

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**BIOÉTICA E RESTRIÇÕES ALIMENTARES POR MOTIVAÇÕES RELIGIOSAS:
TOMADA DE DECISÃO EM TRATAMENTOS DE SAÚDE.**

Marília Fernandes Wettstein

Porto Alegre
2010

**BIOÉTICA E RESTRIÇÕES ALIMENTARES POR MOTIVAÇÕES RELIGIOSAS:
TOMADA DE DECISÃO FRENTE AO TRATAMENTO DE SAÚDE.**

Marília Fernandes Wettstein

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Porto Alegre

2010

Ficha catalográfica

W543b Wettstein, Marília Fernandes
Bioética e restrições alimentares por motivações religiosas :
tomada de decisão em tratamentos de saúde / Marília
Fernandes Wettstein ; orient. José Roberto Goldim. – 2010.
55 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-
Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre,
BR-RS, 2010.

1. Tabu alimentar 2. Religião 3. Bioética 4. Hábitos
alimentares 5. Dieta I. Goldim, José Roberto II. Título.

NLM: QT 235

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

Dedicatória

Aos meus pais David José (*em memória*) e Lúbia.

Ao meu amor e companheiro de vida Jürg

Agradecimentos

À meu orientador Professor Doutor José Roberto Goldim, agradeço pelo grande aprendizado e oportunidade de realizar este trabalho, que não teria sido possível sem seu apoio irrestrito, estímulo, força, compreensão e sobretudo amizade, o meu muito obrigada.

A minha irmã, e grande amiga Marcia Santana Fernandes, minha grande mestra do fazer, que com a magia de sua energia, nós faz acreditar sempre na perspectiva de um novo dia, que acreditou antes de mim mesma, na realização deste trabalho, porque magistralmente sabe que o acreditar é o que faz toda a diferença.

Agradeço profundamente pelo seu amor, amizade, carinho, força e por ter a sorte de conviver, aprender e sobretudo compartilhar as experiências da vida.

Ao meu amado Jürg A. Wettstein, companheiro de vida, agradeço pelo apoio, pela sua disponibilidade sempre em ajudar, pelas suas sempre bem vindas observações, pelas muitas traduções realizadas, e principalmente pela sua escuta sempre atenta para compreender e entender meu trabalho.

Agradeço pelo seu amor, carinho, amizade, companherismo e força, e simplesmente por estar na minha vida.

Ao Doutor Roberto Andorno pela sua permanente disponibilidade em ajudar, agradeço profundamente pelo apoio, estímulo e oportunidades recebidas, pelas observações criteriosas e pela sua grande colaboração com indicação de referências.

Ao grupo do Institute of Biomedical Ethics University of Zurich/ Suíça pela possibilidade de participar de seus seminários, com discussões e reflexões bioéticas sempre enriquecedoras.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisas em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio e estímulo recebido sempre que necessário.

Foi um grande privilégio poder fazer parte deste grupo.

Agradeço a todos que de maneira direta ou indireta auxiliaram na realização deste trabalho de pesquisa.

Um agradecimento especial a colega e pesquisadora Jennifer B. Salgueiro, por sua disponibilidade, empenho, interesse e apoio na coleta de dados, durante sua participação neste projeto.

A colega e pesquisadora Lia Vieira Branco Alves pelo apoio recebido na coleta e compartilhamento de dados, para esta pesquisa.

À equipe do PPGCM e ao GPPG_HCPA pelo suporte e acolhimento durante esta jornada.

.Agradeço a todos os colegas de mestrado e ao PPG Ciências Médicas da UFRGS pela rica experiência acadêmica.

Agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA) pelo financiamento parcial deste projeto.

Agradeço aos meus pais David (em memória) e Lúbia, por todo o seu amor, pelos valores transmitidos de amizade, lealdade, respeito e luta que embassaram sempre a minha vida.

Agradeço muito a minha querida família e amigos, meus anjos guardiões, por me darem tudo que preciso para ser feliz:

Amor, carinho, amizade, atenção.

Com quem eu aprendo e compartilho as experiências da vida.

Vocês fazem toda a diferença.

A todos, obrigada. Eu amo muito mas muito vocês.

Sumário

Resumo	7
Abstract	8
Introdução	9
Revisão da Literatura	11
Bioética e Complexidade	11
Bioética e Espiritualidade.....	13
Bioética e Nutrição.....	16
Restrições Alimentares por Motivação Religiosa.....	19
Objetivos	21
Objetivo Geral.....	21
Objetivos Específicos	21
Referências	22
ArtigoArtigo – Versão em Língua Portuguesa.....	25
Artigo – Versão em Língua Portuguesa.....	26
Artigo – Versão em Língua Inglesa.....	39
Considerações Finais.....	50
Anexos	52
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	53
Anexo 2 – Instrumento de Entrevista Restrição Alimentares	54
Anexo 3 – Escala de Expressão de Coersão.....	55

Resumo

A Bioética tem sido chamada a refletir sobre inúmeros temas na área da saúde, um deles são os aspectos espirituais envolvidos no processo de tomada de decisões. A inclusão destes aspectos não retira o caráter laico da reflexão bioética, ao contrário, permite ter uma visão ampla e complexa das motivações associadas às decisões que as pessoas tomam.

A partir desta visão complexa da Bioética, partimos do pressuposto que o ambiente cultural e as crenças religiosas podem influenciar na escolha de alimentos e na adesão ao tratamento nutricional de pacientes internados em hospitais e no retorno às suas casas.

O objetivo desta dissertação é conhecer as diferentes perspectivas espirituais, referentes às práticas nutricionais, predominantes em nosso meio e verificar a influência do sistema de crenças, especialmente as religiosas, no processo de escolha de alimentos e sua repercussão para a saúde.

Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 271 pacientes em atendimento nas diferentes unidades de internação clínica e cirúrgica de adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Foram realizadas coletas de dados individuais enfocando a questão das restrições alimentares e as motivações envolvidas, utilizando também a Escala de Expressão de Coerção, proposta pelo *MacArthur Coercion Study* (1993), já adaptada para o português falado no Brasil por Taborda (2002).

Com relação a alimentação, 56% dos pacientes afirmaram ter restrição a algum tipo de alimento, sendo que 6% eram por motivação religiosa, especialmente com relação às carnes. Os demais pacientes alegaram restrições por não gostar do alimento (34%) ou por terem problemas de saúde associados (16%). A Expressão de Coerção não apresentou diferença estatisticamente significativa ($P > 0,05$) entre os grupos de pacientes com e sem restrição alimentar. Os pacientes percebem que são ouvidos pela equipe de saúde, mas entendem que as suas opiniões não são consideradas quando da decisão sobre os tipos de alimentos que serão oferecidos. Apenas 1,7% dos pacientes afirmaram que ficariam constrangidos, se perguntados a respeito de suas práticas religiosas.

Abstract

Bioethics has been demanded to reflect on many health issues, spiritual aspects involved in decision making was one of these. The inclusion of these aspects does not remove the secular characteristic of bioethical reflection, in contrary, it allows a comprehensive and complex perspective of the motivations associated with the decisions that people make.

A cross-sectional study with a sample of 271 inpatients at a university general hospital in Porto Alegre, Brazil was executed. Individual interviews were conducted focusing on the issue of food restrictions and the motivations involved, as well the Expression of Coercion Scale, proposed by the MacArthur Study (1993), adapted for the Portuguese spoken in Brazil by Taborda (2002).

With respect to food, 56% of patients had some food restrictions, while 6% were associated with religious motivation, especially related to meat. The other patients related their food restrictions to taste preferences (34%) or to health problems associated (16%).

The expression of coercion was not statistically significant ($P>0.05$) between the groups of patients with and without food restrictions. Patients perceive that they are heard by the health professionals, but understand that their preferences are not considered in the decision about the types of foods that will be offered. Only 1,7% of patients said they would be embarrassed if asked about their religious practices.

Introdução

A presente dissertação se insere na Linha de Pesquisa sobre Bioética e Complexidade que vem estudando, desde 2003 os aspectos espirituais envolvidos no processo de tomada de decisão de pacientes. Estas questões surgiram a partir de situações vivenciadas nas consultorias do Comitê de Bioética Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este Comitê atua no HCPA desde 1993 com a finalidade de auxiliar profissionais de saúde, pacientes e familiares no processo de tomada de decisão em situações que apresentam questões bioéticas associadas (1, 2, 3, 4)

Nestas consultorias observou-se que no processo de tomada de decisão, os aspectos religiosos e espirituais estavam presentes, mesmo que de forma não evidente ou explícita.

O desconhecimento, ou interpretações equivocadas, sobre os aspectos espirituais relacionados à área de saúde, assim como a divergência de opiniões ou crenças, dificultaram a compreensão e a resolução dos conflitos.(3, 4,11)

Com o objetivo de fornecer subsídios que auxiliassem nas consultorias de Bioética Clínica e buscar melhor compreender as relações entre práticas religiosas ou espirituais e as questões de saúde o Núcleo Interinstitucional de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, iniciou no ano de 2003 um projeto de pesquisa. Foram entrevistadas 16 lideranças representativas de diferentes denominações religiosas e de grupos culturais que habitam o Rio Grande do Sul. Os resultados deste projeto foram publicados, em 2007, no livro Bioética e Espiritualidade.(3)

Uma das áreas onde estes aspectos espirituais foram identificados, mas que não estavam devidamente esclarecidos foi a que se refere às restrições alimentares por motivos religiosos. Com a finalidade de ampliar a abrangência desta pesquisa foram realizadas novas entrevistas com estas lideranças abordando as práticas nutricionais na perspectiva das diferentes denominações religiosas.

As crenças religiosas ou espirituais podem influenciar a adesão à dieta pelos pacientes, tanto no hospital como no retorno às suas casas.

No ambiente hospitalar a influência religiosa nos hábitos alimentares pode ser omitida pelos pacientes, talvez pelo receio da estigmatização por parte dos profissionais de saúde. (5)

Com base nestas questões e levando-se em conta a importância dos alimentos na recuperação e manutenção da saúde das pessoas, foi realizado um estudo transversal envolvendo pacientes adultos internados no HCPA abordando as restrições religiosas e a expressão de coerção associada. Este é o objeto da presente dissertação, que está constituída por uma revisão sobre o tema da influência religiosa sobre as escolhas alimentares, os seus objetivos, um artigo, na sua versão em língua portuguesa e inglesa, com os dados obtidos nesta uma amostra de pacientes, e considerações finais e perspectivas futuras.

Revisão da Literatura

Bioética e Complexidade

A Bioética tem algumas características que são fundamentais de serem preservadas. A Bioética deve ser interdisciplinar, secular, contemporânea, sistêmica e global. (6)

A interdisciplinariedade já foi proposta por Potter na década de 1970. Ela torna possível o diálogo e as interfaces entre diferentes áreas de conhecimento, facilitando a construção de relações pouco exploradas ou até então inexistentes. (1, 6, 7, 8, 9)

De acordo com Onora O’Neil, a abordagem interdisciplinar analisa os problemas éticos de forma abrangente, verifica todas as perspectivas envolvidas e todas as linguagens de compreensão de cada disciplina envolvida. Desta forma, a Bioética não é uma disciplina, mas sim um campo interdisciplinar,(9)

Bioética é secular por envolver profissionais de saúde, filósofos, advogados, sociólogos, administradores, teólogos e leigos nesta perspectiva de reflexão interdisciplinar. Os aspectos religiosos e espirituais são considerados, mas não são a única fonte de compreensão a realidade. Estes aspectos são entendidos como parte de um Sistema de Crenças e de Valores (6, 1)

A Bioética é contemporânea, pois as respostas tradicionalmente utilizadas podem ser inadequadas aos novos problemas que estão sendo apresentados atualmente. Novos problemas podem exigir novas soluções (6, 1)

A Bioética é sistêmica ao considerar que todos os problemas estão interligados, que não existem elementos isolados. As soluções dadas a um problema podem gerar repercussões em outros elementos ainda não considerados. (6, 1)

A Bioética é global pois envolve inúmeras relações, que extrapolam a simples perspectiva interpessoal. Na área da saúde, a relação médico-paciente evoluiu para uma relação múltipla do médico e do paciente com a família, com outros profissionais, com outras estruturas sociais e legais, com a comunidade e com o ambiente. Esta característica está presente desde o início da Bioética, com Fritz Jahr, quando incluiu outros parceiros morais nas relações dos seres humanos, ao incluir os animais e as plantas (1, 10)

Potter também teve esta mesma abordagem global para a Bioética.

Para Potter, a proposta da Bioética é inerentemente complexa porque trata de questões éticas plasmadas em um mundo plural e culturalmente diversificado. A Bioética tem como objetivo tratar *dos dilemas da humanidade e do seu meio ambiente*. (1, 7, 8)

A Bioética Complexa foi proposta em 2002 com base nestas características, é uma proposta de abordagem onde a Ética não apenas se aplica a questões da realidade, mas se insere nesta mesma realidade. (1) Este modelo não tem como finalidade a busca de justificação teórica filosófica, mas é uma proposta para auxiliar o processo de tomada de decisão em questões bioéticas. (1, 8)

Esta perspectiva integradora da Bioética Complexa amplia as perspectivas que auxiliam na resolução de problemas advindos da prática.

A Bioética Complexa é uma proposta de abordagem de problemas que utiliza, além dos aspectos éticos, também os aspectos sociais, legais, morais, científicos, espirituais, psicológicos, educacionais, assistenciais e econômicos, entre outros.(1)

A sua reflexão baseia-se nos fatos e circunstâncias envolvidos e na avaliação das conseqüências de cada uma das diferentes alternativas de solução apresentadas. Nesta reflexão utiliza o referencial teórico da Ética, podendo basear-se nas virtudes, nos princípios, nos direitos humanos e na alteridade. As experiências vividas também são consideradas, compondo o referencial de casos que podem ser referenciados ao problema abordado. Além destes elementos, são levados em consideração dois outros componentes: a afetividade e os sistemas de crenças e valores (1)

No processo de tomada de decisão o sistema de crenças de uma pessoa tem papel fundamental. Estas crenças, incluindo-se as religiosas, afetam a sua percepção e a sua leitura do mundo, afetam o conjunto das alternativas consideradas e na seleção da ação que irá ser realizada. (1, 3, 4, 11)

Desta forma, os aspectos religiosos e espirituais devem ser incluídos nas reflexões feitas pela Bioética. A inclusão destes aspectos não retira o caráter laico e secular da reflexão bioética, ao contrário, permite ter uma visão ampla e real das motivações associadas às decisões que as pessoas tomam (1, 7)

Bioética e Espiritualidade

O Brasil é um país onde as convicções religiosas são um importante componente social. No último censo demográfico brasileiro, realizado pelo IBGE no ano de 2000, apenas 7,26% dos entrevistados declararam-se como “sem religião”, todos os demais 92,74% praticam algum tipo de tradição religiosa (12). Este dado pode indicar que para muitos pacientes os aspectos religiosos e espirituais presentes na cultura brasileira podem interferir na aceitação e na adesão de determinadas práticas assistenciais. Lembrando que, no Brasil, a liberdade de credo é assegurada no artigo 5º da Constituição de 1988, como um dos direitos fundamentais.

Hofstede descreve cultura como sendo uma programação coletiva que distingue os membros de um grupo, ou categoria de pessoas, de outro. Estes grupos ou categorias podem se referir a países, religiões, profissões, entre outros. Estes aspectos culturais podem ser entendidos como as “regras não escritas do jogo social”, definem os rumos das decisões das pessoas. Segundo Hofstede, a cultura não deixa fósseis, mas deixa valores, rituais e práticas (13)

Estas talvez sejam as melhores razões - o grande percentual de pessoas que dizem ter alguma prática religiosa ou espiritual aliada a importância destes aspectos na cultura brasileira - para se conhecer a grande diversidade destas tradições religiosas na população e, em especial, nos pacientes atendidos no sistema de saúde.

Desde 1983, a Organização Mundial da Saúde discute a inclusão da dimensão espiritual no conceito de saúde. A nova proposta modifica o conceito atual de saúde, redefinindo-o como “um estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, espiritual e social” (14, 15)

A Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde Brasil, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no país, também inclui os aspectos espirituais como um dos valores a seres considerados e preservados quando da realização de investigações científicas. O item II.8 desta mesma Resolução, considera risco de pesquisa como sendo a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.(16)

A dimensão espiritual também vem sendo reconhecida como um elemento importante na avaliação da qualidade de vida das pessoas. A inserção da espiritualidade como um dos seis domínios do instrumento WHOQOL SRPB, utilizado

para aferir a qualidade de vida, com questões relacionadas ao significado da vida, da força espiritual nos momentos difíceis da vida e na conexão entre mente, corpo e alma, é uma demonstração disto (17)

Tem havido, também, um crescente interesse pelo estudo das relações entre religião e saúde. Os cientistas estão se tornando cada vez mais conscientes dos caminhos biológicos pelos quais fatores sociais e psicológicos influenciam a saúde física e a suscetibilidade às doenças. (18)

Desde 1993 são realizadas no HCPA consultorias de Bioética Clínica com o objetivo de auxiliar profissionais de saúde, pacientes e familiares no processo de tomada de decisão em situações assistenciais que envolvam questões bioéticas. Nestas consultorias foi possível observar-se que os aspectos religiosos e espirituais estavam presentes, mesmo que de forma não evidente. Muitas vezes foi verificado que os pacientes tomavam decisões com base em aspectos religiosos e que, por pudor ou temor, não comunicavam o real motivo para os profissionais de saúde. Isto pode ser entendido como sendo uma evidência de vulnerabilidade das famílias envolvidas. Por outro lado, os profissionais de saúde desconhecem ou tem interpretações equivocadas sobre práticas religiosas ou espirituais relacionadas à área da saúde. Estes fatores podem gerar divergências entre os múltiplas pessoas envolvidas nestas situações, dificultando a compreensão e a resolução dos conflitos (2, 3, 4, 11)

A necessidade de ampliar os conhecimentos sobre os aspectos espirituais envolvidos no atendimento de pacientes levou a criação de um projeto de pesquisa vinculado a Linha de Pesquisa em Bioética e Complexidade no ano de 2003. Este projeto tem como finalidade fornecer conhecimentos aos profissionais de saúde que possam auxiliar na compreensão das relações entre práticas religiosas ou espirituais e decisões envolvendo questões de saúde (3, 4).

A tomada de decisão baseia-se em diversas habilidades como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa e comunicar a sua preferência (19). Nas decisões, quando preservada a voluntariedade, o paciente faz a sua escolha tendo como base o seu melhor interesse, desconsiderando possíveis pressões externas. A perda ou a ameaça à voluntariedade geram vulnerabilidade.

Susan Holins, destaca que a sensibilização dos profissionais da saúde para reconhecerem a vulnerabilidade e a instabilidade emocional dos pacientes internados em um hospital como uma característica necessária à boa prática assistencial. Em um momento de doença as pessoas reforçam e necessitam mais do seu lado espiritual e religioso, se este fato não for devidamente observado pelos profissionais de saúde, o

grau de vulnerabilidade e insegurança dos pacientes poderá aumentar. Durante uma internação a autonomia, e especialmente a auto-determinação, do paciente diminui, pois ele tem reduzido o poder de decisão sobre sua própria vida. (20)

É importante diferenciar um valor ou crença pessoal de uma situação de coerção, de constrangimento no ato de decidir. Coerção segundo Piaget é “toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio. Ainda de acordo com o mesmo autor, “a coerção existe na medida em que é sofrida (...) independentemente do grau efetivo de reciprocidade existente”.(21, 22)

Em um estudo realizado por Gardner foi relatado o desconforto devido a comportamentos coercitivos sentido por pacientes, tendo como conseqüências o não seguimento das orientações médicas, ou pior, não mais procurar auxílio médico, mesmo quando necessário (23).

No processo de tomada de decisão os vínculos afetivos, os desejos e as crenças exercem uma forte influência no processo de tomada de decisão (6). As necessidades espirituais tornam-se particularmente fortes em tempos que as doenças ameaçam a vida ou o modo de vida. As crenças e práticas religiosas são usadas para regular a emoção durante os tempos de doenças, mudanças e circunstâncias que estão fora do controle pessoal dos pacientes.(18)

Os pacientes podem rezar, meditar, ler escrituras religiosas, comparecer a serviços religiosos, tomar parte em rituais religiosos, como receber os sacramentos ou ser untado com óleo, por exemplo, ou confiar no suporte religioso vindo do clero ou de outros membros da igreja, sinagoga, mesquita ou templo.(18)

São comuns os exemplos em que a espiritualidade e as convicções religiosas influenciam o processo de tomada de decisão. Os mais marcantes dizem respeito à caracterização do início da vida de uma pessoa e do critério utilizado para a constatação de sua morte.(2) Na doação de órgãos, a maioria das denominações religiosas estudadas, apesar de se posicionarem favoravelmente à doação, considerou traumática para o espírito o momento da retirada dos órgãos.(24)

As crenças religiosas também influenciam decisões sobre aspectos de saúde quando os pacientes estão seriamente doentes. Já foram realizados inúmeros estudos demonstrando estas questões quando da necessidade de realização de transfusões de sangue em pacientes Testemunhas de Jeová e as suas conseqüências especialmente no final de vida. (3, 11)

Em um estudo envolvendo 177 pacientes ambulatoriais de uma clínica pneumológica do hospital da Universidade da Pensilvânia, mostrou que quase a metade

desses pacientes (45%) revelaram que suas crenças religiosas influenciariam as suas decisões em aspectos de saúde, caso se tornassem gravemente enfermos.(25)

Em outro estudo com 921 pacientes ambulatoriais, realizado também nos Estados Unidos, em 2004, demonstrou que 85% dos entrevistados queriam que os médicos perguntassem sobre suas crenças espirituais. Isto deveria ser feito, especialmente em situações que ameaçassem a vida (77%), quando da ocorrência de doenças graves (74%) e na perda de entes queridos (70%). Entre aqueles que queriam discutir sobre sua espiritualidade com o médico, o mais importante motivo de discussão foi o desejo de compreensão na relação médico-paciente (87%). (26)

A valorização dos aspectos espirituais envolvidos no contexto médico-assistencial, sejam eles dos pacientes, de seus familiares, dos próprios profissionais da saúde, pode ser um importante diferencial na abordagem de casos difícil condução.(3)
(18)

Bioética e Nutrição

No que se refere às questões das escolhas e restrições alimentares, o ambiente cultural e as crenças religiosas podem influenciar a alimentação e na adesão do tratamento nutricional dos pacientes nos hospitais e no retorno as suas casas. (18)

Os aspectos físicos, psicológicos, culturais, sociais e filosóficos influenciam as escolhas diárias que as pessoas fazem com relação aos seus alimentos. (4)

Algumas práticas religiosas interferem na nutrição das pessoas, mesmo sem envolver restrições alimentares. Em um estudo realizado na Nigéria, na década de 1980, com mulheres grávidas e recém-nascidos, foi constatada uma prevalência maior de raquitismo, decorrente da falta de vitamina D, nos recém-nascidos de mulheres muçulmanas que faziam uso contínuo de véu ritual (Purdah) que nas demais mulheres da mesma região. (27)

Os hábitos e práticas alimentares são oriundos de conhecimentos, vivências e experiências construídas a partir das condições de vida, da cultura, das tradições, das redes sociais, dos sistemas de crenças ou valores que se ajustam a uma tradição religiosa e do saber científico de cada período histórico e cultural, ultrapassando o mero ato biológico.

Quando se aborda o tema da alimentação, também se incluem as escolhas, os comportamentos, os estilos de vida, a saúde, as emoções, os sentimentos, a cultura, a

religião, os valores e crenças de um indivíduo. As práticas alimentares são práticas sociais, não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar.

Segundo Carneiro, “a fome biológica distingue-se dos apetites, expressões dos variáveis desejos humanos e cuja satisfação não obedece apenas ao curto trajeto que vai do prato à boca, mas se materializa em hábitos, costumes, rituais, etiquetas. [...] O que se come é tão importante quanto quando se come, onde se come e com quem se come. (28)

No que se refere ao campo das religiões, a alimentação tem um papel fundamental no cotidiano de seus adeptos: permissões, proibições e jejuns são regulações religiosas simbólicas constantemente exercidas.

Flandrin e Montanari, ao abordarem a História da Alimentação, apresentam um panorama da alimentação no mundo, desde a pré-história até os tempos atuais. As suas observações abrangem preceitos religiosos islâmicos, judeus, católicos romanos e cristãos ortodoxos, com suas preferências e proibições alimentares, que se mantêm ao longo do tempo. (29).

Apesar da forte ligação histórica entre a religião e a alimentação, inclusive na assistência à saúde, esta relação hoje tem sido pouco valorizada pelos profissionais de saúde. No âmbito hospitalar, observa-se que esta relação entre os aspectos espirituais e alimentares é pouco abordada e pouco relevante. (3, 4)

Em uma revisão sobre este tema, utilizando a base PUBMED como referência, foram encontrados 10.502 artigos publicados sobre temas de saúde e espiritualidade (estratégia de busca: health AND [spirituality OR religious*]), no período de 1919 a 2010. Sobre o tema da saúde, espiritualidade e alimentação (estratégia de busca: health AND [spirituality OR religious*] AND [food OR nutrition*]) foram recuperados 441 artigos, no período de 1972 a 2010. Esta participação de 4,2% destes artigos no montante da produção científica na área, evidencia a importância do tema e a sua discussão com os profissionais da saúde e pacientes.

Algumas restrições alimentares decorrentes de crenças religiosas são evidenciadas com maior freqüência, tais como o não consumo de alguns tipos de carnes, de alimentos contendo sangue, e de práticas de jejum em determinados períodos do ano. Muitas destas variações têm especificidades locais, as quais podem influenciar na adoção ou não de preceitos religiosos ligados às restrições alimentares .

Estes preceitos resultam de uma certa combinação da cultura local e da interpretação dos textos de referência religiosa. A equipe de saúde deve estar atenta a reconhecer esta diversidade e evitar estereótipos (3).

A assistência nutricional do paciente hospitalizado inicia-se na sua internação e mantêm-se mesmo após sua alta hospitalar. O sucesso do tratamento reflete uma internação bem assessorada e orientada.(30, 31)

A coleta de dados psicossociais deve ser realizada pelo nutricionista buscando complementar as informações já existentes no prontuário e como uma forma de entender o contexto social em que o paciente esta inserido. Algumas informações podem mesmo já estando no prontuário, serem novamente abordadas, tais como o estilo de vida, as preferências e tabus alimentares, os aspectos étnicos e religiosos. (32)

Quando um tratamento é prescrito a um paciente não basta apenas dar a informação associada e verificar a sua adequada compreensão, é necessário que haja comprometimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003 publicou um relatório sobre a adesão a terapias de longo prazo. A má adesão ao tratamento a longo prazo de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, HIV/AIDS, ou a depressão, tiveram aumento e se constitui em um importante problema em nível mundial. (33)

A noção de adesão pressupõe uma relação de vínculo, segundo a qual a orientação terapêutica deve ser compartilhada entre o paciente e o profissional de saúde. Isto implica em reconhecer a autonomia do paciente, sem reduzir a autonomia do profissional de saúde, é entender a noção de interdependência. Esta proposta já foi inclusive incorporada em documentos que regem a prática de profissionais, como o novo Código de Ética Médica brasileiro de 2009 (34)

As terapêuticas que envolvem ações na área da Nutrição envolvem mudanças alimentares e de estilo de vida por parte do paciente, que deve contar com a colaboração de sua família. Já foram relatadas situações, em consultoria bioéticas no HCPA, onde a família do paciente, por motivos de tradição religiosa e cultural, trazia alimentos de casa, mesmo sabendo da prescrição de restrição total de alimentos em um período pré-operatório. A família entendia que restringir alimentos de uma pessoa doente era contrário à sua tradição.

. É na avaliação nutricional que deve se iniciar o vínculo terapêutico entre profissional e paciente. A formação do vínculo, o desenvolvimento de uma relação de confiança entre paciente e profissional de saúde devem ser garantidos no intuito de propiciar a adesão e acompanhamento do paciente ao longo do tratamento. Este vínculo deve ser construído e mantido através de rotinas diárias, garantindo a integração dos profissionais envolvidos no cuidado à saúde com o paciente, mas também com sua família ou acompanhante. (30, 31)

Compreender os hábitos alimentares dos pacientes, assim como as suas restrições alimentares, inclusive as de origem religiosa, permite que o profissional possa estabelecer uma relação de diálogo, o que influenciará diretamente na adesão dos pacientes ao tratamento. Negligenciar a dimensão espiritual é como ignorar o ambiente social de um paciente ou seu estado psicológico, impedindo que o paciente seja entendido em todas as suas múltiplas dimensões pessoais. (18)

Restrições Alimentares por Motivação Religiosa

Com a finalidade de entender melhor as recomendações e prescrições alimentares de caráter religioso, foram retomados os contatos com as lideranças religiosas que já haviam participado anteriormente da pesquisa sobre as relações entre a Bioética e Espiritualidade (4). Estas novas entrevistas abordaram especificamente o tema de restrições alimentares decorrentes de aspectos religiosos. Todas as entrevistas foram realizadas no HCPA, tendo sido gravadas e transcritas. Os dados obtidos, ainda não publicados, foram classificados e agrupados por tipo de alimento que estava associado à restrição.

Foi utilizada a classificação de grupos de alimentos, preconizada pela pirâmide alimentar brasileira (*Philipp, S.T et.al, 1996*). (35)

Desta forma, as restrições alimentares relatadas foram agrupadas em oito grupos de alimentos: Grupo 1 – Cereais/ Pães/ Tuberculos/ Raízes; Grupo 2 - Hortaliças; Grupo 3 – Frutas; Grupo 4 – Leguminosas; Grupo 5 – Carnes e Ovos; Grupo 6 – Leite; Grupo 7 – Açúcares e Doces; Grupo 8 – Oleos e Gorduras; Outros – Bebidas alcoólicas, sal, etc.

Das 16 denominações religiosas que tiveram dados coletados, nove (56%) não relataram ter quaisquer restrição alimentar. As demais sete (44%) denominações relataram restrições em apenas dois grupos de alimentos: Carnes e Ovos, e Outros. Os outros grupos de alimentos não tiveram restrições religiosas associadas.

Os Adventistas do Sétimo Dia relataram ter restrições com relação às carnes de animais com casco fendido, carnes e alimentos com sangue, e bebidas alcoólicas.

As restrições alimentares relacionadas ao Islamismo foram às carnes de animais domésticos, com destaque para a carne suína, e animais silvestres e os que comem carniças. Foram referidas restrições às carnes e alimentos com sangue, assim como as bebidas alcoólicas.

No Judaísmo as restrições foram com relação às carnes de animais com pata fendida, carne suína, carnes e alimentos com sangue, peixes de pele. Outras restrições referidas são referentes à forma de abate dos animais e na produção de alimentos, com destaque e com a mistura de leite com carnes em um mesmo local de preparo.

O Metodismo tem restrição alimentar apenas relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas.

Os Santos dos Últimos Dias referiram restrições às bebidas alcoólicas e as que tenham cafeína, como o café e o chá preto.

Na Umbanda a restrição se refere a mistura de arroz com galinha, especificamente na alimentação das lideranças religiosas (Pais de Santo). Existem outros tipos de restrições que se referem à cor dos alimentos.

Finalmente, os Testemunhas de Jeová tem restrições associadas aos alimentos com sangue.

Desta forma, os alimentos do Grupo 5 - Carnes e Ovos tiveram restrições de cinco denominações religiosas, tais como dos Adventistas do Sétimo Dia, do Islamismo, do Judaísmo, das Testemunhas de Jeová e da Umbanda. No Grupo de Outros Alimentos, as restrições se relacionaram especialmente às bebidas alcoólicas e com cafeína, por parte das lideranças dos Adventistas do Sétimo Dia, dos Metodistas, dos Santos dos Últimos Dias, anteriormente conhecidos como Mórmons, e do Islamismo.

Estes dados referem-se apenas às denominações estudadas no projeto de pesquisa, inúmeras outras denominações também podem apresentar restrições alimentares.

Objetivos

Objetivo Geral

Verificar a influência de motivações religiosas e crenças nas restrições alimentares relatadas por pacientes internados em um hospital geral universitário.

Objetivos Específicos

Realizar um levantamento das restrições alimentares relatadas por pacientes internados, em especial as associadas a crenças ou motivações religiosas.

Avaliar a percepção de coerção associada às restrições alimentares em pacientes internados.

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;19:181-192.
3. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Boer APK. Bioética e Espiritualidade. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
4. 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.
5. Slady A. Bioethical concepts of health in medicine. Sb Lek 1995;96(3):195-98.
6. Durand. A Bioética, natureza, princípios, objetivos. São Paulo. Paulinas, 1989.
7. Potter VR. Bioethics V.R. Bioethics: a bridge to the future. New Jersey: Prentice Hall 1971
8. Fernandes, MS. Uma abordagem jurídica e bioética sobre patentes relacionadas às células-tronco humanas (tese). Porto Alegre: UFRGS; 2008
9. O'Neill O. Autonomy and trust in bioethics. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
10. Jahr F. Bio=Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze. Kosmos 1927;24:2
11. Goldim JR, Bioética e Espiritualidade [Acesso em 2.8.2007] Disponível em www.bioetica.ufrgs.br
12. Brasil. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2000:173-174.
13. Hofstede G. Cultures and organizations, New York. McGraw-Hill,1997:3-19
14. THE WHOQUOL GROUP WHOQUOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). Report on WHO Consultation, WHO/MSA/MHP/98.2, Organização Mundial da Saúde (OMS) p.2-23, 1998.
15. Fleck MPA. A Avaliação da Qualidade de Vida Guia para os profissionais de saúde – Conceitos e aplicações do WHOQOL; ARTMED EDITORA S:A, 2008
16. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. DOU 16/10/1996:21082-21085.

- 17 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.
18. Koenig H. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: Ed. Jornalística, 2005
19. Erlen JA *Informed Consent: The information component*. *Orthop Nurs*. 1994.
20. Wettstein MF. Short literature notices Hollins, S.: 2009, *Religions, Culture and Healthcare*. *Med. Health Care and Philos* (2009) 12:483-488 DOI 10.1007/s11019-009-9219-6. Published online: 11 August 2009
21. Piaget J. Les trios systèmes de la pensée de l'enfant, étude sur les rapports de la pensée rationnelle et de l'intelligence motrice. *Bulletin de la Société Française de Philosophie*, t. XXVIII, 1928:121-122.
22. Piaget J. *Études sociologiques*. 3ed. Genève: Groz, 1977:225.
23. Gardner W, Hoge S, Lidz C, Eisenberg M, Monahan J, Ennett N, Mulvey E, Roth L. Family, Clinician, and Patients Perceptions coercion in Mental Hospital Admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 1998;21(2):131–146.
24. Knauth D. Um estudo das representações religiosas sobre doações de órgãos e sangue e influência da definição do momento da morte. *Revista HCPA* 1997; 15(2)
25. Ehman, J., Ott, B., Short, T., Ciampa R., Hansen Flaschen, J.(.). Do patients want physicians to inquire about their spiritual beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal medicine*. 1999;159:1803-107.
26. Gary McCord, Valerie J. Gilchrist, Steven D. Grossman, Bridget D. King, Kenelm F. McCormick, Allison M. Oprandi, Susan Labuda Schrop, Brian A. Selius, William D. Smucker, David L. Weldy, Melissa Amorn, Melissa A Carter, Andrew J. Deak, Hebah Hefzy, Mohit Srivastava, *Discussing Spirituality With Patients: A Rational and Ethical Approach* *Ann Fam Med*. 2004 July, 2(4):356-361.
27. Okonofua F, Houlder S, Bell J, Dandona P. Vitamin D nutrition in pregnant Nigerian women at term and their newborn infants From the Department of Chemical Pathology and Human Metabolism, Royal Free Hospital and School of Medicine, London *J Clin Pathol* 1986;39:650-653
28. Carneiro, H. *Comida e Sociedade: Uma história da alimentação*. Rio de Janeiro: Campus, 2003.
29. Flandrin, J-F. Montanari, M.(orgs) *História da Alimentação*. 5 ed. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

30. Brawley Ir e Culos-Reed N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Control Clin trials* 2000; 21:156S-163S.
- 31..Antunes MT, Feoli AM, Assistência Nutricional Hospitalar na Síndrome Metabólica: da Elaboração do Plano Alimentar à Produção de Refeições – Nutrição e Síndrome Metabólica/Gosttschall, C.B.A e Busnello, F.M cap. 21 pag. 243-269
- 32..Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade Brasília: Ministério da Saúde,2006. 108p.il (.-Cadernos de Atenção Básica,n.12*
33. Organização Mundial da Saúde (OMS), relatório intitulado: A adesão a terapias de longo prazo: provas para a ação: Genebra World Health Organizations, 2003
34. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica, Resolução CFM 1.931/09. *Diário Oficial da União 13/09/2009, Seção I: 173, 2003.*
35. Philipp, S.T et al, Pirâmide Alimentar Adaptada: Guia Alimentar para os alimentos, *Adapted Food Pyramid: A Guide For a Right Food Choice, 1996*
Rev.Nutr, Campinas, 12(1) 65-80, jan./abr.,1999
36. Wettstein MF Short literature notices Raab Mayo, Kelley A.:2009, Creativity, Spirituality, and Mental Health:*Med. Health Care and Philos (2010)*
DOI 10.1007/s11019-010-9253-4. Published online: 14 May 2010

Artigo

Artigo – Versão em Língua Portuguesa

Artigo a ser submetido ao Journal of Biomedical Science (Fator de Impacto 2,1)

BIOÉTICA E RESTRIÇÕES ALIMENTARES POR MOTIVAÇÕES RELIGIOSAS: TOMADA DE DECISÃO EM TRATAMENTOS DE SAÚDE.

Autores

Marília Fernandes Wettstein¹

Lia Nunes Ferreira Alves¹

José Roberto Goldim²

Resumo

A Bioética tem sido chamada a refletir sobre inúmeros temas na área da saúde, um deles são os aspectos espirituais envolvidos no processo de tomada de decisões. A inclusão destes aspectos não retira o caráter laico da reflexão bioética, ao contrário, permite ter uma visão ampla e complexa das motivações associadas às decisões que as pessoas tomam. Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 271 pacientes internados em um hospital geral universitário de Porto Alegre, Brasil. Foram realizadas entrevistas individuais enfocando a questão das restrições alimentares e as motivações envolvidas, assim como a expressão de coerção associada. Com relação a alimentação, 56% dos pacientes afirmaram ter alguma restrição a algum tipo de alimento, sendo que 6,3% eram associados à motivos religiosos, especialmente com relação ao grupo das carnes. Os demais pacientes alegaram restrições por não gostar do alimento (34%) ou por terem problemas de saúde associados (16%). A expressão de coerção não apresentou diferença estatisticamente significativa ($P>0,05$) entre os grupos de pacientes com e sem restrição alimentar. Os pacientes percebem que são ouvidos pela equipe de saúde, mas entendem que as suas opiniões não são consideradas quando da decisão sobre os tipos de alimentos que serão oferecidos. Apenas 1,7% dos pacientes afirmaram que ficariam constrangidos se perguntados a respeito de suas práticas religiosas.

Unitermos – Bioética, nutrição, coerção, espiritualidade, crenças religiosas

¹ Nutricionista, aluna do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência/HCPA.

² Biólogo, professor orientador do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, pesquisador responsável do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência/HCPA.

Bioethics and Food Restrictions' by Religious Motivations: Decision Making in Health Treatment

Abstract

Bioethics has been demanded to reflect on many health issues, spiritual aspects involved in decision making was one of these. The inclusion of these aspects does not remove the secular characteristic of bioethical reflection, in contrary, it allows a comprehensive and complex perspective of the motivations associated with the decisions that people make. We conducted a cross-sectional study with a sample of 271 inpatients at a university general hospital in Porto Alegre, Brazil. Individual interviews were conducted focusing on the issue of food restrictions and the motivations involved, as well as the expression of coercion associated. With respect to food, 56% of patients had some food restrictions, while 6.3% were associated with religious motivation, especially related to the group of meat. The other patients related their food restrictions to taste preferences (34%) or to health problems associated (16%).

The expression of coercion was not statistically significant ($P>0.05$) between the groups of patients with and without food restrictions. Patients perceive that they are heard by the health professionals, but understand that their preferences are not considered in the decision about the types of foods that will be offered. Only 1,7% of patients said they would be embarrassed if asked about their religious practices.

Keywords: Bioethics, nutrition, coercion, spirituality, religious beliefs

Introdução

A Bioética tem sido chamada a refletir sobre inúmeros temas na área da saúde, um deles são os aspectos espirituais envolvidos no processo de tomada de decisões. A inclusão destes aspectos não retira o caráter laico da reflexão bioética, ao contrário, permite ter uma visão ampla e complexa das motivações associadas às decisões que as pessoas tomam. (1,2, 3, 4)

O Comitê de Bioética Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que vem atuando desde 1993 com a finalidade de auxiliar profissionais de saúde, pacientes e familiares no processo de tomada de decisão em situações com questões bioéticas associadas, observou em suas consultorias, que estas questões estavam presentes, mesmo que de forma não evidente.(5)

Em uma grande maioria de casos observou-se a vulnerabilidade das famílias envolvidas assim como a disparidade de tratamento destas questões por parte da equipe de saúde(5).

O desconhecimento ou interpretações equivocadas sobre estes aspectos espirituais relacionados à área de saúde, assim como a divergência de opiniões ou crenças, dificultavam a compreensão e a resolução dos conflitos.(2, 3, 4)

As opções alimentares das pessoas podem ser condicionadas pelo seu ambiente cultural e crenças religiosas. No ambiente hospitalar a influência religiosa na alimentação é, muitas vezes, omitida pelos pacientes, principalmente por receio da estigmatização por parte dos profissionais de saúde. (6)

A equipe de saúde deve estar atenta a reconhecer esta diversidade e evitar estereótipos, buscando-se com isso esclarecer preconceitos, ou mesmo impedimentos de outra ordem gerados no âmbito hospitalar, pela equipe de saúde, pacientes e familiares às questões ligadas à espiritualidade.(7). O respeito e o conhecimento da dimensão espiritual do paciente contribui para o relacionamento da equipe de saúde com o paciente e seus familiares, auxiliando nos procedimentos de saúde.

A Bioética Complexa pode auxiliar neste processo, servindo como apoio qualificado, na busca de justificativas para a adequação das ações. Partindo deste pressuposto, foi considerado que o sistema de crenças e valores, especialmente os religiosos, podem influenciar a alimentação e adesão do tratamento nutricional dos pacientes nos hospitais e no retorno as suas casas.

O presente artigo tem por objetivo verificar a influência de motivações religiosas e crenças nas restrições alimentares relatadas por pacientes internados em um hospital geral universitário, assim como a sua expressão de coerção.

Método

Foi realizado um estudo transversal envolvendo pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é um hospital geral universitário, situado em Porto Alegre, Brasil.

Com a finalidade de obter dados sobre a existência ou não de restrições alimentares relatadas por pacientes, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas envolvendo uma amostra estocástica de 271 pacientes atendidos nas diferentes unidades de internação clínicas e cirúrgicas de adultos do HCPA.

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% (8).

Foi utilizado na coleta de dados um roteiro semi-estruturado composto de quatro perguntas, referentes ao tema das restrições alimentares e de seus possíveis motivos, além da coleta dos dados sócio-demográficos: sexo, idade, procedência, escolaridade e ocupação.

As denominações religiosas relatadas pelos pacientes foram agrupadas de acordo com a classificação utilizada pelo IBGE no censo de 2000.(9)

Os alimentos foram classificados em oito grupos (*Philipp, S.T et al*) Os oito grupos de alimentos considerados foram os seguintes: Grupo 1 – Cereais/ Pães/ Tubérculos/ Raízes; Grupo 2 - Hortaliças; Grupo 3 – Frutas; Grupo 4 – Leguminosas; Grupo 5 – Carnes e Ovos; Grupo 6 – Leite; Grupo 7 – Açúcares e Doces; Grupo 8 – Óleos e Gorduras; Outros – Bebidas alcoólicas, sal, etc. (10)

Além das questões alimentares, foi também utilizado logo após as entrevistas um instrumento auto-aplicável, para avaliar a Expressão de Coerção. Este instrumento é uma adaptação da escala de Expressão de Coerção, proposta por Gardner (11), já validada em língua portuguesa falada no Brasil (Taborda).(12) Já foi avaliada e aprovada a sua adaptação para nas áreas assistencial e de pesquisa por Protas (13). Esta escala é composta por quatro questões, do tipo sim-ou-não. A sua variação é de zero a quatro, sendo zero a ausência de percepção de coerção e quatro a percepção máxima.

Durante a coleta de dados, após terem sido coletados os primeiros 100 participantes, foi incluída uma nova questão sobre a possibilidade de haver constrangimento, por parte dos pacientes, no caso de ser perguntados por profissionais de saúde sobre questões envolvendo aspectos religiosos

Foram realizadas comparações das restrições alimentares por motivações religiosas declaradas pelos pacientes com as relatadas pelas suas respectivas lideranças religiosas. Também foram feitas comparações entre os dados dos pacientes que apresentaram restrições por motivos religiosos com os demais pacientes com ou sem restrições alimentares.

Estas comparações e associações foram realizadas utilizando-se o sistema SPSS, versão 18. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (GPPG 07364) e todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) permitindo a coleta e utilização dos dados.

Resultados

Da amostra dos 271 pacientes avaliados, 66% foram do sexo feminino e 34% do sexo masculino, com mediana de idade de 51 anos, variando de 16 a 85 anos. A média de idade das mulheres foi de $43,89 \pm 16,22$ anos e $57,98 \pm 13,42$ anos. No conjunto da amostra, os homens tiveram idades significativamente mais elevadas que as mulheres ($F=51,29$; $P<0,001$).

A escolaridade, declarada pelos pacientes, variou desde não alfabetizados até os com ensino superior completo. A maioria dos participantes (61%) teve escolaridade correspondente ao ensino fundamental, compatível com o perfil escolar dos pacientes atendidos no HCPA.

Quanto à denominação religiosa, 232 (86%) pacientes relataram ter alguma prática vinculada a um grupo específico. Foram citadas 25 diferentes denominações religiosas, que foram classificadas de acordo com os critérios estabelecidos pelo IBGE. As categorias mais freqüentemente declaradas foram a Católica Apostólica Romana (55%) e a Evangélica de Origem Pentecostal (15%).

Dos 271 pacientes avaliados, 118 (44%) afirmaram não ter qualquer restrição alimentar. Os demais 153 (56%) participantes da pesquisa, apresentaram 286 diferentes restrições alimentares, que foram agrupadas nos oito grupos de alimentos preconizados pela pirâmide alimentar brasileira (*Philipp, S.T et al, 1996 (10)*)

Com relação ao tipo de restrições alimentares, relatadas pelos 153 pacientes, de forma livre e sem intervenção do pesquisador, foram identificadas três categorias básicas de motivações: por não gostar do alimento (60%); por ter problema de saúde associado (29%) e por motivação religiosa (11%). (tabelas 1 e 2)

Tabela 1 - Grupos de alimentos e motivos para restrições alimentares relatados por 153 pacientes participantes da amostra total de 271 participantes do estudo.

Grupo de Alimentos	Qualquer restrição (n=153)	Não Gosta (n=92)	Problema de Saúde (n=44)	Religião (n=17)
Hortaliças	35,9%	48,2%	20,0%	5,7%
Carnes e ovos	27,4%	25,3%	25,3%	68,5%
Óleos e Gorduras	8,0%	5,1%	14,7%	8,6%
Frutas	6,6%	5,6%	5,6%	0,0%
Cereais	6,2%	6,7%	8,0%	0,0%
Açúcares e Doces	3,5%	0,6%	5,6%	0,0%
Leguminosas	3,1%	3,4%	3,4%	0,0%
Leite	3,1%	3,4%	3,4%	2,9%
Outros	6,2%	1,7%	14,0%	14,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 2 - Denominação religiosa referidas pelos participantes com e sem restrições alimentares por motivo religioso (n=152).

Denominação Religiosa (*)	Pacientes sem Restrições Alimentares Religiosas n (fr)	Pacientes com Restrições Alimentares Religiosas n (fr)	Total Amostra n (fr)
Católica Apostólica Romana	149 (58,7%)	0(0,0%)	149 (54,9%)
Evangélica de Origem Pentecostal	36 (14,2%)	5 (30,8%)	41 (15,1%)
Espírita	13 (5,1%)	3 (23,2)	16 (6,0%)
Evangélica de Missão	9 (3,5%)	6 (30,8%)	15 (5,5%)
Umbanda	6 (2,4%)	2 (7,6%)	8 (3,0%)
Testemunha de Jeová	2 (0,8%)	0 (0,0%)	2 (0,8%)
Católico Ortodoxo	0 (0,0%)	1 (7,6%)	1 (0,4%)
Sem religião	39 (15,3%)	0 (0,0%)	39 (14,3%)
Total	254 (100,0%)	17 (100,0%)	271 (100,0%)

(*) de acordo com a classificação de denominações religiosas de acordo com os critérios do IBGE/2000

Os motivos de saúde foram associados a 74 restrições alimentares relatadas por 44 pacientes. O grupo mais citado foi o das Carnes e Ovos com 25,3% dos relatos, com destaque para as carnes vermelhas, seguido do Grupo das Hortaliças, com 20,0% dos casos.

As restrições alimentares por não gostar foram relatadas por 92 pacientes, associando-se a 176 alimentos. O grupo das Hortaliças foi o mais referido, com uma frequência de 48,3%. O grupo das Carnes e Ovos vem logo após, com um total de 25,3% das referências.

Dos 17 pacientes com restrições por motivos religioso, 15 (88%) são do sexo feminino e dois (12%) do sexo masculino. Esta proporção quanto à distribuição de sexo, comparativamente a amostra como um todo, não teve significância estatística ($X^2= 2,03$; gl= 1; P= 0,15 NS).

Os pacientes que relataram ter restrições alimentares associadas a motivos religiosos, declararam 35 diferentes tipos de alimentos associados as suas restrições alimentares. Os grupos dos Açúcares e Doces; Leguminosas; Frutas; Cereais, não tiveram qualquer relato de restrição por motivação religiosa. O grupo do Leite teve apenas um (6%) relato de restrição por motivo religioso. O grupo das Hortaliças teve relatos de apenas dois (12%) pacientes, referindo-se apenas a dois tipos de alimentos: tomate e chuchu. O grupo de Outros alimentos foi o segundo (14%) em termos de volume de relatos de restrições por motivos religiosos, com destaque às bebidas com álcool ou com cafeína, como o café e o chimarrão. O grupo das carnes e ovos foi citado por 13 (76%) pacientes, perfazendo 69% dos relatos de restrições alimentares por motivos religiosos, com destaque para a carne suína, que foi relatada por oito (47%) pacientes. Neste mesmo grupo, sete (41%) pacientes referiram restrições a alimentos com sangue.

Entre os 215 pacientes que não relataram restrições por motivo religioso, 198 (92%) pacientes eram de religiões que realmente não tem este tipo de comportamento esperado. Neste grupo incluem-se os Católicos, os Batistas e os Luteranos, todos com 100% de respostas coerentes. Contudo, 17 (8%) pacientes declararam ser de denominações que apresentam algum tipo de restrição, mas não as relataram.

Com relação a Expressão de Coerção, a maior média obtida nesta escala de 4 pontos, apesar de não ser estatisticamente diferente das demais, foi no grupo de pacientes com restrições por não gostar do alimento, que teve um valor de 1,72. A maior mediana foi obtida no grupo que relatou restrições por motivo religioso, com valor igual a 2. Em todos os grupos e subgrupos a moda foi sempre o valor zero, ou seja, a ausência de coerção ao expressar as suas restrições. Foram realizadas comparações entre os pacientes que relataram diferentes tipos restrições alimentares pelas três motivações alegadas, todas resultaram não significativas ($P < 0,05$).

(Tabela 3)

Tabela 3 – Valores obtidos com a Escala de Expressão de Coerção em uma amostra de 271 pacientes internados com relação a restrições alimentares.

Amostra	n	fr	Media	Desvio Padrão	Mediana	Moda	Mínimo e Máximo
restrição alimentar em geral	152	56,5%	1,61	1,61	1	0	0-4
restrição alimentar por não gostar	92	33,9%	1,72	1,62	1,5	0	0-4
restrição alimentar por problemas de saúde	44	16,2%	1,64	1,68	1	0	0-4
restrição alimentar religiosa	17	6,3%	1,65	1,53	2	0	0-4
sem restrição alimentar	118	43,5%	1,51	1,60	1	0	0-4
Total	271	100,0%	1,61	1,61	1	0	0-4

Nas respostas específicas a cada uma das frases apresentadas no instrumento de Expressão de Coerção, fica evidente que os pacientes entendem que tem espaço para opinar e se manifestar a respeito das suas restrições alimentares, pois a maioria das respostas não reconhece que exista coerção associada à expressão de suas opiniões. Eles também expressam, contudo, de forma majoritária, que estas opiniões não são consideradas pelos profissionais no momento de tomar decisões a respeito de que tipo de alimento será oferecido nas refeições.

Apenas três (1,7%) pacientes, de um total de 172 pacientes que tiveram esta questão incluída na entrevista, alegaram que teriam algum constrangimento caso fossem perguntados pela equipe de saúde a respeito de suas restrições alimentares. Estes três pacientes tinham restrições alimentares, sendo que um por não gostar e dois por problemas de saúde.

Discussão

Nos relatos dos pacientes entrevistados cerca de 14% declararam não ter práticas religiosas. No Censo Populacional de 2000, 7% da população declarou não ter religião. A discrepância destes dados pode ser devida a diferença entre ter uma religião e praticá-la.

Vale destacar que foram apresentadas três categorias de restrição alimentar: por não gostar, por problema de saúde e por motivação religiosa. Não gostar do alimento como justificativa para uma restrição alimentar foi a justificativa mais freqüente.

O grupo das carnes e ovos foi predominante nas restrições alimentares por motivação religiosa e por motivo de saúde, enquanto que as Hortaliças foram para os pacientes que alegaram não gostar.

As declarações que associaram restrições à motivos religiosos foram adequadas às referidas pelas respectivas lideranças religiosas em 47% dos caso e os demais 53% das restrições não tem respaldo na doutrina das denominações referidas.

Outro dado importante, que indica o desconhecimento do paciente referente aos aspectos nutricionais, foi evidenciado na categoria de restrições associadas a motivos de saúde. Cerca de 94% das restrições alegadas pelos pacientes, não tem relação com os a sua situação de saúde relatada em seus prontuários.

A Expressão de Coerção com relação a restrições alimentares, obtida nesta amostra de 271 pacientes, teve uma média de $1,61 \pm 1,61$. Estes valores foram significativamente mais elevados que os verificados em uma outra amostra de 410 pacientes ambulatoriais do mesmo hospital, que obteve uma média de $0,43 \pm 0,74$ ($t=11,85$ $gl=560$, $p<0,05$). Porém não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos de pacientes com e sem restrições alimentares, nem entre os sub-grupos por motivo alegado. Isto evidencia um padrão diferente de Expressão de Coerção, que pode ser atribuído, talvez, a situação de estar internado.

Quanto ao constrangimento em ser perguntado sobre seus aspectos religiosos, os dados obtidos demonstram que os pacientes não tem impedimentos sobre este tipo de abordagem. Tanto que nenhum dos três pacientes que disseram que ficariam constrangidos relatou restrições por motivo religioso. Isto também está de acordo com o obtido em outros estudos (13 e 14 da revisão e McCord).

Cabe aqui ressaltar o caso de um paciente de origem israelense, declarado como Cristão Ortodoxo, mas radicado no Brasil, que relatou que sua restrição como sendo religiosa, mas também relacionando-a à cultura judaica. Nos Cristãos Ortodoxos não há relato de restrição à qualquer tipo de alimento.

Este caso ilustra o entrelaçamento no sistema de crenças, dos aspectos religiosos com as tradições culturais, que podem influenciar o processo de tomada de decisão, neste caso, na escolha de alimentos.

Considerações Finais

Com base nos dados obtidos nesta amostra é possível concluir que:

- as restrições alimentares estão presentes em muitos pacientes, predominantemente por uma questão de gosto pessoal;
- as restrições alimentares por motivações religiosas representam uma parcela dos relatos apresentados pelos pacientes com relação a este tema;
- o grupo das carnes foi o que teve maior restrição por motivos religiosos;
- a expressão de coerção sentida pelos pacientes não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem restrições alimentares e entre os diferentes motivos relatados, porém é significativamente mais elevada que a verificada em pacientes ambulatoriais;
- os pacientes percebem que podem expressar a sua opinião, mas reconhecem que ela não é levada em conta por parte dos profissionais de saúde na tomada de decisão sobre a oferta de alimentos;
- um grupo extremamente reduzido de pacientes ficaria constrangido caso fosse perguntado sobre as suas práticas religiosas, sendo que nenhum destes indivíduos apresentava alguma restrição alimentar por motivo religioso.

Estes achados evidenciam a importância de compartilhar decisões com os pacientes, de incluir outros aspectos neste processo e de valorizar opiniões, crenças e tradições. O diálogo entre pacientes, familiares e equipe de saúde gera confiança e compreensão mútua, podendo aumentar a adesão ao tratamento.

Referências

1. GOLDIM JR. Bioética Complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Revista AMRIGS 2009;53:58-63,.
2. 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.
3. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Boer APK. Bioética e Espiritualidade. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
4. Goldim JR, Bioética e Espiritualidade [Acesso em 2.8.2007] Disponível em www.bioetica.ufrgs.br
- 5 Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. Clinical Bioethics Committees: A Brazilian Experience. Journal International de Bioéthique, 2008;19:181-192.
6. Slady A. Bioethical concepts of health in medicine. Sb Lek 1995;96(3):195-98.
7. Daar AS, al Khitamy AB. Bioethics for clinicians;21. Islamic bioethics. CMAJ 2001; 164(1):60-3.
8. Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación Del tamaño de las muestras en los estudios sanitários. Ginebra: OMS, 1991:1, 25.
9. Brasil. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2000:173-174.
10. Philipp, S.T et al, Pirâmide Alimentar Adaptada: Guia Alimentar para os alimentos, Adapted Food Pyramid: A Guide For a Right Food Choice, 1996
Rev.Nutr, Campinas, 12(1) 65-80, jan./abr.,1999
- 11 Gardner W, Hoge SK, Bennet N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP. Two scales for measuring patients perceptions for coercion during mental hospital admission. Behavior Science Law.1993.
- 12.. Tabora JGV. Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002 [tese de doutorado].
13. Protas J. Adaptação da Escala de Percepção de Coersão em Pesquisa e da escala de Expressão de Coersão para Procedimentos Assistenciais em Saúde. Porto Alegre: PPG em Medicina: Ciências da Saúde/UFRGS, 2010.

Artigo – Versão em Língua Inglesa

Artigo a ser submetido ao Journal of Biomedical Science (Fator de Impacto 2,1)

BIOETHICS AND FOOD RESTRICTIONS BY RELIGIOUS MOTIVATIONS: DECISION MAKING PROCESSES IN HEALTH.

Authors

Marília Fernandes Wettstein

Lia Nunes Ferreira Alves

José Roberto Goldim

Abstract

Bioethics has been asked to reflect on many issues in health, one is the spiritual aspects involved in decision making. The inclusion of these aspects does not remove the secular character of bioethical reflection, in contrast, allows you to have a broad and complex motivations associated with the decisions that people make. We conducted a cross-sectional study with a sample of 271 inpatients at a university general hospital in Porto Alegre, Brazil. Individual interviews were conducted focusing on the issue of food shortages and the motivations involved, as well as expression of coercion associated. With respect to food, 56% of patients had some restriction to any type of food, while 6.3% were associated with religious motives, especially with respect to the group of meat. The other patients claimed restrictions for not liking the food (34%) or have associated health problems (16%). The expression of coercion not statistically significant ($P > 0.05$) between groups of patients with and without food restriction. Patients perceive that they are heard by the health team, but understand that their views are not considered when deciding on the types of foods that will be offered. Only 1.7% of patients said they would be embarrassed if asked about their religious practices.

Key words - Bioethics, nutrition, coercion, spirituality, religious beliefs

Introduction

Bioethics has been asked to reflect on various topics in health, one of the spiritual aspects are involved in decision making. The inclusion of these aspects does not remove the secular character of bioethical reflection, in contrast, allows you to have a broad and complex motivations associated with the decisions that people make. (1,2,3,4)

The Bioethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, since 1993, had the aim of assisting health professionals, patients and families in the decision making process in situations associated with bioethical issues, appeared in consultancies, even if it is not the clear issue (5).

In the vast majority of cases, was noted vulnerability of the involved families, as well as the disparity of treatment of these issues by the health team (5). Lack of knowledge or misconceptions about these spiritual aspects related to health care, as well as the divergent opinions or beliefs, hindered the understanding and resolution of conflicts. (2, 3, 4)

Individual food choices can be conditioned by their cultural and religious beliefs. In hospitals the religious influence in food is often omitted by the patients, mainly for fear of stigmatization by health professionals. (6)

The healthcare team must be aware to recognize this diversity and avoid stereotypes, trying to clarify this prejudice related to spirituality issues, or other impediments, generated in the hospital, by the health team, patients and family. (7). Respect and knowledge of the spiritual dimension of the patient contributes to the relationship between healthcare team, patients and their family members, in health procedures.

Complex Bioethics may help this process, serving as qualified support in the search for justification for the appropriateness of actions. Under this assumption, it was considered that the system of beliefs and values, especially religious, can influence the food options and adherence to nutritional treatment of patients in hospitals and in the return to their homes.

This article aims to investigate the influence of religious motivations and beliefs in food restrictions reported by patients in a university hospital, as well as their expression of coercion.

Methods

We conducted a cross-sectional study involving patients at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, a university hospital, located in Porto Alegre, Brazil). In order to obtain data on the presence or absence of dietary restrictions reported by patients, were conducted semi-structured interviews involving a stochastic sample of 271 patients treated in different clinical and surgical adult units of Hospital.

The sample size calculation used an expected rate of 5% occurrence of this type of restriction in the population at a level of 95% and an absolute accuracy of 3% (8). Was used in data collection a semi-structured composite of four questions, relating to food restrictions and their possible reasons, and socio-demographic data: gender, age, origin, education and occupation.

Religious denominations reported by patients were grouped according to the classification used by the IBGE in the 2000 Brazilian census (9).

Foods were classified into eight groups (Philipp, et al ST) The eight food groups considered were: Group 1 - Grains / Breads / Tubers / Roots, Group 2 - Vegetables and Group 3 - Fruits and Group 4 - Legumes; Group 5 - Meat and Eggs, Group 6 - Milk and Group 7 - Sugar & Sweets and Group 8 - Oils and Fats, Other - Alcoholic beverages, salt, etc.. (10)

Besides the food issues, was also used immediately after the interviews a self-report instrument to assess the expression of Coercion. This instrument is an adaptation of the scale of Expression of Coercion, proposed by Gardner (11), already validated in Portuguese language spoken in Brazil (Taborda). (12) has been evaluated and approved its adaptation to the areas for assistance and research Protas (13). This scale comprises four questions, yes-or-not. Its range is from zero to four, zero being the absence of perceived coercion and four maximum perception.

During data collection, having been collected the first 100 participants, included a new question about the possibility of embarrassment on the part of patients, should be asked by health professionals on issues involving religious aspects. Comparisons were made of the dietary restrictions by religious motivations reported by patients with those reported by their respective religious leaders. Also comparisons were made between the data of patients with restrictions on religious basis with the other patients with or without food restrictions.

These comparisons and associations were performed using the SPSS system, version 18. The significance level was set at 5%.

This project was approved by the Research Ethics Committee of HCPA (GPPG 07364) and all study participants signed an Informed Consent (IC), allowing the collection and use of data.

Results

In a sample of 271 inpatients evaluated, 66% were female and 34% male, median age 51 years, range 16-85 years. The average age of women was 43.89 ± 16.22 years and 57.98 ± 13.42 years. In the whole sample, men had significantly higher age than women ($F = 51.29$, $P < 0.001$).

The educational level, declared by the patients ranged from illiterate to those with university degree. Most participants (61%) had education corresponding to elementary education, consistent with the school profile of patients treated at HCPA.

As for the religious denomination, 232 (86%) patients reported having had some practice linked to a specific group. Were cited 25 different religious denominations, which were classified according to criteria established by IBGE. The categories most frequently reported were the Roman Catholic Church (55%) and Origin Evangelical Pentecostal (15%).

Of the 271 patients evaluated, 118 (44%) reported not having any food restriction. The remaining 153 (56%) subjects, which presented 286 different food restrictions, which were grouped into eight food groups recommended by Brazilian food pyramid (Philipp, ST et al, 1996 (10)

Regarding the type of dietary restrictions, reported by 153 patients, freely and without intervention by the researcher, identified three basic categories of motivations: for not liking the food (60%) to have health problems associated with it (29%) and religious motivation (11%). (Tables 1 and 2)

Table 1 - Food groups and reasons for food shortages reported by 153 patients participating in the total sample of 271 study participants.

Group of Food	Any Restriction (N = 153)	Dislikes (N = 92)	Health Problem (N = 44)	Religion (N = 17)
Vegetables	35.9%	48.2%	20.0%	5.7%
Meat and eggs	27.4%	25.3%	25.3%	68.5%
Oils and Fats	8.0%	5.1%	14.7%	8.6%
Fruit	6.6%	5.6%	5.6%	0.0%
Cereals	6.2%	6.7%	8.0%	0.0%
Sugar and sweets	3.5%	0.6%	5.6%	0.0%
Pulses	3.1%	3.4%	3.4%	0.0%
Milk	3.1%	3.4%	3.4%	2.9%
Other	6.2%	1.7%	14.0%	14.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Table 2 - religious denomination reported by participants with and without dietary restrictions for religious reasons (n = 152).

Religious Denomination (*)	Patients without Restrictions Food Religious n (fr)	Patients with Restrictions Food Religious n (fr)	Total Sample n (fr)
Roman Catholic	149 (58.7%)	0 (0.0%)	149 (54.9%)
Evangelical Pentecostal Origin	36 (14.2%)	5 (30.8%)	41 (15.1%)
Spiritualist	13 (5.1%)	3 (23.2)	16 (6.0%)
Evangelical Mission	9 (3.5%)	6 (30.8%)	15 (5.5%)
Umbanda	6 (2.4%)	2 (7.6%)	8 (3.0%)
Jehova´s Witness	2 (0.8%)	0 (0.0%)	2 (0.8%)
Orthodox Catholic	0 (0.0%)	1 (7.6%)	1 (0.4%)
No religion	39 (15.3%)	0 (0.0%)	39 (14.3%)
Total	254 (100.0%)	17 (100.0%)	271 (100.0%)

(*) According to the classification of religious denominations in accordance with the criteria of IBGE/2000

Health problems were associated with 74 food restrictions reported by 44 patients. The group most often cited was that of the Meat and Eggs with 25.3% of the reports, especially red meat, followed by the Group of Vegetables, with 20.0% of cases.

Food restrictions for not liking were reported by 92 patients, associated to 176 foods. The group of vegetables was the most mentioned, with a frequency of 48.3%. The group of Meat and Eggs comes soon after, with a total of 25.3% of the references.

Of the 17 patients with restrictions for religious motivations, 15 (88%) were female and two (12%) males. The ratio of the distribution of sex, compared to the sample as a whole, was not statistically significant ($X^2 = 2.03$, $df = 1$, $P = 0.15$ NS).

Patients who reported dietary restrictions associated with religious reasons, informed 35 different types of foods associated with their dietary restrictions. Groups of Sugar and Candies, Pulses, Fruits, Cereals, had no reports of restrictions based on religious motivation. Milk group had only one (6%) reported restriction for religious reasons. The group of vegetables had reports of only two (12%) patients, referring only to two types of food: tomatoes and chayote. The group of other foods was second (14%) in terms of volume of reports of restrictions on religious grounds, especially drinks with alcohol or caffeine, like coffee and mate. The group of meat and eggs was cited by 13 (76%) patients, accounting for 69% of the reported dietary restrictions for religious

reasons, especially pork, which was reported by eight (47%) patients. In the same group, seven (41%) patients reported restrictions on foods with blood.

Among the 215 patients reported no restrictions for religious reasons, 198 (92%) patients were of religions that do not really have this kind of behavior expected. In this group are Catholics, Baptists and Lutherans, all with 100% coherent answers. However, 17 (8%) patients declared to be members of religious groups that have some type of restriction, but not reported any food restriction.

Regarding the expression of coercion, the greater mean this 4-point scale, although not statistically different from the others, was in patients with restrictions for not liking the food, which had a value of 1.72. The highest median was obtained in the group that reported restrictions for religious reasons, with a value of 2. In all groups and subgroups, fashion was always zero, ie the absence of coercion to express their constraints. Comparisons were made between patients who reported different dietary restrictions by the three alleged motivations, all resulted not significant ($P < 0.05$). (Table 3)

Table 3 - Values with the Expression Scale of Coercion in a sample of 271 inpatients in relation to food restrictions.

Sample	n	fr	Mean	Standard Deviation	Median	Mode	Minimum and Maximum
food restriction in general	152	56.5%	1.61	1.61	1	0	0-4
food restriction for not liking	92	33.9%	1.72	1.62	1.5	0	0-4
food restriction due to health problems	44	16.2%	1.64	1.68	1	0	0-4
food restriction by religious motivation	17	6.3%	1.65	1.53	2	0	0-4
without food restriction	118	43.5%	1.51	1.60	1	0	0-4
Total	271	100.0%	1.61	1.61	1	0	0-4

In specific responses to each item in the instrument of coercion expression, it is evident that patients understand that there's opportunity to express opinions and to speak about their dietary restrictions, since most of the responses does not recognize that there is coercion associated with expression their views. The majority of them also expressed, however, that these views are not considered by health professionals when taking decisions about what food will be offered at meals.

Only three (1.7%) patients, a total of 172 patients who had this issue included in the interview, claimed that they would have some embarrassment if they were asked by

the healthcare team about their dietary restrictions. These three patients had dietary restrictions, and one for not liking it and two because of health problems.

Discussion

In the reports of patients surveyed about 14% reported having no religious practices. In the 2000 Population Census, 7% of the population claimed no religion. The discrepancy of these data may be due to the difference between having a religion and practice it.

It is worth mentioning that were presented three categories of food restriction: why not like, due to health problems and religious motivation. Not like the food as a justification for a restriction in food was the most frequent justification.

The group of meat and eggs was predominant in the dietary restrictions for religious reasons and for health reasons, while the vegetables were for patients who claimed to dislike.

The statements associated restrictions on religious grounds were appropriate to these by their religious leaders in 47% of cases and the remaining 53% of the restrictions is not supported by the doctrine of the names mentioned.

Another important finding, which indicates the lack of knowledge concerning the patient's nutritional value, was evidenced in the category of restrictions pertaining to health reasons. About 94% of the patients alleged restrictions, has no relation to their health status reported in their records.

The Expression of Coercion in relation to dietary restrictions, obtained in this sample of 271 patients had an average of 1.61 ± 1.61 . These values were significantly higher than those observed in another sample of 410 outpatients from the same hospital, which averaged 0.43 ± 0.74 ($t = 11.85$ $df = 560$, $p < 0.05$). But there were no significant differences between groups of patients with and without dietary restrictions, or between sub-groups for the stated reason. This shows a different pattern of expression of coercion, which can be attributed, perhaps, the situation of being hospitalized.

As for the embarrassment of being asked about their religious aspects, the data show that patients have no impediments to this approach. So much so that none of the three patients who said they would be embarrassed reported restrictions for religious reasons. This also agrees with that obtained in other studies (13 and 14 of the review and McCord).

It is important to highlight the case of a Israeli patient, declared as Orthodox Christian, but living in Brazil, which reported a food restriction as religious, but also relating it to the Jewish culture. In the Orthodox Christians there is no report of any food restriction. This case illustrates that system of religious beliefs and cultural traditions are interlaced, and could influence the decision-making process, in this case, a food restriction.

Final Considerations

Based on the obtained data we conclude that:

- The food restrictions are present in many patients, predominantly as a matter of personal taste;
- Dietary restrictions for religious motives represent a portion of the reports submitted by patients in relation to this issue;
- The group of meat that was the most cited in food restrictions by religious motivations;
- An expression of coercion experienced by patients did not present statistically significant differences between groups with and without dietary restrictions, and between different motives reported, but is significantly higher than that seen in outpatient clinics;
- Patients realize they can express their opinion, but recognize that it is not taken into account by health professionals in decision making on the provision of food;
- A very small group of patients would be embarrassed if he were asked about their religious practices, but none of these individuals had any dietary restrictions for religious reasons.

These findings highlight the importance of shared decision-making with patients, to include other aspects in this process and enhance the role of personal opinions, beliefs and traditions. The dialogue between patients, families and health professionals builds trust and mutual understanding, and can increase adherence to treatment.

References

1. Goldim JR. Bioética Complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Revista AMRIGS* 2009;53:58-63,.
2. 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.
3. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Boer APK. *Bioética e Espiritualidade*. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
4. Goldim JR, *Bioética e Espiritualidade* [Cited in Aug 2, 2007] Available in <http://www.bioetica.ufrgs.br>
- 5 Goldim JR, Raymundo MM, Fernandes MS, Lopes MHI, Kipper DJ, Francisconi CF. Clinical Bioethics Committees: A Brazilian Experience. *Journal International de Bioéthique*, 2008;19:181-192.
6. Slady A. Bioethical concepts of health in medicine. *Sb Lek* 1995;96(3):195-98.

7. Daar AS, al Khitamy AB. Bioethics for clinicians;21. Islamic bioethics. CMAJ 2001; 164(1):60-3.
8. Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación Del tamaño de las muestras en los estudios sanitários. Ginebra: OMS, 1991:1, 25.
9. Brasil. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2000:173-174.
10. Philipp, S.T et al, Pirâmide Alimentar Adaptada: Guia Alimentar para os alimentos, Rev.Nutr, Campinas, 12(1) 65-80, jan./abr.,1999
- 11 Gardner W, Hoge SK, Bennet N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP. Two scales for measuring patients perceptions for coercion during mental hospital admission. Behavior Science Law.1993.
- 12.. Taborda JGV. Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul [PhD thesis], 2002.
13. Protas J. Adaptação da Escala de Percepção de Coersão em Pesquisa e da escala de Expressão de Coersão para Procedimentos Assistenciais em Saúde. Porto Alegre: PPG em Medicina: Ciências da Saúde/UFRGS, 2010.

Considerações Finais

Com base nos dados obtidos na amostra de pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre é possível concluir que:

- as restrições alimentares estão presentes em muitos pacientes, predominando a restrição por gosto pessoal, com apenas uma parcela de relatos referindo motivações religiosas;
- o grupo das Carnes foi o mais frequentemente citado em restrições religiosas e por razões de saúde, enquanto que o grupo dos Vegetais foi o que teve maior referência nos pacientes que alegaram ter restrições por não gostar;
- a Expressão de Coerção destes pacientes internados foi significativamente superior a verificada em pacientes ambulatoriais;
- os pacientes, independentemente de referirem ou não restrições alimentares, tiveram Expressão de Coerção semelhantes;
- na interação com os profissionais de saúde, os pacientes percebem que podem expressar a sua opinião, mas reconhecem que ela não é levada em conta por parte deles na decisão sobre a oferta de alimentos;
- o questionamento de motivações religiosas não causa constrangimento para a maioria dos pacientes estudados.

Os dados obtidos demonstram como é importante desenvolver a capacidade de tomar decisões compartilhadas entre profissionais de saúde e pacientes. Da mesma maneira, evidenciam a importância do sistema de crenças e valores no processo de tomada de decisão. A Bioética tem uma importante contribuição a dar neste sentido quando amplia e integra diferentes aspectos e posições no processo de tomada de decisão.

Várias propostas de continuidade deste projeto de pesquisa podem ser antevistas: tais como:

- realizar estudos transculturais envolvendo pacientes de outras regiões do Brasil e de outros países;
- ampliar o levantamento de restrições alimentares por motivos religiosos para outras denominações e aprofundar os dados já disponíveis;
- propor estudos sobre a efetividade de programas educativos sobre

aspectos religiosos e espirituais envolvidos em questões nutricionais para profissionais de saúde, especialmente nutricionistas;

- ampliar os estudos sobre Expressão de Coerção em pacientes internados e na população em geral com vistas a melhorar o entendimento desta variável e a sua utilização no processo de tomada de decisão.

Anexos

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa sobre restrições alimentares. Este projeto está sendo executado por pesquisadores do Laboratório de Bioética do HCPA, coordenados pelo Prof. José Roberto Goldim (2101-7615). As pesquisadoras envolvidas no projeto são as Nutricionistas Marília F. Wettstein e Lia V.B.N. Ferreira Alves, que também podem ser encontradas no mesmo telefone (2101-7615).

A sua participação constará de uma entrevista e na resposta a alguns instrumentos de coleta de dados. A duração aproximada da entrevista é de 15 minutos.

A sua participação é totalmente voluntária. Mesmo tendo autorizado a coleta, você pode interromper a sua participação a qualquer momento, sem ter que dar qualquer explicação.

Os dados de identificação não serão utilizados para qualquer finalidade a não ser permitir que os dados não sejam armazenados de forma equivocada. Quando o banco de dados for constituído os seus dados de identificação serão descaracterizados.

Caso deseje saber mais informações sobre o projeto ou sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, também pode fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, que aprovou o presente projeto de pesquisa. Este contato pode ser feito pelo telefone 2101-8304.

Eu, _____ autorizo a realização das entrevistas sobre restrições alimentares, de forma voluntária.

_____/____/____

Termo de Consentimento obtido por _____/____/____

Uma cópia deste TCLE ficará com o participante da pesquisa.

*Documento em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante

Anexo 2 – Instrumento de Entrevista Restrição Alimentares

<input type="text"/>									
ANO		MÊS		DIA		L	COLET.		

SUJ.

Motivo de Internação
Leito

Restrições alimentares
(Não)
(Sim) Descrever

Justificativa para as restrições (gosto, hábito, ...)

Pratica alguma religião
(Não)
(Sim) qual _____

Sabe de alguma restrição de consumo de alimentos ou tipos de alimentos devido a sua religião?

(Não)
(Sim) Qual

Anexo 3 – Escala de Expressão de Coersão

SUJ.

ANO		MÊS		DIA		L		COLET.			

SEXO: ()F ()M IDADE: ____ ANOS PROFISSÃO: _____

ESCOLARIDADE: ____ ANOS DE ESTUDO

- () NÃO ALFABETIZADO
 () ENSINO FUNDAMENTAL (PRIMÁRIO/ 1º GRAU)
 () ENSINO MÉDIO (GINÁSIO/ 2º GRAU)
 () ENSINO SUPERIOR (FACULDADE)
 () PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO/ DOUTORADO)

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:

	Concordo	Discordo
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.		