressoras (Antoniuzzi et al., 1998; Monat & Lazarus, 1991; Gimenes, 2000; Savoia, 1999; Seidl et al., 2001; Petersen et al., 2004; Straub, 2005; Albuquerque, Martins & Neves 2008).

Deve-se ressaltar que estas estratégias não são necessariamente excludentes, já que diferentes estratégias de *coping* podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora, de modo que estas se influenciam mutuamente

impedindo ou facilitando a manifestação de uma ou de outra forma (Savoia, 1999; Seidl et al., 2001; Aldwin & Yancura, 2004).

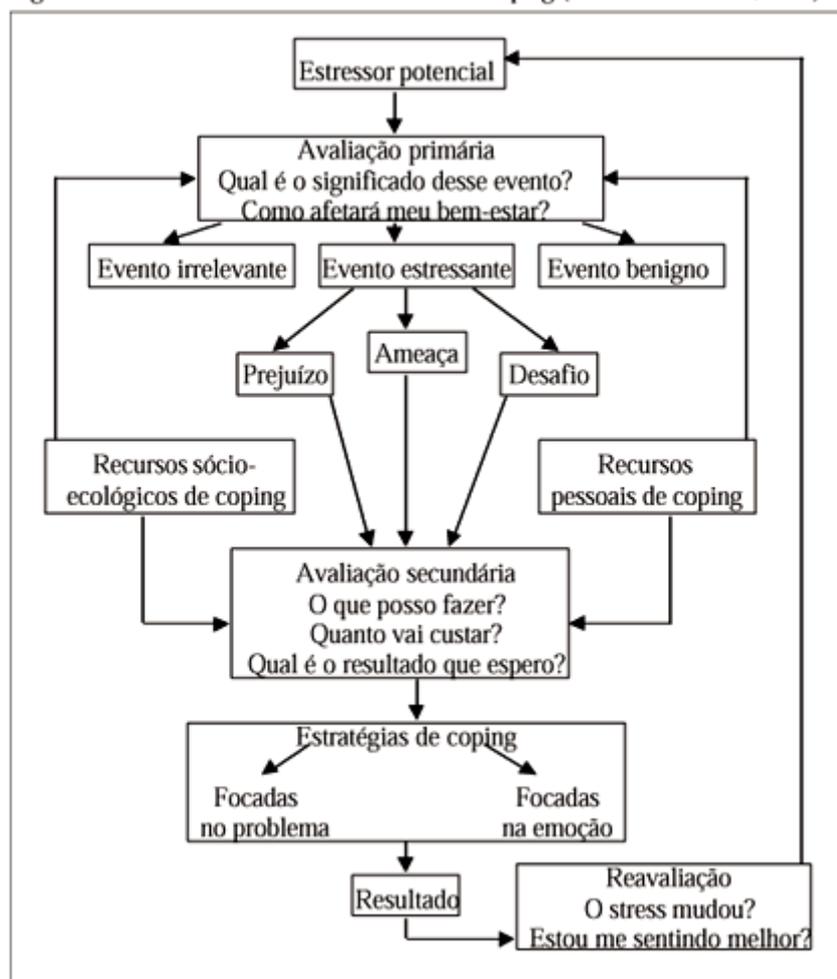
De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o processo de *coping* diante de situações estressantes sofre a mediação de avaliações cognitivas, de forma que o modo com que os indivíduos avaliam cognitivamente as mesmas determina a forma com que lida com elas. Estas avaliações cognitivas podem ser de dois tipos: primária e secundária.

Na avaliação primária, o indivíduo analisa se a situação é irrelevante (quando as demandas não vão conduzir implicações para a pessoa), benigna (quando as demandas são favoráveis para manter o bem estar) ou potencialmente estressante. Esta última pode ser interpretada como: desafio (implica a previsão antecipada de situações de dano ou ameaça com a diferença de que algum potencial para recompensa significativa existe, porém sob condições muito difíceis); prejuízo (dano anterior causado pela situação apresentada) ou ameaça (quando se prevê que existem perdas potenciais).

Na secundária, o indivíduo examina seus recursos disponíveis e sua capacidade para enfrentar a situação estressante, buscando as melhores alternativas mediante as quais a ameaça ou o dano podem ser contornados ou recompensas possam ser obtidas. Deve-se ressaltar que as conclusões decorrentes dessas avaliações iniciais podem ser modificadas no transcorrer do processo (Monat & Lazarus, 1991; Gimenes, 2000; Peralta-Ramírez, Pérez-García & Jiménez-Alonso, 2003; Aldwin & Yancura, 2004; Abalo et al., 2005; Faria & Seidl, 2005; Straub, 2005; Koenig, 2007; Albuquerque et al., 2008).

A Figura 1 representa graficamente o Modelo Transacional do Estresse e *Coping*, proposto por Lazarus & Folkman (1984), no qual se destacam os processos de avaliação cognitiva primária, secundária, *coping* e reavaliação enquanto processos ligados e que se inter-influenciam. Conforme se observa, trata-se de um modelo que enfatiza o papel das avaliações cognitivas, ou seja, do significado da percepção do indivíduo diante das situações, por considerar que um dado evento estressante só o é, na medida em que, e após, ser avaliado como tal.

Figura 1 - Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus e Folkman, 1984)



### 3- *Coping* religioso

Pargament (1997) define *coping*, a partir da perspectiva da Psicologia da Religião, como uma busca por significado em tempos de estresse, um processo através

do qual os indivíduos procuram entender e lidar com as demandas significantes de suas vidas. Nesse sentido, uma das estratégias de *coping* para se manejar o estresse é por meio da religião (Panzini, 2004).

Vários estudos sugerem que crenças religiosas são usadas para lidar com situações de alto estresse (Koenig, 2007; Worthington et al., 1996), constituindo-se como um atributo de superação das dificuldades (Antoniazzi et al., 1998). Para Barbosa (2008), “uma das funções da espiritualidade é levar as pessoas a enfrentar com profundidade as perdas e desafios, sendo que no ser humano, ao se deparar com momentos de urgências pessoais ou situacionais, é comum o emprego da religiosidade como recurso” (p. 23).

Nesse sentido, o processo pelo qual as pessoas, por meio de suas crenças ou comportamentos religiosos tentam entender e/ou lidar com importantes exigências pessoais ou situacionais em suas vidas é denominado de *coping* religioso (Pargament, 1997).

Neste trabalho, optou-se por considerar apenas os termos relativos à religiosidade, como religião e *coping* religioso, no lugar dos termos espiritualidade e *coping* espiritual, abarcando tanto aspectos individuais quanto institucionais, conforme a proposição de estudiosos da área (Pargament, 1997; Tix & Frazier, 1998; Faria & Seidl, 2005.)

As funções das estratégias de *coping* religioso, segundo Pargament (1997), vão ao encontro dos cinco objetivos principais, por ele considerados, da religião: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, e transformação de vida. Tarakwshwar e Pargament (2001 *apud* Panzini

& Bandeira, 2005) acrescentam, ainda, a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional.

Pargament (1990) sugere que a religião se torna envolvida no *coping* quando os recursos religiosos gerais são traduzidos em atividades específicas frente a demandas de uma situação. Segundo ele, as pessoas não enfrentam os eventos estressantes sem recursos, mas trazem consigo um sistema geral de crenças, práticas, aspirações e relações que representa uma forma geral de compreender e lidar com as situações, o que as influencia no modo como lidam com situações difíceis em momentos de crise. A religião é, em maior ou menor extensão, parte desse sistema. No processo de *coping*, ambos, elementos religiosos ou não, desse sistema de orientação geral são traduzidos em avaliação, atividades e objetivos concretos específicos baseados situacionalmente (Pargament et al., 1992).

Deve-se ressaltar que nem todas as pessoas envolvem a religião no processo de *coping* (Pargament et al., 2001). Na concepção de Pargament (1997), as pessoas mais propensas a utilizar métodos de *coping* religioso são aquelas cujas crenças e práticas religiosas são parte maior de sua orientação geral no mundo (quando integram a religião na definição de sua própria identidade e papéis sociais) e que percebem a religião como fonte de solução para os problemas da vida.

Pesquisas demonstram que os métodos de *coping* religioso são melhores preditores de resultados de experiências estressantes e eventos críticos para acima e além dos efeitos do *coping* não-religioso (Pargament et al., 1992; Pargament et al., 1998a; Hathway & Pargament, 1990; Pargament et al., 1988; Pargament et al., 1994) e das medidas religiosas globais, assim como acrescentam variância única à predição desses resultados, inclusive de bem-estar e saúde, de modo que, o *coping* religioso não

pode ser reduzido à formas de *coping* não-religioso (Pargament et al., 1992; Pargament et al., 1998a; Pargament et al., 2001).

Pargament et al. (1998a) sugerem que, com relação a seus resultados, as estratégias de *coping* religioso podem ser classificadas em positivas ou negativas. O padrão de *coping* religioso positivo é expressão de um relacionamento seguro com Deus, de uma crença de que existe um sentido maior a ser encontrado na vida e de um senso de conectividade espiritual com os outros. Seus métodos abrangem estratégias que proporcionam efeito benéfico ao indivíduo como buscar apoio/suporte espiritual, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor de forma benevolente, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem estar dos outros, buscar ajuda do clero e membros da instituição religiosa, etc.

Em contraste, o padrão negativo reflete uma relação menos segura com Deus, uma visão de mundo tênue e ameaçadora e um esforço religioso para encontrar e conservar o significado da vida. Os métodos de *coping* religioso negativo envolvem, por sua vez, estratégias que geram conseqüências prejudiciais ao indivíduo como questionar existência, amor e atos de Deus (descontentamento religioso), presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso, duvidar dos poderes de Deus para interferir na situação estressora, delegar a Deus a resolução dos problemas, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal, etc.

Tais padrões de *coping* têm sido associados a diferentes implicações para o ajustamento a eventos críticos da vida. Enquanto o positivo associa-se à uma maior avaliação positiva da qualidade de vida, crescimento psicológico e espiritual, melhor saúde física e mental, redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais e

menores níveis de estresse como resultado do estressor, o negativo correlaciona-se positivamente com depressão, pobre qualidade de vida e saúde (psicológica, espiritual e física), insensibilidade para com os outros e maior nível de estresse (Pargament et al., 1998a; Pargament et al., 2001; Koenig et al., 1998; Pargament et al., 1990).

Diante desses achados, cabe ressaltar que embora vários estudos sugiram que a religião possa se constituir força para o bem-estar físico e mental, ela pode também contribuir para uma pior saúde física, espiritual e psicológica. Dessa forma, a religiosidade pode representar tanto uma estratégia de *coping* adaptativa que auxilia na resolução de problemas, quanto um elemento estressor que pode exacerbar problemas e tornar as coisas piores, tornando-se tanto útil quanto prejudicial no processo de *coping* (Pargament et al., 1994; Pargament et al., 1998b; Pargament et al., 2001).

Pargament et al. (1988) examinaram empiricamente estilos de resolução de problemas que envolvem a religião. Estes se referem a padrões relativamente consistentes de resposta de *coping* à diversas situações e variam em duas dimensões subjacentes ao relacionamento do indivíduo com Deus: locus de responsabilidade e nível de atividade no processo de resolução dos problemas (Nooney & Woodrum, 2002; Faria & Seild, 2005). Esses estilos focam em como o indivíduo relaciona-se e usa Deus quando está lidando com eventos da vida. Sua formulação também identifica métodos de reavaliação, por meio dos quais os indivíduos redefinem os estressores via crenças religiosas.

Assim, Pargament et al. (1988) distinguiram três estilos de *coping* religioso: autodiretivo, delegante e colaborativo. O estilo autodiretivo (*self-directing*) enfatiza a liberdade que Deus dá para pessoas dirigirem suas vidas e considera o indivíduo ativamente responsável na resolução dos problemas. Apesar de Deus não estar

envolvido diretamente neste processo, esta não é uma posição anti-religiosa, pois Deus é visualizado como dando as pessoas liberdade e recursos para dirigirem suas próprias vidas. O estilo delegante (*deferring*) outorga a responsabilidade na solução dos problemas a Deus de modo que o indivíduo passivamente espera que Deus resolva tudo, ao invés de ativamente resolver os problemas por eles mesmos. O estilo colaborativo (*collaborative*) prevê uma co-responsabilidade entre Deus e o indivíduo na resolução dos problemas. Neste caso, o indivíduo trabalha em ativa parceria com Deus no processo de *coping* (intercâmbio pessoal ativo) com implicações positivas para a competência do indivíduo.

Pargament (1997) propõe a possibilidade de existência de outras abordagens religiosas em relação ao controle e à responsabilidade na solução de problemas, e identifica um quarto estilo de *coping* religioso: súplica (*pleading or petitionary*), caracterizado pela tentativa de influenciar a vontade de Deus através de rogos e petições por sua divina intervenção (Panzini, 2004; Panzini & Bandeira, 2005).

Dessa forma, na direção oposta do que foi preconizado por teóricos como Freud e Marx, a religião não se constitui apenas como uma estratégia de esquiva, defesa ou negação da realidade, mas pode participar do processo de resolução de problemas e no processo de *coping* de situações negativas e de crise, já que crenças e práticas religiosas podem guiar o indivíduo no processo de seleção das possíveis soluções e atribuição de significados a eventos críticos da vida (Pargament & Park, 1995; Pargament et al., 1988; Pargament et al., 1992). Nesse processo de *coping*, afirma Pargament (1997), o indivíduo é um agente proativo que lança mão de possibilidades e escolhas, porém, norteando-se por um sistema de valores e de crenças *a priori* nos quais a religião pode estar presente (Faria & Seidl, 2005).

#### **4- Religião, *Coping* religioso e Psicoterapia**

As crenças religiosas, independentemente do quanto os terapeutas discordam delas, constituem uma parte importante da cultura e dos valores dos clientes e, por isso, compõem questões que poderiam ser consideradas durante o processo psicoterapêutico (Carone & Barone, 2001). A atenção por questões religiosas baseia-se na apreciação do influente papel que as crenças, tradições e experiências religiosas desempenham na vida das pessoas (McCullough, 1999; Shafranske & Malony, 2000), proporcionando-lhes uma forma de compreender suas próprias vidas assim como o mundo em torno delas (Carone & Barone, 2001).

De acordo com Cambuy et al. (2006), cada vez mais, questões envolvendo a religiosidade se fazem presentes na clínica psicológica seja em consultórios particulares ou em atendimentos institucionais como aqueles que acontecem em centros de saúde e clínicas escola. De acordo com esses autores (2006), a presença da religiosidade nos atendimentos clínicos está, muitas vezes, vinculada ao problema psicológico que é trazido para a psicoterapia, de modo que nesta podem ser encontrados casos de interpretação religiosa para problemas de percepção ou de comportamento (como a influência de demônios ou outros espíritos nas atividades cotidianas), de esclarecimentos religiosos para problemas psicológicos (como a culpabilidade, sobretudo, no campo da sexualidade, mantida por doutrinas religiosas).

Shafranske e Malony (1990, citado por Cambuy et al., 2006), destacam quatro motivos relevantes para que haja uma maior consideração da religiosidade no âmbito da prática clínica. São eles: relevância da religião na cultura, incidência do fenômeno religioso na clínica psicológica, relações entre religiosidade e saúde mental e consideração dos valores na prática clínica.

De fato, os profissionais estão cada vez mais conscientes da importância de compreender as funções psicológicas positivas servidas pelas crenças religiosas e as relações culturais nas quais elas existem mais do que o *status* epistemológico como verdade (Carone & Barone, 2001).

Há pesquisas que indicam que muitos psiquiatras e psicólogos acreditam que valores religiosos não apenas podem, mas deveriam ser cuidadosamente abordados e levados em consideração no curso do tratamento de saúde mental (McCullough, 1999). Os dados do estudo desenvolvido por Shafranske e Malony (1990) sugerem que os psicólogos pesquisados, no geral, acreditavam que questões religiosas estavam dentro do escopo da psicologia e que compreender a visão de mundo religiosa de seus clientes era clinicamente relevante.

Peres et al. (2007) também investigaram como os psicólogos clínicos compreendem a religiosidade inserida na psicoterapia, e observaram que esses, por sua vez, consideram que esta pode prover o equilíbrio e a harmonia de seus clientes.

Alguns achados apóiam o anseio não apenas de profissionais da psicologia e psiquiatria para incluir a espiritualidade em seus paradigmas teóricos e intervenções práticas da saúde mental mas também de clientes (Zeiders & Schaller, 1998; Puchalski & Romer, 2000). Muitos destes demonstram que querem ser questionados sobre sua religião, ter sua religiosidade respeitada, que suas necessidades religiosas fossem consideradas e suas crenças religiosas discutidas no contexto de cuidado à saúde (Zeiders & Schaller, 1998; Ehman, Ott, Short, Ciampa & Hansen-Flaschen, 1999; Puchalski & Romer, 2000).

Revisões da literatura sugerem que a religiosidade desempenha um papel útil para várias pessoas lidarem com eventos estressantes e que os clientes aprendem a lidar

e compreender seu sofrimento através desta dimensão de suas vidas (Cole & Pargament, 1999; Puchalski & Romer, 2000). Porém, muitas vezes eles precisam de permissão para falar sobre esse tipo de questões em psicoterapia, posto que, sem algum sinal de seus terapeutas, eles podem sentir que esses tópicos não são apropriados ou bem vindos (Puchalski & Romer, 2000). Desse modo, parece importante desenvolver intervenções psicoterápicas que contemple suas questões e recursos religiosos.

Para Koenig (2007), essas intervenções incluiriam: colher história espiritual, abordar as necessidades espirituais em psicoterapia individual, conectar o cliente às comunidades religiosas e recursos espirituais e conduzir terapia de grupo com foco na espiritualidade em ambientes hospitalares e ambulatoriais, discutir recursos religiosos, conflitos espirituais e temáticas como perdão e esperança.

Iniciativas de pesquisas que abordam a temática da religiosidade, espiritualidade e prática clínica têm avançado nos últimos 25 anos e demonstrado relevância dessa interface com bons resultados terapêuticos (Peres et al., 2007). Está crescendo, sobretudo, a literatura sobre como trabalhar com questões religiosas e espirituais em intervenções clínicas (Josephson & Dell, 2004).

Pesquisas têm demonstrado que a religião pode ter um impacto positivo nos resultados clínicos. Esses achados sugerem que, em alguns contextos e situações, sua inclusão nos tratamentos psicológicos e psiquiátricos é benéfica e aponta para a necessidade corrente na psicologia para a instrução religiosa e espiritual (Zeiders & Schaller, 1998).

Psicoterapias, principalmente a terapia cognitivo-comportamental, acomodadas para incluir crenças e práticas religiosas de pacientes, têm sido usadas com sucesso no tratamento da depressão e ansiedade. Essas abordagens têm demonstrado ser ao menos

tão efetivas quanto às psicoterapias seculares (Josephson, 2004). Já os resultados da investigação de Propst et al. (1992) fornecem suporte para uma eficácia aumentada da terapia cognitivo-comportamental religiosa na redução da depressão e maior melhora no ajustamento social em religiosos. Nesta mesma direção, os dados encontrados por Cole e Pargament (1999), comparando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental religiosa e não-religiosa, indicam que para indivíduos religiosos, programas psicoterapêuticos que integrem recursos e questões religiosas se mostraram mais eficazes.

Josephson (2004), ao comentar sobre a integração da religiosidade na prática clínica, sobretudo na formulação de casos e intervenções, afirma que é importante evitar dois erros. O primeiro é visualizá-la como fator primário na apresentação clínica, pois, embora a religião e a fé possam ser as coisas mais importantes e determinantes na vida de uma pessoa, elas podem estar apenas indiretamente relacionadas à condição clínica sendo avaliada. O segundo é relegá-las a um segundo plano, perpetuando práticas passadas de negligência peculiar da psicologia às questões religiosas.

Na concepção desse autor (2004), o clínico deve julgar a relevância direta de fatores religiosos na apresentação das queixas, e, quando esses fatores são relevantes determinar o momento de abordá-los juntamente com fatores psicológicos, biológicos e sociais. Os clínicos que incluem esses fatores no tratamento são confrontados com decisões de quando discutir essas questões, como discuti-las e que profundidade e finalmente, quando encaminhar a um profissional religioso.

Todavia, ressaltam ainda, a importância desses fatores na vida de muitos não deixa opção senão abordá-los o mais diretamente possível, o que poderá contribuir em muitos casos para a melhora clínica dos pacientes. Dentre os indicadores que ajudam a

determinar quanto e quando envolver fatores religiosos cita o desejo do cliente e da família, a disponibilidade de recursos espirituais externos, conhecimento próprio e nível de conforto do terapeuta com a temática.

A fim de que intervenções religiosas possam ser integradas em planos de tratamento, Puchalski e Romer (2000) ressaltam a importância da avaliação religiosa para compreender o papel das crenças religiosas no *coping*. O primeiro domínio de uma avaliação religiosa refere-se à presença de fé ou crença religiosa. O segundo diz respeito à influência dessas crenças na vida da pessoa. O terceiro refere à como a fé religiosa é praticada dentro do contexto da comunidade. Na quarta parte da avaliação o terapeuta pensa em como pode intervir nesta situação e abordar essas questões. De acordo com esses autores (2000), a avaliação religiosa pode ser uma intervenção em si mesma com potencial para melhorar o impacto terapêutico posto que ela muda a natureza da relação terapeuta-paciente, ao estabelecer certo nível de intimidade, de modo que os pacientes se tornam mais abertos e confiantes.

Deve-se ressaltar que em uma avaliação clínica não é suficiente saber se o paciente é religioso ou sua denominação religiosa (Puchalski & Romer, 2000; Moreira-Almeida et al., 2006), pois esta diz pouco sobre o que é a religiosidade e quão importante ela é na vida de alguém. Na concepção de Pargament e Park (1995), quando os clínicos abordam apenas se, e em que grau seus clientes são religiosos, eles deixam de fazer questões mais refinadas sobre os papéis que a religião pode desempenhar em sua vida, úteis e/ou prejudiciais.

Nesse sentido, para os psicólogos um importante questionamento diz respeito ao método para avaliar a eficácia do *coping* religioso. Em outras palavras, como vislumbrar se a religião é parte de um problema ou parte de uma solução quando as

peessoas deparam-se com alguma crise em suas vidas (Pargament et al., 1998b), de modo que a determinação mais importante numa formulação é a compreensão se a religião promove saúde ou doença (Josephson, 2004).

Diante disso, Shafranske e Malony (2000) sugerem que os terapeutas propiciem a escuta de conflitos psicológicos de origem religiosa, assim como se faz com demais aspectos da vida, de forma a possibilitar acolhimento e ressignificação, quando necessário. Isso porque estudos sugerem que pacientes são por vezes perturbados por questões religiosas (Cole & Pargament, 1999). Em alguns casos, sintomas psicológicos como depressão e ansiedade podem estar relacionados com sofrimento espiritual ou pessoas podem ser saudáveis emocionalmente, mas sofrerem espiritualmente (Puchalski & Romer, 2000).

Panzini (2004), por sua vez, afirma que problemas emocionais podem dificultar um bom uso do *coping* religioso, de modo que uma intervenção a nível psicológico pode facilitar seu uso, potencializando efeitos positivos e assim, reafirma que a temática religiosa seja explorada na psicoterapia. Em suma, afirmam Carone e Barone (2001), os profissionais da saúde mental podem usar seu conhecimento psicológico sobre processos cognitivos e sociais envolvidos nas crenças religiosas como uma ajuda ao tratamento.

Ao inquirir sobre crenças religiosas e estratégias de *coping* religioso de seus clientes, os profissionais de saúde poderiam ajudá-los a usar um recurso disponível (Tix & Frazier, 1998). E, nesse sentido, não se trata de uma apologia ao uso da religiosidade no manejo do estresse, mas sim de sua valorização quando o cliente já possui crenças religiosas e, em virtude disso, já a utiliza em sua vida (Pargament, 1997).

Entretanto, inserir dimensões espirituais e religiosas da vida dos clientes durante a psicoterapia requer profissionalismo ético, conhecimento e habilidades para integrar as informações coletadas sobre as crenças e valores ao benefício do processo terapêutico (Peres et al., 2007). Isso por que o terapeuta corre o risco de desafiar diretamente a visão religiosa dos clientes e tentar impor sua própria visão de mundo, o que pode perturbar o sistema de valores e práticas culturais do cliente assim como a relação terapêutica (Carone & Barone, 2001). Em nenhuma outra área é tão crucial para atender a questões de limites como trabalhar com questões religiosas e espirituais na terapia onde o terapeuta, após atenção cuidadosa à situação clínica e com a permissão do paciente, discute questões religiosas e espirituais (Josephson, 2004).

A Associação Psiquiátrica Americana (*The American Psychiatric Association*, 2006) recomenda alguns procedimentos para abordar temas referentes à espiritualidade e religiosidade nos atendimentos psicoterapêuticos: identificar se variáveis religiosas e espirituais são características clínicas relevantes às queixas e aos sintomas apresentados; identificar o papel da religião e da espiritualidade no sistema de crenças; identificar se idealizações religiosas e representações de Deus são relevantes e abordar clinicamente essa idealização; demonstrar o uso de recursos religiosos e espirituais no tratamento psicológico; realizar entrevistas para acessar o histórico e envolvimento com religião e espiritualidade; treinar intervenções apropriadas a assuntos religiosos e espirituais e atualizar a respeito da ética sobre temas religiosos e espirituais na prática clínica (Peres et al., 2007).

Porém, para Zeiders e Schaller (1998) existem impedimentos para a inclusão da religiosidade no arcabouço teórico-prático da Psicologia clínica e acadêmica, tais como: os psicólogos e psiquiatras desmistificaram o cuidado com a saúde mental

originalmente conduzida pela igreja; o paradigma corrente de saúde mental é não-religioso e pode permanecer impermeável ou ao menos altamente resistente à noção de que a religiosidade possa estar dentro da esfera de investigação e conhecimento deste campo e profissionais da saúde mental podem negar que a religiosidade seja admissível na arena clínica por razões pessoais como ter desconforto com o tema.

Assim, o que se observa na prática clínica, segundo Lopez (1999), é que muitos psicólogos têm dificuldade em compreender e, conseqüentemente, de abordá-la nos atendimentos. Para esta autora, as considerações avaliativas das queixas que chegam às clínicas psicológicas são feitas mediante teorias da escolha do profissional e, na medida em que estas não contemplam a questão da religiosidade, o psicólogo fica sem referenciais científicos para lidar com a questão, optando, muitas vezes, por buscar orientação em outros campos ou em sua própria experiência pessoal.

A dificuldade em relação à questão é acentuada pelo pouco contato com os estudos de psicologia da religião nos cursos de formação dos psicólogos. Usualmente, o psicólogo conhece apenas e vagamente algumas posições da psicologia, que excluem as experiências religiosas do âmbito de seus estudos, ou então as consideram como patológicas. Assim, o maior desafio que o profissional enfrenta ao buscar conhecer a religiosidade de seu cliente é a de lidar com seus próprios preconceitos. Por isso, o psicólogo precisaria se distanciar das suas representações sobre diversas organizações religiosas para ter condições de compreender o modo como o cliente vivencia determinada religião (Lopez, 2005). Neste contexto, um posicionamento crítico do psicólogo em relação a sua própria opção religiosa ou irreligiosa torna-se necessário (Paiva et al., 2009).

Cabe acrescentar que os psicólogos tendem a ser menos envolvidos religiosamente que a população geral (Propst et al., 1992; Moreira-Almeida et al., 2006), e não recebem treinamento adequado para lidar com questões religiosas na prática clínica e por isso, geralmente, têm dificuldade de compreender as crenças e comportamentos religiosos dos pacientes (Moreira-Almeida et al., 2006). Um treinamento adequado é necessário para integrar tais questões na prática clínica (Moreira-Almeida et al., 2006; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008).

Nesse sentido, cabe à psicologia, enquanto ciência, desenvolver um suporte teórico consistente e coerente que possa auxiliar os psicólogos e outros profissionais da área a lidarem com as queixas de cunho religioso trazidas por seus clientes (Cambuy et al., 2006).

Por ser parte significativa da vida de muitas pessoas, inclusive para muitas das quais procuram atendimentos psicológicos, a religiosidade não deveria ser negligenciada na pesquisa e prática clínicas (Faria & Seidl, 2005; Moreira-Almeida et al., 2006), sendo crítico para os psicólogos e outros profissionais da saúde mental considerá-la em suas abordagens (Peres et al., 2007), desenvolverem uma melhor compreensão das atitudes e crenças religiosas de seus clientes e considerarem as várias formas nas quais estas influenciam suas vidas de forma negativa ou positiva e como suas próprias crenças sobre a religião, sobretudo, quando elas diferem daquelas dos clientes, afetam o processo terapêutico (Carone & Barone, 2001).

O papel do terapeuta ao lidar com questões religiosas não consiste em saber se o que o cliente está pensando e fazendo é coerente com a sua religião, mas possibilitar que os questionamentos e reflexões de seus clientes em relação à sua religiosidade possam ser relatados, pois pode ser que este seja o único espaço em que o cliente tenha

essa possibilidade. À terapia cabe proporcionar ao cliente a reflexão sobre como tem se dado a relação deste com o sagrado, levando-o a compreender o que tem sentido para ele, inclusive dentro da sua religião (Pessanha & Andrade, 2009).

Frente a essas questões não há como o psicólogo se eximir do fato de que a religião está presente na vida de muitas pessoas que atendem, inclusive em tempos de estresse. Nesse sentido, é importante que a psicologia esteja aberta ao diálogo com o religioso para que o seu intuito, que é o de facilitar a compreensão do cliente, não exclua desta a sua experiência religiosa. Sendo assim, é necessário que o terapeuta consiga dentro da questão da religiosidade dos clientes, entender como a religião pode assumir um papel importante em suas vidas, para que não acabe por desmerecer a relação cliente-religião e a relação empática terapeuta-cliente não ocorra (Pessanha & Andrade, 2009).

## Referências

- Abalo, J. G., Meléndez, E. H., & Villarroel, P. V. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. In: E. Hernández-Meléndez, & J. G. Abalo (Orgs.). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-175). Guadalajara: Universidad de Guadalajara, México.
- Albuquerque, F. J. B. de., Martins, C. R., & Neves, M. T. de S. (2008). Bem estar subjetivo emocional e coping em adultos de baixa renda de ambiente urbano e rural. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 509-516.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348.
- Aldwin, C. M., & Yancura, L. A. (2004). Coping and Health: A comparasion of the stress and trauma literatures. In: P.P. Schnurr, & B. L. Green (Orgs.). *Trauma and Health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington: American Psychological Association.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294.
- Barbosa, K. de A. (2008). *Religiosidade e o enfrentamento religioso em idosos sob cuidados paliativos*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil.
- Cambuy, K., Amatuzzi, M. M., & Antunes, T. de A. (2006). Psicologia clínica e experiência religiosa. *Revista de Estudos da religião*, 3, 77-93.

- Carone, D. A. Jr., & Barone, D. F. (2001). A social cognitive perspective on religion beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 21*(7), 989-1003.
- Cerqueira-Santos, E., Koller, S. H., & Pereira, M. T. L. N. (2004). Religião, saúde e cura: um estudo entre neo-pentecostais. *Psicologia: Ciência e Profissão, 24*(3), 82-91.
- Cerqueira-Santos, E. (2008). *Comportamento sexual e religiosidade: um estudo com jovens brasileiros*. Tese de doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Cole, B., & Pargament, K. (1999). Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology, 8*, 395-407.
- Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C., & Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine, 159*, 1803–1806.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia. Reflexão e Crítica, 18*(3), 381-389.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-239.
- Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Revista Psicologia Teoria e Pesquisa, 26*(2), 265-272.
- Gimenes, M da G., G. (2000). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In: M. G. G. Gimenes, & M. H. Fávero (Orgs.). *A mulher e o câncer*, (Cap. 4, pp.111-147). São Paulo: Editora Livro Pleno.

- Grassi-Oliveira, R., Filho, L. D., & Brietzke, E. (2008). Coping como função executiva. *Psico, 39*(3), 275-281.
- Hathaway, W. L., & Pargament, K. I. (1990). Intrinsic religiousness, religious coping and psychosocial competence: A covariance structure analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion, 29*(4), 423-441.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *American Psychologist, 58*(1), 64-74.
- Josephson, A. M. (2004). Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice. *Child and Adolescent psychiatric clinics, 13*(1), 71-84.
- Josephson, A. M., & Dell, M. L. (2004). Religion and spirituality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 13*(1), 15-17.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(9), 513-521.
- Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy, 35*(3), 352-359.
- Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(1), 95-104.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lopez, M. (1999). Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas. In: M. Massimi, & M. Mahfoud (Orgs.). *Diante do mistério: Psicologia e senso religioso* (pp. 71-86). São Paulo: Loyola.
- Lopez, M. (2005). A espiritualidade e os psicólogos. In M. M. AmatuZZi (Org.). *Psicologia e Espiritualidade* (pp. 147-159). São Paulo: Paulus.
- McCullough, M. E. (1999). Research on religion-accommodative counseling: Review and Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 92-98.
- Malagris, L. E. N., & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de *stress* de técnicos da área de saúde. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 23(4), 391-398.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging Research Field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Monat, A. & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: an anthology* (3<sup>a</sup> ed.). New York: Columbia University Press.
- Moreira-Almeida, A. (2007). Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista. Psiquiatria Clínica*, 34(1), 3-4.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo, N. F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Nooney J., & Woodrum, E. (2002). Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 359-368.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. (1<sup>a</sup> ed.). (C. Patrocínio & F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em inglês *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press, s.d.).

- Paiva, G. J. (1990). Algumas relações entre psicologia e religião. *Psicologia-USP*, 1(1), 25-33.
- Paiva, G. J. (2002). Ciência, religião, psicologia: conhecimento e comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 561-567.
- Paiva, G. J. (2007). Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 99-104.
- Paiva, G. J., Zangari, W., Verdade, M. M., Paula, J. R. M. de., Faria, D. G. R. de., Gomes, D. M., Fontes, F. C. C., Rodrigues, C. C. L., Trovato, M. L., & Gomes, A. M. de A. (2009). Psicologia da Religião no Brasil: a produção em periódicos e livros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 441-446.
- Panzini, R.G. (2004). *Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/spiritual. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S. da., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. de A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Pargament, K. I., & Hahn, J. (1986). God and just world: causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25(2), 193-207.

- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal of Scientific Study of Religion*, 27(1), 90-104.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the scientific study of religion*, 2, 195-224.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Haitsma, K. V. & Warren, R. (1990). God help me (I): religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 18(6), 504-513.
- Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. S. & Haitsma, K. V. (1992). God help me (II): the relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *Journal of Scientific Study of Religion*, 31(4), 504-513.
- Pargament, K. I., Ishler, K., Dubow, E. F., Stanik, P., Rouiller, R., Crowe, P., Cullman, E. P., Albert, M., & Royster, B.J. (1994). Methods of religious coping with the Gulf War: cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(4), 347-361.
- Pargament, K.I., & Park, C.L. (1995). Merely a defense? the variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, 51(2), 13-32.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998a). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.

- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J. & Stanik, P. (1998b). Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 77-89.
- Pargament, K.I., Tarakeshwar, N., Ellison, C.G., & Wulff, K.M. (2001). Religious coping among religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3), 497-513.
- Pargament, K. I., Koenig, H., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713-730.
- Peralta-Ramírez, M. I., Pérez-García, M., & Jiménez-Alonso, J. (2003). Afrontamiento al estrés y sus repercusiones físicas y psicológicas en un grupo de pacientes con lupus eritematoso sistémico y lupus crónico cutâneo. Artigo apresentado no IV Congresso Virtual de Psiquiatria (Interpsiquis 2003).
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., & Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(1), 136-145.
- Pessanha, P. P., & Andrade, E. R. de. (2009). Religiosidade e prática Clínica: um olhar fenomenológico-existencial. *Perspectivas online*, 3(10), 75-86. Recuperado em 20 de novembro, 2010, de: [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2009vol3n10/volume%203\(10\)%20artigo7.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2009vol3n10/volume%203(10)%20artigo7.pdf).
- Petersen, C. S., Bauer, M. E., & Koller, S. (2004). Psiconeuroimunologia e bioecologia: lentes superpostas para compreender os processos de saúde e doença ao longo de

- desenvolvimento humano. In: S. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 401-434). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Phelps, A. C., Maciejewski, P. K., Nilsson, M., Balboni T. A., Wright A. A., Paulk M. E., Trice E., Schrag, D., Peteet, J. R., Block, S. D., Prigerson, H. G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer, *Jama*, *301*(11), 1140-1147.
- Pinto, E. B. (2006). Gestalt-terapia e as realidades últimas no cristianismo. *IGT na rede*, *3* (5), 1-7. Recuperado em 12 de outubro, 2010, de: <http://www.igt.psc.br>.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(1), 94-103.
- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, *3*(1), 129-137.
- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, *26*(2), 56-67.
- Schaefer, C. A., & Gorsuch, R. L. (1993). Situational and personal variations in religious coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *32*(2), 136-147.
- Seeman, T. E., Dublin, L. F., & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: a critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, *58*(1), 53-63.

- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Seidl, E. M. F., & Faria, J. B. de. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.
- Seiffge-Krenke, I., Weidemann, S., Fentner, S., Aegenheister, N., & Poeb lau, M. (2001). Coping with school-related stress and family stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 6(2), 123-132.
- Siegel, K., Anderman, S. J., & Schrimshaw, E. W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16(6), 631-653.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(1), 72-78.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2002).
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. In: M. I. Salgado, & G. Freire (Orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina* (Cap. 20, pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.
- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 411-422.

Worthington, E. Jr., Kuru, T., McCullough, M., & Sandage, S. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119(3), 448-487.

Zeiders, C. L., & Schaller, J. L. (1998). The argument for the inclusion of spirituality. *The Journal of Christian Healing*, 20(1), 33-45.

## Capítulo II

*Coping* religioso de clientes em psicoterapia cognitivo-comportamental

Religious coping of clients in cognitive-behavioral psychotherapy

## Resumo

Este estudo visou identificar e compreender o papel do *coping* religioso de pessoas em psicoterapia cognitivo-comportamental, bem como investigar como tais recursos religiosos foram abordados durante o atendimento clínico-psicológico. Para tal, foram entrevistadas oito pessoas por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e submetidas à análise de conteúdo (Bardin, 2008). Os resultados indicaram que os participantes usaram uma variedade de estratégias de *coping* religioso para manejar situações de estresse, embora estas não foram valorizadas por parte dos psicoterapeutas. Conclui-se pela importância de considerar o *coping* religioso na prática clínica tanto como um recurso para regulação de emoção quanto de resolução direta de problemas.

Palavras-chave: *coping*, *coping* religioso, psicoterapia.

## Abstract

This study aimed to identify and understand the role played by the religious *coping* of people in cognitive-behavioral psychotherapy, and to investigate how such religious resources were addressed during the clinic-psychological attendance. For such, eight people were interviewed through a semi-structured interview route. The interviews were recorded in audio, transcribed and submitted to content analysis (Bardin, 2008). Results indicated that participants used a variety of religious *coping* strategies to deal with stressful situations, although they hasn't been valued by psychotherapists. It is concluded by the importance of considering the religious *coping* in the clinical practice both as a resource to emotional regulation as a direct resolution of problems.

Keywords: *coping*, religious *coping*, psychotherapy.

### ***Coping* religioso de clientes em psicoterapia cognitivo-comportamental**

Revisões da literatura sugerem que muitas pessoas em processo psicoterapêutico aprendem a lidar com suas crises e sofrimentos por meio da religiosidade (Cole & Pargament, 1999; Worthington, Kuru, McCullough & Sandage, 1996; Ellis, 2000). Isso porque vários clientes valem-se de esquemas religiosos para interpretar a realidade. Desta forma, crenças religiosas, independentemente do quanto os terapeutas discordam delas, podem se constituir uma parte importante da cultura e dos valores de seus clientes por proporcioná-los uma forma de compreender suas próprias vidas assim como o mundo em torno deles (Carone & Barone, 2001).

Pode-se notar que, nos últimos 25 anos, pesquisas empíricas que abordam o papel da religião na psicoterapia têm aumentado significativamente (Peres, Simão & Nasello, 2007; Paiva et al., 2009) e demonstrado que a religião dos clientes pode desempenhar um papel importante no processo psicoterapêutico (Worthington et al., 1996; Carone & Barone, 2001; Josephson & Dell, 2004), possibilitando um impacto positivo nos resultados clínicos (Zeiders & Schaller, 1998; Puchalski & Romer, 2000; Josephson, 2004) e, sobretudo, no manejo de situações de estresse (Pargament et al., 1992; Cole & Pargament, 1999; Siegel, Anderman & Schrimshaw, 2001).

Lazarus e Folkman (1984) definem estresse como uma relação entre pessoa e contexto ambiental que é percebida como indo além do que a pessoa pode suportar, ou seja, excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar. Em geral, os eventos não são em si estressantes ou não. Assim sendo, o que faz diferença no funcionamento humano é o modo como as pessoas o manejam, processo designado de *coping* (Aldwin & Revenson, 1987; Monat & Lazarus, 1991; Pargament, 1997; Petersen, Bauer & Koller, 2004; Abalo, Meléndez & Villarroel, 2005). Numa

perspectiva interacionista, *coping* é um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas internas ou externas que surgem em situações de estresse que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984).

Embora alguns autores brasileiros como Savoia (1999), Gimenes (2000), Barbosa (2008), Faria e Seidl (2005), Paiva (2007), Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), Seidl e Faria (2006), traduzam o termo *coping* por enfrentamento em seus estudos, esta é uma palavra inglesa sem tradução literal para o português, que pode significar “lidar com”, “manejar” ou “adaptar-se a” (Panzini & Bandeira, 2005, 2007). Optou-se pela não tradução do termo neste artigo pelo fato de que inexistente na língua portuguesa uma palavra única que expresse adequadamente o significado deste constructo (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998; Grassi-Oliveira, Filho & Brietzke, 2008; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008). Além disso, o *coping* pode se manifestar por fuga ou negação dos problemas, o que vai de encontro ao termo “enfrentar” que significa atacar, defrontar ou encarar (Panzini, 2004).

Os achados de estudos empíricos têm demonstrado que crenças e práticas religiosas podem estar envolvidas no processo de *coping* com situações estressantes (Pargament & Hahn, 1986; Pargament, 1990; Pargament et al., 1992; Park & Cohen, 1993; Schaefer & Gorsuch, 1993; Pargament et al., 1994; Pargament et al., 1998a; Tix & Frazier, 1998; Pargament, Tarakeshwar, Ellison & Wuff, 2001; Koenig, Larson & Larson, 2001; Siegel et al., 2001; Nooney & Woodrum, 2002; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, Hahn & 2004; Moreira-Almeida, Lotufo-Neto & Koenig, 2006; Koenig, 2007; Phelps et al., 2009). O processo pelo qual as pessoas, por meio de sua religião

tentam entender e/ou lidar com importantes exigências pessoais ou situacionais em suas vidas é denominado de *coping* religioso (Pargament, 1997).

*Coping* religioso, portanto, descreve o uso da fé e de crenças religiosas para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as conseqüências emocionais negativas das circunstâncias de vida que são estressantes (Koenig, Pargament & Nielsen, 1998). Conforme a sugestão de estudiosos da área (Pargament, 1997; Tix & Frazier, 1998; Faria & Seidl, 2005), neste artigo optou-se por considerar apenas os termos relativos à religiosidade, como religião e *coping* religioso, abarcando tanto aspectos individuais quanto institucionais.

Estudos têm identificado uma variedade de estratégias de *coping* religioso (Pargament et al., 1990; Pargament et al., 1988; Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998b), que não são meramente defensivos (Pargament & Park, 1995), mas que incluem métodos ativos, passivos e interativos e abrangem tanto atividades focadas no problema quanto na emoção (Pargament et al., 2004).

Quanto aos resultados que trazem às pessoas que as utilizam, as estratégias de *coping* religioso podem ser classificadas em positivas e negativas (Pargament et al., 1998b). As positivas proporcionam um efeito benéfico, de modo que, apresentam correlação positiva com melhor saúde física e mental, mais qualidade de vida (QV), crescimento psicológico e espiritual e menores níveis de estresse como resultado do estressor, enquanto as negativas associam-se positivamente com depressão, pobre QV e saúde (psicológica, espiritual e física) e maior nível de estresse (Pargament et al., 1998b; Pargament et al., 2001; Koenig et al., 1998; Pargament et al., 1990).

Entretanto, ainda não há uma clara compreensão de como a religião influencia o ajustamento durante episódios estressantes e quais são as conseqüências psicológicas

de utilizá-la para lidar com estes, o que pode ter implicações para a psicoterapia (Tix & Frazier, 1998) culminando em uma avaliação inapropriada de seu papel na vida do cliente e um tratamento menos efetivo com aqueles que são religiosos (Shafranske & Malony, 1990; Propst et al., 1992).

Em decorrência disto, o que se observa na prática clínica, segundo Lopez (1999, 2005), é que muitos profissionais da área, sobretudo, psicólogos têm dificuldade em compreender e, conseqüentemente, de abordar questões ligadas à temática religiosa nos atendimentos, sendo estas, muitas vezes, ignoradas por parte dos mesmos. Apesar desta dificuldade não há como estes se eximirem do fato de que a religião está presente e é parte relevante da vida de muitas pessoas que atendem (Cambuy, Amatuzzi & Antunes, 2006; Pessanha & Andrade, 2009), inclusive em tempos de estresse.

Deve-se ressaltar que a psicoterapia é um meio de escuta e tentativa de resolução de conflitos (Panzini & Bandeira, 2007) e que o *coping* religioso pode ser utilizado neste processo. Desse modo, supõe-se que muitas pessoas em psicoterapia podem buscar a religião como forma de reorientação frente a condições de crise e/ou estresse. Assim, o *coping* religioso pode ser encontrado também em contexto psicoterapêutico, mas sem receber, muitas vezes, devida atenção por parte dos psicoterapeutas e de pesquisadores no âmbito da psicologia clínica.

A maioria dos estudos que examinaram o papel da religião no *coping* com o estresse (*coping* religioso) teve como participantes pessoas que não estavam em processo psicoterapêutico no momento da pesquisa de modo que a extensão pela qual os achados dos estudos são generalizáveis para amostra clínica é indeterminado (Worthington et al., 1996). Assim, esses autores (1996) afirmam que poucos estudos

investigaram o papel da religião na vida das pessoas durante seu processo psicoterapêutico.

Adicionalmente, a população religiosa não tem sido adequadamente representada na maioria da população clínica estudada na literatura de *coping* (Propst et al., 1992) e o processo de *coping* é pouco conhecido em amostras clínicas (Seiffge-Krenke, Weidemann, Fentner, Aegenheister & Poebblau, 2000).

Deve-se ressaltar ainda, que, no Brasil, poucos estudos envolvendo religiosidade e psicoterapia foram conduzidos (Peres et al., 2007), sobretudo, que abordem o uso da religião em intervenções clínicas (Panzini & Bandeira, 2007). É, ainda, praticamente inexistente a literatura brasileira que descreve a presença e o papel do *coping* religioso no processo psicoterápico.

Considerando tais lacunas teóricas e empíricas existentes neste campo de estudo e frente à constatação de que questões envolvendo a religiosidade se fazem presentes na clínica psicológica (Cambuy et al., 2006) e que ela pode desempenhar um papel relevante para clientes religiosos lidarem com situações de estresse (Cole & Pargament, 1999), seria interessante desenvolver estudos com o intuito de integrar a teoria de *coping* religioso com as pesquisas em psicologia clínica, principalmente, conduzidos com amostras brasileiras.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo geral identificar e descrever o papel da religião, como *coping* religioso, de pessoas em processo psicoterapêutico, bem como investigar como tais recursos religiosos dos clientes são abordados como parte do tratamento clínico. Os objetivos específicos são: descrever e analisar quais são os estressores presentes na vida de pessoas em psicoterapia e quais as modalidades de *coping* são utilizadas por elas para lidar com a situação estressora; descrever e analisar

indicadores de *coping* religioso e suas respectivas modalidades em pessoas em psicoterapia; descrever e analisar a percepção da eficácia das estratégias de *coping* religioso dos participantes da pesquisa adotadas pelos mesmos em situações de estresse; e, descrever e analisar a percepção dos pacientes acerca da valorização das suas estratégias de *coping* religioso pelo terapeuta durante o processo psicoterapêutico.

## **Método**

### **Tipo de estudo**

O presente trabalho tem enfoque qualitativo (Denzin et al., 2006) por ter como finalidade explorar o espectro de opiniões, de sentido e as diferentes representações sobre o assunto em questão (Gaskell, 2002). Trata-se ainda de estudos de casos de caráter descritivo exploratório (Triviños, 1987).

### **Participantes**

Participaram desta pesquisa oito pacientes em processo psicoterapêutico atendidos nos CEPSI (Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas Psicológicas), que oferece estrutura básica para o cumprimento do Estágio Curricular Obrigatório, no período de um ano, como pré-requisito para a conclusão do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), sendo dois homens e seis mulheres. A idade variou de 28 a 62 anos. Com relação à afiliação religiosa, seis eram católicos, um evangélico e outro espírita. Todos se consideraram religiosos e devotavam tempo considerável, seja para o comparecimento à igrejas ou encontros religiosos, seja para atividades religiosas privadas como oração e leitura de livros sagrados ou de cunho religiosos. Seis dos participantes já haviam feito terapia antes. Adotou-se a legenda P para designar participantes e o número seqüencial (de 1 a 8) para discriminá-los.

A seleção dos participantes foi intencional (Gaskell, 2002) e por conveniência (Oliveira, 2001). Os critérios exigidos para a definição da inclusão dos mesmos foram: estarem em processo psicoterapêutico na psicoterapia comportamental e/ou cognitiva, por esta ser a abordagem em que a teoria de *coping* está inserida (Panzini & Bandeira, 2007) e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de participação na pesquisa, independente de sua afiliação religiosa. Os critérios de exclusão da participação foram: terem diagnóstico psiquiátrico e/ou recusarem assinar o TCLE.

### **Instrumentos**

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

-Questionário sociodemográfico: Formulário para captar informações com relação às seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas dos participantes (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar mensal, número de filhos, situação de moradia- se com familiares, se sozinho, outros).

-Roteiro de entrevista semi-estruturado: O mesmo é composto por eixos temáticos pré-definidos na seguinte seqüência: 1- estressores; 2- estratégias de *coping*; 3- motivadores para a psicoterapia; 4- Religiosidade; 5- valorização das queixas pelo terapeuta; 6- valorização das estratégias de *coping* pelo terapeuta; 7- efetividade do *coping* em termos de gerenciamento ou eliminação do estresse; e, 8- conseqüências do processo psicoterapêutico.

### **Procedimento**

Após a avaliação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GO, entrou-se em contato com professores supervisores do estágio em Clínica Psicológica da PUC-GO e seus respectivos alunos/psicoterapeutas para

apresentar o projeto de pesquisa e solicitar que indicassem possíveis participantes para a mesma. Posteriormente, por meio do aluno/terapeuta, foi enviada uma carta convite impressa delineando a investigação e convidando para um primeiro contato pessoal com os clientes-CEPSI. Com aqueles que aceitaram participar, agendou-se um primeiro encontro, no qual foi esclarecida a natureza do estudo, metodologia, objetivos, benefícios, riscos, ressarcimento, indenização, uso de informações transmitidas e confidencialidade. Posteriormente, solicitou-se a assinatura do TCLE bem como a autorização para a gravação e transcrição das entrevistas. A coleta de dado ocorreu conforme a disponibilidade de tempo dos participantes, preferencialmente nos dias em que os mesmos já se encontravam no CEPSI, antes ou após, seu atendimento psicoterapêutico. Especificamente, foi realizada uma entrevista com cada participante, individualmente, no CEPSI, no período de maio a agosto de 2010, em sala devidamente preparada com controle de ruídos, boa iluminação e ventilação e com possibilidade de manter sigilo e qualidade das gravações efetuadas. As mesmas tiveram uma duração média de, aproximadamente, 30 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas literalmente e, posteriormente, submetidas à técnica de análise temática de seus conteúdos, segundo Bardin (2008).

## **Resultados e discussão**

Os resultados abaixo serão apresentados mediante as seguintes categorias: 1- Estressores e suas implicações; 2- Estratégias de *coping*; 3- Estratégias de *coping* religioso; 4- Percepção da eficácia do *coping* religioso; e, 5- Valorização do *coping* religioso pelo psicoterapeuta.

### **1- Estressores e suas implicações**

Quando questionados acerca dos eventos defrontados nos últimos três meses e que são percebidos como particularmente estressantes, um amplo escopo de eventos foi relatado pelos participantes da pesquisa. Estes abarcavam a vida familiar, conjugal, laboral, morte de um familiar próximo e a dificuldade de perder peso, conforme se observa, respectivamente: “Eu acho muito difícil lidar com o namoro do meu filho” (P8); “Uma relação atribulada com minha esposa” (P1); “Eu tenho certa dificuldade em lidar com pessoas que são hierarquicamente superiores” (P5); “Agora mesmo tem 12 dias que a minha mãe faleceu” (P4); “Como eu tô com excesso de peso (...) você sabe que você não deveria comer só que acaba que você come e isso é difícil pra mim lidar” (P6).

A partir do relato dos mesmos, constatou-se que tais eventos estressores desencadearam uma série de emoções negativas, tais como rancor, amargura, mágoa, raiva, tristeza, angústia, frustração, sentimento de solidão, auto-cobrança, saudade e sensação de vazio. Em termos cognitivos, observou-se a presença do medo de engordar, da separação do cônjuge, da dependência, de perceber-se como injustiçado e auto-culpabilização. Além, do mais, os participantes citaram um aumento da ansiedade, de atividades realizadas e de peso como sendo decorrentes da presença dos estressores. Alguns relatos ou Unidades de Registros- UR's (Bardin, 2008), revelam algumas destas conseqüências dos mesmos: “Tô sentindo muita falta dela” (P4); “Subi na balança e vi que eu engordei dois kg” (P4); “Isso me deixa triste” (P6); “Eu fico com rancor armazenado (P5); “Eu sinto triste e angustiado” (P1); “Me sinto frustrada (...) injustiçada” (P2).

## 2- Estratégias de *coping*

Para lidar com as situações estressantes, os dados revelam a coexistência de estratégias de *coping* tanto focadas no problema quanto na emoção (Savoia, 1999; Seidl et al., 2001). Isso significa que, para lidar com estressores, os participantes da pesquisa, em alguns casos, tenderam a resolver os problemas de forma direta, agindo na situação estressante com o objetivo de mudá-la, apresentando as seguintes estratégias: buscar ajuda de um psicoterapeuta com o intuito de resolver o problema; traçar metas e objetivos, confrontação direta; escolher entre alternativas pensadas; gerar soluções avaliando custo e benefício; detectar estressores potenciais e agir antecipadamente para prevenir ou minimizar seus impactos; e, em outros de forma indireta mediante a tentativa de administrar as reações emocionais ao estresse. Nesses casos, utilizaram estratégias cujo objetivo era impedir a invasão de emoções negativas para permitir controle emocional, tais como: mudar a maneira como o estresse é avaliado; fuga-avoidance; auto-culpa; auto-exame/análise; buscar pessoas que ofereçam apoio social, racionalização, atribuição de causalidade externa e manter-se ocupado para desviar a atenção do problema. A Tabela 1 descreve tais estratégias e exemplifica cada uma delas, apresentando-as de forma decrescente conforme a frequência de comparecimento no *corpus* das entrevistas.

Tabela 1: Frequência dos relatos de estratégias de *coping* não-religioso de clientes do CEPPI/PUC-GO (N=8).

<b>Estratégias de <i>coping</i> focadas no problema</b>			
Estratégia	Definição	Exemplo	F
Buscar ajuda de um psicoterapeuta	Procurar os préstimos de um profissional que conduz procedimentos terapêuticos.	“Eu procurei a terapia” (P1)	8
Traçar metas e objetivos	Definir o rol de desejos a serem alcançados/satisfeitos.	“Eu tenho tentado estipular metas que eu possa cumprir, superar” (P2).	5
Confrontar o	Desafiar a adversidade	“Eu tenho trabalhado com meus	

problema	com o escopo de superá-la.	pais pra eles tentarem aceitar minhas opções” (P2).	4
Escolher entre alternativas cogitadas	Escolher a opção mais viável ou profícua num universo de diferentes caminhos vislumbrados.	“Se até o final do ano eu não conseguir passar no concurso eu vou cair pro lado do mestrado pra poder dar aula” (P2).	1
Detectar estressores potenciais e agir antecipadamente	Identificar elementos potencialmente angustiantes e/ou estressantes e adotar medidas para suprimi-los ou atenuá-los antes que desencadeiem conseqüências negativas.	“Subi na balança e vi que eu engordei 2 kg e já tô correndo pra terapia, por que eu não quero ter a perca da minha mãe com a gordura” (P4).	1
Sub-total			19
<b>Estratégias de coping focadas na emoção</b>			
Fuga/evitação	Afastar o estímulo que causa ameaça	“Festa de família eu tô evitando ir” (P2).	5
Reavaliação	Ressignificação da situação estressora	“Antes as coisas ruins aconteciam eu ficava lamentando (...) hoje vejo o sofrimento como parte da vida e que eu vou conseguir superar” (P5).	4
Auto-culpa	Identificar em si próprio algum elemento que deflagrou uma situação não desejada.	“As vezes eu chego na conclusão que parte da culpa é minha e eu tô errado” (P5).	4
Racionalização	Apresentar explicações ou justificativas logicamente coerentes para fatos que despertam angústia e cujos motivos verdadeiros não percebe.	“Tá dentro da normalidade, ela estava doente sabe? (...) isso aqui pra nós é um processo natural da vida” (P4).	3
Auto-exame/análise	Questionar se o seu próprio comportamento provocou ou contribui para provocar uma situação indesejada ou reprovável.	“Procuro ponderar pra saber se as pessoas tão erradas ou se eu tenho uma parcela de culpa” (P5).	2
Busca de apoio social	Tentativa de buscar auxílio para compartilhar preocupação de qualquer ordem.	“Quando eu tô assim com algum problema, muito estressada eu geralmente converso com minha mãe” (P7).	2
Atribuição de culpa – externa	Identificar em terceiros algum elemento que deflagrou uma situação	“As vezes tenho a nítida impressão que eu não tive culpa e que realmente a culpa é da	2

	não desejada.	outra parte” (P5).	
Manter-se ocupado	Busca constante por atividades que preencham o dia ou rotina para desviar a atenção do problema.	“Se eu tô na rua, eu tô bem. Se eu chego em casa eu tenho que fazer alguma coisa (...) o tanto que eu tô trabalhando não é normal. Eu tô procurando alguma coisa, por que assim, ou eu fico na comida ou no trabalho” (P4).	1
Sub-total			23
Total			42

Como previsto por Lazarus e Folkman (1984), Savoia (1999), Petersen et al. (2000) e Abalo et al. (2005) as estratégias focadas na emoção foram mais frequentes, sobretudo, nas situações de difícil controle em que os indivíduos avaliaram que pouco ou nada podia ser feito para alterar a situação e que seus recursos seriam insuficientes para atender suas demandas. Perdas de entes queridos e situações que simplesmente devem ser aceitas, foram condições que, por não permitir uma oportunidade de ação direta, favoreceram a utilização de métodos de *coping* focadas na emoção. Convém acrescentar que, apesar de poder evitar algumas ações diretas, o *coping* focado na emoção pode ser útil na manutenção do senso de bem-estar, de integração e de esperança (Monat & Lazarus, 1991).

### **3- Estratégias de *Coping* religioso**

Para entender e/ou lidar com as exigências pessoais e situacionais que estavam sendo confrontados em suas vidas, os participantes consideraram sua religião uma fonte de ajuda, conforme se observa nas unidades de registros (UR's) seguintes: “Diante dos problemas agente precisa da religião pra ajudar” (P7); “A religião ajuda agente a enfrentar os vários problemas do dia-a-dia” (P1); O fato dos participantes terem afirmado que suas atividades religiosas aumentaram durante as situações de crise,

ressaltam papel destas no *coping*: “Quando eu tava na maioria dificuldade parece que eu rezava mais, que eu buscava mais” (P3).

Em decorrência, uma variedade de estratégias de *coping* religioso foi utilizada pelos participantes da pesquisa (Pargament et al., 1988; Pargament et al., 1990; Pargament, 1997; Pargament et al., 2001), inclusive com uma frequência maior do que os não- religiosos. Em conformidade com os achados de Pargament et al. (1990), é importante notar que tais estratégias foram utilizadas de forma inter-relacionadas pelos mesmos.

Tais estratégias incluíram: Reavaliação religiosa benevolente; *Coping* religioso colaborativo; Práticas religiosas não institucionais; *Coping* religioso autodiretivo; Procura de apoio de líderes e membros de instituições religiosas; *Coping* religioso delegante; Apoio religioso; Procura de conforto espiritual através de reposição de energias; Intervenção divina; Perdão religioso e Descontentamento espiritual (Pargament et al., 2001; Panzini, 2004). Exemplos dessas estratégias e suas descrições são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Frequência dos relatos das estratégias de *coping* religioso dos clientes CEPSI/PUC-GO (N=8).

Estratégias de Coping Religioso	Definição	Exemplo	F
Reavaliação religiosa benevolente	Redefinir o estressor através da religião como benevolente e potencialmente benéfico	“Quando eu fui assaltada (...) teve um trabalho aqui (...) aquela ajuda espiritual foi tão importante sabe? (...) foi assim, um atestado de amadurecimento sabe?” (P4).	14
<i>Coping</i> religioso colaborativo	Tentar controlar e resolver problemas em parceria com Deus	“Eu sempre ponho na mão Dele mas também não adianta eu cruzar os braços e falar: oh Deus resolve isso aqui pra mim. O essencial é que eu busque também essa melhora” (P1).	13
Práticas religiosas não institucionais	Atividades exercidas fora do ambiente litúrgico para tentar	“Eu rezo, rezo muito (...) eu falava muito com Deus. Comentava que tava acontecendo	

	lidar com a situação de crise.	isso, isso e isso” (P3).	7
<i>Coping</i> religioso autodiretivo	Estratégia de procura controle direto por iniciativa individual, mais do que por ajuda de Deus.	“Não vai adiantar eu pegar um terço e ficar rezando um rosário por que isso não vai resolver meu problema. Eu rezar e ficar esperando que eu pare de comer não vai resolver, eu tenho que parar de comer” (P6).	7
Procura de apoio de líderes e membros da instituição religiosa	Procura por conforto e restabelecimento da confiança através de líderes e freqüentadores da instituição religiosa	“Eu procurei o padre pra mim conversar com ele” (P3).	5
<i>Coping</i> religioso delegante	Esperar passivamente que Deus resolva os problemas	“Eu literalmente entreguei nas mãos de Deus” (P5).	4
Apoio religioso	Procurar por conforto e segurança renovada através do amor e do cuidado com Deus	“Nos momentos que eu tenho em crise eu busco meu apoio em Deus” (P2).	4
Descontentamento espiritual	Expressão de confusão e descontentamento com Deus	“Eu reclamava muito, por que meu Deus, isso aconteceu comigo? (...) eu não merecia” (P3).	2
Procura de conforto espiritual através de reposição de energias	Busca lidar com a situação através de trocas de energias.	Quando eu fui assaltada (...) teve um trabalho aqui, tipo um passe que o mentor daqui falou que feliz de quem pagava dívidas, sabe? E aquilo ali parece que foi uma coisa tão consoladora sabe? (P4).	1
Perdão religioso	Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo associados a uma ofensa	“Eu tenho fé que eu possa me reconciliar com as pessoas com as quais eu tenho atrito (...) e o que me dá certeza disso aí é a fé, não é o bom senso, não é a racionalidade” (P5).	1
Total			58

A literatura tem demonstrado que pessoas religiosas consideram mais a ajuda da religião para lidar com o estresse (Panzini, 2004), portanto, a presença de  *coping* religioso era esperada nesta pesquisa já que as pessoas mais propensas a envolver a

religião no processo de *coping* são aquelas que visualizam sua religiosidade como uma parte maior do seu sistema de orientação e que a avaliam como fonte para solução para os problemas de sua vida (Pargament, 1997; Pargament et al., 2001). Pode-se dizer, então, que por causa de seu investimento e identificação com sua religião, os entrevistados derivaram desta tais esforços de *coping* religioso.

Conforme descrito por Pargament et al. (1998b) e Pargament et al. (2001), os participantes deste estudo fizeram uso consideravelmente maior do método positivo de *coping* religioso do que o negativo. Apenas P3 apresentou um único método de *coping* negativo denominado descontentamento espiritual (Pargament et al., 2001), onde conflitos com Deus eram fonte de amargura.

De acordo com Pargament et al. (2001), o baixo nível de expressão de *coping* religioso negativo, face a eventos estressantes, pode ser devido à relutância de muitas pessoas de levantar um olhar crítico para questões valorizadas e centrais para sua identidade tal como a fé. A literatura indica que as pessoas são mais prováveis de ver Deus e sua congregação como fonte de amor e suporte do que fonte de dor e punição (Pargament et al., 1998a), o que parece ser menos ameaçador ao bem estar psicológico do indivíduo. Daí a suposição de que as estratégias negativas tenham um tempo de utilização curto coincidindo com as crises de fé ou as existenciais em função de situações ou resultados desfavoráveis.

Conforme se observa na tabela 2, os participantes da pesquisa se valeram de abordagens de resolução de problemas que envolveram a religião (Pargament et al., 1988). Estas variaram em duas dimensões subjacentes ao relacionamento do indivíduo com Deus: lócus de responsabilidade e nível de atividade no processo de resolução dos problemas (Nooney & Woodrum, 2002; Faria & Seild, 2005).

Assim, métodos de *coping* delegante (f=4), autodirigido (f=7) e colaborativo (f=13) foram identificados (Pargament et al., 1988; Pargament et al., 1990; Cole & Pargament, 1999), o que significa que, em alguns casos, estes atribuíram a resolução de problemas a Deus esperando que o mesmo os resolva, isentando-se da responsabilidade de lidar com eles. Em outros, se consideraram ativamente responsáveis na resolução de seus problemas por visualizarem Deus como dando às pessoas liberdade e recursos para dirigirem suas próprias vidas, entendendo que deveriam lidar com as dificuldades por si mesmos. Porém, a maioria dos entrevistados ressaltou a idéia de colaborar com Deus na resolução dos problemas, de modo que, visualizaram Deus como um parceiro que trabalha com eles, de forma co-responsável, no processo de *coping*.

Apesar da religião ter sido criticada por impedir o desenvolvimento do senso de autonomia e auto-eficácia dos indivíduos para lidar com os problemas de suas vidas (Propst et al., 1992; Zeiders & Schaller, 1998; Carone & Barone, 2001), a partir de tais dados e da literatura, pode-se dizer que a religião pode ser parte tanto de uma abordagem ativa quanto passiva de resolução de problemas diante de estressores da vida (Pargament & Park, 1995), uma vez que, para os participantes deste estudo, a espera por uma providência divina coexistiu com a privatização da resolução de problemas em si mesmos.

Dessa forma, a religião não se constitui apenas como uma estratégia de esquiva, defesa ou negação da realidade, mas participou do processo de *coping* de situações negativas e de crise, já que crenças e práticas religiosas guiaram o indivíduo no processo de seleção das possíveis soluções e atribuição de significados a eventos críticos da vida (Pargament & Park, 1995; Pargament et al., 1988; Pargament et al., 1992). Nesse processo de *coping*, afirma Pargament (1997), o indivíduo é um agente

proativo que lança mão de possibilidades e escolhas, porém, norteando-se por um sistema de valores e de crenças a – priori nos quais a religião pode estar presente (Faria & Seidl, 2005).

A concepção amorosa que os participantes mantêm de Deus poderia explicar a presença do *coping* religioso colaborativo, redefinição benevolente do estressor, e procura de apoio de líderes e membros religiosos. Isso porque, segundo Ellis (2000), as pessoas que abraçam o modelo de Deus amoroso (que não é suscetível de punir ou permitir que um dano ocorra para as pessoas que vivem de forma responsável) tendem a vê-lo como um parceiro que trabalha com eles para resolver problemas, visualizam situações difíceis como oportunidades de crescimento espiritual e acreditam que seus líderes religiosos e colegas membros da congregação dão a eles o apoio que eles precisam em momentos difíceis.

Ainda que o *coping* religioso, seja usualmente, considerado um *coping* focado na emoção (Aldwin & Yancura, 2004), na mesma direção dos achados de Pargament et al. (2001), os dados do presente estudo identificaram que em algumas circunstâncias o mesmo teve função instrumental favorecendo a resolução de problemas como pedir auxílio concreto a líderes e membros de instituições religiosas. Panzini (2004), por sua vez, afirma que focar a investigação científica apenas nos níveis afetivos e cognitivos parece ser uma atitude reducionista obscurecendo a influência também direta e comportamental do *coping* religioso em atividades diárias, o que implica na necessidade da extensão da concepção teórica sobre a função do *coping* religioso.

#### **4- Percepção da eficácia do *coping* religioso**

Na tentativa de fornecer ordem e compreensão a situações tidas como fora do controle humano, tal como a morte, a reavaliação religiosa, que pressupõe a crença

numa outra vida, teve papel fundamental para alguns participantes em termos de ajudar a manejar a situação: “Quando você atravessa pela questão de uma morte, isso é um momento muito difícil da vida (...) e quando você acredita que essa vida é uma passagem e você vai ter uma vida muito melhor depois, cê tem um conforto maior” (P6). Sem a crença numa outra existência, a experiência da morte poderia parecer completamente sem sentido para uma das participantes e deixá-la inconsolável como o trecho demonstra: “Se eu acreditasse que eu nunca mais ia ver a minha mãe, isso seria um sofrimento terrível, mas como eu acredito numa vida futura, então fica muito mais fácil” (P4).

Diante das dificuldades, Deus foi visualizado como uma figura de apego sempre presente com a qual se pode apoiar ou buscar ajuda, o que contribuiu para que os participantes não se sentissem abandonados ou sem alguém com quem pudessem contar a todo o momento: “Sempre nos momentos difícil eu tenho Deus pra mim segurar na mão dele” (P1).

Acreditar na existência de um Ser superior, para o qual se voltaram no processo de *coping* favoreceu o aumento do senso de controle por meio da visualização do evento como menos ameaçador (P2: “Por mais que as coisas todas do mundo e ao meu redor estejam difíceis e conflituosas e são muralhas, são problemas eu sei que existe alguém muito maior que esses problemas que é o meu Deus”) e mais positivo e benevolente (P3: “E rezando, depois eu fui ver que, às vezes, esse acontecimento te faz crescer”).

As atividades religiosas privadas, tais como as orações, contribuíram para a redução da sensação de perda de controle da situação, na medida em que acreditar em um Deus todo poderoso, amoroso e sensível forneceu ao cliente uma sensação de que se pode influenciar sua própria condição pela possibilidade de influenciar Deus para agir

em seu nome (P7: “Eu peço muito a ajuda de Deus para chegar nos meus objetivos”). Acreditar em Deus também desempenha um papel de reduzir o senso de isolamento (alívio da solidão), visto que, os participantes perceberam Deus como um ser próximo com o qual se pode manter uma relação de intimidade (P8: “Eu converso com ele como amigo mesmo”).

Diante dos eventos estressantes, a crença em uma divindade que trabalha no sentido de um propósito maior, independente de quais circunstâncias ou dificuldades existam no momento, foi fundamental para a manutenção de um senso de significado (P2 “Eu vejo Deus em todas as coisas que acontecem na minha vida, pode ser ruim, pode ser bom se aconteceu foi por que ele permitiu”). A visualização dos eventos como parte do plano de Deus, contribuiu, ainda, para o controle emocional no sentido de proporcionar uma sensação de segurança, tranquilidade e conforto afetivo diante das situações: “Por mais que eu não consiga é porque meu tempo ainda não chegou e tudo tem um propósito de Deus, por isso que eu sinto no momento de angústia, a esperança que Deus traz pro meu coração, a confiança e conforto e eu volto a ter fé pra poder lutar novamente” (P2); e para horizontalização da esperança de que as coisas irão se tornar melhores e que no futuro o evento negativo seria solucionado e o sofrimento não duraria para sempre: “Ele nos dá esperança para que amanhã tenha um dia melhor” (P1).

A visualização dos acontecimentos críticos como sendo situacionais (passageiros) e contingentes a um período no tempo e não como algo permanente ou imutável em suas vidas também foi subsidiada pela fé: “A fé traz esperança de que, quando eu tenho problema, eu vou conseguir passar por isso e que tudo é uma coisa passageira” (P7).

Por fim, a religião teve papel crucial no  *coping*, no sentido de favorecer a potencialização do sujeito e contribuir para que este não desista diante da realidade negativa, oferecendo força para a pessoa confrontá-la de forma destemida e para que prossiga amparada na sua fé religiosa (P6: “É a questão de você procurar forças aonde você não tem (...) é em Deus que você procura essa força e acaba achando pra poder conseguir vencer suas dificuldades na vida”).

Em suma, com relação à percepção dos participantes no que concerne à eficácia de suas estratégias de  *coping* religioso, os mesmos sustentaram que sua religião os ajudou a compreender e lidar com situações de estresse oferecendo orientação, apoio, esperança, alívio, conforto e consolo (Pargament & Park, 1995). Pode-se dizer, ainda, que esta contribuiu para a redução da ansiedade e aumento do senso de bem estar, significado e propósito na vida (Koenig et al., 2001). Crenças e práticas religiosas reduziram o senso de perda de controle e desamparo acompanhante as situações de estresse, além de dotarem tais eventos críticos da vida com algum tipo de valor (Zeiders & Schaller, 1998). Além disso, as crenças religiosas, por justificar o controle por Deus, permitiram as pessoas manter esperança para si mesmas e regular emoções negativas quando nenhuma estratégia de  *coping* parecia possível.

#### **5- Valorização do *coping* religioso pelo psicoterapeuta.**

Diferentemente dos achados de Shafranske e Malony (1990), na percepção dos participantes, seus psicoterapeutas não valorizam o papel da sua religião como fonte de ajuda diante das dificuldades, posto que estes não abordam questões relativas à sua religiosidade durante o processo psicoterápico, nem quando as temáticas religiosas são trazidas pelos clientes, como se observa: “Agente já trouxe questões religiosas no grupo,

mas ele não trabalhou a parte religiosa (...) ainda não foi tão discutido, mas é um tema levantado” (P2)

De acordo com os relatos dos mesmos, seus psicólogos já investigaram, apenas, sua afiliação religiosa (P6: “Houve um questionamento no começo e perguntou a minha religião, mas agente nunca se aprofundou”), o que não é suficiente em uma avaliação clínica (Puchalski & Romer, 2000; Moreira-almeida et al., 2006), pois, diz pouco sobre o que é a religiosidade e quão importante ela é, ou não, na vida de alguém. Na concepção de Pargament e Park (1995), quando os clínicos abordam apenas se e em que grau seus clientes são religiosos eles deixam de fazer questões mais refinadas sobre os papéis que a religião pode desempenhar em suas vidas, úteis e/ou prejudiciais.

Pode ser que a não abordagem da religiosidade dos clientes evita que estes percebam que esta seja uma temática que possa ser trazida no momento da terapia. Embora a maioria dos participantes tenha considerado que a abordagem de questões religiosas pelo seu psicoterapeuta seja prescindível, por não ser o aspecto central da terapia, para alguns participantes tal abordagem poderia encorajar e potencializar o uso da religião como um recurso diante das dificuldades, tal como o trecho seguinte indica: “Se o terapeuta fala: busca se fortalecer na sua fé e dá algumas dicas para essa pessoa, ela vai ter mais forças para poder enfrentar porque todos os problemas que eu já enfrentei na minha vida foi a fé que me ajudou” (P8). Panzini (2004), por sua vez, ressalta que, a temática religiosa seja explorada na psicoterapia, de modo que uma intervenção a nível psicológico pode facilitar o uso do *coping* religioso, potencializando efeitos positivos.

A não abordagem de tais questões na psicoterapia dos participantes pode refletir uma visão geralmente negativa da religião prevalente entre psicólogos e

psiquiatras (Koenig, 2007), que têm silenciado sobre a religião considerando-a um tópico não científico. Pode ser que pelo fato dos psicólogos ter tido pouco ou nenhum treinamento de como trabalhar tais assuntos na prática clínica tenham dificuldade de compreender crenças e comportamentos religiosos de seus clientes (Shafranske & Malony, 1990; Moreira-Almeida et al., 2006). Outra possibilidade é apresentada por Lopez (1999; 2005) que afirma que os psicólogos ficam sem referenciais científicos para abordar a questão nos atendimentos, na medida em que, a maioria das teorias psicológicas não contempla a questão da religiosidade, ou seja, excluem as experiências religiosas do âmbito de seus estudos, ou as consideram patológicas.

Por outro lado, caso inquirissem sobre crenças religiosas e estratégias de *coping* religioso de seus clientes, os profissionais de saúde poderiam ajudá-los a usar um recurso disponível (Tix & Frazier, 1998). E, nesse sentido, não se trata de uma apologia ao uso da religiosidade no manejo do estresse, mas sim de sua valorização e incentivo quando o cliente já possui crenças religiosas e, em virtude disso, já a utiliza em sua vida (Pargament, 1997). Porém, deve-se ressaltar que um treinamento adequado é necessário para integrar tais questões na prática clínica (Moreira-Almeida, et al., 2006; Stroppa & Moreira-Almeida, 2008) porque requer competência terapêutica.

### **Considerações finais**

O método qualitativo com entrevista semi-estruturada permitiu acessar no discurso dos participantes aqueles eventos percebidos por estes como sendo estressantes, bem como, as modalidades de *coping* utilizados pelos mesmos para lidar com tais eventos críticos e, se mostrou adequado para investigar o modo com que clientes em processo psicoterapêutico utilizam sua religião para lidar com situações de estresse, ou seja, o papel desempenhado por esta no processo de *coping*.

Os achados sublinham que a religião é um recurso de *coping* importante na vida dos participantes e que esta os tem ajudado a lidar com situações estressantes, contribuindo para várias funções neste processo, embora não seja o único, uma vez que, os participantes relataram o uso concomitante de atividades não-religiosas de *coping*. Apesar dos participantes serem religiosos e usar a religião como recurso de *coping* ela não é uma temática abordada e discutida por parte dos psicoterapeutas no *setting* terapêutico. O fato de não apreciarem esta dimensão de seus clientes e a forma que ela poderia ou não, contribuir para o processo de *coping*, leva a supor que os mesmos não a consideram uma temática relevante no seu trabalho como clínicos.

Várias limitações devem ser consideradas na avaliação dos resultados desse estudo. Os mesmos poderiam ter sido enviesados pelo desejo de alguns de evidenciar uma imagem favorável da religião no processo de *coping* (Pargament et al.,1998; Pargament et al.,1994). Além do mais, pessoas que tendem a lembrar de resultados melhores podem ser mais prováveis de olhar favoravelmente para a religião no retrospecto. Na essência, elas podem construir uma história em que a responsabilidade é atribuída para a religião pelas boas coisas que tem acontecido (Pargament et al., 1994). Aparentemente aqueles que investem mais em sua religião são mais prováveis de derivar maiores benefícios disso, relatando maiores resultados positivos (Pargament et al., 2001). Além disso, as diferentes estratégias de coping pode ocorrer em função de características da personalidade (Antoniazzi et al., 1998), que não foram avaliadas neste estudo.

Este estudo considerou a classificação de padrões positivos e negativos de coping religioso, conforme o preconizado na literatura (Pargament et al., 1998b), porém, deve-se ressaltar que métodos religiosos de *coping*, não positivos ou negativos em si

mesmos. O que pode ser útil em um situação pode não ser em outra. O estudo do coping mais do que buscar tipologias deveria observar contextos no qual ele esta sendo usado.

Os dados e a carência significativa de estudos com enfoque nos recursos religiosos de clientes em processo psicoterápico para o *coping* ou manejo das situações estressantes, bem como na sua abordagem em contexto psicoterapêutico, constituem-se fatores relevante para a continuidade da exploração do tema, sobretudo, de forma empírica.

Pesquisas adicionais deveriam ser feitas para determinar se os resultados deste estudo se aplicam para outras abordagens psicoterapêuticas, utilizando amostras maiores em um número maior de situações da vida. Novos estudos poderiam contemplar o grau de adaptabilidade e operacionalidade de estratégias de *coping* religioso identificando quais destas estão mais ligadas a resultados positivos e/ou negativos para o ajustamento a demandas e desafios levantados por situações particulares da vida, bem como avaliar a eficácia das estratégias de *coping* religioso comparadas com as não religiosas na redução dos níveis de estresse em clientes em processo psicoterapêutico. A investigação da relação do *coping* religioso e o estresse poderia ainda ser realizada em estudos longitudinais, para verificar mudanças e estabilidade de níveis de estresse e das atividades de *coping* religioso ao longo do tempo.

Quanto às implicações deste estudo para o contexto da Psicologia Clínica, acredita-se que o mesmo possa contribuir para a atuação profissional, uma vez que, amplia a contribuição do papel da religião no *coping* e na psicoterapia. Por ser parte importante na vida dos clientes, a religião não deveria ser negligenciada do contexto psicoterapêutico. Os resultados sublinham a importância de pesquisadores e psicólogos

clínicos reconhecerem e estarem atentos quanto à presença e influência do *coping* religioso úteis ou prejudiciais, na vida de seus clientes.

### Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294.
- Abalo, J. G., Meléndez, E. H., & Villarroel, P. V. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. Em: Hernández-Meléndez, E.; Abalo, J. G. (Orgs.). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, México.
- Aldwin, C. M., & Yancura, L. A. (2004). Coping and Health: A comparasion of the Stress and Trauma Literatures. Em: Schnurr, P.P & Green, B. L. *Trauma and Health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington: American Psychological Association.
- Barbosa, K. de A. (2008). *Religiosidade e o enfrentamento religioso em idosos sob cuidados paliativos*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Católica de Brasília, Brasília.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (5ª ed.). (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Originalmente publicado em 1977).
- Cambuy, K., Amatuzzi, M. M., & Antunes, T. de A. (2006). Psicologia clínica e experiência religiosa. *Revista de Estudos da religião*, 3, 77-93.
- Carone, D. A. Jr., & Barone, D. F. (2001). A social cognitive perspective on religion beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 21(7), 989-1003.

- Cole, B., & Pargament, K. (1999). Re-creating your life: A spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 395-407.
- Denzin, K. N. et al. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Ellis, A. (2000). Can Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) be effectively used with people who have devout beliefs in God and Religion? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 29-33.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. Em: Gaskell, G.; Bauer, M. W. (Orgs.). *Pesquisa Qualitativa com Texto, imagem e Som: um manual prático*. (pp. 64-89). Trad. P. Guareshi. Petrópolis: Vozes.
- Grassi-Oliveira, R., Filho, L. D., & Brietzke, E. (2008). Coping como função executiva. *Psico*, 39(3), 275-281.
- Josephson, A. M., & Dell, M. L. (2004). Religion and spirituality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 13(1), 15-17.
- Josephson, A. M. (2004). Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice. *Child and Adolescent psychiatric clinics*, 13(1), 71-84.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 513-521.
- Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35(3), 352-359.

- Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 95-104.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lopez, M. (1999). Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas. In: M. Massimi, & M. Mahfoud (Orgs.). *Diante do mistério: Psicologia e senso religioso* (pp. 71-86). São Paulo: Loyola.
- Lopez, M. (2005). A espiritualidade e os psicólogos. In M. M. AmatuZZi (Org.). *Psicologia e Espiritualidade* (pp. 147-159). São Paulo: Paulus.
- Monat, A. & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: an anthology* (3ª ed.). New York: Columbia University Press.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo-Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Nooney J., & Woodrum, E. (2002). Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 359-368.
- Oliveira, T. M. V. (2001). Amostragem não probabilística: Adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Administração online: prática, pesquisa e ensino*, 2 (3). Recuperado em 5 de dezembro, 2010, de [http://www.fecap.br/adm\\_online/art23/tania2.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm).
- Paiva, G. J. de. (2007). Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 99-104.
- Paiva, G. J., Zangari, W., Verdade, M. M., Paula, J. R. M. de., Faria, D. G. R. de., Gomes, D. M., Fontes, F. C. C., Rodrigues, C. C. L., Trovato, M. L., & Gomes, A.

- M. de A. (2009). Psicologia da Religião no Brasil: a produção em periódicos e livros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 441-446.
- Panzini, R.G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/spiritual. *Revista Psiquiatria Clínica*, 3(1), 126-135.
- Pargament, K. I., & Hahn, J. (1986). God and just world: causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25(2), 193-207.
- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal of Scientific Study of Religion*, 27(1), 90-104.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the scientific study of religion*, 2, 195-224.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Haitsma, K. V. & Warren, R. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 18(6), 504-513.
- Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. S. & Haitsma, K. V. (1992). God help me (II): the relationship of religious orientations to religious

- coping with negative life events. *Journal of Scientific Study of Religion*, 31(4), 504-513.
- Pargament, K. I., Ishler, K., Dubow, E. F., Stanik, P., Rouiller, R., Crowe, P., Cullman, E. P., Albert, M., & Royster, B.J. (1994). Methods of religious coping with the Gulf War: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(4), 347-361.
- Pargament, K.I., & Park, C.L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, 51(2), 13-32.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J. & Stanik, P. (1998a). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 77-89.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998b). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.
- Pargament, K.I., Tarakeshwar, N., Ellison, C.G., & Wulff, K.M. (2001). Religious coping among religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3), 497-513.
- Pargament, K. I., Koenig, H., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713-730.

- Park, C. L. & Cohen, L. H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 561-577.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., & Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, Religiosidade e Psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(1), 136-145.
- Pessanha, P. P., & Andrade, E. R. de. (2009). Religiosidade e prática Clínica: um olhar fenomenológico-existencial. *Perspectivas online*, 3(10), 75-86. Recuperado em 20 denovembro,2010,de:[http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2009vol3n10/volume%203\(10\)%20artigo7.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2009vol3n10/volume%203(10)%20artigo7.pdf).
- Petersen, C. S., Bauer, M. E. & Koller, S. (2004). *Psiconeuroimunologia e bioecologia: lentes superpostas para compreender os processos de saúde e doença ao longo de desenvolvimento humano*. Em Koller, S. (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil (pp. 401-434)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Phelps, A. C., Maciejewski, P. K., Nilsson, M., Balboni T. A., Wright A. A., Paulk M. E., Trice E., Schrag, D., Peteet, J. R., Block, S. D., Prigerson, H. G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer, *Jama*, 301(11), 1140-1147.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 94-103.
- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-137.

- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 56-67.
- Schaefer, C. A., & Gorsuch, R. L. (1993). Situational and personal variations in religious coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 32(2), 136-147.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Seidl, E. M. F., & Faria, J. B. de. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.
- Seiffge-Krenke, I., Weidemann, S., Fentner, S., Aegenheister, N., & Poebblau, M. (2001). Coping with school-related stress and family stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 6(2), 123-132.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(1), 72-78.
- Siegel, K., Anderman, S. J., & Schrimshaw, E. W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16(6), 631-653.
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. Em: Salgado, M. I.; Freire, G. (Orgs.). *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.
- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 411-422.

- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Worthington, E. Jr., Kurusu, T., McCullough, M., & Sandage, S. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119(3), 448-487.
- Zeiders, C. L., & Schaller, J. L. (1998). The argument for the inclusion of spirituality. *The Journal of Christian Healing*, 20(1), 33-45.

## **Anexos**

## Anexo 1

### CARTA CONVITE PARA PARTICIPANTE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “*Coping* religioso em pacientes em processo psicoterapêutico”. Você foi selecionado porque está em processo psicoterapêutico no CEPSI (Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas Psicológicas). O objetivo deste estudo é compreender como as pessoas em processo psicoterapêutico utilizam a religião para lidar com situações estressoras em suas vidas. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de continuar, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo no seu acompanhamento psicoterapêutico no CEPSI. O risco relacionado a sua participação é mínimo, e consiste no desconforto de se submeter a uma entrevista para falar de assuntos pessoais como os estressores que você enfrenta em seu cotidiano. A entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra. Esta ocorrerá, preferencialmente, nos dias em que você já vem ao CEPSI para seu atendimento psicoterápico. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação através do uso de pseudônimos. A mestrandia Hérica Landi de Brito é responsável por esta pesquisa em nível de Mestrado, sob orientação do Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Sebastião Benício da Costa Neto. Quaisquer esclarecimentos que se façam necessários poderão ser solicitados a ambos no telefone 8449-1015 ou no Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na Av. Universitária, n.º 1440, Setor Universitário. Goiânia/GO, fone 3946-1116. Caso você aceite participar, deixe seu nome e telefone que a responsável pela pesquisa entrará em contato com você e agendará um encontro com para oferecer mais informações.

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar em uma pesquisa intitulada: “*Coping* religioso em pacientes em processo psicoterapêutico”, cujo objetivo é identificar como as pessoas utilizam a religião para lidar com o estresse em suas vidas e compreender o papel desta no processo psicoterapêutico. Para tal, contamos com sua colaboração para responder de forma mais honesta e atenta possível aos instrumentos que fazem parte deste estudo: 1) Questionário geral, 2) Entrevista que será gravada, transcrita e analisada.

O risco de participar desta pesquisa é mínimo que é o desconforto de se submeter a uma entrevista para falar de assuntos pessoais como os estressores que você enfrenta em seu cotidiano, além de responder ao questionário e a escala. A pesquisa não trará a você um benefício direto, mas, ao final da mesma, a pesquisadora responsável pelo estudo fará uma devolutiva aos psicoterapeutas que atendem no CEPSI, para que estes possam refletir a respeito de sua prática e considerar os resultados deste trabalho nas suas intervenções psicológicas em benefício de sua clientela, o que inclui você e outras pessoas.

A coleta de dados poderá ser desenvolvida em até três encontros. O período médio previsto para cada encontro é de, aproximadamente, uma hora e meia. Esta ocorrerá, preferencialmente nos dias em que você já vem ao CEPSI para seu atendimento psicoterápico e, assim, sua participação não acarretará custos e despesas para você, de modo que, não será disponível nenhuma compensação financeira adicional ou ressarcimento pela sua participação.

Sua participação é voluntária e você pode desistir de participar e retirar seu consentimento livre e esclarecido a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo no seu acompanhamento psicoterapêutico no CEPSI. Todas as informações prestadas serão confidenciais garantindo o sigilo da sua identidade através do uso de pseudônimo no lugar do seu verdadeiro nome.

A psicóloga e pesquisadora Hérica Landi de Brito é responsável por esta pesquisa em nível de Mestrado, sob a orientação do Prof<sup>o</sup> Sebastião Benício da Costa Neto. Caso haja qualquer adversidade em função da coleta de dados a própria pesquisadora enquanto psicoterapeuta dará suporte psicológico adicional ao processo psicoterapêutico que você realiza com outro profissional no CEPSI. Se em alguma fase desta pesquisa você sentir que foi lesado e ofendido em seus direitos e, caso ocorra algum dano em decorrência da sua participação você poderá solicitar indenização. Você poderá solicitar novas informações a qualquer momento com a responsável por esta pesquisa pelo telefone (62) 8449-1015, no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na Av. Universitária, n.º 1440, Setor Universitário. Goiânia/GO ou no Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelo telefone 3946-1512.

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após leitura da carta devidamente explicada pela responsável deste estudo, concordo em participar como voluntário da pesquisa “*Coping* religioso em pacientes em processo psicoterapêutico”, por livre e espontânea vontade. Estou ciente de que esta se refere à dissertação de mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, desenvolvida pela mestranda Hérica Landi de Brito, sob a orientação do Profº Dr. Sebastião Benício da Costa Neto e tem como objetivo compreender o papel do enfrentamento religioso em pacientes em processo psicoterapêutico. Fui devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e do explicado. Tenho conhecimento que não estará disponível para mim nenhuma compensação financeira adicional ou ressarcimento, já que, não terei nenhuma despesa em participar do estudo. Foi-me garantido que posso interromper a participação e desistir de participar desta pesquisa e retirar meu consentimento livre e esclarecido a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo e que em nada serei penalizado no meu tratamento psicoterapêutico no CEPSI, e que todas as informações prestadas serão confidenciais garantindo o sigilo da minha identidade através do uso de pseudônimo no lugar do meu verdadeiro nome. Tenho conhecimento que as entrevistas serão gravadas, transcritas e analisadas. Sei que caso haja qualquer adversidade em função da coleta de dados a própria pesquisadora enquanto psicoterapeuta dará suporte psicológico, adicionalmente, já me encontro em processo psicoterapêutico com outro profissional. Caso haja algum

dano em decorrência da minha participação sei que poderei requerir indenização e que em qualquer momento posso solicitar novas informações com a responsável por esta pesquisa pelo telefone (62) 3086-6176, no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na Av. Universitária, n.º 1440, Setor Universitário. Goiânia/GO ou no Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelo telefone 3946-1512.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar**

Testemunhas (não ligada à pesquisadora):

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Observações complementares:**

### Anexo 3

## QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

1- Nome: \_\_\_\_\_

2 - Sexo: ( ) F ( ) M

3 - Idade: \_\_\_\_\_

4 - Qual seu nível de escolaridade?

( ) Fundamental incompleto (fiz até \_\_\_\_\_ série)      ( ) Fundamental completo

( ) Ensino médio incompleto      ( ) Ensino médio completo

( ) Ensino superior incompleto      ( ) Ensino superior completo

( ) Pós-graduação incompleta      ( ) Pós-graduação completa

5- Qual seu estado civil?

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_

6- Qual sua profissão? \_\_\_\_\_

7 - Qual a sua renda mensal de sua família, aproximadamente?

( ) 1 salário mínimo      ( ) 2 a 3 salários mínimos

( ) Até 5 salários mínimos      ( ) 5 a 10 salários mínimos

( ) Mais de 10 salários mínimos      ( ) Mais de 20 salários mínimos

8 - Com quem você mora?

( ) esposo      ( ) filhos      ( ) família (esposo(a) e filhos)

( ) outros parentes      ( ) sozinho.

Muito obrigada pela sua colaboração!

## **Anexo 4**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

#### **1- Estressores**

1.1: Quais eventos foram particularmente estressantes a você nos últimos 3 meses?

1.2: Esses eventos lhe causaram desconforto? Quais?

#### **2- Estratégias de enfrentamento**

2.1- Para lidar com os eventos estressantes o que você fez?

2.3: O que você sentiu, pensou e fez diante deles?

#### **3- Motivadores para a psicoterapia**

3.1: Por quais desses eventos levou você a procurar uma psicoterapia?

3.2: O que fez você procurar a ajuda de um psicoterapeuta?

#### **4- Religiosidade**

4.1: Você se considera uma pessoa religiosa? Em que sentido?

4.2: Você acha que sua religiosidade influencia sua vida? Em que sentido?

4.3: Qual o papel da sua crença em Deus em sua vida?

4.4: Como se dá sua relação com Deus?

4.5: Você poderia pensar em uma situação em que as suas crenças religiosas influenciaram a forma com que você lida com uma situação estressante? Poderia falar um pouco sobre ela?

4.6: Você considera que sua religiosidade e fé em Deus te ajudou a lidar com os momentos de crise que você viveu? De que forma?

4.7: Você procurou ajuda de algum líder religioso ou de membros da sua comunidade religiosa para lidar com tais eventos de crise?

#### **5- Valorização das queixas pelo terapeuta**

5.1: Você considera que seu terapeuta interessa-se pelos seus problemas?

5.2: Você gostaria que ele desse mais atenção a suas questões religiosas?

#### **6- Valorização das estratégias de enfrentamento pelo terapeuta**

6.1: Quais estratégias de lidar com suas queixas seu terapeuta incentiva mais?

6.2: Seu psicólogo já lhe perguntou sobre suas crenças e práticas religiosas?

6.3: Você já falou a ele sobre elas? Se sim, como você interpretou a reação dele?

6.4: Com relação ao uso da religião como forma de lidar com suas dificuldades, você considera que ele o incentiva?

#### **7- Efetividade do *coping* em termos de gerenciamento ou eliminação do estresse**

7.1: Como você avalia a eficiência das coisas que você tem feito para lidar com situações de crise?

7.2: Você atribui a Deus a ajuda pela resolução de seus problemas?

7.3: Você considera que seu terapeuta avalia que Deus pode ajudá-lo a lidar com os eventos estressantes de sua vida?

7.4: Quais conseqüências você considera que sua crença em Deus tem trazido a você?

#### **8- Conseqüências do processo psicoterapêutico**

8.1: Que mudanças você tem observado desde que você iniciou sua psicoterapia?

8.2: Na sua opinião, se seu terapeuta incentivasse você a falar sobre sua fé em Deus seu progresso na psicoterapia seria maior?

## Anexo 5

### DIRETRIZES PARA AUTOR DA REVISTA PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA

#### I- Tipos de Colaboração Aceita pela Revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*

Trabalhos originais relacionados à Psicologia que se enquadrem nas seguintes categorias:

**1. Relato de pesquisa:** investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica. Limitado a 10 páginas impressas na publicação, incluindo resumo, *abstract*, figuras, tabelas e referências.

**2. Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 10 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.

**3. Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas. Limitado a 7 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.

**4. Revisão crítica da literatura:** análise de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia. Limitada a 10 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.

**5. Comunicação breve:** relato de pesquisa sucinto, mas completo, de uma investigação específica. Limitado a 4 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.

**6. Carta ao Editor:** avaliação crítica de artigo publicado em **Psicologia: Teoria e Pesquisa** ou resposta de autores a crítica formulada a artigo de sua autoria. Limitada a 2 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.

**7. Nota técnica:** descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa. Limitada a 3 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.

**8. Resenha:** revisão crítica de obra recém publicada, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais. Limitada a 2 páginas impressas na publicação.

Poderá também ser publicada, a critério do [Editor](#):

**9. Notícia:** divulgação de fato ou evento de conteúdo relacionado à Psicologia, não sendo exigidas originalidade e exclusividade na publicação. Limitada a 1 página impressa na publicação.

## II- Apreciação pelo Conselho Editorial

O manuscrito que se enquadra nas categorias 1 a 8 acima descritas é aceito para análise pressupondo-se que: (a) o mesmo trabalho não foi publicado e nem está sendo submetido para publicação em outro periódico; (b) todas as pessoas listadas como autores aprovaram o seu encaminhamento com vistas à publicação na revista **Psicologia: Teoria e Pesquisa**; (c) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação; (d) todos os procedimentos éticos recomendados pelas resoluções vigentes foram atendidos.

Os trabalhos enviados serão apreciados pelo [Conselho Editorial](#), que poderá fazer uso de consultores *ad hoc*, a seu critério. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos. Os originais, mesmo quando não aproveitados, não serão devolvidos.

Pequenas modificações no texto poderão ser feitas pela [Direção](#) ou pelo [Conselho Editorial](#) da Revista. Quando este julgar necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo máximo de um mês.

## III- Forma de Apresentação dos Manuscritos

**Psicologia: Teoria e Pesquisa** adota as normas de publicação baseadas no *Publication Manual of the American Psychological Association* (5ª edição, 2001), exceto em situações específicas onde há conflito com a necessidade de se assegurar o cumprimento da revisão cega por pares, regras do uso da língua portuguesa, normas gerais da ABNT, procedimentos internos da revista, inclusive características de infraestrutura operacional. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Os manuscritos devem ser preferencialmente redigidos em português. São aceitos manuscritos redigidos em inglês, espanhol e francês e, a critério do [Conselho Editorial](#), em outras línguas.

A submissão dos manuscritos originais deve ser feita eletronicamente. Os arquivos de texto e de tabelas devem ser submetidos em formato Word (.doc), redigidos em espaço duplo (distância entre linhas igual a 1 cm), em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12. A página deverá ser tamanho A4, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita igual a 3 cm. No arquivo de texto, cada linha escrita não deve conter mais do que 80 caracteres. Todas as imagens (gráficos, ilustrações, fotos etc) devem ser em alta resolução (mínimo de 300dpi) e em um dos seguintes formatos: *jpeg ou gif*. Sugerimos aos autores a criação de seus gráficos e ilustrações em preto e branco, de acordo com o projeto gráfico da revista. As imagens enviadas devem ter o tamanho máximo de 2MB. Tabelas e gráficos deve vir após as referências (ou apêndices).

Para estimar a equivalência entre página impressa da publicação e página de manuscrito, o autor deve tomar como referência que 1 página impressa da revista corresponde a 3 páginas de manuscrito. A folha de rosto despersonalizada (ver item 1.1 abaixo) não deve ser numerada nem somada ao número total de páginas.

Paralelamente ao envio dos arquivos de texto, figuras e tabelas deverá haver o encaminhamento à revista de carta assinada pelo autor principal, na qual esteja explicitada a intenção de submissão ou re-submissão do trabalho para publicação. Essa carta deverá ser enviada por e-mail, com assinatura eletrônica. Em caso de trabalho de autoria múltipla, a versão final deverá ser acompanhada de carta assinada por todos os autores. Instruções para redação de carta de *acordo de publicação*, sem a qual o trabalho não entrará no prelo, deverá ser encaminhada pela revista ao autor principal.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

## **1. Texto**

### **1.1 *Folha de rosto* contendo apenas:**

- . Título pleno em português, não devendo exceder 12 palavras;
- . Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder 4 palavras;

Título pleno em inglês, compatível com o título em português.

### **1.2 *Folha contendo Resumo*, em português.**

O resumo deve ter o máximo de 120 palavras para trabalhos nas categorias 1, 2, 3 e 4, e o máximo de 50 palavras para trabalhos nas categorias 5, 6 e 7. As categorias 8 e 9 não admitem resumo. Ao resumo devem-se seguir as palavras-chave para fins de indexação do trabalho. Devem ser escolhidas palavras-chave que classifiquem o trabalho com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico.

No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: descrição sumária do problema investigado, características pertinentes da amostra, método utilizado para a coleta de dados, resultados e conclusões, suas implicações ou aplicações.

O resumo de uma revisão crítica ou de um estudo teórico deve incluir: tópico tratado (em uma frase), objetivo, tese ou construto sob análise, fontes usadas (observação feita pelo autor, literatura publicada) e conclusões.

### **1.3 *Folha contendo Abstract*, em inglês, compatível com o texto do resumo.**

O *Abstract* deve obedecer às mesmas especificações para a versão em português, seguido de *keywords*, compatíveis com as palavras-chave.

### **1.4 *Texto* propriamente dito.**

Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam a organização. No caso de relatos de pesquisa, o texto deverá, obrigatoriamente,

apresentar: introdução, método, resultados e discussão. As notas não bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. As citações de autores deverão ser feitas de acordo com as normas da APA, exemplificadas no item IV. No caso de transcrição na íntegra de um texto, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor seguida do número da página citada. Uma citação literal com 40 ou mais palavras deve ser apresentada em bloco próprio, na mesma posição de um novo parágrafo. O tamanho da fonte deve ser 12, como no restante do texto.

**1.5 Referências**, ordenadas de acordo com as regras gerais que se seguem. Trabalhos de autoria única e do mesmo autor são ordenados por ano de publicação, o mais antigo primeiro. Trabalhos de autoria única precedem trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Trabalhos em que o primeiro autor é o mesmo, mas co-autores diferem, são ordenados por sobrenome dos co-autores. Trabalhos com a mesma autoria múltipla são ordenados por data, o mais antigo primeiro. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data são ordenados alfabeticamente pelo título, desconsiderando a primeira palavra se for artigo ou pronome, exceto quando o próprio título contiver indicação de ordem. A formatação da lista de referências deve ser apropriada à tarefa de revisão e de editoração, com espaço duplo e tamanho de fonte 12, parágrafo normal com recuo no nome do autor, sem deslocamento das margens; grifos devem ser indicados em itálico.

**1.6 Apêndices**, apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar Apêndices.

## **2. Tabelas**

O título da tabela deve ser alinhado com a largura da mesma e colocado acima dela. Na publicação impressa, a tabela não poderá exceder 17,5 cm de largura x 23,7 cm de comprimento. Sua largura deve ser limitada a 60 caracteres, para tabelas simples a ocupar uma coluna impressa, e a 125 caracteres, para tabelas complexas a ocupar duas colunas impressas, incluindo 3 caracteres de espaço entre colunas da tabela. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para outros detalhamentos, especialmente em casos anômalos, o manual da APA deve ser consultado.

## **2. Figuras**

O título da figura deve ser alinhado com a largura da mesma e colocado abaixo dela. Para assegurar qualidade de reprodução, as figuras contendo desenhos deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia. Como a versão publicada não poderá exceder a largura de 8,3 cm para figuras simples, e de 17,5 cm para figuras complexas, o autor deverá cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso redução seja necessária.

## IV- Citação no Texto

### 1. Citação de artigo de autoria múltipla

#### 1.1 *Dois autores*

. O sobrenome dos autores é explicitado em todas as citações, usando "e" ou "&", conforme a seguir:

. Use "e" quando houver citação dos autores no texto e apenas a data do trabalho entre parênteses.

Ex: "O método proposto por Siqueland e Delucia (1969) ..."

. Use "&" quando a citação for colocada toda entre parênteses.

Ex: "o método foi proposto para o estudo da visão (Siqueland & Delucia, 1969)"

#### 1.2 *De três a cinco autores*

. O sobrenome de todos os autores é explicitado na primeira citação, como acima. Da segunda citação em diante, só o sobrenome do primeiro autor é explicitado, seguido de "e cols." (ou "& cols"):

Ex: "Spielberger, Gorsuch e Lushene (1994) verificaram que" [primeira citação no texto]

Ex: "Spielberger e cols. (1994) verificaram que" [citação subsequente, primeira no parágrafo]

Ex: "Spielberg e cols. verificaram" [omita o ano em citações subsequentes dentro de um mesmo parágrafo]

. Exceção: Se a forma abreviada gerar aparente identidade de dois trabalhos em que os co-autores diferem, os co-autores são explicitados até que a ambiguidade seja eliminada.

Ex: Os trabalhos de Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R. & Greenway, D. E. (1986) e Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. & Korn, Z. (1986) são assim citados: "Hayes, Brownstein, Haas e cols. (1986) e Hayes, Brownstein, Zettle e cols. (1986) verificaram que ..."

. Na seção de Referências, todos os nomes devem ser relacionados.

#### 1.3 *Seis ou mais autores*

. No texto, desde a primeira citação, só o sobrenome do primeiro autor é mencionado, seguido de "e cols." (ou "& cols"), exceto se este formato gerar ambigüidade, caso em que a mesma solução indicada no item anterior deve ser utilizada.

. Na seção de Referências, todos os nomes devem ser relacionados.

## **2. Citações de trabalho discutido em uma fonte secundária**

O texto usa como fonte um trabalho discutido em outro, sem que o original tenha sido lido (por exemplo, um estudo de Flavell, citado por Shore, 1982). No texto, use a seguinte citação:

Ex: "Flavell (conforme citado por Shore, 1982) acrescenta que os estudantes..."

Na seção de Referências, informe apenas a fonte secundária, no caso Shore (1982), utilizando o formato apropriado.

## **3. Citação de trabalhos clássicos reeditados**

. Quando a data do trabalho é desconhecida ou muito antiga, citar o nome do autor seguido de "sem data".

Ex: "Piaget (sem data) mostrou que..." ou (Piaget, sem data).

. Em obra cuja data original é desconhecida, mas a data do trabalho lido é conhecida, citar o nome do autor seguido de "tradução" ou "versão" e data da tradução ou da versão.

Ex: "Conforme Aristóteles (tradução, 1931)" ou (Aristóteles, versão 1931).

. Quando data original e consultada são diferentes, mas conhecidas, citar autor, data do original e data da versão consultada.

Ex: "Já mostrava Pavlov (1904/1980)" ou (Pavlov, 1904/1980).

## **4. Citação de comunicação pessoal**

. Citação de comunicação pessoal deve ser evitada, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Se inevitável, deve aparecer no texto, mas não na seção de Referências. Citar autor, escrever "comunicação pessoal" e indicar data com dia, mês e ano da comunicação.

Ex: "Conforme mostra Zannon (comunicação pessoal, 30 de outubro de 1994)..." ou (Zannon, comunicação pessoal, 30 de outubro de 1994).

## **V- Seção de Referências**

Organizar a seção de referências por ordem alfabética dos sobrenomes dos autores. Com o mesmo autor ou autores, organizar pela data de publicação, com as mais antigas vindo antes das mais novas. Referências com o mesmo primeiro autor, mas com diferentes segundos ou terceiros autores, devem ser organizadas por ordem alfabética dos segundos ou terceiros autores (ou quartos ou quintos...).

### **1. Relatório técnico**

Birney, A. J., & Hall, M. M. (1981). *Early identification of children with written language disabilities* (relatório no 81-1502). Washington: National Education Association.

### **2. Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado**

Miguel, C., Carr, J. E., & Sidener, T. (2002, maio). *Interpolation of reinforcement and behavior during extinction*. Trabalho apresentado na Reunião Anual da Association for Behavior Analysis, Toronto, Canadá.

### **3. Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em publicação seriada regular**

. Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo.

Silva, A. A., & Engelmann, A. (1988). Teste de eficiência de um curso para melhorar a capacidade de julgamentos corretos de expressões faciais de emoções [Resumo]. *Ciência e Cultura*, 40 (7, Suplemento), 927.

### **4. Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em publicação especial**

. Tratar como publicação em livro, informando sobre o evento de acordo com as informações disponíveis em capa.

Todorov, J. C., Souza, D. G., & Bori, C. M. (1992). Escolha e decisão: a teoria da maximização momentânea [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas, XXII Reunião Anual de Psicologia* (p. 66). Ribeirão Preto: SBP.

### **5. Teses ou dissertações não publicadas**

Bohm, C. H. (2009). *Síndrome do intestino irritável: um exercício em análise funcional do comportamento*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

### **6. Livros**

. Primeira edição:

Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: Warner Books.

. Obra reeditada:

Vasconcelos, L. A. (2008). *Brincando com histórias infantis: uma contribuição da Análise do Comportamento para o desenvolvimento de crianças e jovens* (2ª ed.). Santo André: ESETec.

## **7. Capítulo de livro**

Massimi, M. (2005). O processo de institucionalização do saber psicológico no Brasil do século XIX. Em A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira & F. T. Portugal (Orgs.), *História da Psicologia: rumos e percursos* (pp. 75-83). Rio de Janeiro: Nau.

Catania, C. (2000). Ten points every behavior analyst needs to remember about reinforcement. Em J. C. Leslie & D. Blackman (Eds.), *Experimental and applied analysis of human behavior* (pp. 23-37). Reno: Context Press.

## **8. Livro traduzido para o português**

. Se a tradução em língua portuguesa de um trabalho em outra língua é usada como fonte, citar a tradução em português e indicar ano de publicação do trabalho original.

Goodal, J. (1991). *Uma janela para a vida: 30 anos com os chimpanzés da Tanzânia* (E. F. Alves, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1990).

. No texto, citar o ano da publicação original e o ano da tradução.

Ex: (Goodal, 1990/1991).

## **9. Artigo em periódico científico**

. Informar o periódico e o volume. Carvalho, A. M., & Pereira, A. S. P. (2008). Qualidade em ambientes de um programa de educação pública. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 269-277.

. Indicar número do periódico, entre parênteses, apenas quando a paginação é reiniciada a cada número.

## **10. Obras antigas com reedição em data muito posterior**

Pavlov, I. P. (1980). Os primeiros passos certos no caminho de uma nova investigação (R. Moreno, Trad.), *Textos Escolhidos, Coleção Os Pensadores* (pp. 3-14). São Paulo: Abril Cultural. (Trabalho original publicado em 1904)

## **11. Obra no prelo**

. Não forneça ano, volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Respeitada a ordem de nomes, é a última referência do autor.

Melchiori, L. E., Alves, Z. M. M. B., Souza, D. C., & Bugliani, M. A. (no prelo). Família e creche: crenças a respeito de temperamento e desempenho de bebês. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.

## **12. Autoria institucional**

American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R, Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3ª ed. revisada). Washington: Autor.

## **13. Material consultados na mídia eletrônica**

. Artigo de periódico disponível na Internet e em versão impressa:

Lemos, C., Gottschall, C. A. M., Pellanda, L. C., & Müller, M. (2008). Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio [versão eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 471-476.

. Artigo de periódico disponível apenas na Internet:

Veríssimo, D. S., & Furlan, R. (2006). Merleau-Ponty e a evolução espontânea da psicologia. *Temas em Psicologia*, 14, 143-151. Retirado em 28/4/2009, de <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol14n2/PDF/v14n02a04.pdf>

. Obs: quando houver dia e mês da publicação indicado na página da Internet, acrescentar junto ao ano da publicação do material.

## **VI. Direitos Autorais**

### **1. Artigos publicados em *Psicologia: Teoria e Pesquisa***

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à Revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. A reprodução total dos artigos desta Revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização escrita do Editor de *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Pessoas interessadas em reproduzir parcialmente os artigos desta Revista (partes do texto que excederem 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão escrita do(s) autor(es).

O autor principal de cada artigo receberá 10 separatas de seu artigo.

## **2. Reprodução parcial de outras publicações**

Manuscritos submetidos que contiverem partes de texto extraídas de outras publicações deverão obedecer aos limites especificados para garantir originalidade do trabalho submetido. Recomenda-se evitar a reprodução de figuras, tabelas e desenhos extraídos de outras publicações.

O manuscrito que contiver reprodução de uma ou mais figuras, tabelas e desenhos extraídos de outras publicações só será encaminhado para análise se vier acompanhado de permissão escrita do detentor do direito autoral do trabalho original para a reprodução especificada em *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Em nenhuma circunstância *Psicologia: Teoria e Pesquisa* e os autores dos trabalhos publicados nesta Revista repassarão direitos assim obtidos.

## **VII- Comitê de Ética**

Os manuscritos da categoria ‘relato de pesquisa’ devem incluir carta de aprovação de um comitê de ética em pesquisa.

## **VIII- Endereço para Encaminhamento**

Manuscritos devem ser submetidos por meio do seguinte endereço eletrônico: [www.revistaptp.unb.br](http://www.revistaptp.unb.br). Comunicações rápidas podem ser efetuadas por meio do tel/fax: 55 61 3274 6455 ou do *e-mail*: [revptp@unb.br](mailto:revptp@unb.br).