



ISSN: 2230-9926

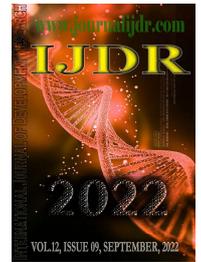
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 09, pp. 58575-58577, September, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25184.09.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

AVALIAÇÃO DA RELIGIOSIDADE DE PACIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO UTILIZANDO O DUKE RELIGION INDEX (DUREL)

Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos¹, Sâmia Santos Pinheiro^{2*} and Sérgio Donha Yarid³

¹Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil;

²Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil; ³Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, São Paulo, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 07th July, 2022

Received in revised form

19th July, 2022

Accepted 29th August, 2022

Published online 20th September, 2022

Key Words:

Religiosidade; Pré-operatório; Saúde.

*Corresponding author:

Sâmia Santos Pinheiro

ABSTRACT

A relação religiosidade e saúde data de décadas e, na maioria das avaliações, têm mostrado os efeitos positivos da religiosidade sob diferentes desfechos em saúde. Assim, este estudo objetivou avaliar a religiosidade de pacientes em pré-operatório em um hospital regional do interior da Bahia. Para tanto, integraram esta pesquisa 60 pacientes adultos, de ambos os sexos, que responderam a questões relacionadas à religiosidade, entre elas o DUKE RELIGION INDEX (DUREL). A mediana do DUREL foi de 11 (8,5 – 12,0), ao avaliar o índice de forma dicotomizada, foi possível evidenciar que a maioria dos pacientes foi classificada como baixa religiosidade (63,3%), sendo a mediana da escala neste grupo de 8,4 pontos. Conclui-se que a religiosidade dos pacientes em período pré-operatório foi considerada baixa pela avaliação do índice DUREL. Tal achado lança luz sobre a necessidade de os profissionais de saúde fomentarem de alguma forma intervenções desse cunho, uma vez que estão associados a melhores prognósticos de saúde de uma maneira geral.

Copyright © 2022, Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos, Sâmia Santos Pinheiro and Sérgio Donha Yarid. 2022. "Avaliação da religiosidade de paciente em pré-operatório utilizando o duke religion index (durel)", *International Journal of Development Research*, 12, (09), 58575-58577.

INTRODUCTION

As tendências atuais no discurso da saúde em torno da espiritualidade e da religião definiram predominantemente espiritualidade como uma jornada individualizada caracterizada por descritores experienciais como significado, propósito, transcendência, conexão e energia. A religião, caracterizada por crenças e rituais institucionalizados, em alguns casos foi relegada a um subconjunto de espiritualidade ou cultura (PESUT *et al*, 2008). A religiosidade é frequentemente referida como um preditor de condições de saúde em diferentes populações (KONKOLY *et al*, 2003; DOANE, 2016). O engajamento religioso (i.e., apoio social religioso) parece proporcionar aos seus integrantes, melhores indicadores de saúde em geral que vão desde físicos à psicológicos. Estudos relataram o papel do apoio social religioso em uma variedade de populações e resultados relacionados à saúde como, por exemplo, uma melhor recuperação de doenças (WEBB *et al*, 2011), envolvimento nos serviços de saúde preventiva (BENJAMIN *et al*, 2011), e sintomas depressivos e sofrimento psicológico mais baixos (CHATTERS *et al*, 2015). Pacientes cirúrgicos geralmente sentem que a cirurgia é uma ameaça às suas vidas ou que a cirurgia pode levar à perda de uma parte do corpo (AZIATO; ADEJUMO, 2014). Além disso, os pacientes que serão submetidos à cirurgia pela primeira vez muitas vezes não têm certeza

de sua segurança e se sentem preocupados (DIXON *et al*, 2015). Assim, este estudo objetiva avaliar a religiosidade de pacientes em pré-operatório em um hospital regional do interior da Bahia.

MÉTODO

Estudo transversal no qual participaram 60 pacientes em pré-operatório em um hospital regional do interior da Bahia de março a agosto de 2021. Foram incluídos pacientes adultos, de ambos os sexos e que consentiram a sua participação no estudo. Os pacientes responderam ao questionário Spirituality and Brazilian Medical Education and Spirituality Self Rating Scale, composto por 43 itens de múltipla escolha e autoaplicável, com escala do tipo likert de cinco ou seis pontos, com dados sociodemográficos (gênero, idade, raça/etnia e renda familiar, o paciente e a espiritualidade), conhecimentos e opiniões acerca da relação entre espiritualidade e saúde na prática clínica (LUCCHETTI *et al*, 2013). Foram utilizadas neste estudo as nove questões relacionadas à religiosidade, entre elas as pertencentes ao "Duke University Religion Index" (DUREL) que pode ter suas questões subdivididas em: (LUCCHETTI *et al*, 2010): Atividade religiosa organizacional (ORA), definidas como aquelas que envolvem atividades religiosas públicas, como comparecimento a serviços religiosos ou participação em outras atividades religiosas

relacionadas a grupos; Atividade religiosa não organizacional (NORA) que são atividades religiosas realizadas em particular, como oração, estudo das Escrituras, assistir TV religiosa ou ouvir rádio religiosa; Religiosidade intrínseca (RI) que avalia o grau de comprometimento religioso pessoal ou motivação. Os dados foram apresentados em frequências relativas e absolutas para as variáveis categóricas e em média e desvio padrão para as variáveis contínuas. Ademais, por envolver seres humanos, este trabalho respeitou os preceitos da resolução 466/12.

RESULTADOS

Entre os 60 pacientes entrevistados a média de idade foi de 41 anos ($\pm 19,00$) tendo prevalecido os do sexo masculino (71,67%), com até um salário-mínimo de renda (57,8%), de cor parda (61,7%) e católicos (53,4%). A mediana do DUREL foi de 11 (8,5 – 12,0). Ao avaliar o índice de forma dicotomizada, foi possível evidenciar que a maioria dos pacientes foi classificada como baixa religiosidade (63,3%), sendo a mediana da escala neste grupo de 8,4 pontos (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição do índice DUREL de pacientes em período pré-operatório. Jequié, Bahia, 2021

n (%)	
Com que frequência você vai à igreja ou a outras reuniões religiosas? (ORA)	
Uma vez por ano ou menos / Nunca	17 (28,3)
Diariamente ou mais	2 (3,3)
Menos de uma vez por semana e mais de uma vez por ano	22 (36,7)
Mais de uma vez por semana	19 (31,7)
Com que frequência você passa tempo em atividades religiosas particulares (oração, estudo da Bíblia, etc.?) (NORA)	
Uma vez por dia ou mais	25 (41,7)
Menos de uma vez por dia e pelo menos uma vez por semana	4 (6,7)
Mais de uma vez por semana	18 (30,0)
Menos de uma vez por semana / Nunca	13 (21,7)
Em minha vida, experimento a presença do Divino (isto é, Deus) (IR)	
Não tenho opinião ou não quero informar	4 (6,7)
Não tenho certeza / Tende a não ser verdade / Definitivamente não é verdade	3 (5,0)
Definitivamente verdadeiro para mim ou tende a ser verdade	53 (88,3)
Minhas crenças religiosas são o que realmente está por trás de toda a minha abordagem da vida (IR)	
Não tenho opinião ou não quero informar	9 (15,0)
Não tenho certeza / Tende a não ser verdade / Definitivamente não é verdade	17 (28,3)
Definitivamente verdade para mim / Tende a ser verdade	34 (56,7)
Tento muito levar minha religião para todas as outras atividades da vida (IR)	
Não tenho certeza / Tende a não ser verdade / Definitivamente não é verdade	40 (66,7)
Definitivamente verdade para mim / Tende a ser verdade	20 (33,3)

Tabela 2. Caracterização da religiosidade de pacientes em pré-operatório. Jequié, Bahia, 2022

n (%)	
Você acredita em Deus?	
Sim	58 (96,7)
Não	1 (1,7)
Sem opinião	1 (1,7)
Você acredita que após a morte a alma/espírito permanece vivo?	
Sim	49 (81,7)
Não	2 (3,3)
Sem opinião	9 (15,0)
Você acredita que o corpo humano é composto por um corpo e uma alma?	
Sim	56 (93,3)
Não	1 (1,7)
Sem opinião	3 (5,0)
Você acredita em reencarnação?	
Sim	16 (26,7)
Não	31 (51,7)
Sem opinião	13 (21,7)

Nas demais questões que não integram o índice DUREL, evidenciou-se que prevaleceram aqueles que acreditam em Deus (96,7%), que o espírito permanece vivo após a morte (81,7%), que o corpo é composto por “corpo/alma” (93,3%), e que não acreditam em reencarnação (51,7%) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A cirurgia é um procedimento médico relativamente comum em ambientes de saúde. O estado de saúde mental da pessoa submetida à cirurgia é vital, mas faltam estudos empíricos sobre o estado de saúde

mental de pacientes submetidos à cirurgia, principalmente no que diz respeito aos fatores associados à ansiedade em condições cirúrgicas (ALICHE *et al.*, 2020). Nesse sentido, a maioria dos dados de estudos epidemiológicos indica que o envolvimento religioso está associado a melhores resultados de saúde (KOENIG *et al.*, 2012). No entanto, tem havido pouca discussão sobre as implicações que esses achados podem ter para a prática clínica de rotina (MOREIRA-ALMEIDA, 2013). A religiosidade pode ser particularmente importante para lidar com doenças mentais, físicas e deficiências; pessoas que usam coping religioso parecem lidar com suas condições de forma mais eficaz do que aquelas que não o fazem (GULNAR *et al.*, 2021; SPENCE *et al.*, 2020). Estudos indicam que o enfrentamento religioso é significativo para os resultados de saúde mental e física em uma variedade de circunstâncias da vida, especialmente problemas de saúde. O enfrentamento religioso também parece reduzir os níveis de depressão e ansiedade em conexão com luto e outros eventos de perda (FARAG; BEHZADI, 2017; ABU-RAIYA, 2020). O binômio religiosidade/saúde tem sido avaliado, considerando que a associação é uma função de três amplos mecanismos inter-relacionados.

O primeiro é o suporte social, já que a atividade religiosa conecta os indivíduos a outros com valores, interesses e preocupações comuns e apoio emocional, aumentando o tamanho das redes sociais e melhorando a qualidade das interações PIRUTINSKY *et al.*, 2011; KODZI *et al.*, 2010). Em segundo lugar, as denominações religiosas podem incentivar estilos de vida que promovam a saúde (i.e., opiniões negativas sobre tabaco, uso de álcool e comportamento sexual de risco) (STRAWBRIDGE *et al.*, 2001). O terceiro é um conjunto de mecanismos conhecidos como fatores psicossociais (i.e., redução do estresse e a provisão de mecanismos de enfrentamento)

(KRAUSE *et al*, 2001). O estresse é afetado de várias maneiras. A oração e a meditação são reconhecidas como redutoras do estresse, desencadeando funções biológicas como pressão arterial e produção de cortisol (GARSSSEN *et al*, 2020). Os resultados empíricos são amplamente consistentes com a visão de que a religião é um importante fator de proteção à saúde que pode prevenir doenças e promover a saúde de várias maneiras (FARAG; BEHZADI, 2017; SHATTUCK; MUEHLENBEIN, 2020). Esses fatores podem ser específicos (i.e., controle mediado por Deus) ou não específicos (i.e., melhores relações interpessoais por meio do perdão aos outros) a transcendentais. Revisões sistemáticas (ZIMMER *et al*, 2016; GONÇALVES *et al*, 2015) e metanálises (MCCULLOUGH *et al*, 2000) concluíram que a frequência a serviços religiosos têm uma associação robusta com a redução da mortalidade em populações adultas e, em menor extensão, com resultados, como incapacidade funcional. O envolvimento em atividades religiosas está associado à redução da pressão arterial (SHATTUCK; MUEHLENBEIN, 2020), menos hábitos de fumar e adesão a exercícios físicos e dietas saudáveis (SVENSSON *et al*, 2020). A frequência da oração está associada a menos sintomas de doença e maior qualidade de vida, enquanto a adesão às prescrições religiosas está associada a uma saúde geral melhor (GONÇALVES *et al*, 2017; SALSAMAN *et al*, 2015). Apesar da transversalidade deste estudo e do reduzido número de pacientes, acredita-se que os resultados aqui apresentados possam estimular novas pesquisas nesta área para que os resultados sejam consolidados e mesmo aprimorados, como por exemplo, por meio de ensaios clínicos que apliquem intervenções religiosas/espirituais em seus participantes. Conclui-se que a religiosidade dos pacientes em período pré-operatório foi considerada baixa pela avaliação do índice DUREL. Tal achado lança luz sobre a necessidade de os profissionais de saúde fomentarem de alguma forma intervenções desse cunho, uma vez que estão associados a melhores prognósticos de saúde de uma maneira geral.

REFERÊNCIAS

- ABU-RAIYA H, SASSON T, PARGAMENT K.I, ROSMARIN D.H. Religious Coping and Health and Well-Being among Jews and Muslims in Israel. *Int J Psychol Relig [Internet]*. 2020 Jul;30(3): 202–15. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10508619.2020.1727692>
- ALICHE J.C, IFEAGWAZI C.M, CHUKWUORJI J.C, EZE J.E. Roles of Religious Commitment, Emotion Regulation and Social Support in Preoperative Anxiety. *J Relig Health [Internet]*. 2020 Apr;59(2):905–19. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-018-0693-0>
- AZIATO L, ADEJUMO O. Psychosocial factors influencing Ghanaian family caregivers in the post-operative care of their hospitalised patients. *Afr J Nurs Midwifery [Internet]*. 2014;6(2). Available from: <https://journals.co.za/doi/abs/10.10520/EJC169755>
- BENJAMIN M.R, ELLISON C.G, KRAUSE N.M, MARCUM J.P. Religion and preventive service use: do congregational support and religious beliefs explain the relationship between attendance and utilization? *J Behav Med* 2011 346 [Internet]. 2011 Feb; 34(6):462–76. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-011-9318-8>
- CHATTERS L.M, TAYLOR R.J, WOODWARD A.T, NICKLETT E.J. Social Support from Church and Family Members and Depressive Symptoms Among Older African Americans. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015 Jun;23(6):559–67.
- DIXON J.L, TILLMAN M.M, WEHBE-JANEK H, SONG J, Papaconstantinou HT. Patients' Perspectives of Surgical Safety: Do They Feel Safe? *Ochsner J [Internet]*. 2015;15(2):143–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26130976>
- DOANE M.J, ELLIOTT M. Religiosity and Self-Rated Health: A Longitudinal Examination of Their Reciprocal Effects. *J Relig Health*. 2016 Jun;55(3):844–55.
- FARAG P, BEHZADI A. Investigating the Relationship Between Religiosity and Psychological Distress Among Surgical Inpatients: A Pilot Study. *J Relig Heal* 2017 571 [Internet]. 2017 Jul;57(1):291–310. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-017-0459-0>
- GARSSSEN B, VISSER A, POOL G. Does Spirituality or Religion Positively Affect Mental Health? Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Int J Psychol Relig [Internet]*. 2020;31(1):4–20. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10508619.2020.1729570>
- GONÇALVES J.P de B, LUCCHETTI G, MENEZES P.R, VALLADA H. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLoS One [Internet]*. 2017 Oct;12(10):e0186539. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186539>
- GONÇALVES J.P.B, LUCCHETTI G, MENEZES P.R, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med*. 2015 Oct;45(14):2937–49.
- GULNAR E, ÖZVEREN H, TUZER H, YILMAZER T. An Investigation of Pain Beliefs, Pain Coping, and Spiritual Well-Being in Surgical Patients. *J Relig Heal* 2021 [Internet]. 2021 Jul;1–11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-021-01340-4>
- KODZI I.A, OBENG GYIMAH S, EMINA J, CHIKA EZEH A. Religious Involvement, Social Engagement, and Subjective Health Status of Older Residents of Informal Neighborhoods of Nairobi. *J Urban Heal* 2010 882 [Internet]. 2010 Jun;88(2):370–80. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-010-9482-0>
- KOENIG H, KING D, CARSON V. Handbook of religion and health [Internet]. New York: Oxford University Press; 2012. Available from: https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=NiRZcCVbkZ4C&oi=fnd&pg=PP1&ots=DX0h6rO R_x&sig=C2LzwfVBdEx2-Yth9X2jU8rluyk
- KONKOLY THEGE B, PILLING J, SZÉKELY A, KOPP M.S. Relationship Between Religiosity and Health: Evidence from a Post-communist Country. *Int J Behav Med [Internet]*. 2013 Dec;20(4):477–86. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12529-012-9258-x>
- KRAUSE N, ELLISON C.G, SHAW B.A, MARCUM J.P, BOARDMAN J.D. Church-Based Social Support and Religious Coping. *J Sci Study Relig [Internet]*. 2001 Dec;40(4):637–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/0021-8294.00082>
