

PRÁTICAS NÃO CONVENCIONAIS DE (AUTO-)CUIDADOS DE SAÚDE, SAÚDE E RELIGIÃO

CAM (SELF-)HEALTH CARE PRACTICES, HEALTH AND RELIGION

Rute Meneses^{†1}

¹FCHS, FP-13ID, CTEC, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Resumo: Por um lado, a investigação tem evidenciado diversos correlatos da saúde dos indivíduos, por outro, suporta alguma preocupação com o crescente recurso a práticas de cuidados de saúde que se podem apelidar de não convencionais. Assim, o objectivo do presente estudo é: estudar práticas de (auto-)cuidados de saúde não convencionais e a relação entre saúde e religião. Assim, entre 1/10/2021 e 27/9/2023, 449 adultos (18-88 anos) que moravam em Portugal responderam a um questionário via *Google Forms* (estudo transversal). A maioria reportou interesse por práticas não convencionais e usava-as com as convencionais. A maioria tinha religião, era não praticante e considerava que a religião não influenciava as suas decisões sobre cuidados de saúde. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas percepções de saúde, do cuidado com a saúde, dos resultados da e satisfação com a última prática de (auto-)cuidados, na satisfação com a saúde ou nos itens do MHI-5 em função destas características religiosas. Estes resultados apoiam a exploração rotineira das práticas de cuidados de saúde não convencionais para alcançar a segurança, eficácia, equidade, inclusão e sustentabilidade na prática da psicologia da saúde. Não revelam, todavia, a pertinência de certos aspectos religiosos no âmbito da saúde.

Palavras-Chave: Práticas de cuidados de saúde, CAM, Religião, Auto-cuidados, Percepções de saúde.

Abstract: On the one hand, research has shown several correlates of individuals' health, on the other hand, it supports some concern about the growing use of health care practices that can be included in CAM – Complementary and Alternative Medicine. Therefore, the aim of the present study is: to study CAM (self-)health care practices and the relationship between health and religion. Thus, between 1/10/2021 and 27/9/2023, 449 adults (18-88 years old) living in Portugal answered to a questionnaire via *Google Forms* (cross-sectional study). The majority reported interest in CAM practices and used them with conventional ones. The majority had a religion, were non-practising and considered that religion did not influence their decisions about health care. There were no statistically significant differences in perceptions of health, health care, results of and satisfaction with the last (self-)care practice, satisfaction with health or MHI-5 items depending on these religious characteristics. These results support the routine exploration of CAM health care practices to achieve safety, effectiveness, equity, inclusion, and sustainability in health psychology practice. They do not, however, reveal the relevance of certain religious aspects in the context of health.

Keywords: Health care practices, CAM, Religion, Self-care, Health perceptions

[†]Autor de Correspondência: Rute Meneses (rmeneses@ufp.edu.pt)

Submetido: 05 de novembro de 2023

Aceite: 19 de dezembro de 2023

A saúde é uma preocupação de tal modo importante que o terceiro Objectivo de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas é exactamente “Saúde de qualidade” (Global Compact Network Portugal, s.d.). Alinhado com tal, uma miríade de estudos tem focado a saúde de variadas populações e tem evidenciado diversos correlatos e preditores da mesma. Entre estes encontra-se a religião, operacionalizada de múltiplas maneiras, tal como a saúde. Aliás, o crescente interesse científico pela influência da religião e espiritualidade na saúde e bem-estar foi apresentado recentemente por MacDonald (2023) como uma das razões para se considerar uma psicologia positiva da religião e espiritualidade.

Já em 1998 Ellison e Levin escreviam que o interesse pela relação entre religião e saúde (física e mental) tinha crescido muito nos últimos anos. Ao rever a literatura, nomeadamente as revisões do fim da década de 1980, incluindo estudos de 1800s, referiram que esta, baseada em amostras muito diversas (em termos sociodemográficos, religiosos e clínicos), apresentava evidência convincente da variação das taxas de morbilidade e mortalidade em função das religiões e denominações religiosas, e evidência, ainda que com um pouco menos de consistência, de que, em média, elevados níveis de envolvimento religioso estavam moderadamente associados a melhor estado de saúde. Em estudos mais recentes, mais robustos, revistos pelos autores, mantinham-se os efeitos positivos do envolvimento religioso na saúde física e mental e em aspectos do bem-estar psicológico (diversos constructos relacionados). Mencionaram, também, que existiam alguns estudos a revelar que a relação entre religião e saúde nem sempre é positiva.

Sendo os constructos religião/espiritualidade multifacetados e abrangendo uma diversidade de indicadores, Masters et al. (2023) seleccionaram para a sua revisão narrativa quatro cuja relação com a saúde física tem sido frequentemente estudada: frequência de serviço religioso, *coping* religioso/espiritual, orientação religiosa e oração. Concluíram que a evidência sugere fortemente que a frequência de serviço religioso está associada a longevidade e mortalidade por todas as causas, havendo alguma evidência de que também está relacionada com a mortalidade por causas específicas. Quanto ao *coping*, concluíram que o *coping* religioso/espiritual positivo está associado a melhor saúde física e o negativo a pior ajustamento e saúde física. Também a orientação religiosa intrínseca está associada a indicadores de melhor saúde. Relativamente à oração, os resultados positivos não são tão gerais, podendo ser mais provável os indivíduos recorrerem à oração quando a sua saúde está deteriorada.

Shafranske (2023), por seu turno, reviu a literatura sobre a relação entre religião/espiritualidade e saúde mental, concluindo que, em geral, a religião/espiritualidade está (positivamente) associada a melhor saúde mental e adaptação, ainda que, sendo as relações complexas, por vezes a religião/espiritualidade esteja associada a maior ansiedade, depressão e esforços.

Num estudo longitudinal, junto de 766 Afro-Americanos com 21 ou mais anos, avaliados por entrevista telefónica, Clark et al. (2018) identificaram alguma evidência de efeitos directos de crenças e comportamentos religiosos em alterações em comportamentos de saúde. Os comportamentos religiosos estavam associados a maior consumo diário de fruta e maior probabilidade dos homens terem realizado um teste de PSA de T2 para T3 (i.e., de cerca de 2,5 anos após as entrevistas em T1 para cerca de 5 anos depois das mesmas). Nesses marcos temporais, constatou-se alguma evidência de que as crenças religiosas estivessem relacionadas com maior probabilidade de ter consumido álcool no mês passado (modelo SHLOC – *locus* de controlo de saúde espiritual – activo) mas uma menor probabilidade de *binge drinking* (modelo SHLOC passivo). Todavia, muitas das suas hipóteses não foram confirmadas. P.e., as crenças religiosas não predisseram menor sintomatologia depressiva e melhor funcionamento emocional. Também não foi encontrada evidência de mediação pelo SHLOC activo da relação religiosidade–saúde. Quanto ao SHLOC passivo, entre alguns comportamentos e resultados relacionados com a saúde, verificou-se que quanto mais os participantes se envolviam em comportamentos religiosos, mais consideravam que Deus estava no controlo e menos esforços individuais eram necessários no âmbito da saúde.

Shiba et al. (2023), recorrendo a dados longitudinais de 8951 adultos (18 ou mais anos) do Reino Unido, recolhidos semanalmente, estudaram a associação entre a frequência de participação religiosa *online* durante um confinamento no Reino Unido devido à pandemia de COVID-19 (23/3 – 13/5/2020) e 21 indicadores de bem-estar psicológico, bem-estar social, comportamentos pró-sociais/altruísticos, *distress* psicológico e comportamentos de saúde. O módulo religião, que avaliava, retrospectivamente, através de uma questão, a frequência de participação religiosa *online* durante o confinamento, foi administrado nas semanas 14 (20-26/6/2020) e 15 (27/6-3/7/2020), sendo as respostas agrupadas nas categorias: não, <1/semana ou ≥1/semana. Constataram que a participação religiosa *online* mais frequente estava associada a menor prevalência de pensamentos de auto-mutilação quando comparada a não participação; e uma associação com maior bem-estar psicológico (i.e., satisfação com a vida e felicidade) para a participação intermitente (<1/semana) mas não para a participação mais frequente (≥1/semana) quando comparada a não participação. Para além destes resultados, identificaram pouca evidência de que a participação religiosa *online* estivesse associada a outros índices de saúde e bem-estar subsequente.

No Irão, um estudo transversal, com 316 indivíduos residentes na comunidade, com mais de 60 anos, independentes funcionalmente e sem défices cognitivos ou mentais, revelou que, entre os componentes do comportamento promotor de saúde, “a responsabilidade com a saúde” foi o único significativamente relacionado com a orientação religiosa: os que tinham orientação religiosa interna demonstraram mais responsabilidade com a saúde do que os que tinham orientação religiosa externa (Bakhtiari et al., 2019). Adicionalmente, os modelos de regressão linear múltipla não revelaram nenhuma relação significativa entre o *score* total de comportamento de saúde e orientação religiosa.

Estes exemplos, mais ou menos recentes e diversificados, mostram uma tendência geral, bem como diversas exceções nas relações saúde-religião.

Uma outra variável central no âmbito da saúde é o auto-cuidado. A Organização Mundial de Saúde define auto-cuidado como “a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para promover saúde, prevenir doença, manter a saúde e lidar com a doença e incapacidade com ou sem o apoio de um profissional de saúde” (World Health Organization, 2021, p. 1). Considera que “as intervenções de auto-cuidado encontram-se entre as abordagens mais promissoras e excitantes para melhorar a saúde e o bem-estar”, estando associadas a diversos resultados melhorados: “maior cobertura e acesso; redução das disparidades na saúde e aumento da equidade; aumento da qualidade dos serviços; melhor saúde, direitos humanos e resultados sociais; custo reduzido e uso mais eficiente de recursos e serviços de cuidados de saúde”, com locais de acesso tão variados como os serviços de saúde, as plataformas e tecnologias digitais e as residências pessoais (World Health Organization, 2022, p. xii). Tendo em consideração a definição de auto-cuidado e a investigação previamente sintetizada, a religião e a espiritualidade afiguram-se como recursos valiosos para o auto-cuidado.

Paralelamente, o auto-cuidado está intimamente relacionado com outra linha de investigação em saúde, que tem explorado o uso do que é conhecido internacionalmente como CAM – Medicina Complementar e Alternativa – e cujos resultados suportam alguma preocupação com o crescimento deste uso. É de referir que, em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (s.d.) optou pela expressão “Terapêuticas Não Convencionais (TNC)”, i.e., “as práticas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias”, sendo “reconhecidas como TNC a acupuntura, homeopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia (Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro)”.

A literatura da especialidade, já com um volume considerável, tem-se focado em variados aspectos, nomeadamente, no (frequente) uso de CAM, seus correlatos sociodemográficos, clínicos e psicológicos, nos motivos para usar e não usar CAM, sua segurança e eficácia, entre outros, ainda que se mantenha uma elevada divergência quanto à definição de CAM e, conseqüentemente, das práticas que a integram (cf., p.e., Meneses, 2021). Independentemente destas questões, é importante sublinhar que as práticas de CAM podem ser implementadas por profissionais e/ou pelo utilizador, elemento que poderá complexificar a interpretação de alguns dos resultados da investigação.

Neste contexto, Kemppainen et al. (2018) estudaram os determinantes sociodemográficos e relacionados com a saúde do uso de diferentes tratamentos de CAM na Europa e diferenças no uso de CAM em vários países europeus. Consideraram quatro modalidades de CAM: terapias manuais, sistemas medicinais alternativos, sistemas médicos tradicionais asiáticos e terapias mente-corpo.

Cerca de 8% dos participantes que haviam usado CAM haviam-no feito de modo exclusivo (uso alternativo), sem qualquer consulta com um profissional biomédico nos últimos 12 meses, sendo as taxas de uso alternativo mais elevadas para a cura espiritual (14,9%). As estimativas de uso de pelo menos uma terapia CAM nos últimos 12 meses variaram enormemente entre os países estudados (9,5%-39,5%) (Kemppainen et al., 2018).

Quanto à associação entre uso de CAM e condições de saúde, verificou-se que cerca de 9% dos indivíduos sem problemas de saúde usara pelo menos uma das modalidades de CAM nos últimos 12 meses. O uso de CAM revelou-se (mais) comum para problemas de saúde na Europa, variando em função do problemas de saúde, sendo mais usada por indivíduos com problemas de pele (38,1%); o uso foi de cerca de 30% entre indivíduos com cancro e depressão. Os cuidados mente-corpo foram a única modalidade CAM associada à depressão (Kemppainen et al., 2018).

Mais recentemente, Berman et al. (2020) reviram a literatura relativa às intervenções CAM mais frequente usadas com pertinência para os profissionais de saúde mental. Concluíram que, entre as terapias CAM com eficácia demonstrada no tratamento de condições psiquiátricas, incluem-se diversos medicamentos naturais, psiquiatria nutricional, terapia de luz, yoga e exercício, podendo algumas destas ser eficazes como monoterapia e/ou como terapia adjuvante, bem como comportar riscos em termos de segurança, ter contra-indicações e/ou interações com medicação.

Clossey et al. (2023) estudaram uma amostra de 177 consumidores de saúde mental, 72% da qual usava alguma CAM (das opções apresentadas), principalmente abordagens mente/corpo/espírito (incluindo técnicas de relaxamento e oração); 34,4% dos que usavam CAM referiram usá-la “sempre”. Da totalidade da amostra, 54% consideraram que uma combinação de medicação psiquiátrica e CAM era mais eficaz (vs. cada uma delas em separado). Os utilizadores de CAM tiveram uma pontuação significativamente mais elevada na RAS, indicando uma maior sensação de recuperação.

Xie et al. (2020) avaliaram 2292 estudantes de seis universidades (médicas e não médicas) da China (1º ao 5º ano). A maior parte tinha uma atitude positiva em relação a CAM. A maioria esperava incorporar cursos sobre CAM no curriculum ou aprender mais sobre CAM, tendo 22,7% referido que não conhecia bem CAM. Os tipos de CAM que os estudantes mais queriam estudar eram: massagem (50,7%), acupuntura (48,6%) e Medicina Tradicional Chinesa (47,3%), tipos sobre os quais a maior parte sabia pelo menos algo. A espiritualidade/oração (um dos tipos de CAM apresentados aos participantes) foi escolhida por 10,3%.

Anteriormente, uma revisão crítica da literatura já tinha demonstrado que os estudantes de medicina tinham pouco conhecimento sobre CAM e eram em geral favoráveis à educação sobre CAM, tendo interesse em aprender mais sobre o assunto, ainda que se tenha verificado heterogeneidade quanto ao interesse em diferentes modalidades de CAM (Joyce et al., 2016). Uma revisão sistemática sobre estudantes de enfermagem aponta no mesmo sentido: a maioria tinha atitudes geralmente positivas, apesar de conhecimento limitado sobre CAM, manifestando interesse em aprender mais sobre CAM e concordando com a integração deste tópico no curriculum (Zhao et al., 2022).

Há também evidência de que as duas linhas de investigação afloradas se cruzam. P.e., em 2009, Curlin et al. afirmavam que a religião, espiritualidade e CAM estão relacionadas de modos complexos. Estudaram dois grupos de profissionais de CAM – 440 acupuntores e 442 naturopatas – e dois grupos de médicos convencionais – 334 internistas e 345 reumatologistas – dos Estados Unidos. Constataram que os acupuntores e naturopatas (vs. internistas e reumatologistas) tinham três vezes maior probabilidade de não ter uma afiliação religiosa formal, mas tinham pontuações mais elevadas em medidas de religiosidade e espiritualidade. Entre os internistas e reumatologistas, os mais

espirituais/com maior religiosidade intrínseca tinham maior probabilidade de ter usado, recomendado e disponibilidade para integrar práticas CAM.

Adicionalmente, ao analisar as práticas de auto-cuidados de saúde de uma amostra de 481 adultos (com 35 ou mais anos) que seriam submetidos a cirurgia cardíaca nos Estados Unidos, de modo a determinar quais de 16 tipos de CAM usavam, verificou-se que 55,9% usava exercício, 24,8% técnicas de relaxamento, 24,1% modificações de estilo de vida/dieta e 23,3% cura espiritual (entre outras), sendo que 18,2% usara pelo menos três terapias CAM nos últimos 12 meses (Nicdao & Ai, 2014). A religiosidade (pública, privada e subjectiva) predizia o uso de algumas terapias CAM.

Com base numa amostra de 4401 idosos do Canadá, Votova e Wister (2006) verificaram que o estado de saúde, a atitude de auto-cuidado e a espiritualidade eram preditores importantes do uso de CAM fornecida por profissionais. Neste contexto, o objectivo do presente estudo é estudar práticas de (auto-)cuidados de saúde não convencionais e a relação entre saúde e religião.

MÉTODO

Participantes

Foram definidos como critérios de inclusão ter 18 ou mais anos e morar em Portugal.

A amostra é constituída por 449 adultos (18-88 anos; $M=36,51$; $DP=14,85$) que moravam em Portugal aquando da participação no estudo. A maioria era do sexo feminino, solteira, tinha completado uma licenciatura ou mestrado, estava empregada a tempo inteiro, considerava o seu rendimento mensal na altura médio e tinha nacionalidade Portuguesa (cf. Quadro 1).

Material

O questionário utilizado foi desenvolvido com base na literatura da especialidade e está dividido em quatro partes. A Parte A é sobre algumas das características dos participantes (p.e., idade); a Parte B é sobre a sua saúde; a Parte C é sobre conhecimento sobre práticas não convencionais de (auto-) cuidados de saúde; a Parte D é sobre experiência com práticas convencionais e não convencionais de (auto-)cuidados de saúde. No final, há ainda uma breve secção (Parte E) a ser apenas respondida por profissionais de saúde.

A Parte B inclui o MHI-5, versão de 5 itens do Mental Health Inventory (desenvolvido por RAND, adaptado por Ribeiro, 2001), bem como o item 1 do SF-36 (“Em geral, como diria que a sua saúde é?”) e o item 2 do WHOQOL-Bref (“Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?”).

A investigação tem consistentemente revelado que o MHI-5 é um instrumento de rastreio útil para avaliar a saúde mental, sendo que três dos seus itens integram a Escala de *Distress* Psicológico e dois a Escala de Bem-estar Psicológico do MHI, representando quatro dimensões de saúde mental: Ansiedade, Depressão, Perda de controlo emocional-comportamental e Bem-estar psicológico (Ribeiro, 2001). A resposta a cada item é dada numa escala de seis posições, de “Sempre” a “Nunca”, resultando o *score* total (5-30) da soma dos valores brutos dos itens, após inversão de parte dos itens, de modo que valores mais elevados indicam melhor saúde mental (Ribeiro, 2001).

De modo a propor uma versão adaptada do MHI-5, Ribeiro (2001) recorreu a uma amostra de conveniência com 609 estudantes saudáveis que frequentavam instituições de ensino da cidade do Porto, entre o 11º e o último ano do ensino universitário, maioritariamente do sexo feminino (53%), com idades compreendidas entre os 16 e 30 anos ($M=19,88$). Relatou que a adaptação portuguesa exibiu uma correlação de $r=0,95$ entre o MHI-5 e a versão de 38 itens. Para analisar a validade de construto, utilizou a correlação entre o MHI-5 e medidas de auto-referência (Auto-Conceito e Auto-

Eficácia) e medidas de percepção de saúde (Sintomas Físicos de Mal Estar e Percepção Geral de Saúde), obtendo resultados satisfatórios. Concluiu que a versão Portuguesa utilizada apresentou uma estrutura semelhante à da versão original (Ribeiro, 2001).

Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	346	77,1
Masculino	100	22,3
Dados omissos	3	0,7
Estado civil		
Solteiro/a	234	52,1
Casado/a / União de facto	163	36,3
Separado/a	6	1,3
Divorciado/a	37	8,2
Viúvo/a	7	1,6
Dados omissos	2	0,4
Escolaridade (último nível completo com aprovação/sucesso)		
Nenhuma (0 anos)	2	0,4
Escola Primária / 1º ciclo	2	0,4
Ciclo Preparatório / 2º ciclo	3	0,7
3º ciclo (7º-9º ano)	6	1,3
Ensino secundário (10º-12º ano)	116	25,8
Bacharelato	10	2,2
Licenciatura	135	30,1
Mestrado	135	30,1
Doutoramento	34	7,6
Outra	4	0,9
Dados omissos	2	0,4
Situação profissional		
Empregado/a a tempo inteiro	256	57,0
Empregado/a a tempo parcial	23	5,1
Doméstico/a	1	0,2
Desempregado/a	14	3,1
De baixa médica	5	1,1
Reforma antecipada	3	0,7
Reforma não antecipada	14	3,1
Estudante	90	20,0
Trabalhador/a-estudante	28	6,2
Outra	14	3,1
Dados omissos	1	0,2
Rendimento mensal actual		
Muito baixo	32	7,1
Baixo	49	10,9
Médio baixo	164	36,5
Médio alto	136	30,3
Alto	10	2,2
Muito alto	1	0,2
Dados omissos	57	12,7
Nacionalidade		
Portuguesa	431	96,0
Outra	16	3,6
Dados omissos	2	0,4

Procedimento

Após a obtenção das devidas autorizações (incluindo o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (UFP): Parecer FCHS/PI – 112/20 de 22 de Dezembro de 2020), o estudo foi divulgado através do Gabinete de Comunicação e Imagem da UFP, das redes sociais da investigadora e da disseminação que todos que os foram informados sobre o estudo possam ter feito pelos seus próprios contactos. Uma vez que o projecto de investigação “Práticas de (Auto-)Cuidados de Saúde em Portugal e Factores Associados”, em que o presente estudo se insere, foi aprovado pela medida de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica (AISP) da OPP (Ordem dos Psicólogos Portugueses), foi também divulgado através da Newsletter de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica e do site Eu Sinto.me.

Entre 1/10/2021 e 27/9/2023, os participantes responderam ao questionário via *Google Forms*, após fornecerem o devido assentimento informado (estudo transversal).

RESULTADOS

De modo a facilitar a interpretação dos resultados obtidos, optou-se por destacar a negrito as percentagens mais elevadas em relação a cada item para o qual havia mais de três opções de resposta.

À questão “se já usou alguma prática não convencional, com que regularidade usa?”, 5,8% respondeu “muito frequentemente”, 11,1% “frequentemente”, 19,2% “com alguma frequência” e 30,1% “raramente” (33,9% de dados omissos).

A maioria reportou interesse em ter (mais) conhecimentos sobre práticas não convencionais (“Não”: 22,9% vs. “Sim”: 76,4%; 0,7% de dados omissos) e usava-as com as convencionais (30,1% “só usa práticas convencionais” vs. 1,3% “só usa práticas não convencionais” vs. 56,6% “usa práticas convencionais e não convencionais”; 12% de dados omissos).

Em relação à sua percepção de saúde (item 1 do SF-36 - “Em geral, como diria que a sua saúde é?”), esta era globalmente bastante positiva: 2,9% considerou-a fraca, 20,5% razoável, 47% boa, 23,2% muito boa e 6,2% óptima (0,2% de dados omissos; $M=3,09$; $DP=0,89$; 1-5).

No que toca a satisfação com a saúde (item 2 do WHOQOL-Bref: “Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?”), as respostas indicam que, em geral, era elevada: 2,2% considerou-se muito insatisfeito, 8,5% insatisfeito, 17,4% nem satisfeito nem insatisfeito, 55,9% satisfeito e 15,8% muito satisfeito (0,2% de dados omissos; $M=3,75$; $DP=0,90$; 1-5).

No que se refere a problemas de saúde diagnosticados por um profissional de saúde convencional, 62,4% não tinha problemas de saúde física (25,4% tinha um e 11,8% tinha mais do que um; 0,4% de dados omissos) e 81,7% não tinha problemas de saúde psicológica (13,6% tinha um e 3,6% tinha mais do que um; 1,1% de dados omissos).

O Quadro 2 apresenta a síntese dos resultados obtidos através do MHI-5. Tendo em consideração as respostas mais escolhidas, pode considerar-se que a saúde mental da amostra era, de um modo geral, positiva. (Face aos objectivos do estudo, optou-se por não apresentar o *score* total do MHI-5.)

Relativamente ao item “indique o cuidado que geralmente tem com a sua saúde”, 22,3% seleccionou a opção “muito cuidado”, 63,9% “algum cuidado”, 12,9% “pouco cuidado” e 0,4% “nenhum cuidado” (0,4% de dados omissos).

A última prática de (auto-)cuidados de saúde realizada foi considerada convencional por 39,2% dos respondentes e não convencional por 24,9% (20,5% não tinha a certeza; 15,4% de dados omissos).

Quanto aos resultados da última prática de (auto-)cuidados de saúde, 12,5% avaliou-os como “não sabe”, 0,4% “muito negativos”, 0,4% “negativos”, 2,2% “nulos”, 2,4% “fracos”, 14,5% “razoáveis”, 37,2% “bons” e 15,6% “muito bons” (14,7% de dados omissos).

Quadro 2. Caracterização da Saúde Mental da Amostra

	Se sentiu muito nervoso		Se sentiu calmo e em paz		Se sentiu triste e em baixo		Se sentiu triste e em baixo de tal modo que nada o conseguia animar		Se sentiu uma pessoa feliz	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sempre	8	1,8	6	1,3	6	1,3	6	1,3	32	7,1
Quase sempre	50	11,1	92	20,5	32	7,1	17	3,8	130	29,0
A maior parte do tempo	61	13,6	129	28,7	42	9,4	28	6,2	120	26,7
Durante algum tempo	184	41,0	166	37,0	163	36,3	89	19,8	119	26,5
Quase nunca	126	28,1	50	11,1	177	39,4	131	29,2	34	7,6
Nunca	18	4,0	4	0,9	27	6,0	176	39,2	11	2,4
Total	447	99,6	447	99,6	447	99,6	447	99,6	446	99,3
Omisso	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	3	0,7
Total	449	100,0	449	100	449	100	449	100	449	100

No que concerne à satisfação com a última prática de (auto-)cuidados de saúde, 0,9% revelou-se “totalmente insatisfeito”, 0,7% “insatisfeito”, 15,6% “nem satisfeito nem insatisfeito”, 47,7% “satisfeito” e 16,9% “totalmente satisfeito” (18,3% de dados omissos).

Dos que consideraram a última prática não convencional ($N=112$), 4,5% avaliou os seus resultados como “não sabe”, 0,9% “negativos”, 3,6% “fracos”, 15,2% “razoáveis”, 53,6% “bons” e 21,4% “muito bons” (0,9% de dados omissos), tendo-se considerado 1,8% “totalmente insatisfeito”, 1,8% “insatisfeito”, 10,7% “nem satisfeito nem insatisfeito”, 63,4% “satisfeito” e 20,5% “totalmente satisfeito” (1,8% de dados omissos).

A maioria tinha religião (61,7% vs. 37,2%; 1,1% de dados omissos), era não praticante (61,2% vs. 25,8%; 12,9% de dados omissos) e considerava que a religião não influenciava as suas decisões sobre cuidados de saúde (88,4% vs. 6,7%; 4,9% de dados omissos).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas percepções de saúde, do cuidado com a saúde, dos resultados da e satisfação com a última prática de (auto-)cuidados, na satisfação com a saúde ou nos itens do MHI-5 em função das características religiosas avaliadas.

DISCUSSÃO

Quanto à CAM, a frequência de uso relatada é baixa, com uma elevada percentagem de dados omissos que não é linear que corresponda a não utilização. Este resultado pode considerar-se em linha com os valores reportados por Kemppainen et al. (2018), mas muito menos com os de Nicdao e Ai (2014) e Clossey et al. (2023), o que se pode dever aos indicadores de saúde (mental) da amostra.

A maioria dos participantes reportou interesse em ter (mais) conhecimentos sobre práticas de CAM, não tendo 20,5% a certeza se a última prática de (auto-)cuidados de saúde realizada era convencional ou não, o que revela um conhecimento bastante limitado sobre o assunto. Ainda mais se se tiver em consideração que antes da apresentação do questionário era clarificado o que se entendia, no âmbito do estudo, por práticas não convencionais, por oposição à definição de convencionais. Seja como for, ambos os resultados estão de acordo com os de Xie et al. (2020), Joyce et al. (2016) e Zhao et al. (2022), com estudantes do ensino superior, que corresponde à escolaridade

da maioria da presente amostra. A maioria também usava CAM com práticas convencionais, em consonância com estudos prévios (Clossey et al., 2023; Kempainen et al., 2018).

Tendo estes resultados em mente, é possível que o uso concomitante dos dois tipos de práticas em apreço e um considerável desconhecimento sobre CAM possa ter tido impacto na frequência de uso de CAM reportada. É também possível que a escala de frequência escolhida não seja a mais adequada, podendo, p.e., os participantes considerar que a(s) prática(s) de CAM que usam não requer(em) um uso frequente para ser(em) eficaz(es). Todas estas são questões a considerar em futuros estudos sobre o tema.

Os indicadores de saúde da amostra considerados, i.e., os itens relativos à percepção de saúde, à satisfação com a saúde, à saúde mental e há existência de problemas de saúde física e psicológica diagnosticados, podem interpretar-se como genericamente positivos. Estes indicadores reforçam a percepção de cuidado com a saúde da amostra. As respostas ao MHI-5 também corroboram as relativas aos problemas de saúde psicológica.

No que concerne à última prática de (auto-)cuidados de saúde realizada, esta foi considerada convencional pela maior parte da amostra, sendo as respostas quanto aos resultados da e satisfação com a mesma globalmente positivos. As respostas sugerem, porém, uma avaliação dos resultados e uma satisfação mais positivas relativamente às práticas CAM. É, contudo, de sublinhar que os indicadores de satisfação dos pacientes tendem a ser bastante positivos (p.e., Dunsch et al., 2018), não sendo o uso de CAM exceção (p.e., Barbadoro et al., 2011).

Em relação à religião, a maioria tinha religião, mas era não praticante, e considerava que a religião não influenciava as suas decisões sobre cuidados de saúde. Este último resultado não vai ao encontro do estudo de Clark et al. (2018), que revelou alguma evidência de efeitos de crenças e comportamentos religiosos em alterações em comportamentos de saúde, nem com os de Bakhtiari et al. (2019) sobre a relação entre o tipo de orientação religiosa e a responsabilidade com a saúde. Trata-se, todavia, de amostras com características sociodemográficas diversas e o modo como a relação entre as variáveis foi estudada é também muito diferente.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas percepções de saúde, do cuidado com a saúde, dos resultados da e satisfação com a última prática de (auto-)cuidados, na satisfação com a saúde ou nos itens do MHI-5 em função das três características religiosas avaliadas. Estes resultados divergem dos relatados por Ellison e Levin (1998), Masters et al. (2023) e Shafranske (2023), convergindo, porém, com parte dos resultados apresentados por Clark et al. (2008), Bakhtiari et al. (2019) e Shiba et al. (2023). Uma vez mais, devem ser enfatizadas as diferenças entre as amostras consideradas e o modo como saúde e religião foram operacionalizadas. Acima de tudo, os presentes resultados apresentam evidência adicional de que as relações entre saúde e religião não são lineares nem generalizáveis.

Em termos de limitações, é de sublinhar que a amostra, variada em termos sociodemográficos, é de conveniência, não podendo os resultados obtidos ser generalizados para a população em geral. Tratando-se de um projecto com muitas variáveis (de que só uma pequena parte foi explorada no presente estudo), para não tornar a participação demasiado exigente, as variáveis em apreço foram operacionalizadas de modo algo simples, o que limita algumas comparações com a investigação anterior. Não obstante, outros modos mais “complexos” de operacionalizar os constructos também têm revelado resultados nem sempre convergentes, nomeadamente em termos da relação saúde-religião. Assim, em estudos futuros é aconselhável tentar aceder a amostras mais representativas e operacionalizar as variáveis de modo mais rico, nomeadamente recorrendo a instrumentos internacionalmente reconhecidos para o efeito.

No âmbito das variáveis, seria também relevante, em futuros estudos, incluir indicadores de espiritualidade. Ainda que a análise das convergências e divergências entre religião e espiritualidade (alvo de diversas publicações) esteja fora do âmbito do presente estudo, é possível que a

espiritualidade da amostra pudesse estar significativamente relacionada com a sua saúde, o que não se verificou com a religião, com implicações importantes para a prestação de cuidados de qualidade.

Além disso, é importante desenvolver esforços para limitar os dados omissos. No presente estudo, as taxas de dados omissos revelaram-se por vezes bastante elevadas, o que requer reflexão adicional e pode levar a interpretações erróneas dos resultados obtidos.

Em conclusão, os resultados do presente estudo apoiam a exploração rotineira das práticas de (auto-)cuidados de saúde não convencionais e a aposta na formação a este nível para alcançar a segurança, eficácia, equidade, inclusão e sustentabilidade na prática da psicologia da saúde e dos cuidados de saúde em geral. Tendo em mente a *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023* (World Health Organization, 2013), considera-se que estas são etapas importantes no âmbito da integração da medicina tradicional/CAM nos serviços de saúde (World Health Assembly, 2014).

Os resultados não revelam, todavia, a pertinência de certos aspectos religiosos no âmbito da saúde. No entanto, até porque a religião/espiritualidade podem estar intimamente relacionadas com o uso de CAM (Clossey et al., 2023; Curlin et al., 2009; Kempainen et al., 2018; Nicdao & Ai, 2014; Votova & Wister, 2006; Xie et al., 2020), considera-se importante que a religião/espiritualidade seja por norma considerada (desde a avaliação inicial até à da eficácia da intervenção) nos cuidados de saúde (psicológica e em geral).

AGRADECIMENTOS

A autora agradece a todos os que divulgaram e participaram no estudo, incluindo os seus estudantes, destacando o papel do Gabinete de Comunicação e Imagem da UFP e da OPP, através da medida de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica, na divulgação do estudo.

ORCID

Rute Meneses  <https://orcid.org/0000-0002-7189-3139>

REFERÊNCIAS

- Bakhtiari, A., Yadollahpur, M., Omidvar, S., Ghorbannejad, S., & Bakouei, F. (2019). Does religion predict health-promoting behaviors in community-dwelling elderly people? *Journal of Religion and Health, 58*(2), 452–464. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0710-3>
- Barbadoro, P., Chiatti, C., D’Errico, M. M., Minelli, A., Pennacchietti, L., Ponzio, E., & Prospero, E. (2011). Complementary and alternative medicine (CAM) among adults in Italy: Use and related satisfaction. *European Journal of Integrative Medicine, 3*(4), e325-e332. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2011.09.001>
- Berman, S., Mischoulon, D., & Naidoo, U. (2020). Complementary medicine and natural medications in psychiatry: A guide for the consultation-liaison psychiatrist. *Psychosomatics, 61*(5), 508–517. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.04.010>
- Clark, E. M., Williams, B. R., Huang, J., Roth, D. L., & Holt, C. L. (2018). A longitudinal study of religiosity, spiritual health locus of control, and health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of Religion and Health, 57*(6), 2258–2278. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0548-0>

- Clossey, L., DiLauro, M. D., Edwards, J. P., Hu, C., Pazaki, H., Monge, A., & Smart, K. (2023). Complementary and alternative medicine (CAM) use among mental health consumers. *Community Mental Health Journal*, 59(8), 1549–1559. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01142-w>
- Curlin, F. A., Rasinski, K. A., Kaptchuk, T. J., Emanuel, E. J., Miller, F. G., & Tilburt, J. C. (2009). Religion, clinicians, and the integration of complementary and alternative medicines. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(9), 987–994. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0512>
- Dunsch, F., Evans, D. K., Macis, M., & Wang, Q. (2018). Bias in patient satisfaction surveys: A threat to measuring healthcare quality. *BMJ Global Health*, 3, e000694. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000694>
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25(6), 700–720. <https://doi.org/10.1177/109019819802500603>
- Global Compact Network Portugal. (s.d.). *A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. <https://globalcompact.pt/index.php/pt/agenda-2030>
- Joyce, P., Wardle, J., & Zaslowski, C. (2016). Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: A critical review. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 13(4), 333–345. <https://doi.org/10.1515/jcim-2014-0053>
- Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., & Vuolanto, P. H. (2018). Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 448–455. <https://doi.org/10.1177/1403494817733869>
- MacDonald, D. A. (2023). Theories of health and well-being germane to a positive psychology of religion and spirituality. In E. B. Davis, E. L. Worthington Jr., & S. A. Schnitker (Eds.), *Handbook of positive psychology, religion, and spirituality* (pp. 69–82). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-10274-5_5
- Masters, K. S., Boehm, J. K., Boylan, J. M., Vagnini, K. M., & Rush, C. L. (2023). The scientific study of positive psychology, religion/spirituality, and physical health. In E. B. Davis, E. L. Worthington Jr., & S. A. Schnitker (Eds.), *Handbook of positive psychology, religion, and spirituality* (pp. 329–343). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-10274-5_21
- Meneses, R. F. (2021). Conflito entre medicina convencional e medicina integrativa. In P. Cunha & A. P. Monteiro (Coords.), *Gestão de conflitos na saúde* (pp. 101–128). Pactor.
- Nicdao, E. G., & Ai, A. L. (2014). Religion and the use of complementary and alternative medicine (CAM) among cardiac patients. *Journal of Religion and Health*, 53(3), 864–877. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9681-6>
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77–99.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Terapêuticas não convencionais*. <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/23/terapeuticas-nao-convencionais/>
- Shafranske, E. P. (2023). The scientific study of positive psychology, religion/spirituality, and mental health. In E. B. Davis, E. L. Worthington Jr., & S. A. Schnitker (Eds.), *Handbook of positive psychology, religion, and spirituality* (pp. 345–358). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-10274-5_22
- Shiba, K., Cowden, R. G., Gonzalez, N., Ransome, Y., Nakagomi, A., Chen, Y., Lee, M. T., VanderWeele, T. J., Fancourt, D. (2023). Associations of online religious participation during COVID-19 lockdown with subsequent health and well-being among UK adults. *Psychological Medicine* 53, 3887–3896. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000551>

- Votova, K., & Wister, A. V. (2006). Self-care dimensions of complementary and alternative medicine use among older adults. *Gerontology*, 53(1), 21–27. <https://doi.org/10.1159/000095681>
- World Health Assembly. (2014). *Resolution WHA67.18: Traditional medicine*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R18-en.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92455>
- World Health Organization. (2021). *Classification of self-care interventions for health: A shared language to describe the uses of self-care interventions*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350480/9789240039469-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357828/9789240052192-eng.pdf?sequence=1>
- Xie, H., Sang, T., Li, W., Li, L., Gao, Y., Qiu, W., & Zhou, H. (2020). A survey on perceptions of complementary and alternative medicine among undergraduates in China. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020, 9091051. <https://doi.org/10.1155/2020/9091051>
- Zhao, F. Y., Kennedy, G. A., Cleary, S., Conduit, R., Zhang, W. J., Fu, Q. Q., & Zheng, Z. (2022). Knowledge about, attitude toward, and practice of complementary and alternative medicine among nursing students: A systematic review of cross-sectional studies. *Frontiers in Public Health*, 10, 946874. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.946874>