RESTRIÇÃO ALIMENTAR POR MOTIVAÇÃO RELIGIOSA E COERÇÃO: DADOS PRELIMINARES

FOOD RESTRICTIONS FOR RELIGIOUS MOTIVATION AND COERCION: PRELIMINARY RESULTS

Marília Fernandes Wettstein[1,2], Lia Vieira Branco Nunes Ferreira Alves[1,2], José Roberto Goldim[1,2]

RESUMO

Introdução: A Bioética deve ser entendida como sendo uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre as ações que envolvem a vida e o viver. Todos os aspectos, inclusive os espirituais devem ser contemplados nesta reflexão.
Objetivo: Verificar a influência de motivações espirituais nas restrições alimentares relatadas por pacientes internados em um hospital geral universitário, assim como a percepção de coerção associada a esses aspectos.
Método: Análise interina dos dados de 177 pacientes internados em um hospital geral universitário.
Resultados: A maioria dos pacientes (89,3%) informou ter alguma prática religiosa. Com relação aos hábitos alimentares, 59,8% dos pacientes afirmaram ter alguma restrição, sendo que os motivos alegados foram: não gostar do alimento (35,0%); problemas de saúde (17,5%), e motivações religiosas (7,3%). Poucos pacientes (1,1%) afirmaram que ficariam constrangidos se perguntados a respeito de suas práticas religiosas.
Conclusão: A expressão de coerção em relação às restrições alimentares não apresentou diferenças entre diferentes grupos de pacientes com e sem motivação religiosa. Os pacientes percebem que são ouvidos pela equipe de saúde, mas que suas opiniões não são consideradas com relação à alimentação.

Palavras-chave: *Bioética; nutrição; espiritualidade; religião*

ABSTRACT

Background: Bioethics should be understood as a complex, shared and interdisciplinary reflection about activities that involve life and living. All aspects, including spiritual issues, must be integrated in this discussion.
Aim: To evaluate the influence of spiritual motivations in food restrictions reported by inpatients in a general university hospital and the perceived coercion associated with these aspects.
Method: Interim analysis of a sample of 177 inpatients in a general university hospital.
Results: Most patients (89.3%) reported religious practices. Regarding dietary habits, 59.8% patients reported food restrictions, and the alleged reasons were: disliking the food (35.0%), health problems (17.5%), and religious motivations (7.3%). Few patients (1.1%) said they would be embarrassed if asked about their religious practices.
Conclusion: The expressed coercion related to food restriction did not differ between the different groups of patients with or without religious motivation. Patients perceive that they are asked by the health professionals about food restrictions but their points of view are not considered.

Keywords: *Bioethics; nutrition assessment; spirituality; religion*

Rev HCPA 2010;30(3):290-293

A Bioética deve ser entendida como sendo uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre as ações que envolvem a vida e o viver (1). O modelo da Bioética Complexa utiliza vários referenciais éticos, morais e legais para buscar justificativas para as ações realizadas em ambientes de assistência e pesquisa.

Um exemplo disto é o que ocorre no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde o Comitê de Ética em Pesquisa e o Comitê de Bioética Clínica atuam de forma complementar nestas áreas. O Comitê de Ética em Pesquisa com sua regulamentação específica nacional e internacional atua no sentido de avaliar e acompanhar os projetos de pesquisa realizados na Instituição. Por outro lado, o Comitê de Bioética Clínica tem disponibilizado consultorias para auxiliar os profissionais de saúde, pacientes e familiares em situações de tomada de decisão (2).

Uma demanda muito frequente nas consultorias envolve aspectos espirituais que podem interferir no processo de tomada de decisão. Tanto os pacientes e suas famílias, quanto os profissionais de saúde demonstram alguma dificuldade em abordar essa relação entre espiritualidade e saúde.

A Bioética mesmo mantendo o seu caráter secular deve considerar as variáveis espirituais nas suas reflexões (3). O próprio conceito de saúde tem sido revisto e ampliado visando atender às necessidades culturais e espirituais da pessoa, além do seu bem-estar biológico, mental e social (4). Um exemplo disto é a Resolução CNS 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Esta Resolução prevê, em seu artigo III. 1, "que sejam sempre respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem

1. Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).
2. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Contato: José Roberto Goldim. E-mail: jgoldim@hcpa.ufrgs.br (Porto Alegre, RS, Brasil).

comunidades" (5). A inserção da espiritualidade na área da saúde também pode ser demonstrada pela sua inclusão como um elemento importante no instrumento WHOQOL SRPB, que é utilizado para aferir a qualidade de vida. Este instrumento incluiu a espiritualidade como um de seus seis domínios (6).

As crenças religiosas podem influenciar diferentes aspectos envolvidos na saúde dos pacientes, tais como doação de sangue, vacinação dos filhos, recebimento de cuidados pré-natais (7), administração de antibióticos e outras drogas e na aceitação de alteração no estilo de vida. Um fator, nem sempre considerado, é a possível interação dos aspectos espirituais com a dieta dos pacientes nos hospitais e no retorno às suas casas (8).

No âmbito hospitalar, apesar de todos esses argumentos, a relação entre aspectos espirituais e alimentares ainda é pouco abordada. Algumas restrições alimentares decorrentes de crenças religiosas são bem descritas, tais como o não consumo de alguns tipos de carnes, de alimentos contendo sangue, e de práticas de jejum em determinados períodos do ano. Várias outras restrições podem existir sem que sejam expressas como vinculadas a questões religiosas, algumas inclusive com variações locais que podem influenciar na sua adoção ou não. Estes preceitos resultam de certa combinação da cultura local e da interpretação dos textos de referência. A equipe deve estar atenta a reconhecer esta diversidade e evitar estereótipos (9). O respeito e o conhecimento da dimensão espiritual contribuem para a adequada relação da equipe de profissionais da saúde com o paciente e seus familiares (10).

Este estudo teve como objetivo verificar a influência de motivações religiosas nas restrições alimentares relatadas por pacientes internados em um hospital geral universitário, assim como avaliar o grau de coerção associada a esses aspectos.

MÉTODO

Está sendo realizado um estudo transversal, envolvendo uma amostra de 272 pacientes atendidos nas diferentes unidades de internação clínicas e cirúrgicas de adultos do Hospital de Clínicas de Proto Alegre, nos anos de 2008 e 2009. O cálculo do tamanho da amostra utilizou uma proporção prevista de 5% de ocorrência deste tipo de restrição na população, em um nível de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 3% (11). O presente artigo se refere a uma análise interina dos primeiros 177 pacientes estudados.

Realizamos uma entrevista com os pacientes, com duração de 15 minutos, envolvendo o tema das restrições alimentares e de suas possíveis motivações. Foram obtidos dados sobre o motivo da internação, sobre a existência e o tipo de restrições alimentares, se o paciente praticava alguma religião e se tinha conhecimento sobre alguma restrição de consumo de alimentos associados a essa prática religiosa.

Também foi aplicado um instrumento para avaliar o grau de coerção associado às restrições alimentares, para ser respondido pelos próprios pacientes. Este instrumento é uma adaptação da escala de percepção de coerção proposta por Gardner, sendo denominada de Escala de Expressão de Coerção (11). Esta escala é composta por quatro questões, com respostas do tipo sim-ou-não, As perguntas são as seguintes: - Tive oportunidade suficiente de dizer se queria me alimentar com as comidas servidas; - Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito da minha alimentação; - Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me alimentar desta forma; - Minha opinião sobre os alimentos não interessou. O resultado obtido com este instrumento pode variar de zero a quatro, sendo zero a ausência e quatro a expressão máxima de expressão de coerção.

As denominações religiosas relatadas pelos participantes foram agrupadas de acordo com a classificação utilizada pelo IBGE no censo de 2000 (13).

Foram realizadas comparações entre os pacientes que apresentam restrições por motivos religiosos com os demais pacientes com e sem restrições alimentares. Estas comparações e associações foram realizadas utilizando-se teste t, Análise de Variância (ANOVA) e teste do qui-quadrado, de acordo com o tipo de variável, com o uso do SPSS, versão 16. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra dos 177 pacientes avaliados foi composta por 63,8% de mulheres e por 36,2% de homens, com idades variando de 18 a 85 anos, com mediana de 51 anos. A escolaridade variou desde indivíduos não alfabetizados até com ensino superior completo. O ensino fundamental foi o mais frequente (63,3%) na amostra. A maioria dos pacientes (89,3%) informou ter alguma prática religiosa. As duas denominações religiosas mais frequentes foram os Católicos Apostólicos Romanos (55,9%) e os Evangélicos de Origem Pentecostal (18,1%) (Tabela 1). Poucos pacientes (1,1%) afirmaram que ficariam constrangidos caso o médico ou outro profissional de saúde perguntasse a respeito de suas práticas religiosas.

Tabela 1 – Denominação religiosa dos participantes da amostra e dos participantes com restrições alimentares por motivação religiosa.

Denominação Religiosa (*)	Participantes	Frequência Relativa (%)	Com restrições alimentares	Frequência Relativa (%)
Católica Apostólica Romana	99	55,9	0	-
Evangélica de Origem Pentecostal	32	18,1	4	30,8
Espírita	12	6,8	3	23,2
Evangélica de Missão	8	4,5	4	30,8
Umbanda	3	1,7	1	7,6
Testemunha de Jeová	2	1,1	0	-
Católico Ortodoxo	1	0,6	1	7,6
Sem religião	20	11,3	0	-
Total	177	100,0	13	100,0

(*) Classificação IBGE/2000

Com relação aos hábitos alimentares, 59,8% dos pacientes afirmaram ter alguma restrição, sendo que os motivos alegados foram: não gostar do alimento (35,0%); problemas de saúde (17,5%), e motivações religiosas (7,3%). Dos pacientes com restrições por motivo religioso, 11 são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Esta proporção, comparativamente a distribuição de sexos da amostra como um todo, não tem significância estatística (X^2=2,03; gl=1; P=0,15). Os 13 pacientes que referiram motivos religiosos apresentaram 25 restrições alimentares, sendo as carnes a mais predominante com 14 referências. A carne suína foi referida por seis participantes, sendo quatro Evangélicos de Missão, um Católico Ortodoxo e um de Umbanda. A presença de sangue na composição dos alimentos foi referida por outros seis participantes, sendo quatro Evangélicos de Origem Pentecostal e dois Espíritas.

Os dois pacientes (1,1%), que afirmaram ficar constrangidos com perguntas sobre suas práticas religiosas, um tinha restrição alimentar por não gostar, tendo referido que não tem religião, e outro por problemas de saúde. Desta forma, nenhum paciente, que afirmou ter restrições alimentares por motivo religioso, referiu ficar constrangido com a pergunta sobre suas práticas religiosas.

A percepção de coerção dos pacientes variou de zero a quatro, sendo que a mediana ficou com um escore igual a um e média de 1,55$\pm$1,49 (Tabela 2). Todos os quatro grupos, ou seja, os sem restrições e os que têm restrições, subdivididos devido aos motivos de não gostar, de ter problemas de saúde ou ter motivação religiosa, também tiveram percepção de coerção variando de zero a quatro, sem diferença estatisticamente significativas entre as médias nos quatro grupos (F=0,737; P=0,531).

Tabela 2 – Escores obtidos com a Escala de Percepção de Coerção em 177 pacientes internados com relação a restrições alimentares.

Escore de Percepção de Coerção	Sem restrição alimentar (N=71)	Restrição por não gostar (N=62)	Restrição por motivo de saúde (N=31)	Restrição por motivo religioso (N=13)	Total da Amostra (N=177)
0	42,3%	29,0%	41,9%	30,8%	36,7%
1	16,9%	16,1%	16,1%	15,4%	16,4%
2	16,9%	22,6%	9,7%	30,8%	18,6%
3	7,0%	12,9%	16,1%	15,4%	11,3%
4	16,9%	19,4%	16,1%	7,7%	16,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Obs.: Não foi verificada diferença significativa entre as médias dos quatro grupos (F=0,737; P=0,531 – NS)

As quatro questões, que compõem a escala abordam diferentes perspectivas de coerção. A primeira frase é a seguinte: "Tive oportunidade suficiente de dizer se queria me alimentar com as comidas servidas". A maioria dos pacientes (69,5%) concordou com esta afirmativa. A segunda frase: "Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito de minha alimentação", manteve um índice de respostas quase igual ao da frase anterior (68,9%). As duas frases seguintes invertem a lógica das respostas. A terceira frase propõe que "Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me alimentar desta forma". Houve uma distribuição bastante homogênea de respostas, sendo que a maioria (55,9%) discordou desta afirmativa. A quarta e última frase, "Minha opinião sobre os alimentos não interessou" foi igualmente homogênea, ou seja, os pacientes se distribuíram nas respostas discordo (50,3%) e concordo (49,7%). Estas respostas, quando comparadas entre os quatro grupos, de acordo com a presença ou não de restrições alimentares, não apresentaram qualquer tipo de associação estatisticamente significativa (P>0,05).

Os dados obtidos, a partir da análise de cada uma das quatro frases que compõem o instrumento de Expressão de Coerção, sugerem, preliminarmente, que os pacientes são ouvidos quanto as suas preferências alimentares, mas percebem que estas informações não são valorizadas no processo de seleção dos alimentos que lhes serão oferecidos. Isto pode ser explicado, pelo menos em parte, pela lógica utilizada na prescrição da dieta a ser administrada ao paciente, onde o médico decide quais alimentos poderão ser utilizados e o nutricionista seleciona, dentre a disponibilidade do cardápio, os alimentos que serão efetivamente oferecidos.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos até o presente momento nesta amostra de pacientes permitem fazer as seguintes considerações:

a) A prática religiosa é frequentemente referida;

b) Poucos pacientes ficariam constrangidos se perguntados sobre questões religiosas;

c) Mais da metade da amostra referiu alguma restrição alimentar, a maioria por não gostar de determinado tipo de alimento;

d) Nos pacientes com restrições por motivo religioso, as carnes e os alimentos com sangue, foram predominantes;

e) A percepção de coerção não apresentou diferenças entre os pacientes que tem, independentemente do motivo, ou não restrições alimentares;

f) Os pacientes percebem que são ouvidos, mas que suas opiniões não são consideradas.

Estas questões evidenciam a importância de considerar os diferentes aspectos da vida dos pacientes. A Bioética Complexa pode auxiliar na compreensão dos motivos que levam os pacientes a terem alguma dificuldade na alimentação quando estão hospitalizados.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro da CAPES, FAPERGS e FIPE/HCPA.

REFERÊNCIAS

1. Goldim JR. Bioética Complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Revista AMRIGS 2009;53:58-63,.
2. Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. Clinical Bioethics Committees: A Brazilian Experience. Journal International de Bioéthique, 2008;19:181-92.
3. Hardwig J. Spiritual issues at the end of life; a call for discussion. Hastings Cent Rep. 2000;30:28-30.
4. Slady A. Bioethical concepts of health in medicine. Sb Lek 1995;96(3):195-8.
5. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. DOU 16/10/1996:21082-5.
6. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Social Science & Med 2006;62(6):1486-97.
7. Okonofua F, Houlder S, Bell J, Dandona P. Vitamin D nutrition in pregnant Nigerian women at term and their newborn infants. J Clin Pathol 1986;39:650-3.
8. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Boer APK. Bioética e Espiritualidade. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
9. Daar AS, al Khitamy AB. Bioethics for clinicians;. Islamic bioethics. CMAJ 2001;164(1):60-3.
10. Salgueiro JB, Wettstein MF, Raymundo MM, Nunes LVB, Bastiani F, Goldim JR. Restrições alimentares por motivação religiosa: implicações no processo de tomada de decisão frente a tratamento de saúde. Rev HCPA 2008;28(supl):252.
11. Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación Del tamaño de las muestras en los estudios sanitários. Ginebra: OMS, 1991:1, 25.
12. Gardner W, Hoge S, Lidz C, Eisenberg M, Monahan J, Ennett N, et al. Family, Clinician, and Patients Perceptions coercion in Mental Hospital Admission. Intern J Law Psyc. 1998;21(2):131–46.
13. Brasil. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2000:173-4.

Recebido: 10/08/2010
Aceito: 21/09/2010