

AIDS, Psicologia e Religião: O Estado da Questão na Literatura Psicológica

Geraldo José de Paiva¹
Universidade de São Paulo

RESUMO - Estudaram-se algumas relações entre saúde e religião, por meio de levantamento crítico da literatura psicológica recente. Considerou-se a saúde, e seu correlato a doença, particularmente enquanto dependente do sistema imunológico; entendeu-se a religião como forma de enfrentamento. Foram examinadas tanto a literatura teórica quanto as pesquisas empíricas disponíveis, com destaque da pesquisa específica de Jenkins (1995) sobre religião e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Os estudos examinados ensejaram algumas sugestões relativas ao enfrentamento religioso, pessoal e eventualmente institucional, no caso da referida síndrome.

Palavras-chaves: AIDS; enfrentamento; psiconeuroimunologia; religião; stress.

AIDS, Psychology, and Religion: The State of the Art in Psychological Literature

ABSTRACT - Some relationships between health and religion were studied through a critical examination of recent psychological literature. Health, and its correlate disease, was considered as dependent on the immune system; religion was meant as a way of coping. Theoretical and empirical literature, especially Jenkins' research (1995) on the relation between religion and AIDS, were discussed. Some hints were drawn from the available literature, concerning personal and institutional religious coping for AIDS' patients.

Key words: AIDS; coping; psychoneuroimmunology; religion; stress.

Religião e Saúde

A relação entre religião e saúde é tradicional (Amundsen, 1987; Sullivan, 1987). Mais recente é a *secularização* da saúde, resultante da relativa emancipação dessa área com o progresso do conhecimento da fisiologia e da patologia (Mcintosh & Spilka, 1990). Ainda assim, a pesquisa contemporânea é amplamente favorável à correlação positiva entre saúde e religião. Argyle e Beit-Hallahmi (1975) e Argyle (1993) referem-se a diversas formas de bem-estar físico que acompanham as observâncias religiosas (longevidade, menor taxa de suicídios, inexistência de tipos de câncer), à menor incidência de distúrbios cardíacos, que se supõe associada à paz de espírito induzida pela religião, à correlação negativa entre frequência semanal à igreja e arteriosclerose, enfisema pulmonar, cirrose hepática, tuberculose, tricomoníase, câncer cervical e bronquite crônica, concluindo que *a amplitude muito extensa dos efeitos registrados sugere que o fenômeno pode ser mais geral* (1975, p. 124). Mcintosh e Spilka (1990) demonstram, igualmente, que a orientação religiosa intrínseca se correlaciona negativamente com o escore total de doença, com os fatores somáticos, viscerais e respiratórios e com 13 diversos indicadores de doença (enjôo, vômito, dor de ouvido, rinite, tontura, dores no peito, falta de ar, mononucleose, cansaço, infecção da bexiga, asma, prurido

e úlcera) e declaram não haver encontrado nenhuma relação positiva significativa entre religião intrínseca e algum indicador de doença (com exceção da relação entre oração e... gengivite). Os resultados empíricos têm, por isso, levado alguns a se perguntarem se não existe um fator propriamente religioso na saúde (Levin & Schiller, 1987).

Psicologia, Stress e Saúde

Uma forma de *secularização* da saúde é a psicológica. Embora não se conheça suficientemente nem como nem por que, sabe-se que os fenômenos psíquicos se correlacionam positiva ou negativamente com a saúde física.

Várias hipóteses relativas à unidade profunda do vivente (holismo), à natureza psicossomática de qualquer evento orgânico, à existência de correlatos fisiológicos dos fenômenos psíquicos ou à organização multinível das entidades complexas têm sido propostas para explicar o fato de que o físico é alterado pelo psíquico. Contemporaneamente, a Psiconeuroimunologia, que estuda as inter-relações entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico, vem investigando se e como características ou estados psicológicos afetam a suscetibilidade à doença por meio de mudanças imunológicas induzidas pela inervação do sistema nervoso central, por respostas hormonais ou por mudança comportamental (Cohen & Herbert, 1996).

De acordo com as hipóteses acima mencionadas, alguns incômodos, mais ligados ao processamento simbólico, envolvem diretamente o sistema nervoso central e os centros

¹ Endereço: Instituto de Psicologia USP - Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Cidade Universitária 05508-900 São Paulo, SP e-mail: gjcpaiva@usp.br

inferiores do cérebro: fadiga, dores difusas, inapetência, prisão de ventre, insônia, dores de cabeça, surdez e perda de sensibilidade, cegueiras, paralisias dos membros e das cordas vocais, tiques nervosos e movimentos epiléticos têm sido diagnosticados e tratados como formações de sintoma (Zusne & Jones, 1989).

Outra classe de problemas de saúde tem sido associada mais diretamente ao *stress* que, juntamente com depressão, ansiedade, apoio social e traços de personalidade, é objeto privilegiado dos estudos psiconeuroimunológicos (Cohen & Herbert, 1996).

O *stress*, como mobilização dos recursos pessoais diante das exigências do meio, é um estado normal e benéfico. Frente, porém, a demandas exageradas, torna-se fonte de distúrbios. Nesse caso, o que se destaca no *stress* são as reações emocionais de confusão, desamparo e impotência da pessoa. Embora definido como reação emocional, o *stress* resulta de alguma apreciação cognitiva das exigências ambientais, dos recursos pessoais, de sua disparidade e da falta de controle seja da situação, seja dos recursos, seja de ambos.

Associados ao *stress* prolongado, a literatura registra a acne, a asma, problemas de pele como eczema e psoríase, dismenorréia, irregularidades cardíacas, hipertensão, colite, formação de tumores, úlceras gástricas, resfriados, herpes, mononucleose, alergias, verrugas e vários outros distúrbios. Tais incômodos envolvem o sistema nervoso autônomo e o sistema endócrino que, por sua vez, influem no sistema nervoso central e, daí, no comportamento manifesto (Mcintosh & Spilka, 1990; Zusne & Jones, 1989).

Em particular, as doenças infecciosas, como as das vias respiratórias superiores, a herpes e a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), relacionam-se com o sistema imunológico e têm sido estudadas em relação com o *stress* (Cohen & Herbert, 1996; Dull & Skokan, 1995).

Religião e Enfrentamento²

Dois orientações parecem destacar-se nos estudos que investigam a relação entre *stress* e AIDS: a primeira, ilustrada por Cohen e Herbert (1996), interessa-se por medir a alteração dos indicadores biológicos do sistema imunológico [número de células auxiliares T, proliferação de linfócitos em resposta à fitohemoaglutinina (PHA), aumento de células NK {*natural killer*}] que se supõem sensíveis a variáveis psicológicas ou ao controle do *stress*; a segunda, representada destacadamente por Pargament (1997), privilegia o papel do enfrentamento. Nesta exposição, que inclui a religião como enfrentamento, desenvolveremos a segunda orientação.

Vários pesquisadores insistem em que, mais importante que o *stress*, é a maneira de lidar com ele (dentre outros, Bulman & Wortman, 1977; Lazarus & Folkman, 1984; Mcintosh & Spilka, 1990; Pargament, 1990, 1997; Pargament & cols., 1986, 1988, 1990, 1992, 1995). A maneira de lidar com o *stress* é denominada de *enfrentamento*. A importân-

cia do enfrentamento, neste momento, decorre da tentativa teórica e empírica de alguns autores de considerar a religião como enfrentamento.

Comportamento de enfrentamento

Na definição de Pargament e cols. (1990), enfrentamento é o *processo pelo qual as pessoas tentam entender e lidar com importantes exigências pessoais ou situacionais em suas vidas*. (p. 795)

Nesse processo devem-se levar em conta os *acontecimentos* ou *situações de vida* (que a pesquisa tem mostrado não serem fortes preditores de saúde!); as *avaliações* da situação, que podem ser *primárias* (quanto é prejudicial, ameaçadora ou desafiadora), ou *secundárias* (quais os recursos da pessoa); as *atividades de enfrentamento* (e.g., focalizadas no problema ou focalizadas na emoção); os *resultados* (a curto, médio e longo prazos; psicológico ou físico; positivo, negativo ou misto); os *recursos e restrições* (constraints) *pessoais e sociais* do indivíduo (a saber, atitudes e crenças, redes de relacionamento, situação financeira).

Uma das *avaliações* mais importantes para o enfrentamento é a atribuição da origem ou causa, tanto do evento estressante como da reação a esse evento. Desde Heider (1958), a causa de um efeito tem sido atribuída a forças da pessoa, a forças do ambiente, pessoais ou impessoais, ou ao acaso. Em 1966, Rotter apresentou o conceito de *locus de controle*, segundo o qual as pessoas percebem os acontecimentos da vida ao longo de um contínuo controlado internamente (pela própria pessoa), ou externamente (por outros).

Levenson (1973) distinguiu o controle externo em controle de outros poderosos e controle pelo acaso. A Escala LOC {*Locus of Control*} de Levenson foi validada para o Brasil por Tamayo (1989). Rothbaum, Weisz e Snyder (1982) e Weisz, Rothbaum e Blackburn (1984) distinguiram, ainda, entre controle primário, voltado para a mudança da situação objetiva, e controle secundário, voltado para a mudança do percebedor.

Deus como controle

Nos estudos empíricos de atribuição de causalidade e de enfrentamento (Bulman & Wortman, 1977; Pargament & Hahn, 1986; Pargament & cols., 1988; Pargament & cols., 1990; Pargament & cols., 1992; Spilka, Shaver & Kirkpatrick, 1985; Welton, Adkins, Ingle & Dixon, 1996) foi-se impondo a constatação de que as pessoas atribuem também a Deus a causa dos acontecimentos que as atingem, em particular dos negativos, e que recorrem a Deus como um recurso cognitivo, emocional ou comportamental, para enfrentar os acontecimentos. Por isso, desde 1976 Kopplin acrescentou ao controle externo, de outros poderosos, o controle divino, sendo Deus o agente ativo e a pessoa o dependente passivo.

O estudo do comportamento concreto revelou, no entanto, que, além de se relacionarem multidimensionalmente com Deus - vontade, amor e ira de Deus (Pargament & Hahn, 1986), há pessoas que aceitam o controle exercido por Deus sem abrir mão do controle exercido por elas mesmas. Pargament e cols. (1988) construíram, então, um conjunto

2 Tradução do termo inglês, *coping*, conforme a literatura estabelecida na área de Psicologia da Saúde.

de escalas que medem três estilos de enfrentamento, denominados *auto-dirigido (self-directing)*, *delegante (deferring)* e *cooperativo (collaborative)*. O estilo auto-dirigido não é anti-religioso, mas enfrenta os problemas sem referências transcendentais; o estilo delegante "deixa tudo nas mãos de Deus"; o estilo cooperativo confia em Deus e confia na própria pessoa. Pargament e cols. (1988) denominam essa modalidade de *AGAP*, isto é, *active-God active-person* que, na população estudada, presbiterianos e luteranos, revelou ser a mais comum.

Em estudos de interação entre estilos de enfrentamento e orientações religiosas gerais [intrínseca, extrínseca, de busca (*quest*)], Pargament e cols. (1988) encontraram correlação positiva entre intrínsecos e cooperativos (*com Deus*), com efeitos de maior competência pessoal; entre extrínsecos e delegantes (*por Deus*), com efeitos de menor competência; e entre pessoas em busca e auto-diretivos. Pargament e cols. (1988) observaram, além disso, que o estilo é predominante mas não exclusivo: os cooperativos em uma situação podem tornar-se delegantes em outra.

Função positiva da religião no enfrentamento

Numa série de trabalhos, Pargament e colaboradores (Pargament, 1990, 1996, 1997; Pargament & Park, 1995) têm mostrado como a religião pode integrar o processo de enfrentamento. Advertem que, ao contrário do enfoque *defensivo* da religião como esquiva de uma situação de ameaça, proposto predominantemente pela literatura, pretendem destacar as funções *positivas* de enfrentamento que a religião é capaz de desempenhar, com resultados potencialmente benéficos ou prejudiciais.

A religião, com efeito, pode incluir-se no enfrentamento de três formas: (a) enquanto é parte de cada um dos elementos do processo de enfrentamento; (b) enquanto contribui para o processo de enfrentamento; (c) enquanto é produto do processo de enfrentamento (Pargament, 1990).

a. Muitos *acontecimentos* são, em si mesmos, religiosos e marcam passagens importantes e estressantes da vida.

As *avaliações*, tanto primárias quanto secundárias, podem ser de natureza religiosa, pois a religião propõe maneiras de se entender os acontecimentos,

como recompensa de um Deus amoroso, como lição de um Deus que ensina, como castigo de um Deus irado, como não pretendidos por um Deus amável mas que não intervém, ou como vontade de um Deus misterioso (Pargament, 1990, p. 202).

As pesquisas mostram que essas explicações são comuns, principalmente nos acontecimentos trágicos.

A religião, ademais, pode gerar um repertório de novas *atividades de enfrentamento*, no campo das relações pessoais, da espiritualidade, da cognição, da emoção e do comportamento individual ou social.

O enfrentamento pode produzir *resultados* nas várias dimensões da vida religiosa: proximidade de Deus, afastamento do grupo religioso, etc.

E, finalmente, a religião pode ser vista como fonte de

recursos e de restrições: esses recursos e restrições tomam a forma de diferentes tipos de agrupamentos com diferentes teologias, missões e organizações, e várias crenças, práticas e orientações religiosas que seletivamente encorajam ou desencorajam particulares modos de enfrentamento (Pargament, 1990, p. 203).

b. A religião molda o processo de enfrentamento: certos comportamentos (como o abuso de drogas), que levam a *eventos* estressantes, tornam-se menos prováveis com o envolvimento pessoal e social com a religião.

Também a *avaliação* primária, de quão prejudicial, ameaçadora ou desafiadora é a situação, e a avaliação secundária, de quão capaz é a pessoa de enfrentar a situação, é modificada pela religião. Com respeito à causalidade, é sabido que as pessoas religiosas preferem atribuir a Deus a causa dos eventos mais importantes da vida. Mas,

paradoxalmente, a religião pode contribuir para o processo de avaliação desencorajando focalizar-se questões de causalidade. Perguntada por que Deus tinha deixado seu pai morrer na prisão [durante a ocupação nazista da Holanda], C. Ten Boom respondeu que certos conhecimentos são pesados demais... você não consegue suportar... seu Pai vai carregá-los até que você se torne capaz. (Pargament, 1990, p. 205)

As *atividades* de enfrentamento podem depender da religião: como resposta à crise, carismáticos católicos procuravam, no grupo, apoio emocional; adeptos da fé Bahai iam em busca de interpretação nos escritos sagrados; filiados à Ciência Cristã recorriam menos à oração e mais ao pensamento positivo (Ebaugh, Richman & Chafetz, 1984, citados em Pargament, 1990). Num outro estudo (Wright, Pratt & Schmall, 1985, citados em Pargament, 1990) com 240 enfermeiros de pacientes com o mal de Alzheimer, os enfermeiros que declaravam ter tido ajuda espiritual mostravam-se mais dispostos a lidar com a estressante situação, colocando-a num quadro de referência mais positivo.

Também os *resultados* do enfrentamento podem ser afetados pela religião. Entre os vários estudos relacionados com pacientes crônicos necessitados de diálise, doentes terminais, pacientes com câncer avançado, Pargament refere que a fé religiosa e a identificação com uma igreja estavam associadas com maior sociabilidade, maior docilidade ao tratamento, menor medo da morte, menor perturbação no dormir, menos dor e maior auto-estima. O impacto da religião nos resultados do enfrentamento não é, contudo, uniformemente positivo ou negativo. O estilo cooperativo, por exemplo, tem sido associado com maior competência (Pargament & cols., 1988), com menos sintomas de doença e com melhor estado de saúde (Mcintosh & Spilka, 1990). O estilo delegante foi associado com menor competência (Pargament & cols., 1988), e a atribuição de uma morte recente a um Deus punitivo foi associada com avaliações menos positivas de como se lidou com ela (Grevengoed & Pargament, 1987, citados em Pargament, 1990). Finalmente vários outros efeitos, de índole espiritual, têm sido associados, pelas pesquisas, ao enfrentamento religioso: intimidade e identidade, conforto e desafio de crescimento, expressão ou controle das emoções, esperança revolucionária ou escatológica.

c. Considerada como variável dependente, a religião é um produto do enfrentamento. Pargament (1990) cita Snook e Gorsuch (1985), que descobriram que a orientação religiosa intrínseca associou-se a *menor* preconceito nos Estados Unidos e a *maior* preconceito na África do Sul. Esse surpreendente resultado se explica pela influência da cultura no enfrentamento social e desse na religião: na cultura favorável à igualdade, a religião intrínseca assumiu a forma igualitária, na cultura favorável à segregação, a forma segregacionista.

Não há muita comprovação empírica de que as pessoas invariavelmente se voltam para Deus em situações difíceis. A ameaça à auto-estima, ao sentimento de controle e à crença num mundo justo, segundo pesquisas de Pargament e cols. (Pargament, 1990), não levou a um aumento de atividades de enfrentamento religioso. Mas algumas pesquisas mostram que a situação de ameaça apela mais ao enfrentamento religioso que a situação de perda ou de desafio, e que o nascimento de uma criança, a solidão, a promoção no emprego e dificuldades emocionais, situações essas que implicam stress, levaram a um aprofundamento da fé.

Envolvimento da religião no enfrentamento

Quando é que a religião está envolvida no enfrentamento? A religião é um entre outros sistemas de crenças e de práticas, com seus respectivos recursos. Spilka, Hood e Gorsuch (1985) indicam três espécies de variáveis que sugerem a atribuição religiosa ou não religiosa e, daí, o enfrentamento religioso ou não religioso.

As *peessoas* diferem no quanto preferem a perspectiva religiosa à perspectiva natural. Aqueles em cuja vida a religião se salienta, certamente hão de integrá-la no enfrentamento. Os mais intrinsecamente orientados hão de integrá-la numa amplitude maior e mais significativa do que os de orientação mais extrínseca. A informação e a educação religiosa bem como a experiência com o enfrentamento religioso são, igualmente, variáveis críticas.

O *contexto* é outra variável. Se a pessoa mantém laços estreitos com o grupo religioso ou se o grupo insiste no recurso religioso para lidar com os eventos da vida, há maior probabilidade de um enfrentamento religioso. Se a pessoa está imersa em sistemas não religiosos e os percebe como efetivos, o enfrentamento religioso torna-se menos provável.

Os *acontecimentos* também variam na pressão por perspectivas religiosas ou naturalistas.

Transações vitais importantes como nascimentos, confirmações e casamentos, ameaças como doenças ou a possível perda do emprego, e perdas como acidente ou morte, geralmente desencadeiam formas de enfrentamento religioso mais que os acontecimentos do dia-a-dia. (Pargament, 1990, p. 211).

Enfrentamento religioso e enfrentamento não religioso

Em que o enfrentamento religioso difere do enfrentamento não religioso, ou seja, em que o enfrentamento religioso é mais do que uma variável interveniente de ordem psi-

cológica, como a elaboração cognitiva do problema ou o apoio social, é uma questão importante. E desnecessário frisar que, num estudo psicológico, essa questão não se situa no âmbito do objeto transcendente da religião, mas no do sujeito religioso. Pargament (1996, 1997) defende que o enfrentamento contribui tanto para a conservação como para a transformação da significância, isto é, daquilo que a pessoa define como importante para a vida, na ordem material, física, social, psicológica e/ou espiritual. Quando a significância de ordem espiritual é ameaçada, pode intervir o enfrentamento, tanto para a manutenção da significância (por meio de prevenção, apoio, purificação ritual e re-enquadramento religiosos) como para sua transformação (por meio de ritos de passagem e de conversão religiosos). Discutindo *o extraordinário poder da religião*, Pargament (1996) se pergunta se *a religião acrescenta ao enfrentamento algo além do que é fornecido pelo mundo secular* (p. 231). Cita, em resposta, algumas pesquisas que mostram efeitos *singulares* do enfrentamento religioso na proporção da variância em várias medidas de ajustamento aos acontecimentos (Maton, 1989; Pargament & cols., 1990; Pargament & cols., 1994). Um exemplo típico é o da diferença, pequena mas significativa, entre o enfrentamento religioso e o enfrentamento não religioso de esquiva (Pargament & cols., 1990): embora ambos os enfrentamentos tenham envolvido esforços para evitar pensamentos e sentimentos penosos, a esquiva religiosa conferiu sentido, estabilidade e conforto, ao passo que a não religiosa apenas desviou a atenção. *Em que consiste a singularidade do enfrentamento religioso?* Pargament pensa que

parte do poder singular da religião pode residir em sua capacidade de responder a tão numerosas necessidades de maneiras tão diversas. O caráter abstrato, simbólico e misterioso da maioria das tradições religiosas pode, por vezes, frustrar seus adeptos. Contudo são exatamente essas qualidades que permitem às religiões adaptarem-se às mudanças dos tempos, das circunstâncias e das necessidades (Pargament, 1990, p. 205).

A religião serve a diversos objetivos na vida, dentre os quais o de defender o homem de seus impulsos e do mundo incerto (Freud), o de realizar a integração social (Durkheim) e o de conferir sentido à vida (Geertz). Mas completa:

por importante que seja a versatilidade da religião, podemos estar passando ao largo de sua característica mais singular. E o sagrado que faz a procura religiosa da significância tão distintiva e potencialmente tão poderosa ...Da perspectiva religiosa, o sagrado é um fim em si mesmo, que não pode ser reduzido a outras finalidades psicológicas ou sociais. ...A cultura ocidental acentua a eficácia, o controle, o individualismo e a realização. Confrontada com o insuperável, a cultura ocidental tem menos a dizer ou a oferecer. ...A linguagem do sagrado -ligação com os antepassados, mistério, sofrimento, esperança, finitude, entrega, propósito divino, redenção- e os mecanismos da religião tornam-se, então, mais importantes. Com o risco de exagerar, poder-se-ia dizer que a cultura ocidental (e a psicologia com ela) ajuda as pessoas a adquirirem o controle de suas vidas, ao passo que a religião ajuda as pessoas a lidarem com os limites de seu controle. (Pargament, 1996, p. 232)

Religião, Enfrentamento, AIDS

Como a soropositividade e a AIDS estão intimamente relacionadas ao sistema imunológico e ao stress (Cohen & Herbert, 1996; Dull & Skokan, 1995), pode-se investigar, empiricamente, se a religião é um dos meios de enfrentamento, uma vez que fornece possibilidades de controle. É necessário notar, contudo, que o soropositivo e o portador de AIDS são realidades ainda mais complexas do que a soropositividade e a AIDS. Ilustração disso é a possível aceitação da AIDS pelo portador como *restauração da equidade nas relações interpessoais* ou como *reequilíbrio da justiça universal* (Paiva, 1995, p. 78).

A pesquisa de Jenkins

Embora alguns estudos tenham identificado a espiritualidade como recurso de enfrentamento em portadores do HIV (Demi, Moneyham, Sowell & Cohen, 1997), uma das poucas pesquisas empíricas sobre o papel da religião na vida de portadores do vírus foi a realizada por Jenkins (1995). Com base na literatura que indica o recurso à religião como freqüente nas situações em que as pessoas têm pouco controle pessoal, e que demonstra que o enfrentamento religioso tem efeitos distintos do enfrentamento não religioso, Jenkins estudou uma amostra de 422 militares norte-americanos soropositivos. A amostra era constituída principalmente do sexo masculino (93%), de brancos (63%) e de afro-americanos (29%), com instrução no mínimo de segundo grau, a maioria solteiros, 21% casados, 24% separados ou divorciados, e com a média de 32,5 anos de idade. No grupo predominavam os primeiros estágios, relativamente assintomáticos, da doença [na escala Walter Reed, de 1 (soropositividade sem sintomas clinicamente significativos) a 6 (AIDS propriamente dita), a média era de 2,65].

Apenas 8% se declararam ateus ou agnósticos, mas variou muito o envolvimento formal com a religião organizada: 38% se declararam "outros"; 28% protestantes, 22% católicos, 3% evangélicos ou fundamentalistas, 1% judeus. 15% declararam pertencer a um grupo *que acredita num poder maior, sem ser uma religião organizada*, como a Associação dos Alcoólicos Anônimos (Jenkins, 1995, p. 134). Pouco mais da metade declarava possuir *um sentido pessoal de crenças espirituais não realmente relacionadas a uma igreja formal ou a uma religião organizada* (Jenkins, 1995, p. 134). Quanto à variada proporção de participação no culto religioso, resume Jenkins, *verifica-se que os sujeitos da pesquisa continuaram a participar dos atos de culto, mesmo quando tinham uma visão de mundo não explicitamente 'religiosa' ou não conseguiam manter uma identidade denominacional.* (1995, p. 134)

Com base nos estilos de enfrentamento de Pargament e cols. (1988), descobriram-se três estilos: 41% de auto-dirigidos, 42% de predominantemente delegantes e 18% de predominantemente cooperativos. Os brancos se inclinaram na direção do estilo auto-dirigido, os afro-americanos na direção do estilo delegante e, menos, do cooperativo. A maioria dos sujeitos incluía, pois, a referência religiosa ao lidar com

a soropositividade, mas a distribuição de estilos não se relacionou diretamente com a religião organizada e sim com a participação em grupos espirituais. Confirmando o que alguns pesquisadores pensam da importância da religião nos estágios avançados da doença, encontrou-se relativa preponderância de pessoas com o estilo delegante no estágio 6 da escala Walter Reed.

Quais as atividades de enfrentamento religioso observadas? Jenkins (1995) reporta-se às modalidades de enfrentamento religioso distinguidas por Pargament e cols. (1990): o enfrentamento baseado na *espiritualidade* (aceitar as limitações do controle pessoal, aceitar orientação espiritual), em *boas obras* (por exemplo, ajudar os outros), no *apoio* religioso (apoio emocional do clero ou dos irmãos de fé), no *descontentamento* (por exemplo, raiva de Deus), na *exigência* religiosa (exigência de milagre) e na *esquiva* religiosa (atividades que desviam a atenção do problema, como, entre outras, pensar na outra vida).

O enfrentamento religioso foi utilizado mais pelos participantes de grupos de espiritualidade não denominacional do que pelos sujeitos identificados com a religião organizada, exceto nas atividades de *descontentamento* e de *exigência: os de inclinação espiritual deram ênfase a atividades religiosas proativas, de intercâmbio com Deus, auto-afirmativas e auto-reguladoras* (Jenkins, 1995, p. 137). O *apoio* religioso e as *boas obras* foram preferidos pelos que se identificavam com a religião organizada.

Além disso, os afro-americanos e os sujeitos do sexo feminino, de acordo com a tendência encontrada na população total, se valeram mais que os brancos e que os sujeitos do sexo masculino das atividades do enfrentamento religioso, com exceção do *descontentamento* (raiva de Deus) que, aliás, é raro em qualquer grupo até hoje pesquisado.

Encontrou-se, também, que as pessoas clinicamente deprimidas apresentaram um uso significativamente maior de *descontentamento* e de *exigência*, como se a depressão se associasse a um enfrentamento desesperado.

Também a solidão obteve um efeito significativo na análise multivariada: as pessoas muito solitárias alcançaram médias mais elevadas de *descontentamento*. Na falta de habilidades sociais, voltam-se para Deus e, desiludidas em suas expectativas irrealistas, exprimem raiva dele, o que confirma a falta dessas habilidades.

Confirmando estudos que apontaram a importância do enfrentamento religioso para situações que envolvem perda ou doença terminal, também aqui recorreu-se mais ao enfrentamento religioso em situações de perda de um ente querido e de problemas de saúde da própria pessoa, embora preferencialmente *não* relacionadas com o HIV.

A religião na vida dos portadores de HIV

Qual é, em resumo, o lugar da religião na vida dos portadores de HIV estudados por Jenkins? Pode-se dizer que esse lugar é múltiplo.

- a. Encontraram-se dois subconjuntos bastante distintos: o dos caucasianos do sexo masculino, que praticamente

- dispensam a religião, e o dos afro-americanos e das mulheres, que recorrem à religião para lidar com a soropositividade e a AIDS;
- b. A frequência ao culto parece variar com a frequência com que Deus é incluído na solução dos problemas normais da vida; de outro lado, menos ligada à religião formal, encontrou-se *a espiritualidade; permanecem, pois, importantes, os interesses religiosos e/ou espirituais* (Jenkins, 1995, p. 140).
 - c. Como o grupo caucasiano foi, até há pouco, o predominante na epidemia, é possível que o tom negativo encontrado na literatura entre religião e AIDS seja devido à indisposição desse grupo, que recebeu uma educação religiosa tradicional e foi o primeiro a encontrar tanto a epidemia como o despreparo da religião para lidar com ela;
 - d. O estágio da doença associou-se ao *estilo*, mas não às *atividades* de enfrentamento. Nessa amostra isso se explica pela predominância dos primeiros estágios, pela disponibilidade de serviços de saúde de alta qualidade e pelo fato de a grande maioria dos sujeitos ter ocupação remunerada. Um ponto a ressaltar é o de que os sistemas existentes de classificação da doença, por se interessarem pelo desenvolvimento desta, estão baseados não em critérios funcionais mas em critérios médicos. Acontece, com isso, que alguém pode estar num estágio adiantado da doença, mas plenamente ocupado com emprego em tempo integral: as atividades de enfrentamento devem refletir essa situação um tanto contraditória;
 - e. As *atividades*, e não os *estilos* de enfrentamento, foram associadas ao afeto e ao funcionamento social: mais que uma solução religiosa geral para o problema (estilo de enfrentamento), parece que se buscaram soluções religiosas específicas (atividades de enfrentamento) para circunstâncias de vida particulares.

Sugestões finais

Dos estudos teóricos e empíricos apresentados, pode-se extrair algumas sugestões relativas às relações entre AIDS, psicologia e religião.

1. O recurso à religião no enfrentamento do HIV e da AIDS não é imprescindível. Não só, com efeito, há pessoas, inclusive religiosas, cujo estilo de enfrentamento é auto-dirigido, como o entendimento secular é suficiente para definir e relacionar saúde e doença. Podem, além disso, surgir diversos inconvenientes no uso do enfrentamento religioso voltado para a AIDS. O estilo delegante, por exemplo, pode impedir os cuidados higiênicos necessários com a prevenção e os cuidados terapêuticos com o controle do HIV após sua instalação. Os resultados de Jenkins (1995) apontam para a prevalência do estilo delegante no estágio 6 da escala Walter Reed, o que é adequado numa situação em que a pessoa pouco pode fazer. Há casos em que o enfrentamento religioso pode ser contraproducente ou fatal, como em religiões que facilitam a interpretação da doença como ilusão fenomênica

(Paiva, 1990), ou cujos ritos incluem incisões e sangramentos, como o candomblé (ISER, 1991).

2. Parece que o enfrentamento religioso do HIV só faz sentido quando incluído num prazo de vida mais dilatado, a saber, o da relação com Deus ou com a espiritualidade na vida cotidiana. Embora o recurso a Deus seja mais freqüente em situações de perigo, a dinâmica do enfrentamento religioso é mais do que uma invocação repentina. O enfrentamento religioso, como avaliação da disponibilidade do recurso divino, supõe certo cultivo desse recurso que envolve não só seu poder, como seu julgamento, suas intenções, sua bondade e sua liberdade. Em outras palavras, a invocação só é enfrentamento religioso se se enraizar na vida da pessoa. Haverá casos, no entanto, em que o enraizamento latente se faz patente, como quando o stress é de tal magnitude que faz retroceder o enquadramento profano da percepção em favor de um enquadramento religioso preexistente (Lans, 1977).
3. A religião, quando usada como enfrentamento, não deve ser endereçada apenas para a cura da doença, mas também para o bem-estar mais amplo da pessoa. O observador ou o estudioso do portador de AIDS pode ser vítima de uma percepção desequilibrada, enquanto *a figura* da doença é destacada contra *o fundo* da inteira pessoa e de suas relações. Esse mesmo desequilíbrio constitui o erro mais comum da atribuição de causalidade (Heider, 1958; Ross, 1977), que leva o observador a considerar apenas o comportamento saliente da pessoa e a desconsiderar seus outros comportamentos e o conjunto das circunstâncias. Jenkins (1995) encontrou, no entanto, em seus sujeitos abertura para a condição dos *outros* e para aspectos da própria saúde *não* relacionados ao HIV. Esse bem-estar mais amplo da pessoa, que inclui outros aspectos da vida e o relacionamento com parentes, amigos e terceiros, é que deve ser beneficiado com o recurso à espiritualidade e à religião, capazes que são de reestruturar cognitiva e afetivamente a totalidade da pessoa.
4. As religiões devem aprofundar suas referências propriamente religiosas no trato com a epidemia e com o portador, sem abdicar, com isso, do que têm como verdadeiro. O aparecimento da AIDS é recente e só influenciou nas políticas de saúde pública quando se revelou ameaça de epidemia. Nesse momento é que também as instituições religiosas iniciaram ações mais sistemáticas para o apoio às pessoas portadoras do HIV e da AIDS. Deve-se reconhecer, contudo, que apesar do trato multissecular com as doenças, as tradições cristãs se viram despreparadas para lidar com a AIDS. Isso porque, como doença inicialmente relacionada apenas com contatos homossexuais, esbarrava com uma condenação moral consolidada. Essa, aliás, é a explicação que Jenkins (1995) encontrou para o comparativamente modesto recurso ao enfrentamento religioso de seus sujeitos brancos do sexo masculino, de raízes cristãs. O que sugerimos, neste passo, é o aprofundamento por parte das instituições religiosas de suas específicas referências espirituais, dirigindo-se a

atenção menos para o pontual e mais para o conjunto dessas referências. Esse aprofundamento vai certamente além da distinção, mais difícil do que parece em razão dos processos de formação de unidade, entre *pecado* e *pecador*. Além do preparo de especialistas religiosos para o atendimento dos portadores do HIV e da AIDS, espera-se, das instâncias religiosas, não a acomodação fácil a um problema emergente, mas a reflexão propriamente teológica de alcance generalizado. Afinal, saúde, doença, cura e reintegração têm tido relações tradicionais com a religião (Amundsen, 1987; Sullivan, 1987).

5. É necessário pesquisar mais o efeito diferencial do enfrentamento religioso relativamente ao enfrentamento secular e o efeito dos vários estilos de enfrentamento religioso. O efeito diferencial relativamente ao enfrentamento secular é o tópico teoricamente mais importante no estudo do enfrentamento religioso. É preciso reconhecer que embora, *em princípio*, o recurso ao poder divino opere um efeito psicológico discernível do efeito operado pelo recurso a outras instâncias, na prática é muito difícil estabelecer o controle das variáveis independentes. Como acontece no âmbito do comportamento religioso, o que se tem não é um comportamento *puramente* religioso, mas um comportamento sobredeterminado. Quer se trate de experimentos ou de suas aproximações, quer se trate de estudos correlacionais, é árduo garantir a variação apenas da variável religioso/secular. Os poucos estudos citados sob a epígrafe Enfrentamento religioso e Enfrentamento não religioso ainda não parecem corresponder à virtualidade da eficácia do contato com o sagrado.

A descoberta dos três estilos de enfrentamento deixa também em aberto a conceituação mais exata do que seja o estilo *delegante*. Esse estilo, no estudo de Jenkins (1995), foi predominante entre os afro-americanos e entre as mulheres. A associação desse estilo com a submissão, tanto étnica como de gênero, apresenta-se com naturalidade. Seria importante, contudo, investigar o estilo de enfrentamento em populações africanas política e culturalmente independentes e em mulheres reconhecidamente realizadas para se determinar se o estilo delegante é fraqueza, desleixo, impotência ou, ao contrário, modalidade (sub)cultural de relacionamento interpessoal. Quando o objeto desse relacionamento é Deus ou um poder transcendente, não é suficiente transpor a *delegação* do plano humano para o plano divino. Por isso talvez se requeira um aprofundamento conceitual do que se entende por *estilo delegante*. Pode dar-se que a *entrega* (*surrender*) que William James (1936) diz ser a diferença definitiva entre a religião e a moral, tenha mais de afirmativo, no conceito e no efeito, do que a palavra *delegante* costuma sugerir.

6. Conforme a população envolvida, pode-se pensar na inclusão do enfrentamento religioso/espiritual em programas de prevenção da AIDS e no cuidado prestado aos portadores de HIV. Jenkins (1995) faz referência a algumas poucas iniciativas desse tipo, destacando o progra-

ma desenvolvido com o exército tailandês. A prevenção da AIDS é, seguramente, objeto de múltiplos programas de informação e intervenção. Os programas de informação, por lidarem impessoalmente com o cognitivo, parecem ter conseguido mais resultados que os programas de intervenção, que lidam com a ação e, por isso, com atitudes e valores, que envolvem afeto e orientações gerais de vida. Se programas de intervenção no comportamento relativo à AIDS puderem se compor com os valores da cultura religiosa/espiritual, pode-se esperar deles maior eficácia. A avaliação da insuficiência dos programas de intervenção espelha sua pouca ou nula inserção nos sistemas mais amplos de referência das pessoas. Arruda (1998), por exemplo, traz a justificativa do limitado alcance, detectado em pesquisa recente, das campanhas de prevenção da AIDS no comportamento dos adolescentes: *As mudanças de comportamento são difíceis, diz a pesquisadora, porque envolvem valores e conhecimentos arraigados na família e nas escolas* (Arruda, 1998, p. A-14). Do ponto de vista dos valores e atitudes, a correlação positiva entre religião e saúde física, apontada sob a epígrafe Religião e Saúde, justificaria a introdução do enfrentamento religioso/espiritual nos programas de prevenção e intervenção dirigidos a populações específicas, possibilitando a avaliação de sua eficácia.

Referências

- Amundsen, D.W. (1987). Medicine and religion in western traditions. Em M. Eliade (Org.), *The encyclopedia of religion*, 9, 319-324. New York: Macmillan.
- Argyle, M. (1993). *The social psychology of everyday life*. London: Routledge.
- Argyle, M. & Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Arruda, R. (1998). Apesar de informados, jovens não usam camisinha. *O Estado de S. Paulo*, 27/11/1998, A-14.
- Bulman, R.J. & Wortman, C.B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 353-363.
- Cohen, S. & Herbert, T.B. (1996). Health psychology: Psychological factor and physical disease from the perspective of Human Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Demi, A., Moneyham, L., Sowell, R. & Cohen, L. (1997). Coping strategies used by HIV infected women. *Omega: Journal of Death and Dying*, 35, 377-391.
- Dull, V.T. & Skokan, L.A. (1995). A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*, 51, 49-64.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- James, W. (1936). *The varieties of religious experience*. New York: The Modern Library. (Originalmente publicado em 1902)

- ISER/Instituto de Estudos da Religião (1991). *Odô Yá!*. Projeto ARCA, Apoio religioso contra a AIDS: Rio de Janeiro.
- Jenkins, R.A. (1995). Religion and HIV: Implications for research and intervention. *Journal of Social Issues*, 51, 131-144.
- Kopplin, D. (1976). *Religious orientation of college students and related personality characteristics. Comunicação apresentada na American Psychological Association*. Washington, D.C.
- Lans, J. (1977). Religious experience. An argument for a multidisciplinary approach. *The Annual Review of the Social Sciences of Religion*, 1, 133-143.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Levin, J.S. & Schiller, P.L. (1987). Is there a religious factor in health? *Journal of Religion and Health*, 26, 936.
- Maton, K.I. (1989). The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28, 310-323.
- Mcintosh, D. & Spilka, B. (1990). Religion and physical health. The role of personal faith and control beliefs. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 167-194. Greenwich, C.T. London: JAI Press.
- Paiva, G.J. (1990). Seicho-no-iê. Em L.Landim (Org.), *Sinais dos tempos. Diversidade religiosa no Brasil*, pp. 181-186. Rio de Janeiro: ISER/Instituto de Estudos da Religião.
- Paiva, G.J. (1995). Religião e culpa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 47, 75-80.
- Pargament, K.I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195-224. Greenwich, CT/London: JAI Press.
- Pargament, K.I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. Em E.P. Shafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 215-239). Washington, DC: APA Books.
- Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of religion and coping. Theory research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K. & Warren R. (1990). God help me: (I) Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
- Pargament, K.I. & Hahn J. (1986). God and the just world: Causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25, 193-207.
- Pargament, K.I., Ishler, K., Dubow, E., Stanik, P., Rouiller, R., Crowe, P., Cullman, E., 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, 347-361
- 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 for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K.I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D.S. & Van Haitsma, K. (1992). God help me (II): The relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31, 504-513.
- Pargament, K.I. & Park, C.L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, 51, 13-32.
- Ross, L.D. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. Em L. Berkowitz (Org.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 174-220). New York: Academic Press.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.
- Rothbaum, F., Weisz, J. & Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self. A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 5-37.
- Spilka, B., Shaver, P. & Kirckpatrick, L.A. (1985). A General attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Psychology*, 24, 1-20.
- Spilka, B., Hood, Jr. R. & Gorsuch R. (1985). *The psychology of religion: An empirical approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Sullivan, L.E. (1987). Diseases and cures. Em M. Eliade (Org.), *The encyclopedia of religion*, 4, 366-371. New York: Macmillan.
- Tamayo, A. (1989). Validade fatorial da escala Levenson de locus de controle. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 5, 111-122.
- Weisz, J.R., Rothbaum, F. & Blackburn, T.C. (1984). Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist*, 39, 955-969.
- Welton, G.L., Adkins, A.G., Ingle, S.L. & Dixon, W.A. (1996). God control: The fourth dimension. *Journal of Psychology and Theology*, 24, 13-25.
- Zusne, J. & Jones, W.H. (1989). *Anomalistic psychology. A study of magical thinking*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 2nd ed.

Recebido em 04.03.1998

Primeira decisão editorial em 20.10.1998

Versão final em 08.12.1998

Aceito em 18.02.1999 ■

Prioridades Axiológicas, Tempo de Serviço e Cidadania Organizacional

Álvaro Tamayo, André L. F. Moniz, Verônica, B. de Oliveira,
Renata S. Carvalho, S. Macedo, Pablo Armando, Fábio T. Guimarães
Universidade de Brasília

RESUMO - Foi objetivo desta pesquisa estudar a relação entre as prioridades axiológicas, o tempo de serviço e a cidadania organizacional. Os autores não têm conhecimento de que as prioridades axiológicas do indivíduo tenham sido estudadas como antecedentes da cidadania organizacional. A amostra foi composta por 300 empregados, homens e mulheres, com idade média de 38,07 anos. Dois instrumentos de medida foram utilizados: o Inventário de Valores de Schwartz e a Escala de Cidadania Organizacional. Os sujeitos foram divididos em dois grupos de acordo com as suas prioridades axiológicas (escore alto e baixo). Os quatro fatores axiológicos de ordem superior e os cinco fatores de cidadania organizacional foram considerados para a análise estatística (Anova 2X3). As prioridades ao nível dos valores de autotranscendência, autopromoção, individualismo e coletivismo tiveram influência significativa sobre vários fatores de cidadania organizacional. O impacto do tempo de serviço foi limitado a dois fatores: clima organizacional externo e proteção ao patrimônio organizacional.

Palavras-chave: valores; cidadania organizacional; comportamento organizacional.

Value Priorities, Tenure and Organizational Citizenship

ABSTRACT - The objective of this research was to study the relationship between value priorities, tenure, and organizational citizenship. To our knowledge, personal value priorities have not been studied as antecedents of organizational behavior. The sample was composed of 300 employees, men and women, with average age of 38.07 years. Two instruments were used: the Schwartz Value Inventory and the Organizational Citizenship Scale. Two groups of value priorities' subjects were considered: a high score group and a low score group. Three levels of organizational tenure were considered. The four second-order factors of value priorities and the five organizational citizenship factors were considered for the analysis (Anova 2X3). Priorities of self-transcendence, self-enhancement, collectivism and individualism values had a significant influence on several factors of organizational citizenship. The impact of organizational tenure was limited to two factors: organizational climate and protection of organizational patrimony.

Key words: values; organizational citizenship; organizational behavior.

Nesta pesquisa foi estudado como as prioridades axiológicas dos sujeitos e o seu tempo de serviço na empresa influenciam a sua disponibilidade para apresentar comportamentos espontâneos, extra papel e benéficos para a organização. A questão na base desta pesquisa é se as conseqüências dos comportamentos de cidadania organizacional são relevantes para a obtenção de objetivos motivacionais inerentes às prioridades axiológicas do indivíduo. A relação entre as prioridades axiológicas da empresa e o comportamento de cidadania organizacional já foi estabelecida (Tamayo, 1996a; 1996b) mas o impacto das prioridades axiológicas individuais ainda não foi objeto de estudo.

Os comportamentos benéficos para a organização, adotados livre e espontaneamente pelos empregados, têm intrigado os pesquisadores. Segundo Katz e Kahn (1978) esses comportamentos compreendem atividades de cooperação com os colegas, ações protetoras ao sistema, sugestões criativas para melhoria organizacional, autotreinamento

e criação de clima favorável para a organização no ambiente externo. Munene (1995) estabelece analogia entre o país de um indivíduo e a organização onde ele trabalha. Ambos constituem uma base para a pessoa, que esta terá espontaneamente tendência a proteger, defender e promover. Para Organ (1990) o termo cidadania organizacional

denota aqueles comportamentos ou gestos organizacionalmente benéficos que não podem ser exigidos com base em obrigações do papel formal nem ser estimulados por garantias de recompensas contratuais. Comportamentos de cidadania organizacional consistem em contribuições informais que os participantes podem eleger para ofertar; ou sonegar, independentemente da possibilidade de sanções ou incentivos formais, (p.46)

O conceito de cidadania organizacional enfatiza atividades espontâneas, inovadoras e pró-sociais, benéficas à organização, que excedem o papel formal e não são estimuladas por incentivos ou punições contratuais.

Comportamentos de cidadania organizacional têm sido observados em numerosas organizações independentemente do seu tamanho e da sua natureza. Segundo Katz e Kahn (1978) esses comportamentos são

1 Endereço: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 70910-900 Brasília, DF