



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES**

***RELIGIOSIDADE EM INDIVÍDUOS HIPERTENSOS DE UMA  
UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRAS  
DE FOGO – PB***

**VALDELENE NUNES DE ANDRADE PEREIRA**  
**João Pessoa – PB**  
**2013**

**VALDELENE NUNES DE ANDRADE PEREIRA**

***RELIGIOSIDADE EM INDIVÍDUOS HIPERTENSOS DE UMA  
UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRAS  
DE FOGO – PB***

Dissertação vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Ciências das Religiões na Linha de Pesquisa Espiritualidade e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Berta Lúcia Pinheiro Klüppel

**João Pessoa – PB  
2013**

P436r *Pereira, Valdelene Nunes de Andrade.*

*Religiosidade em indivíduos hipertensos de uma Unidade do Programa Saúde da Família de Pedras de Fogo-PB/ Valdelene Nunes de Andrade Pereira.- João Pessoa, 2013.*

*179f.*

*Orientadora: Berta Lúcia Pinheiro Klüppel*

*Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE*

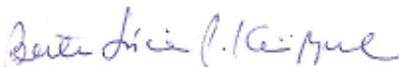
*1. Ciências das religiões. 2. Religiosidade - hipertensos.  
3. Saúde mental. 4. Relação médico-paciente.*

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

*"RELIGIOSIDADE EM INDIVÍDUOS HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE DO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRAS DE FOGO-PB"*

Valdelene Nunes de Andrade Pereira

Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profa. Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel  
Orientadora/PPCG/UFPB



Profa. Dra. Soraya Maria de Medeiros  
Membro-externo/UFRN



Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá  
Membro/PPGCR/UFPB



Profa. Dra. Fernanda Burle de Aguiar  
Membro/PPGCR/UFPB

*Dedico este trabalho à minha saudosa avó Alice, que me ensinou a rezar quando eu tinha apenas dois anos de idade e aos meus filhos: João Paulo, João Victor e Mariana, raios de sol que Deus enviou pra iluminar essa minha curta passagem aqui na terra.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida e por ter direcionado todos os meus passos desde o início da minha busca científica pelo imponderável mundo da fé.

Aos meus pais Leni e Valdemar, que me ensinaram os valores primordiais da vida: fé, honestidade e perseverança.

Ao meu irmão Lenimar, exemplo de dedicação ao ensino nesse país, pelo incentivo e apoio nos meus primeiros anos de vida estudantil.

Ao meu esposo João pelo apoio técnico na elaboração de gráficos e tabelas e pela paciência a mim dedicada nesses dois anos que se passaram.

À minha irmã Valdeni, e minha cunhada Luiza, que me mostraram o caminho das pedras, na descoberta desse mestrado.

À professora Berta, minha orientadora, pela paciência, disponibilidade e contribuições dadas durante a execução desse trabalho.

À banca examinadora, pela disponibilidade em contribuir para o enriquecimento e a conclusão desta dissertação.

Aos professores do PPGCR, representados nas pessoas das professoras Fernanda Lemos, Maria Lúcia Abaurre e Eunice Simões, pelos tijolinhos colocados durante este curso, mas que foram de extrema importância na manufatura dessa obra.

Aos pacientes de Pedras de Fogo que fizeram parte dessa pesquisa, pois sem eles não teria sido possível a sua execução.

À minha amiga Miriam, por toda a ajuda durante a coleta de dados, marcação das consultas, entrevistas e exames dos pacientes.

“Aqueles que contam com o Senhor renovam suas forças... correm sem se cansar, vão para frente sem se fatigar.”

(Is 40, 31)

PEREIRA, Valdelene Nunes de Andrade. **Religiosidade em indivíduos hipertensos de uma unidade do Programa Saúde da Família de Pedras de Fogo – PB.** 2013 - 179f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a influência da religiosidade sobre a pressão arterial em 139 pacientes hipertensos com idades entre 25 e 75 anos, em uma unidade do Programa Saúde da Família, no município de Pedras de Fogo, Paraíba, no período de dezembro de 2011 a dezembro de 2012. A amostra foi composta por dois grupos: o Grupo de Estudo com 73 pessoas que aderiram ao protocolo da pesquisa, intensificando a atividade religiosa; e o Grupo Controle, com 66 pacientes que não tinham religião ou não aderiram à intensificação de suas atividades religiosas. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e mantiveram a rotina clínica de acompanhamento. Foram aplicados: um questionário clínico sócio-demográfico com dados pessoais e clínicos e a Escala de Atitude Religiosa (Aquino, 2005) no início e ao fim do período de nove meses. A análise dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18. Embora não tenha havido reduções significativas da pressão arterial nos sujeitos da pesquisa, foi encontrada no Grupo de Estudo uma diminuição do uso de antidepressivos e de indutores do sono. Ao correlacionar algumas queixas que reduziram percentualmente no Grupo de Estudo com as práticas religiosas que haviam sido intensificadas, foi verificado que: a oração foi inversamente proporcional à dor no peito ( $r = -0,259$ ;  $p < 0,01$ ), ao medo da morte ( $r = -0,189$ ;  $p < 0,05$ ) e às mãos frias ( $r = -0,195$ ;  $p < 0,05$ ). Os maus pressentimentos ( $r = -0,235$ ;  $p < 0,01$ ) ocorriam menos nos que comungavam e a reza do terço pode ter contribuído para reduzir as tonturas ( $r = -0,217$ ;  $p < 0,05$ ). Foi verificada correlação direta entre o perdão e o humor referido entre os mais religiosos da amostra ( $r = 0,233$ ;  $p < 0,05$ ) na primeira etapa do estudo. A avaliação dos relatos aponta a religiosidade mútua como fator que melhora a relação médico-paciente. Concluímos que a religiosidade traz benefícios à saúde geral das pessoas, fortalecendo a confiança do paciente para com o médico, podendo ser usada como ferramenta terapêutica complementar inclusive no campo da saúde mental.

**Palavras-chave:** Religiosidade; Hipertensão; Saúde mental; Relação médico paciente.

PEREIRA, Valdelene Nunes de Andrade. **Religiosity in hypertensive subjects of a unit of the Family Health Program Pedras de Fogo - PB.** 2013 – 179f. Dissertation (Master Degree in Religion Sciences), Federal University of Paraíba - UFPB.

## ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the influence of religiosity in 139 patients between 25 and 75 years old which being treated for arterial hypertension in a family health program located in the city of Pedras de Fogo, Paraíba, in the period between December, 2011 and December, 2012. The sample included two groups: the Study Group, with 73 people that accepted to be part of the research, in which the religious activities were intensified; and the Control Group, with 66 patients that did not have any religion or did not accept the intensification of their religious activities. All of them had signed an informed consent for participation in the study and the clinical medical routine in both groups was maintained. It was applied: a clinical social-demographic questionnaire with a personal profile and the Scale Religious Attitude (Aquino, 2005) at the start and end of the nine months period. The analysis of the data was made in the program *Statistical Package for the Social Sciences*, version 18. Although there have been no significant reductions in the blood pressure in the subjects of the research, there was in the Study Group a decrease in the use of sedatives and antidepressants. Correlating some complaints that was reduced in a percentage in the Study Group with the intensification of religious activities, it was observed that: there is an inverse proportional relationship between prayer and chest pain ( $r = -0,259$ ;  $p < 0,01$ ), fear of death ( $r = -0,189$ ;  $p < 0,05$ ), and cold hands ( $r = -0,195$ ;  $p < 0,05$ ). Bad feelings ( $r = -0,235$ ;  $p < 0,01$ ) occurred less in the patients that took the communion and the recitation of the Rosary may have contributed to reduce dizziness ( $r = -0,217$ ;  $p < 0,05$ ). It was also observed a direct correlation between forgiveness and humor among the people who were the most religious of the sample ( $r = 0,233$ ;  $p < 0,05$ ) in the first step of the study. The evaluation of the reports points out mutual religiosity as a factor that improves the doctor-patient relationship. We have concluded that religiosity benefits people health in general, strengthening the trust of the patient in the doctor, and can be used as a therapeutic tool also in the field of mental health.

**Key words:** religiosity; arterial hypertension; mental health; doctor-patient relationship.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AIDS – Acquired Immuno Deficiency Syndrome
- ACTH – *Adrenocorticotropic hormone*
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CCK – Colecisticinina
- CD4 – Linfócito T Auxiliar
- CRF – Fator Liberador de Corticotropina
- CCS – Centro de Ciências da Saúde
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- GABA – *Gamma-AminoButyric Acid*
- GC – Grupo Controle
- GE – Grupo de Estudo
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- HIV – *Human immunodeficiency virus infection*
- HPA – Hipotálamo Pituitária Adrenal
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDATE – Inventário da Ansiedade Traço-Estado
- IURD – Igreja Universal do Reino de Deus
- E– Entrevistado (a)
- FC – Frequência Cardíaca
- FR – Frequência Respiratória
- Ig A – Imunoglobulina Salivar A
- MCA – Medicina Complementar/Alternativa
- mmHg – Milímetros de Mercúrio
- MS – Ministério da Saúde
- MT – Medicina Tradicional
- NK – *Natural Killer*
- NHANES – *National Health and Nutrition Examination Survey*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PA – Pressão Arterial
- PASI – Pressão Arterial Sistólica Inicial

PASF – Pressão Arterial Sistólica Final

PADI – Pressão Arterial Diastólica Inicial

PADF – Pressão Arterial Diastólica Final

PEP – Período de Pré-ejeção

PIP – *Proximal Intercessory Prayer*

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PSF – Programa Saúde da Família

PUC – Pontifícia Universidade Católica

QAAR – Questionário de Atitude Religiosa

RCC – Renovação Carismática Católica

SABE – Saúde, Bem Estar e Envelhecimento

SIMTEL – Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

TT – Toque Terapêutico

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

USF – Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Figura 1:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas por faixa etária.....                 | 66  |
| <b>Figura 2:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto ao uso<br>de medicamentos..... | 71  |
| <b>Figura 3:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto aos sintomas I.....            | 73  |
| <b>Figura 4:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto aos sintomas II.....           | 74  |
| <b>Figura 5:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto aos sintomas III.....          | 77  |
| <b>Figura 6:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto aos sintomas IV.....           | 79  |
| <b>Figura 7:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à oração.....                  | 85  |
| <b>Figura 8:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à meditação.....               | 87  |
| <b>Figura 9:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à intercessão.....             | 88  |
| <b>Figura 10:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à reza do terço.....          | 89  |
| <b>Figura 11:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à comunhão.....               | 91  |
| <b>Figura 12:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à leitura de textos.....      | 92  |
| <b>Figura 13:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas que recebem oração.....              | 93  |
| <b>Figura 14:</b> Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto ao humor.....                 | 111 |

## LISTA DE TABELAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabela 1:</b> Estado civil e sexo da amostra de pacientes hipertensos.....   | 69  |
| <b>Tabela 2:</b> Correlação entre perdão, altruísmo, importância de Deus e humor do GE na amostra de pessoas hipertensas. Primeira etapa..... | 114 |
| <b>Tabela 3:</b> Correlação entre perdão, altruísmo, importância de Deus e humor do GC na amostra de pessoas hipertensas. Segunda etapa.....  | 115 |
| <b>Tabela 4:</b> Média dos itens da Escala de Atitude Religiosa da amostra de pessoas hipertensas. Primeira etapa.....                        | 120 |
| <b>Tabela 5:</b> Média dos itens da Escala de Atitude Religiosa da amostra de pessoas hipertensas. Segunda etapa.....                         | 121 |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>   | <b>21</b> |
| 1.1 – Religião.....  | 22        |
| 1.2 – Fé / Espiritualidade / Religiosidade.....  | 25        |
| 1.2.1 – Instrumentos da espiritualidade cristã.....  | 31        |
| 1.2.2 - A oração como instrumento da espiritualidade.....  | 32        |
| 1.3 - Relação entre religiosidade e qualidade de vida.....   | 33        |
| 1.4 - Hipertensão arterial sistêmica.....  | 34        |
| <b>CAPÍTULO 2 – O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM O BINÔMIO ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE DIANTE DE NOVAS PERSPECTIVAS NA TERAPÊUTICA.....</b> | <b>37</b> |
| 2.1 – A saúde e a gênese das doenças.....  | 37        |
| 2.2 – Bioquímica do estresse.....  | 40        |
| 2.3 – Os efeitos da espiritualidade/religiosidade sobre o estresse.....  | 42        |
| 2.4 – Os efeitos da espiritualidade/religiosidade sobre as condições gerais de saúde do indivíduo.....   | 44        |
| 2.5 – Os efeitos da espiritualidade/religiosidade sobre a hipertensão arterial sistêmica (HAS).....  | 48        |
| 2.6 – Surge uma nova medicina.....   | 50        |
| <b>CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA.....</b>   | <b>53</b> |
| 3.1 – Desenho e local do estudo.....   | 53        |

|  |    |
|--|----|
| 3.2 – População e amostra.....   | 53 |
| 3.2.1- Critérios de inclusão.....  | 54 |
| 3.2.1.1- Grupo de estudo.....  | 54 |
| 3.2.1.2- Grupo controle.....   | 54 |
| 3.2.2- Critérios de exclusão.....  | 55 |
| 3.3 – Posicionamentos éticos.....  | 55 |
| 3.4 – Instrumentos e procedimentos da coleta de dados.....   | 55 |
| 3.5 . Procedimentos operacionais do estudo.....  | 56 |
| 3.6 – Análises dos dados e tratamento estatístico.....   | 58 |
| 3.6.1 – Teste de hipótese da diferença entre duas médias populacionais com observações emparelhadas..... | 59 |
| 3.6.2 – Teste do Qui-quadrado para independência.....  | 60 |
| 3.6.3 – Teste exato de Fisher.....   | 61 |
| 3.6.4 – Correlações de Pearson.....  | 62 |
| 3.7 – Limitações do estudo.....  | 62 |

## **CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO ..... 64**

|  |     |
|--|-----|
| 4.1 – Dados sócio-demográficos e clínicos.....   | 64  |
| 4.1.1 – Amostra pesquisada quanto ao sexo.....   | 64  |
| 4.1.2 - Amostra pesquisada quanto à faixa etária.....                                    | 65  |
| 4.1.3 - Amostra pesquisada quanto à escolaridade.....                                    | 67  |
| 4.1.4 - Amostra pesquisada quanto ao estado civil e sexo.....                            | 68  |
| 4.1.5 - Amostra pesquisada quanto ao uso medicamentos.....                               | 70  |
| 4.1.6 - Amostra pesquisada quanto aos sintomas referidos nas duas etapas da pesquisa.... | 72  |
| 4.2 – Religiosidade/espiritualidade.....   | 81  |
| 4.2.1 – Afiliação religiosa.....   | 81  |
| 4.2.2. – Amostra analisada quanto às práticas religiosas nas duas etapas do estudo.....  | 83  |
| 4.2.2.1 – A frequências aos cultos.....  | 83  |
| 4.2.2.2 – A prece ou oração.....   | 85  |
| 4.2.2.3 – A meditação.....   | 87  |
| 4.2.2.4 – A intercessão.....   | 88  |
| 4.2.2.5 – O terço ou rosário.....  | 89  |
| 4.2.2.6 – A comunhão.....  | 90  |
| 4.2.2.7 – A leitura de textos sagrados ou religiosos.....                                | 91  |
| 4.2.2.8 – Os que recebem orações de outras pessoas.....                                  | 93  |
| 4.2.3 – Correlação entre prática religiosa e os sintomas apresentados.....               | 95  |
| 4.2.4 – Abordagem religiosa na consulta clínica.....                                     | 95  |
| 4.2.5 – Perdão e altruísmo: sua relação com a saúde.....                                 | 98  |
| 4.2.6 – Relacionamento individual com Deus/ <i>coping</i> .....                          | 100 |

|   |            |
|---|------------|
| 4.2.7 – Cura pela fé.....   | 101        |
| 4.3 – Dados comportamentais e estilo de vida .....  | 105        |
| 4.3.1 – A dieta alimentar e a religiosidade.....  | 106        |
| 4.3.2 – O fumo e a religiosidade.....   | 107        |
| 4.3.3 – A religiosidade e o hábito de fazer exercícios.....   | 108        |
| 4.3.4 – O humor referido.....   | 110        |
| 4.3.4.1 – Correlação entre perdão, altruísmo, importância de Deus e humor da amostra analisada..... | 113        |
| 4.3.5 – Frequência a grupos de promoção a saúde/família e suporte social.....                       | 115        |
| 4.4 – Análise da Escala de Atitude Religiosa.....   | 118        |
| 4.5 – Interferência da religiosidade na pressão arterial.....                                       | 122        |
| 4.5.1 – Pressão arterial sistólica e frequência à igreja em mulheres de 25 a 59 anos.....           | 122        |
| 4.5.2 – Pressão arterial diastólica e frequência à igreja em mulheres de 25 a 59 anos.....          | 123        |
| 4.5.3 – Pressão arterial sistólica e frequência à igreja em mulheres de 60 a 75 anos.....           | 123        |
| 4.5.4 – Pressão arterial diastólica e frequência à igreja em mulheres de 60 a 75 anos.....          | 123        |
| 4.5.5 – Pressão arterial sistólica e frequência à igreja em homens de 60 a 75 anos.....             | 124        |
| 4.5.6 – Pressão arterial diastólica e frequência à igreja em homens de 60 a 75 anos.....            | 124        |
| 4.5.7 – Correlação entre a Escala de Aquino e a pressão arterial.....                               | 124        |
| <br>  |            |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>128</b> |
| <br>  |            |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>131</b> |
| <br>  |            |
| <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>147</b> |
| <br>  |            |
| APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....  | 148        |
| APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO CLÍNICO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....  | 150        |
| <br>  |            |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>155</b> |
| <br>  |            |
| ANEXO A – CERTIDÃO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CCS/UFPB.....                      | 156        |
| ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO.....   | 157        |

|  |     |
|--|-----|
| ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATITUDE RELIGIOSA.....  | 158 |
| ANEXO D – RESULTADOS ESTATÍSTICOS DO TESTE DE FISHER PARA<br>AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL/ESCALA DE AQUINO..... | 159 |

## INTRODUÇÃO

Tem crescido significativamente, no mundo, a prevalência de doenças crônicas consideradas incuráveis tais como a Hipertensão Arterial. Sabe-se que, além dos fatores genéticos predisponentes, há a influência do meio na gênese desta doença. Dessa forma, são igualmente importantes os hábitos alimentares, a maneira de lidar com a vida, incluindo-se aí os fatores estressantes.

Diversos estudos têm apontado melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas praticantes de alguma atividade religiosa e ou espiritual, tais como: a reza ou a prece, a meditação, a leitura bíblica, o toque terapêutico, as curas e encontros públicos ou privados com curandeiros, entre outros (PERES et al., 2007; MOREIRA-ALMEIDA; STROPPA, 2009). Em alguns períodos da história humana, houve uma integração entre mente e coração, razão e intuição. Ultimamente a tecnologia e a racionalidade tornaram-se preponderantes, ocasionando com isto o estresse, as doenças cardiovasculares, a depressão, as doenças auto-imunes e até o câncer (BALESTIERI, 2009).

Ciência e religião estiveram por muito tempo em campos opostos, principalmente aqui no Ocidente. No entanto, nos dias atuais torna-se menos estranha a ideia que o corpo humano sofre influências da religiosidade desenvolvida pelo indivíduo (SOUSA et al., 2004). Surpreendentemente esta visão holística do ser veio à tona por intermédio principalmente das Ciências Exatas, mais precisamente da Física Quântica. Esta considera possível a interconexão de tudo o que há no universo, revolucionando o conhecimento, à medida que admite a noção de totalidade e não mais de fragmentação (CAVALCANTI, 2004). Tal pensamento corrobora as ideias de Dossey (2007) que afirma que estamos diante de uma nova era na Medicina: a da não localização da mente.

Bertani (2006) chama a atenção para a necessidade de o médico ter uma visão integral da pessoa, não se detendo somente ao órgão, à dor, à emoção. Nesta visão ampliada pode-se considerar que deve haver uma sinergia entre a Medicina e a Religião, ajudando o homem na busca pela saúde física e pelo seu bem estar psicológico. Esta nova perspectiva terapêutica pode ser chamada de Medicina Teossomática (LEVIN, 2011).

Este autor aponta para o resultado de pesquisas médicas variadas, onde foram observadas menores taxas de mortalidade, de enfermidades cardiovasculares e câncer entre

os indivíduos religiosos. Segundo suas observações, a religiosidade ou a espiritualidade ativa constituem um fator de proteção para a saúde.

A dimensão espiritual pode ser trabalhada em qualquer lugar e com pessoas de instrução mínima ou superior, não sendo necessários grandes refinamentos ou arsenais terapêuticos para tal (MARQUES, 2003). Além disso, chama a atenção o fato de que o interesse do médico pela religiosidade do paciente melhora a relação entre ambos e, conseqüentemente, propicia resultados terapêuticos mais satisfatórios (PERES et. al., 2007). Mas é importante frisar que o profissional deve ter habilidade e neutralidade ao inquirir o paciente sobre suas crenças (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

As limitações éticas e metodológicas têm transformado este tema num verdadeiro desafio para muitos pesquisadores, ao se tentar mensurar e quantificar o impacto das experiências religiosas e espirituais pelos métodos da ciência tradicional (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). A religiosidade tem sido menosprezada por muitos profissionais da área da saúde mental, que consideram este aspecto do comportamento humano antigo e fora de moda. Isto vem sendo contrariado por diversos estudos epidemiológicos, os quais demonstram a importância do tema no âmbito médico, na medida em que se busca o alívio das mazelas humanas (MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO-NETO E KOENIG, 2006).

Estes autores em revisão sobre o tema “Religiosidade e Saúde Mental” referem diversos estudos como os de Smith, McCullough e Poll que encontraram uma associação entre religiosidade e menor incidência de sintomas depressivos; além de Paloutzian, Ellison e Loneliness que verificaram melhores níveis de bem-estar psicológico naqueles indivíduos com algum envolvimento religioso. Ainda nesta revisão os autores citam um estudo de Dervic, Oquendo, Grunebaum, Ellis, Burke e Mann que encontraram associação inversa entre afiliação religiosa e tentativa de suicídio, em 371 sujeitos com o mesmo nível de depressão. O menor índice de uso ou abuso de drogas lícitas e ilícitas em indivíduos dotados de alguma religiosidade foi relatado por Kendler, Liu, Gardner, McCullough, Larson e Prescott. O próprio Koenig é conhecido internacionalmente por sua extensa obra neste campo e aqui no Brasil, Moreira-Almeida tem publicado com frequência artigos que relacionam a prática religiosa à melhor saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006 ; MOREIRA-ALMEIDA, 2007; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Há pesquisas que relacionam a prática regular de alguma atividade religiosa com melhor controle do isolamento e do estresse (LEVIN, 2011). Além de outras que têm apontado o bem estar espiritual como uma experiência de fortalecimento no enfrentamento

das dificuldades (MARQUES, 2003). Um dos fatos que serve de termômetro nesta área é o grande número de instituições norte-americanas que têm incluído em suas grades curriculares o estudo sobre espiritualidade na saúde (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Levin (2011) realizou uma extensa pesquisa durante quase cinco anos, onde reuniu cerca de 200 artigos que relatavam a influência positiva da prática religiosa sobre a saúde, independente de credo, etnia, idade, sexo, hábitos de vida, método científico empregado ou local onde o estudo foi desenvolvido.

Diante do contingente de obras na literatura que apontam benefícios para a saúde humana pelo exercício da religiosidade, surge o seguinte questionamento: teria ela alguma influência sobre a pressão arterial? Lotufo Neto (2003), Savioli (2007) e Levin (2011) respondem que sim. O objeto da atual pesquisa foi composto de dois fatores: religiosidade e hipertensão arterial sistêmica na Atenção Básica. No entanto faz-se necessário dizer que a religiosidade está intrinsecamente ligada à espiritualidade, razão pela qual será mencionado diversas vezes o binômio espiritualidade/religiosidade, detendo-se à conceituação de ambas. Também se fará menção à qualidade de vida por associá-la de alguma forma à atitude religiosa (CARNEIRO, 2009; NEPOMUCENO, 2011).

A Medicina, em sua essência, não surgiu apenas para a cura, mas principalmente, para o alívio do sofrimento humano, qualquer que seja a sua causa. A relevância deste estudo reside na necessidade de demonstrar a importância do componente espiritual na vida humana, contribuindo para amenizar o sofrimento dos participantes desta pesquisa. Com o intuito de melhor explorar este tema trilhamos o presente trabalho tendo como objetivo geral: analisar a influência da religiosidade sobre a hipertensão arterial nos pacientes de uma unidade do Programa Saúde da Família<sup>1</sup> (PSF) no município de Pedras de Fogo, PB; e como objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra quanto às variáveis relacionadas aos aspectos sócio-demográficos, aos hábitos de vida, à presença de Hipertensão Arterial e comorbidades;
- Identificar o uso das práticas religiosas pelos pacientes;
- Estimular a prática religiosa dos pacientes que desejam participar do estudo;

---

<sup>1</sup> Apesar da nomenclatura moderna (Estratégia Saúde da Família) fez-se a opção pela mais antiga (Programa Saúde da Família), por ser esta última a mais consagrada e utilizada inclusive pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Identificar os principais sintomas relacionados aos pacientes do estudo e avaliar posteriormente se houve ou não melhora após a intensificação da participação em práticas religiosas;
- Ilustrar os resultados da pesquisa com os dados qualitativos extraídos do caderno de campo da pesquisadora, uma vez que o tema abordado não pode ser visto apenas sob a ótica numérica, implicando também em questões subjetivas, presentes nos relatos dos entrevistados.

O capítulo seguinte contemplará o referencial teórico utilizado para fundamentar a pesquisa. Os demais capítulos discorrerão sobre o processo saúde-doença e sua relação com o binômio espiritualidade/religiosidade, a metodologia, os resultados obtidos e a discussão, confrontando os dados do estudo com os da literatura, apresentando ao término do trabalho as considerações finais da autora.

## CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo desenvolveremos aspectos conceituais e históricos sobre religião, religiosidade, espiritualidade, qualidade de vida e hipertensão arterial sistêmica.

Julgamos necessária uma abordagem inicial sobre todos estes tópicos, tendo em vista ser objeto deste estudo a hipertensão arterial sistêmica e a religiosidade de pacientes com a referida entidade nosológica em uma unidade básica de saúde. Ressaltamos ainda a associação entre qualidade de vida e prática religiosa, sendo esta última uma forma que o ser humano usa para aproximar-se do sagrado. Este por sua vez é objeto de estudo da religião, a qual se reporta incessantemente à espiritualidade das pessoas.

Durante o seu processo evolutivo o homem tem deixado inúmeros registros históricos da íntima relação entre suas concepções religiosas e a prática médica. No antigo Egito, praticamente não havia distinção entre religião e magia, bem como se acreditava no poder curativo das mãos; o que aparece em diversos hieróglifos encontrados pelos cientistas. O tratamento de doenças na Mesopotâmia, no período compreendido entre 3200 e 1025 a. C. era feito com ervas e procedimentos mágicos; pois se acreditava que seriam provocadas por fantasmas que atacavam os seres humanos. Na antiga Grécia (1000 a 500 a. C.) as pessoas acreditavam que as doenças mentais aconteciam por influência dos deuses. Com Platão (429-347 a. C.) surgiu a ideia de tratar a alma; e com Aristóteles (384-322 a. C.) foram esboçados conceitos de psicologia. Surgiu então o holismo na medicina (SAVIOLI, 2006).

O medo da morte e do desconhecido fez com que o homem desenvolvesse sua espiritualidade, dando à sua existência uma dimensão moral através do sagrado (VALE, 2006). Este se manifesta de diversas formas: através de uma simples pedra ou de uma pessoa. Neste último caso nos reportamos a Jesus Cristo, que é tido como encarnação do próprio Deus: a hierofania suprema dos cristãos (ELIADE, 2010).

O crescimento populacional associado ao aumento na expectativa de vida das pessoas vem dificultando em países como os Estados Unidos e o Brasil a prestação dos serviços de saúde. Além disso, tem havido um crescimento no descontentamento dos pacientes frente ao tratamento impessoal que lhes é dado por muitos médicos. Paralelamente a isto, as instituições de caridade mantidas por religiosos vem arcando com uma grande parte dessa assistência. O governo americano passou então a investir pesadamente nas pesquisas sobre religião e saúde, na tentativa de resolver o problema da prestação de

serviços à população, além de incentivar o ensino religioso nas faculdades médicas. Também vem crescendo na classe médica o interesse pelo assunto (SAVIOLI, 2006). Dessa forma estamos diante de uma nova era na medicina, em que fé e ciência estão dialogando com mais frequência e assumindo posições cada vez mais próximas uma da outra.

## 1.1 – Religião

No decorrer da História foram vários os estudiosos que apresentaram suas definições para o termo religião. E um dos problemas em defini-lo está no fato dele pertencer ao contexto histórico ocidental. Sua derivação do latim *religio* significa atuação com consideração ou observância cuidadosa. Cícero (106-43 a. C.) define *religio* como culto ou adoração aos deuses. Posteriormente um escritor e orador cristão dos séculos III e IV de nome Lactâncio propôs um novo significado para este termo, derivando-o de *religare*: ligar de novo, ligar de volta aquele que se afastou de Deus (HOCK, 2010). Jung (2012) utiliza o termo original do latim: *religere* definindo-o como uma observação criteriosa do “numinoso” de Rudolf Otto. Lambert (2011; p.29) por sua vez define a religião como sendo:

Uma organização que supõe, no fundamento da realidade empírica, uma realidade supraempírica (Deus, deuses, espíritos, alma...) com a qual é possível comunicar-se por meios simbólicos (preces, ritos, meditações, etc.), de modo a procurar um domínio e uma realização que ultrapassem os limites de uma realidade objetiva.

Eliade (1989) lamenta não termos ao nosso dispor outro termo mais adequado que “religião” para designar a nossa experiência com o sagrado, pois segundo ele a palavra em questão não é a mais apropriada, considerando as diferenças entre os povos antigos, os hindus, os judeus, os cristãos, os muçulmanos, e tantos outros. Mas como ele próprio desabafou, é tardia esta preocupação e permaneceremos na utilização dela, com todas as suas limitações. A palavra religião pode ser vista ainda como um labirinto, fazendo-se necessário orientar-se bem, para dentro dele não se perder (GRESCHAT, 2005).

Numa linguagem mais poética diz-se que:

Houve um tempo em que os descrentes, sem amor a Deus e sem religião, eram raros. Tão raros que eles mesmos se espantavam com sua descrença e a escondiam, como se ela fosse uma peste contagiosa... Todos eram educados para ver e ouvir as coisas do mundo religioso... Mas alguma coisa ocorreu. Quebrou-se o encanto. O céu, morada de Deus e seus santos, ficou vazio. Virgens não mais apareceram em grutas. Milagres se tornaram cada vez mais raros, e passaram a ocorrer sempre em lugares distantes com pessoas desconhecidas. A ciência e a tecnologia avançaram triunfalmente construindo um mundo em que Deus não era necessário... (ALVES, 2010; p. 9).

Mas quando se esgotam os recursos técnicos surgem questões sobre o sentido da vida, sobre a morte e as pessoas recorrem então aos sacerdotes, mágicos, benzedores e outros que possam aliviar as suas dores. E finalmente, constroem altares, choram seus mortos, esperam pela imortalidade da alma ou ressurreição da carne; o que representaria um triunfo sobre a natureza. O corpo já não tem a última palavra; e como o homem é um ser desejanter, ele busca outras formas de satisfação que não somente a comida ou o abrigo, mas a composição de uma sinfonia, o cultivo de uma flor, a alegria em brincar de roda ou soltar pipa. E do seu dom de dar nome às coisas, valorizando umas mais que outras, é que surge o sagrado, elemento invisível, mas capaz de exortar o medo e proteger do caos. Surge então a religião, como teia de símbolos e rede de desejos, tentando fantásticamente transsubstanciar a natureza, através do poder, do amor e da dignidade do imaginário (ALVES, 2010).

Jung (2012) trata a Religião dentro de uma perspectiva empírica, fazendo as devidas observações dos seus fenômenos, despojadas de abordagens filosóficas ou metafísicas. Seu ponto de vista é científico, ocupando-se com a verdade dos fatos. Ele chama a atenção para o fato de certos rituais serem executados com o intuito de desencadear a ocorrência do “numinoso” por intermédio de diversos mecanismos tais como: mortificação, sacrifício, ioga, meditação, invocação e até encantamentos.

Para Sigmund Freud, o fundador da Psicanálise, a Religião nada mais seria do que uma defesa inconsciente contra a culpa pelo assassinato fictício do primeiro pai e contra o medo da morte que acompanha todo ser humano. Seria uma forma de manifestação coletiva cujos rituais repetiriam atos obsessivos presentes em determinada cultura, servindo para proporcionar a proteção necessária; aquela originariamente dada pelos pais e que passaria a ser transmitida pela Religião. No entanto esta seria uma teoria um tanto simplista para algo

tão complexo quanto a manifestação religiosa (BOECHAT, 2004). Esta visão hegemônica contribuiu para a perpetuação do pensamento de que a espiritualidade/religiosidade esteja sempre à margem da ciência (SANTOS, 2009).

A partir do século XIX a religião passou a ser um objeto das ciências humanas em várias das suas representações, não necessariamente ligada à teologia cristã. Assemelhava-se aos objetos das demais ciências, podendo ser observado de fora. A individualidade e a coletividade se inserem na experiência religiosa (PASSOS, 2006).

O termo religião reporta às instituições religiosas organizadas (LEVIN, 2011), bem como às suas crenças e práticas (KOENIG, 2011a; LEVIN, 2011), enquanto que o termo espiritualidade relaciona-se ao domínio além do corpo e da mente (LEVIN, 2011).

Eliopoulos (2010) entende a religião como estrutura criada pelo homem com regras para relacionar-se com a divindade, usando símbolos e rituais. Seria uma expressão significativa da espiritualidade.

Conforme o exposto acima, definir o termo religião não é uma tarefa fácil, sobretudo se o sujeito o fizer apenas sob a ótica da racionalidade e pelo simples recurso da linguística ou da acurácia científica. Para estudar ou entender a Religião se faz necessário o uso da subjetividade, da intuição, do sentimento. Do contrário como praticá-la? Como descrevê-la? A metodologia científica exige que o estudioso de determinado assunto detenha conhecimento sobre o objeto a ser estudado. Para tanto o cientista da Religião deverá envolver-se com o tema, aprofundar-se em suas águas, tentar entendê-lo, mesmo que não acredite totalmente nele.

A Religião como objeto de estudo da Psicologia remonta ao século XX, com o advento das Ciências das Religiões. Apenas o ser humano escolhe o direcionamento de suas ações, manifestando a sua essência através de suas atitudes. Estas ocupam um grande espaço em sua vida, relacionando-o com a sociedade e com o meio ambiente. Com o intuito de aferir o nível de atitude religiosa, Aquino em 2005 construiu um instrumento, testando-o inicialmente em 169 estudantes universitários, observando uma coerência entre conhecimentos, comportamentos e afetos religiosos (AQUINO et. al., 2009). Este questionário será um dos instrumentos utilizados na atual pesquisa.

Apesar das previsões pessimistas a cerca do futuro da Religião, ela continua mais viva do que nunca no coração da humanidade. E a cada dia surgem mais cientistas interessados em estudá-la.

## 1.2 - Fé / Espiritualidade / Religiosidade

Os aspectos místicos e ligados à transcendência são do campo da chamada Psicologia transpessoal, que dá ênfase à espiritualidade e à consciência unificada. A contribuição de Jung e da Física Quântica para estas novas correntes da Psicologia foi de grande importância, havendo inclusive comunhão de pensamentos quanto à existência de um nível superior de consciência, chamado de universal. Para atingir tal nível de consciência, onde há uma relação com a alma e o abrir de portas para o espírito, a terapia junguiana se utiliza de símbolos, enquanto que os terapeutas transpessoais fazem uso da meditação, do yoga e outros exercícios respiratórios (CAVALCANTI, 2004).

A busca por curas e milagres tem as suas origens na tradição, quando a existência de grandes e pequenos acontecimentos milagrosos, curas e bênçãos são transmitidos de pai para filho. A Bíblia traz desde o Antigo Testamento referências a milagres, relacionando o ser humano com o sagrado. A própria ressurreição de Cristo, o maior de todos os milagres da história da humanidade, é a base para as religiões cristãs (MUNIZ et al., 2005).

Diversos estudos têm apontado melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas praticantes de alguma atividade religiosa. Várias são as atividades espirituais e/ou religiosas efetuadas tais como: a reza ou a prece, a meditação, a leitura bíblica, o toque terapêutico, as curas e encontros públicos ou privados com curandeiros, entre outros (PERES et al., 2007; MOREIRA- ALMEIDA; STROPPIA, 2009).

O estresse na modernidade está diretamente relacionado ao uso do tempo; uma vez que o dividimos em tarefas cada vez mais competitivas, ao passo que dedicamos menos horas para o lazer, para contemplar a natureza e para nos comunicarmos com Deus (PEREIRA, V. N. de A., 2012).

No tocante à saúde mental, na verdade a religião e a prática médica bebiam do mesmo cálice segundo registros históricos. Afinal pode-se dizer que os primeiros psiquiatras foram os xamãs; que eram também sacerdotes. Na Idade Média houve a demonização das enfermidades mentais, levando inclusive muitos indivíduos à fogueira. Mas não se pode esquecer que também o aspecto solidário do cuidado esteve por muito tempo atrelado às instituições religiosas através das santas casas e outras unidades hospitalares semelhantes, em vários locais do mundo e do Brasil. Devido ao pensamento de alguns profissionais renomados na área da Psiquiatria, a espiritualidade e a religiosidade passaram a ser encaradas apenas sob o

olhar dos efeitos nocivos que provavelmente teriam sobre a saúde. Foram então negligenciadas, desprezadas (MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Embora intrinsecamente relacionadas, religiosidade e espiritualidade não são sinônimas. A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus* e significa a parte da pessoa que controla a mente e o corpo. Ela é, portanto tudo o que dá significado à vida das pessoas. Já religiosidade subentende a prática de rituais, incluindo orações, adoração, contemplação, penitência, comunhão, petição e graças (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010). A ciência reconhece a existência da religiosidade intrínseca (que vem de dentro, independente de rituais) e da religiosidade extrínseca, que depende de fatores externos, associada a rituais e entidades religiosas (BALESTIERI, 2009). Já Roberto (2004) afirma que o indivíduo possui religiosidade e espiritualidade independentemente de sua Religião, pois elas seriam condições emocionais e psicológicas de sua existência.

Carvalho (2006) estabeleceu um contraste entre o modelo Fiducial de fé e outro, o Tillichiano<sup>2</sup>. No primeiro a fé é tida como “confiança em Deus”. O segundo, também conhecido como Modelo Personalista – Extático de Paul Tillich, afirma que ter fé é estar possuído por algo que toca o indivíduo de forma incondicional, na expectativa de uma realização perfeita, exigindo para tal, uma dedicação absoluta. Ainda de acordo com este modelo, a fé brotaria como uma paixão infinita, tendo a participação de todo o corpo humano, assim como do espírito, da alma.

A fé seria a orientação da pessoa rumo ao incondicional, numa espécie de êxtase da personalidade total. Continuando com o pensamento deste teólogo temos a fé ontológica, cuja ênfase encontra-se na consciência do fundamento da realidade, incluindo-se aqui a fé sacramental e a fé moral, a qual define a distância entre Deus e o homem (CARVALHO, 2006).

---

<sup>2</sup> Paul Johannes Tillich (20 de agosto de 1886 - 22 de outubro de 1965) foi um germano-americano existencialista, cristão, filósofo, considerado um dos teólogos mais influentes do século XX.

A fé representa um meio indispensável para obter as graças necessárias. É um dom do Espírito Santo; graça de Deus. É algo mais do que um simples acreditar. Representa um compromisso com a divindade, onde até a inteligência humana colabora com o plano de Deus.

Em razão desse compromisso sacrifica-se até mesmo a vontade individual. Através dessa dependência do ser humano em relação a Deus o homem crente experimenta a onipotência divina (MENDES, 2011).

Para Otto (2005) a divindade é definida com clareza, sobretudo na idéia teísta cristã sobre Deus, caracterizando-se, dentre outros, pelos seguintes atributos: espírito, razão, vontade, intenção, boa vontade, onipotência, unidade da essência e consciência. Segundo ele, o divino só possui atributos perfeitos, enquanto que o humano é um ser limitado, mera criatura frente ao Sagrado. Diante dele o homem descobre o pavor, o *mysterium tremendum*, o *majestas*.

Rocha e Fleck (2004) colocam a religiosidade como uma forma de adoração, de seguimento de certa doutrina, compartilhada por outras pessoas. Faria e Seidl (2005) chamam a atenção para a importância da religiosidade na vida das pessoas, bem como da necessidade de um prévio treinamento e de um correto posicionamento ético por parte do profissional que executa esta abordagem junto ao paciente.

Uma das formas de expressar a religiosidade é através da prece, que segundo Tosta (2004) deriva do latim *prex* e pode ser de dois tipos principais: a intercessora, para benefício de outrem; e a petição, para benefício próprio. Este autor apresenta uma revisão com quinze trabalhos que pesquisaram o efeito da prece de intercessão sobre diversos tipos de pacientes, com períodos de tempo que variaram de uma semana a um ano. Ele fez críticas a alguns trabalhos com poucos pacientes ou com fragilidade metodológica, mas ao final chamou a atenção para o fato de que nem tudo o que usamos na prática nos dias atuais foi cientificamente comprovado, além do que o pensamento científico tido como verdadeiro não é imutável. Mesmo assim, em oito (53%) destas pesquisas houve a detecção de algum efeito sobre as pessoas receptoras da prece. Outros seis trabalhos (40%) apresentaram resultados inconclusivos e em um deles (7%) não houve qualquer efeito sobre os pacientes. Vale salientar que destes 15 trabalhos apenas nove tiveram consistência metodológica, dentre os quais oito demonstraram algum efeito da prece sobre o estado de saúde dos voluntários, correspondendo a 89% dos estudos. O autor concluiu afirmando que, apesar das dificuldades em mensurar os efeitos da prece e de outras práticas como o Reiki e o Toque Terapêutico (TT), o valor desta comunicação silenciosa com o poder divino não será diminuído, sendo necessário o aperfeiçoamento de estudos vindouros.

A oração, prece ou reza é executada de diversas formas conforme a cultura ou Religião. Por exemplo: os católicos celebram missas, enquanto os negros africanos invocam seus antepassados em cerimônias públicas. No primeiro caso a oração é padronizada e feita por um representante da assembleia, enquanto no segundo é espontânea e feita por qualquer participante. Outros povos recorrem a rituais diários a exemplo dos judeus e dos índios. Os

primeiros lançam mão de utensílios, preces escritas em livros, vestimentas certas; os últimos seguem outros padrões ritualísticos. Os muçulmanos e os budistas teravadas exercitam também sua religiosidade através da linguagem corporal. Ambos prostram-se no chão em orações. Mas enquanto os primeiros fazem pedidos a Alá os outros apenas veneram a Buda sem nada pedir. Os hindus recitam mantras incansavelmente por acreditarem na encarnação da divindade, nas sílabas do próprio nome; os católicos rezam o rosário, por veneração a Maria. Ambos são exemplos de como a repetição de preces pode atuar sobre a mente e alimentar a alma do fiel. Por fim, os cristãos russos rezam em voz alta fazendo súplicas ao Cristo, em conformidade com os movimentos respiratórios. Posteriormente eles rezam em silêncio esvaziando-se dos pensamentos, atingindo um êxtase espiritual. Esta sensação também é alcançada pelos budistas japoneses ao vocalizarem “*Namu Amida Butsu*” repetidas vezes (GRESCHAT, 2005).

Um aspecto interessante da religiosidade humana ocorre quando o indivíduo se vê entregue a uma doença grave. Diante da impossibilidade de controlar os eventos que ocorrem em sua vida, o homem passa a ser tomado pela ansiedade e pelas preocupações. A religiosidade pode atenuar este quadro através da ideia de que existe alguém maior exercendo tal controle, da melhor maneira possível para este indivíduo. É salutar neste momento colocar-se nas mãos de Deus, sem preocupar-se com o futuro (FORNAZARI; FERREIRA, 2010). Em todos estes casos o fenômeno religioso se manifesta, estabelecendo-se a ligação do homem ao Sagrado, qualquer que seja a sua denominação, não importando a fórmula utilizada para atingir este fim.

Mondoni (2002) faz um paralelo entre Teologia e espiritualidade, detendo-se mais na cristã. Inicialmente ele menciona a origem da palavra espiritualidade na escola espiritual francesa do século XVII, onde ela é entendida como a relação do homem com Deus. Em seguida o autor se reporta ao Judaísmo, onde o termo *ruah* significa espírito, respiração, vento. A força de Javé e a do indivíduo são consideradas para este conceito. Com o Cristianismo surge a noção de Espírito Santo como pessoa divina. A partir do século IX a espiritualidade passou a indicar uma atividade proveniente do Espírito Santo que habita o ser humano. Este conceito perdurou até o século XI. O século seguinte conservou ainda o seu caráter sobrenatural, acrescentando o sentido de interioridade e de afetividade. Nos séculos seguintes a Igreja Católica Ocidental passou a investir mais na Filosofia, revestindo de uma forma científica seu discurso teológico. A partir do século XVII a espiritualidade dividiu-se

em ascética e mística, sendo instituída como cátedra em 1917, em Roma. O autor conceitua a espiritualidade como sendo:

Conjunto de princípios e práticas que caracterizam a vida de um grupo de pessoas referido ao divino, ao transcendente; à vida no Espírito – o que se faz com aquilo em que se acredita; as diferentes maneiras pelas quais se experimenta a transcendência – o modo segundo o qual a vida é concebida e vivida (MONDONI, 2002; p. 18).

A *Ascese (Askesis)* seria: “exercício, treino; esforços graças aos quais se procura progredir na vida moral e religiosa; em geral comporta exercícios de oração mental e uma disciplina corporal” (MONDONI, 2002; p.20).

*Mística (Mistykós)* seria aquilo... “que foi iniciado nos mistérios (realidade secreta, escondida ao conhecimento ordinário); realidade escondida que se propõe a um tipo de experiência que conduz à união com o absoluto” (MONDONI, 2002; p.20).

Para Eliopoulos (2010) espiritualidade seria o âmago do ser que transcende, conectando o homem ao Ser divino, envolvendo sentimentos e afinidades. De acordo com esta autora, todo ser humano possui necessidades espirituais, mesmo que não as reconheça; e que serão importantes principalmente na idade mais avançada, na ocorrência de doenças crônicas. Ela enumera o amor, a esperança, o sentido ou propósito na vida, a gratuidade, a transcendência, a dignidade, o perdão e a fé como necessidades espirituais. Dentre elas a mais importante seria o amor. Continuando com o seu raciocínio, o ser humano precisa sentir-se conectado a um poder superior, e manifesta sua fé através da espiritualidade/religiosidade, das preces, rituais, leituras de textos sagrados e celebrações especiais. Em contrapartida, Rocha e Fleck (2004) veem a espiritualidade como a preocupação com o sentido da vida, sem estar associada à prática de determinada religião. Pensamento semelhante é compartilhado por Pessini (2007) que aponta a espiritualidade como um senso de humanidade, companheirismo, de amizade, de amor, não necessariamente ligada à religião.

Paiva (2004) afirma que “espiritualidade pode ser conceituada como a consciência da integridade do fluxo do Ser em qualquer nível em que se expresse” (p.215). Celich et al. (2009) definem a espiritualidade como uma dimensão exclusivamente humana, legitimadora de valores, selecionadora de comportamentos e práticas, representando um sentimento de pertença do universo e de plenitude interior; tais sentimentos despertariam no homem o desejo de melhorar como pessoa e a preocupação com o semelhante.

Para os cristãos a espiritualidade seria o lado subjetivo da Religião, relacionando o humano e o divino; seria uma forma de viver a fé tendo como ponto de partida o impulso da graça em direção ao Todo, Deus. Seria ainda (para os cristãos) a capacidade de revestir-se da paixão vivida por Cristo no martírio. Não se trata de uma mera interiorização, sendo benéfica para o corpo e para a alma, dando ao homem o equilíbrio necessário para a sua vida (ZILES, 2004). Segundo este autor, a palavra espiritualidade, derivada do termo espírito, não se refere a uma qualidade humana, mas divina; sim porque o “espírito” em questão pertenceria a Deus e não ao homem. Para outros é um componente vital da saúde e personalidade humana, devendo fazer parte do treinamento dos profissionais da área (SARIERRA, 2004).

Koenig (2011a) expõe o risco de se colocar o termo espiritualidade apenas no rol da positividade. É necessária cautela ao se lidar com este tema nas pesquisas, sob a pena de contaminar os resultados. Existe por parte de alguns, uma tendência em relacionar a espiritualidade com boa saúde física e mental, usando apenas indicadores positivos; o que é cientificamente inaceitável. Deve-se considerar que a espiritualidade pode também ter efeitos negativos, dependendo do indivíduo e da circunstância. Não se pode relacionar a boa saúde mental apenas aos indivíduos tidos como espiritualizados, ignorando a existência de ateus e agnósticos, que também podem ter bons valores como norteadores de suas vidas, propósito e sentido na vida. Por outro lado há os indivíduos que sofrem de algum distúrbio mental, tendo inclusive alucinações e que podem estar se considerando espiritualizados. Portanto, pesquisas em espiritualidade e saúde que norteiam seus resultados apenas nos dados positivos não fazem sentido.

Eliopoulos (2010) chama a atenção para o fato de o indivíduo direcionar mal a sua espiritualidade ao atribuir à doença o caráter punitivo de Deus sobre ele; achando que Deus o abandonou. A forma dos pensamentos durante a oração, ou seja: de paz, alegria, confiança; ou de irritação, angústia, desconfiança, dão um direcionamento de como está sendo vivida a espiritualidade do indivíduo (MONDONI, 2002).

Portal (2004) acredita ser a espiritualidade uma missão inerente ao homem, traduzindo a sua forma de pensar, de se relacionar com o mundo, ou porque não dizer com a vida. Segundo sua concepção a espiritualidade estaria diretamente ligada à inteligência; haveria uma inteligência espiritual, não significando, no entanto que os mais espiritualizados sejam mais nem menos inteligentes. Para esta autora um dos motivos para a crise vivida pela sociedade moderna é o baixo desenvolvimento da referida inteligência espiritual. Continuando

esta linha de pensamento mais voltada para a Psicologia Ziles (2004) nos chama a atenção para a possibilidade de haver um subconsciente espiritual em paralelo ao psíquico.

Para estudar os efeitos biológicos da espiritualidade surgiu a Neuroteologia (PESSINI, 2007). Abre-se aqui um leque de questões: haveria um gene determinante da fé ou da espiritualidade? Haveria neurotransmissores que atuariam sobre o cérebro, influenciando sobre o sentimento de busca pelo transcendente? Alguns acusam este ramo da ciência de forçar uma explicação para a fé, quando na verdade esta não seria cientificamente explicável.

### 1.2.1 – Instrumentos da espiritualidade cristã

Mondoni (2002) enfatiza a importância da leitura da Palavra, da eucaristia, da penitência, do batismo, da oração como formas de expressão da espiritualidade cristã. Ele menciona o batismo como novo nascimento, regeneração, iluminação, rito de iniciação. Já a eucaristia aparece sob a ótica de Didaqué<sup>3</sup>, como alimento espiritual e ao mesmo tempo como oração de petição e louvor. O jejum e o pagamento de penitências para a remissão dos pecados é frequente na história do Cristianismo. Considerados elementos essenciais na vida espiritual, a oração e a leitura de textos sagrados aparecem como elos entre Deus e a humanidade.

É perfeitamente compreensível que estes elementos sejam apontados como componentes da espiritualidade dos homens, pois é através da Palavra que Deus comunica Sua vontade; e da oração, que o indivíduo dirige seus pedidos e seus agradecimentos ao Pai Supremo.

---

<sup>3</sup> Didaqué: "ensino", "doutrina", "instrução", do grego *Didache kyriou* é um escrito do século I que trata do catecismo cristão. Constituído de dezesseis capítulos, é uma obra pequena, mas de grande valor histórico e teológico.

Partindo do pressuposto que a espiritualidade é a manifestação transcendente do elo entre o ser humano e a divindade, a leitura religiosa, a comunhão, a prece, o batismo e outras tantas tentativas de comunicação com o Ser Supremo constituem formas de manifestação espiritual.

### 1.2.2 – A oração como instrumento da espiritualidade

A oração constitui-se num dos principais meios de estabelecer um diálogo com a divindade (MONDONI, 2002). Para Greschat (2005) a oração estabelece um contato entre o homem e o mundo invisível. Seria uma comunicação mútua, em que o rezador se expressa, recebendo em troca algo semelhante a uma força, a uma energia; algo que o anima. No mundo ocidental a mais difundida ainda é a oração cristã e ela pode ser de quatro tipos principais: bíblica, contemplativa, meditativa e vocal. No primeiro tipo temos os salmos, amplamente utilizados nos meios cristão e judeu; além da oração do Pai Nosso, que contém desde preocupações com o uso do santo nome de Deus até as súplicas pelas necessidades de sobrevivência humana. No tipo contemplativo há uma maior afetividade e percepção da presença de Deus.

No meditativo predomina o uso das faculdades mentais e do intelecto, enquanto o vocal é o compartilhamento com Deus das nossas necessidades ou preocupações através de orações formais ou não formais, repetitivas ou não (MONDONI, 2002).

A oração cristã tem por finalidade encontrar Deus no íntimo do nosso ser. O ideal é que a prece se inspire na própria Palavra, mas não existe uma oração melhor ou pior pela maneira como é executada. O verdadeiro efeito da oração se verifica na forma como passa a viver o sujeito que a fez. Se ela é eficaz, produzirá nele efeitos benéficos sobre sua forma de ver as coisas, de agir, de sentir, de compadecer-se dos outros. No entanto, faz-se necessário tanto um ambiente exterior adequado, quanto uma atitude interior mais centrada, buscando a calma, a tranquilidade, a serenidade. Ao iniciar a oração o indivíduo deve recolher-se consigo mesmo, conscientizando-se de que está entrando na presença do Senhor, procurando purificar os pensamentos e o coração. Pode-se fazer uso do recurso da imagem para penetrar melhor no próprio interior, atingindo a verdadeira contemplação ou a meditação. Por fim formula-se a prece, o pedido, a súplica, com fé e humildade. Deve-se manter focado no tema da oração que se quer dirigir a Deus e ao final dela, realizar um colóquio com Ele, sob a inspiração do Espírito Santo (MONDONI, 2002).

Greschat (2005) fala da importância de haver um preparo, um prelúdio para a oração. Há quem faça jejum, se lave, troque de roupa antes da prece. Alguns se posicionam de forma peculiar, gesticulam, posicionam as mãos para o alto ou com as palmas para frente. Existem ainda os utensílios usados pelos fiéis de várias religiões ou povos, tais como os ícones da Igreja Ortodoxa, os cachimbos dos índios, os terços dos cristãos católicos.

Também as formas de rezar são diferentes conforme seja a Religião. Alguns recitam preces padronizadas, outros de improviso; alguns as leem, outros só as executam em horários determinados. A oração pode ser uma simples palavra ou diversas frases. Pode ser silenciosa composta pelas preocupações do sujeito ou por textos mentalmente lidos. Pode ser ritmada pela respiração. A iniciação na vida de oração pode ser comparada à escolha de um caminho a ser trilhado, onde o fiel decide tomar atitudes apropriadas isoladamente e depois assume os costumes de sua comunidade. Posteriormente ele volta-se novamente para o seu mundo interior, às vezes sem pronunciar nenhuma palavra, limpando a mente de qualquer pensamento (GRESCHAT, 2005).

### **1.3 – Relação entre Religiosidade e Qualidade de Vida**

Muito se discute sobre o que é ter qualidade de vida hoje. Uns afirmam que é viver bem, com saúde, com um nível mínimo de estresse, com menos horas dedicadas ao trabalho e mais tempo disponível para a família e para o lazer, perdendo menos tempo com o trânsito, praticando exercício e alimentando-se de produtos mais naturais. A seguir temos alguns dos pesquisadores que relacionam a prática religiosa com esta tão sonhada qualidade de vida.

Em Paiva (2004) a definição de qualidade de vida é simples e objetiva: bem estar adequado à vida do indivíduo. De acordo com este autor, há uma ligação entre qualidade de vida, espiritualidade e saúde através do holismo; este é derivado do termo *hólos*, palavra grega que significa o todo, a integridade. Esta visão holística segundo Pozatti (2004) confere à qualidade de vida o caráter totalitário, reunindo as diferentes formas do existir na busca pela inteireza do ser. De acordo com o seu pensamento a saúde e a qualidade de vida são geradas na medida em que o ser humano busca o seu *hólos*.

A qualidade de vida pode ser obtida na medida em que o indivíduo busca a plena satisfação pessoal, suprimindo suas necessidades e atingindo o equilíbrio vital. Durante este processo ele vai organizando sua consciência e o seu modo de vida de acordo com as crenças que vão aparecendo (POZATTI, 2004). Sarriera (2004) faz uma relação entre as obras de Víctor Frankl e Martin-Baró, encontrando neles o compromisso social e a responsabilidade, ambos decorrentes da fé e da espiritualidade. Estas por sua vez, constituem os pilares de uma vida saudável.

Não podemos esquecer-nos de mencionar a importância do controle das doenças crônicas e o apoio aos familiares do doente crônico como forma de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, reduzir os custos na saúde. É primordial estimular o auto cuidado, a educação em saúde e as medidas de prevenção de doenças crônicas, sob pena de permitir o adoecimento das gerações mais jovens com patologias originariamente pertencentes aos mais velhos (BELTRAME; ORSO; GOMES, 2009). É o que vem acontecendo com a hipertensão, que ano a ano acomete pessoas mais novas e em maior número; nem as crianças estão sendo poupadas.

A religiosidade pode proporcionar uma melhor qualidade de vida na medida em que reduz o tabagismo, o alcoolismo, a exposição às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e o isolamento, com a frequência aos grupos religiosos, influenciando positivamente sobre a gênese do câncer (SAVIOLI, 2006).

Na obtenção de uma melhor qualidade de vida e de um envelhecimento bem sucedido todos têm sua parcela de responsabilidade: o indivíduo, os familiares, a equipe de saúde, os governos, a sociedade enfim. Assim como para a saúde plena, na busca por melhores condições de vida faz-se necessária: a educação, a moradia, o trabalho, a justiça, o transporte (BELTRAME; ORSO; GOMES, 2009). Até nos momentos que antecedem a sua morte é direito do paciente, uma melhor qualidade de vida; para isto devem contribuir os profissionais que o cercam. A espiritualidade/religiosidade pode ser usada na redução da ansiedade e do sofrimento (FORNAZARI; FERREIRA, 2010; SAVIOLI, 2006; NEPOMUCENO, 2011; PEREIRA, R. C. F., 2012).

#### **1.4 – Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS**

O Ministério da Saúde (M. S.) define em seu Caderno de Atenção Básica nº 15 a hipertensão arterial como “pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva”(BRASIL, 2006a; p. 14). Não se rotula o indivíduo como hipertenso apenas com uma aferição alterada. Deve-se verificar em outro momento e ter o cuidado de manter o indivíduo confortavelmente em repouso por no mínimo 5-10 minutos antes do exame. Também não é recomendável que o mesmo tenha ingerido cafeína, bebida alcoólica ou mesmo outros alimentos até meia hora da verificação. Pede-se que o mesmo não

fale e permaneça sem cruzar as pernas. O cigarro, a bexiga cheia, os exercícios físicos prévios e o emprego de um manguito inadequado também alteram os resultados. (BRASIL, 2006a).

Estando o paciente confortavelmente sentado, posicionando-se o aparelho de verificação na altura aproximada do coração, palpa-se o seu pulso radial, inflando posteriormente o manguito até o desaparecimento do mesmo. Faz-se isto para estimar a pressão sistólica. Posiciona-se então a campânula do estetoscópio na fossa antecubital, sobre a artéria braquial. Infla-se de forma rápida até ultrapassar o nível estimado da Pressão Arterial (PA) sistólica. Procede-se a deflação de forma constante até identificar a pressão sistólica, a qual corresponde ao primeiro som de Korotkoff (fase I). Após essa determinação aumenta-se a velocidade de deflação para evitar congestão venosa, até que o som desapareça (fase V de Korotkoff), para estimar a PA diastólica. Quando o som persiste até o zero, a determinação desta PA é feita no abafamento sonoro (fase IV de Korotkoff). Tal procedimento é recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Ainda em concordância com as referidas diretrizes têm-se os seguintes valores classificatórios:

- PA sistólica: ótima (<120 mmHg); normal (<130 mmHg); limítrofe (130-139 mmHg); estágio leve de hipertensão (140-159 mmHg); estágio moderado (160-179 mmHg); grave (> ou igual a 180 mmHg); hipertensão sistólica isolada (> ou igual a 140 mmHg), com PA diastólica < 90 mmHg).
- PA diastólica: ótima (<80 mmHg); normal (< 85 mmHg); limítrofe (85 -89 mmHg); estágio leve de hipertensão (90-99mmHg); estágio moderado (100-109mmHg); grave (> ou igual a 110mmHg).

Os valores sistólicos ou diastólicos mais altos determinam a classificação. Quando ambos se situam em categorias distintas, escolhe-se o valor mais elevado para proceder a classificação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O M. S. também recomenda que se faça uma avaliação inicial bem feita com exame físico completo e que se requisitem alguns procedimentos laboratoriais como, por exemplo, um eletrocardiograma, um hematócrito, a glicemia de jejum, as dosagens de colesterol total e frações, bem como de triglicédeos; dada a importância de se detectar possíveis lesões em órgãos alvo, comorbidades e se fazer a distinção dos casos de hipertensão secundária. Nesta última, que não é foco do nosso estudo, a alteração da pressão arterial ocorre devido a uma patologia primária, sendo necessária avaliação mais especializada (BRASIL, 2006a).

A hipertensão arterial sistêmica representa um grave problema de saúde pública, não só em países como o Brasil, mas em todo o mundo, constituindo um grande risco para complicações como os acidentes cerebrovasculares e as patologias renais, sem falar nos enfartes do miocárdio com evoluções fatais em cerca de 25% dos casos (BRASIL, 2006a). Apresenta-se como um quadro degenerativo, podendo transformar-se em causa de incapacidade e de óbito, se não for adequadamente conduzida, afetando pessoas de ambos os sexos e não necessariamente os idosos (BELTRAME; ORSO; GOMES, 2009).

Sua prevalência aumenta com a idade, entre os negros, indivíduos de baixa renda e entre as pessoas que vivem em regiões metropolitanas. Em nosso país atinge cerca de 15% da população geral adulta (SAVIOLI, 2006).

Uma das causas frequentes do aumento da pressão arterial é o estresse, termo empregado para designar uma reação física e mental desencadeada por situação identificada como desfavorável ao organismo; o que constitui o fator estressante. A vida moderna, com o ritmo acelerado de trabalho e a alta competitividade expõem mais frequentemente os indivíduos a doenças como a depressão, a ansiedade e a hipertensão (BROWN, 1999; SELYE, 1984).

Uma vez diagnosticada a hipertensão deve ser tratada, de modo farmacológico, através de diversos tipos de medicamentos, não constituindo objetivo deste estudo; e não farmacológico, entrando aqui as mudanças de hábitos na vida do paciente: a prática de atividade física, a redução no consumo de bebidas alcoólicas, o abandono do tabagismo e a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis (BRASIL, 2006a).

A baixa adesão ao tratamento é um complicador dessa doença e por esta razão os profissionais de saúde muitas vezes buscam novas alternativas terapêuticas (BELTRAME; ORSO; GOMES, 2009). Este trabalho incentiva a prática religiosa como auxiliar para o controle dos níveis pressóricos de portadores de hipertensão.

## **CAPÍTULO 2 - O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM O BINÔMIO ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE DIANTE DE NOVAS PERSPECTIVAS NA TERAPÊUTICA**

### **2.1 – A Saúde e a Gênese das Doenças**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como o completo bem estar físico, psíquico e social. A nossa Constituição de 1988 amplia ainda mais este conceito, quando diz que ele também é integrado pela alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, bem como aos serviços de saúde.

Esta definição de saúde possui um maior grau de complexidade e de subjetividade, levando em conta a individualidade do sujeito. A espiritualidade no processo saúde-doença cabe bem neste contexto, onde o adoecimento pode ser entendido como uma quebra na homeostase espiritual e emocional (CELICH, 2009).

Baruffa (2008) cita ainda a definição de saúde de Ivan Illich, conforme a qual saúde seria a capacidade de adaptação a um ambiente mutável, a capacidade de crescer, envelhecer, curar quando necessário, de sofrer e até de esperar a morte em paz. A nossa sociedade tecnológica e barulhenta tem deixado de escutar os doentes. Está ignorando que a saúde é, antes de tudo, harmonia do indivíduo, em corpo e espírito, com o ambiente físico, social e cultural e que a doença seria o oposto: a desarmonia, o desequilíbrio, a comunicação perturbada entre indivíduo e ambiente.

Saúde também pode ser definida como sendo a consciência de bem estar, advindo do processo de harmonização entre os componentes psíquicos, orgânicos, socioculturais, ambientais e espirituais; o que pode ser obtido quando o homem busca harmonizar-se consigo mesmo e com o universo. A doença ou falta de qualidade de vida por sua vez aconteceria como resultado da fragmentação do ser em: mente, corpo, visão de mundo e organização social, esquecendo-se do caráter totalitário da existência (POZATTI, 2004).

O ramo da pesquisa que estuda a saúde anímica, física e espiritual chama-se salutogênese. Ela afirma que além dos fatores hereditários e ambientais existe também a influência das relações humanas na manutenção da saúde anímica e que isto poderá garantir o bem estar psicológico do ser humano. A ideia que o indivíduo tem de si mesmo e o seu

desenvolvimento pessoal também são importantes. A patogênese por sua vez, ocupa-se dos motivos que levaram o organismo a adoecer, bem como de quais são as fontes de saúde individual e coletiva. (GLÖCKLER, 2010).

As pessoas com boas condições de saúde se dizem integradas com o divino. Alguns doentes também compartilham desse sentimento, enquanto que outros se sentem abandonados por Deus. Em certos casos a espiritualidade surge na própria doença, como forma de recurso interno, favorecendo a aceitação do quadro ou ajudando no restabelecimento do corpo; o que demonstra a importância da mesma na prevenção de doenças, na manutenção da saúde, na reabilitação e até na cura. Ela parece favorecer uma visão positiva da vida, reduzindo o estresse, através da sensação emocional que brota do relacionamento com a divindade. O olhar ampliado sobre o processo de promoção da saúde mantém o foco no desenvolvimento humano (MARQUES, 2003).

A dimensão sistêmica da doença vem sendo ocultada pela visão mecanicista moderna. Mas é inegável que os acontecimentos da vida com suas inesgotáveis fontes de estresse interferem no binômio saúde-doença. Estamos diante de uma eclosão de doenças auto imunes, depressão, cânceres os mais diversos, gripes fortes; muitas vezes como um pedido desesperado de socorro do corpo e da alma, frente a uma situação. As doenças na verdade podem ser os sintomas de outro mal mais profundo. Este sim, enraizado nos relacionamentos amorosos e familiares, nas preferências alimentares e na forma de se relacionar com o Transcendente e consigo mesmo é a verdadeira doença a ser descoberta e tratada (PELIZZOLI, 2010).

A Neurociência tenta explicar como a mente interfere no funcionamento dos sistemas nervoso, endócrino e imune. Segundo ela, a fé gera expectativa positiva, ativando a mesma região do cérebro que os placebos; o que determinaria a produção de hormônios e células do sistema imune, tornando possível a cura. Estes três sistemas falam uma linguagem bioquímica e se comunicam através do eixo Hipotálamo Pituitária Adrenal (HPA) envolvendo a interação entre estas estruturas, promovendo a liberação de moléculas, exacerbando ou suprimindo a resposta imune. Uma vez ativado o córtex pré-frontal, aumenta-se o fluxo de dopamina, a qual está associada ao bom humor e à modulação emocional. Também são aumentados os níveis dos opióides endógenos, responsáveis ainda por uma sensação de bem estar e até de euforia, quando em doses maiores. Ocorre que, para que sejam deflagrados tais efeitos, faz-se necessário um alto grau de certeza por parte do indivíduo, ou seja, faz-se necessária a fé (BALESTIERI, 2009).

Segundo Roberto (2004) a fé se manifesta como uma força capaz de fazer uma pessoa enfrentar a morte com valentia, assim como fez Joana D'Arc, sendo, portanto, de difícil entendimento e impossível de ser quantificada. Para este autor a fé e a oração estão interligadas.

O teólogo cristão Paul Tilich, citado por Balestieri (2009), afirmava a possibilidade de cura pela fé através da integração entre corpo, mente e espírito. Segundo este mesmo autor, a fé requer a ação física (comportamental), ação afetiva (emoções destinadas a Deus) e a ação mental (pensamento e raciocínio).

O enfrentamento e a busca do equilíbrio biopsicossocial e espiritual estão sendo muito procurados na atualidade, uma vez que já existem evidências das mudanças fisiológicas relacionadas à espiritualidade e à religiosidade (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010). Roberto (2004) enfatiza a importância da oração, da prática de técnicas de relaxamento, tais como o yoga e a meditação na obtenção da saúde. Tais atitudes proporcionam à mente humana o desligamento mesmo que momentâneo do fator estressante, levando a um melhor desempenho das funções orgânicas. Em estado agitado a mente foca excessivamente nos problemas, não percebendo as situações com clareza. Através do estado meditativo ocorre o contrário: o indivíduo se concentra em outro objeto distinto daquele que gerou sua aflição; o corpo então relaxa e passa a funcionar melhor.

Alguns médicos na modernidade estão despertando para este novo olhar sobre a gênese das doenças. Como exemplo citamos a obra de Shealy e Miss (2010), onde o processo de adoecimento aparece como resultado de uma série de distúrbios psicológicos, espirituais e emocionais, os quais afetam a estrutura física do ser humano. De acordo com Levin (2011) todos os nossos sentimentos, bons ou maus exercem influência sobre o nosso estado de saúde; o que é perfeitamente explicado na psiconeuroimunologia, que estuda a interligação entre os sistemas endócrino, nervoso e imunológico. Por este motivo é tão fascinante pensar na espiritualidade e na religiosidade dentro do ato de cuidar, considerando a condição existencialista e transcendente humana (CELICH et al, 2009).

O tempo do relógio ou linear é fonte de pressa para a humanidade, participando da gênese de doenças como a HAS (LINS, 2010). Apesar da felicidade não ser realmente encontrada nas condições externas da vida do indivíduo e sim nas internas, o ser humano continua nesta busca desenfreada pelo prazer e pelo entretenimento; o que gera intensa ansiedade, entre outros efeitos danosos para a saúde (LINS, 2010; GOLEMAN, 1999).

O componente psicológico é encontrado na gênese de doenças como a asma psicogênica, a psoríase, o eczema e a hipertensão. Existem modelos teóricos que tentam explicar esta predisposição de certos indivíduos para as doenças psicossomáticas, quais sejam: os modelos específicos, os quais ligam os distúrbios psicossomáticos a determinados estados emocionais; os não específicos, que negam a existência de tal especificidade de fatores e finalmente, os específicos de resposta individual, que afirmam que o distúrbio a ser apresentado pelo indivíduo mostra-se com padrão próprio de resposta. Desta forma, alguns desenvolvem problemas gástricos, outros problemas cardiovasculares a exemplo da hipertensão. Atualmente é mais aceita a teoria da multicausalidade, onde entram na gênese das doenças: fatores socioculturais, psicológicos, hereditários, nutricionais, dentre outros. Além disso, sabe-se que o centro cerebral das emoções fica próximo ao de controle visceral e ainda não está suficientemente explicado o mecanismo pelo qual ocorre o seu inter-relacionamento (GROF, 2010).

## **2.2 – Bioquímica do Estresse**

O estresse, uma resposta inespecífica às solicitações feitas ao corpo faz parte da vida do ser humano, podendo ser danoso para a saúde (distresse) ou apenas um estímulo para enfrentar as dificuldades (eustresse). Estamos sujeitos a esse mecanismo de adaptação, todos os dias da nossa existência; cabe-nos mantê-lo no mínimo possível. Pode ser chamado de Síndrome Geral de Adaptação, sendo desenvolvida em três estágios: reação de alarme, estado de resistência e estado de exaustão. Nesse último estágio o ser humano perdeu sua capacidade de adaptar-se para voltar à homeostase; surgem então as doenças, que podem ser: distúrbios nervosos, doenças gastrointestinais, alergias, hipertensão arterial e muitas outras (SELYE, 1984).

Estresse é a maneira como o ser vivo reage em resposta a mudanças bruscas em seu ambiente (SAVIOLI, 2004b); é o modo como o organismo responde a estímulos de qualquer espécie, alterando a sua homeostase ou equilíbrio (FIAMONCINE; FIAMONCINE, 2003), aumentando as frequências respiratória e cardíaca, bem como a tensão muscular. A pessoa submetida ao estresse mostra-se mais agressiva e intolerante (YEPES, 2003).

Qualquer tipo de estresse causa a liberação do *Adrenocorticotropic Hormone* (ACTH) pela Adeno-hipófise e em seguida do cortisol pelo córtex supra-renal. Conseqüentemente ocorre o aumento da pressão arterial, do fluxo sanguíneo para os músculos ativos, ao mesmo tempo em que ocorre a redução de fluxo para órgãos desnecessários naquele momento; ocorre ainda o aumento do metabolismo celular, da glicemia, da glicólise muscular, da força muscular, da atividade mental e da velocidade de coagulação sanguínea. Desta forma o organismo prepara-se para a fuga ou luta (GUYTON, 1989). O estresse nos conecta então a um tempo primordial da humanidade, quando éramos guerreiros, caçadores (PEREIRA, V. N. de A., 2012).

Quando por qualquer motivo, o nosso corpo é submetido a um estresse mais prolongado a concentração do cortisol na corrente sanguínea aumenta, podendo ocasionar perda muscular e óssea, além de hiperglicemia, redução da capacidade de aprender, hipertensão e supressão das respostas imunológica e inflamatória (BALESTIERI; DUARTE; CARONE, 2007). São muitos os neurotransmissores envolvidos na gênese do estresse. Entre eles: o ACTH, o cortisol, a noradrenalina, a dopamina, a serotonina, o ácido gama-aminobutírico (GABA), a glicina, o glutamato, o fator de liberação de corticotropina (CRF), a CCK ou colecisticinina. A dopamina por sua vez promoveria o estado de hipervigilância, necessário nestas situações enquanto que a serotonina aumentaria a ansiedade e reduziria o pânico (MARGIS et al, 2003).

Ocorre também a redução na atividade de células *Natural Killer* (NK) e de outros mecanismos do sistema imunológico em pacientes com depressão, estresse prolongado e outros transtornos. O estímulo que se dá sobre o Hipotálamo, a Hipófise e as Adrenais durante o estresse provocam a liberação de adrenalina e noradrenalina, aumenta os níveis de glicocorticóides no sangue, resultando no aumento da pressão arterial, das frequências respiratória e cardíaca, bem como do fluxo sanguíneo muscular (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010).

Nós não fomos programados para viver em permanente estado de alarme ou estresse, pois é fato irrefutável que tal situação provoca doenças (LINS, 2010). Uma delas é objeto de nosso estudo: a hipertensão.

### 2.3 – Os Efeitos da Espiritualidade/Religiosidade sobre o Estresse

O estresse é um dos fatores que influenciam na gênese da hipertensão. Na prática clínica vemos muitas vezes picos hipertensivos em indivíduos com pressão arterial previamente controlada, que relatam ter ocorrido algum evento desfavorável em suas vidas. Daí a importância de entender a sua bioquímica, bem como a influência que fatores como a religiosidade e a espiritualidade possam ter sobre ele.

A gênese do estresse é multicausal, havendo influências genéticas e ambientais, assim, se o indivíduo possui predisposição para doenças como a depressão, por exemplo, possivelmente ele sofrerá maiores danos quando submetido a estímulos estressantes do ambiente (MARGIS et al, 2003).

De acordo com observações científicas há uma provável comunicação entre os sistemas nervoso, endócrino e imune, por meio do eixo HPA - Hipotálamo, Pituitária (Hipófise) e Adrenal. O Hipotálamo tem íntima relação com os sentimentos, com as emoções (BALESTIERI, 2009). E como vimos anteriormente, a Hipófise promove a liberação de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) este atua sobre as glândulas Adrenais, as quais liberam o hormônio do estresse, o cortisol. A pressão arterial do indivíduo será afetada pela concentração sérica deste hormônio.

Os fatores estressantes podem ser agentes físicos, como o frio, a poluição, o barulho, a exposição a raios eletromagnéticos; certos hábitos, como a ingestão de álcool, o uso de drogas, o tabagismo, a má alimentação e a falta ou excesso de atividade física. O acúmulo de tarefas a ser feitas no dia a dia, bem como a cobrança para o cumprimento das mesmas são causadores de estresse. Existe ainda o estresse social, resultante da vida urbana, causado por lugares superlotados ou pelo isolamento excessivo do indivíduo. O fato é que o estresse faz parte do cotidiano humano, representando um mero evento na grande teia da vida e como tal deve ser encarado (BROWN, 1999).

Pessoas submetidas a mudanças muito bruscas em suas vidas, como por exemplo, a morte de alguém próximo, a perda ou ganho de muito dinheiro, o início ou o fim de um relacionamento, podem adoecer mais facilmente. No entanto os pequenos estresses do dia a dia, como enfrentar uma fila ou um cordão do sapato que arrebenta quando estamos atrasados podem causar grande irritação; isto produz sofrimento psíquico (BROWN, 1999).

O estresse crônico como produtor de depressão e ansiedade traz consequências negativas para o organismo, entre as quais: a insônia, a desesperança e dores nas costas, uma vez que a coluna transforma-se em órgão de choque nesta ocasião. A proposta de analgesia adjuvante alternativa enumera diversas opções de tratamento para a dor crônica, inclusive a oração, a fé num Ser Supremo e o amor próprio, além da meditação e do relaxamento (VALE, 2006).

Se assumirmos uma postura ativa frente ao estresse ou o virmos de uma forma menos grave, nós o estamos enfrentando de forma saudável. No entanto se o negamos ou tentamos fugir do problema nós o estamos enfrentando de forma não saudável. Se dividirmos nossos problemas com os outros também estaremos assumindo uma postura de enfrentamento saudável frente ao estresse. Por sua vez, quando culpamos os outros ou manifestamos certa insensibilidade junto aos estímulos estressantes estamos demonstrando um comportamento possivelmente doentio (BROWN, 1999).

Panzini e Bandeira (2007) citam em sua revisão o conceito de *coping* largamente utilizado na literatura para designar a maneira como o indivíduo lida com os fatores estressantes em sua vida; podendo ser de forma benéfica para a sua saúde, ao se procurar o amor, o consolo e a proteção de Deus nos momentos de dificuldade; ou maléfica, ao se questionar a existência, o amor ou os atos de Deus, delegando-lhe a resolução dos seus problemas, sentindo-se insatisfeito em relação ao que Ele lhe designa ou às atitudes dos membros de sua instituição religiosa.

Existem muitas formas de lidar com os estímulos estressantes, como por exemplo, a meditação, as terapias do toque, a atividade física e a prática religiosa (PEREIRA, V. N. de A., 2012). A técnica meditação de mente alerta para redução do estresse é dotada de muita simplicidade e desprovida de contexto religioso, consistindo em manter uma atitude aberta em relação a tudo o que vier a surgir na mente, enquanto os seus movimentos estiverem sendo observados (SALZBERG; KABAT- ZINN, 1999). Também a música, a massagem, o riso, o yoga e outras técnicas de relaxamento são apontados como redutores do estresse (YEPES, 2003).

A vida moderna com suas cobranças contínuas submete o homem constantemente a eventos estressantes. O coração é notadamente atingido por eles, podendo culminar com um enfarte do miocárdio ou um Acidente Vascular Cerebral (AVC). A eucaristia diária, o terço mariano diário, a confissão mensal, o jejum semanal e a leitura diária dos textos religiosos são estratégias de controle ou combate ao estresse, usado pelos católicos (SAVIOLI, 2004a).

## 2.4 – Os Efeitos da Espiritualidade/Religiosidade sobre as Condições Gerais de Saúde do Indivíduo

As questões espirituais têm estado presentes desde cedo nos aspectos da qualidade de vida do indivíduo, despertando o interesse de muitos pesquisadores da área, desencadeando inclusive a criação de instrumentos para tal estudo, bastante confiáveis (PANZINI et al., 2007). Alguns estudos epidemiológicos têm apontado que a religiosidade está associada positivamente a melhores indicadores de saúde, relacionando-se ao suporte social, capacidade de *coping* e hábitos de vida, com menor exposição aos agravos de saúde, tais como: comportamento sexual de risco, fumo, consumo de álcool e outras drogas, além da violação das leis (MOREIRA-ALMEIDA; STROPPA, 2009; LEVIN, 2011).

O apoio espiritual pode ser oportuno no tratamento de indivíduos doentes, ajudando-os a lidar melhor com suas enfermidades, sobretudo com aquelas tidas como incuráveis. Também reduz o isolamento daqueles que estão internados e, portanto mais fragilizados. Deve ser considerado importante pelos profissionais de saúde na medida em que interfere em decisões terapêuticas e exerce influência sobre a saúde física e mental (KOENIG, 2007b).

A maneira como a espiritualidade será tratada pelo profissional de saúde também é foco de suas atenções. Afinal este é um assunto delicado na abordagem ao paciente, requerendo certo preparo e tato por parte de quem o executa. Chama-se a atenção para a necessidade de se coletar uma “história espiritual” do paciente e que isto seja feito de forma sensível, rápida, centrada nas crenças do paciente, e de fácil entendimento para o mesmo. Igualmente importante é o momento em que se pode abordar o tema junto ao paciente. Certas ocasiões não são convenientes para que seja abordado um assunto desta natureza. Pacientes em situações de morte iminente, recuperando-se de anestesia em pós-operatório ou recuperando-se de um enfarte do miocárdio não são bons exemplos de indivíduos que devam ter sua “história espiritual” colhida. Da mesma forma não é conveniente falar sobre este assunto quando profissional de saúde e paciente não mantêm nenhum vínculo de relacionamento. Koenig (2007b) sugere que as melhores situações para questionar sobre a espiritualidade do indivíduo são: por ocasião da anamnese de um novo paciente, na admissão hospitalar ou em visitas ao médico para revisão rotineira de saúde. O

questionamento a respeito das crenças do indivíduo também é incentivado por Celich et al. (2009).

A espiritualidade, a fé e a religiosidade podem melhorar a qualidade de vida dos portadores de dor crônica, desde que tais elementos estejam integrados ao seu atendimento em diversos aspectos, sendo necessárias ainda mais pesquisas neste campo, a fim de definir a sua real importância sobre a prevalência, o impacto e a terapêutica desta patologia (PERES et al., 2007).

Um estudo desenvolvido na Inglaterra com católicos praticantes e ateus ou agnósticos utilizando choques elétricos como provocadores dos estímulos dolorosos e a ressonância magnética para avaliar o cérebro dos voluntários, utilizou uma imagem da Virgem Maria denominada de “*Vergine Annunciata*” e a figura de uma senhora pintada por Leonardo da Vinci: a “Dama do Arminho” para observar se havia influência sobre o limiar da dor quando diante de uma ou da outra gravura projetada no teto do laboratório. Os pesquisadores concluíram que o grupo católico apresentava maior afluxo sanguíneo em uma área cerebral relacionada à recontextualização da dor: a pré-frontal ventro-lateral direita. Estas pessoas relataram sentir melhores sensações psicológicas ao se concentrarem sobre a imagem da Virgem; já o grupo formado por ateus e agnósticos não relatou diferença entre uma e outra projeção (FARIAS, 2009).

Um estudo longitudinal realizado no Chicago *Health* com 229 cidadãos latino-americanos não pretos, afro-americanos e não-hispano-caucasianos com idades entre 50 e 68 anos, vivendo nos Estados Unidos avaliou a influência da espiritualidade sobre a frequência cardíaca, representante do sistema parassimpático e sobre o período de pré-ejeção (PEP), representante do sistema simpático. O predomínio do controle simpático sobre o coração é um conhecido fator de risco para o infarto do miocárdio. Um estado hiper-simpático parece estar por trás do estresse humano e da miocardiopatia. Na verdade as drogas que bloqueiam a ação simpática são uma estratégia de tratamento no pós-infarto do miocárdio. Em contraste, o sistema parassimpático exerce ação anti-fibrilante. Portanto parece lógico, a partir destas considerações, que o equilíbrio relativo entre os controles simpático e o parassimpático sobre o coração é preditivo de boa saúde neste órgão. O referido estudo constatou que a espiritualidade pode ser benéfica sobre a regulação autonômica cardíaca, exercendo efeito neuro-regulatório protetor sobre o coração (BERNTSON et al., 2008).

Muniz et al. (2005) citam em seu estudo a importância da reza do terço como indutor do repouso, através da repetição mental de um som e da percepção de um objeto. Um estudo

randomizado realizado na *University of Connecticut* avaliou os efeitos da oração no tratamento auxiliar da depressão em 40 pacientes adultos mantidos sob o regime de internação, sem que houvesse contato entre os mesmos e os respectivos agentes de cura. Durante seis semanas eram feitas sessões diárias de meditação desenvolvida sob a técnica de LeShan, onde o agente de cura mantinha a mente em um estado tido como “não local”, direcionando para os pacientes, pensamentos de intensa compaixão. No término do estudo encontraram-se menos sintomas de psicopatias e de depressão nestes pacientes do que os do grupo controle (LEVIN, 2011).

Guimarães e Avezum (2007) citam estudos feitos com portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), demonstrando o impacto positivo da prática religiosa sobre a redução da carga viral, sintomas de depressão e aumento nos valores de linfócitos T auxiliar (CD4). Um importante estudo desenvolvido no *California Pacific Medical Center* e publicado no *Western Journal of Medicine* avaliou os efeitos da prece à distância sobre 40 indivíduos portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em estado avançado, onde os pacientes selecionados recebiam as preces por uma hora durante seis dias da semana com duração total de dez semanas. A assistência médica permaneceu inalterada tanto para o grupo controle como para os demais. Os 40 agentes de cura estavam espalhados pelo território da América do Norte, pertenciam às mais diversas afiliações religiosas e recebiam apenas a foto do paciente pelo qual rezariam. Toda semana era feito um rodízio, trocando os pacientes e os respectivos agentes. Os indivíduos que receberam as preces adquiriam menos doenças oportunistas, requisitavam menos consultas, menos internações e se apresentavam com melhor ânimo que os do grupo controle. Também foi verificada menor permanência hospitalar entre os que se internavam durante o estudo (LEVIN, 2011).

Um estudo realizado com 18 mulheres afro-americanas cristãs demonstrou que a espiritualidade foi de grande ajuda durante o tratamento do câncer de mama (SIMON; CROWTHER; HIGGERSON, 2007). Outro estudo desenvolvido em João Pessoa com 100 mulheres portadoras de câncer de mama, cujas idades variaram entre 32 e 82 anos também concluiu que a dimensão religiosa era de fundamental importância para estas pacientes, determinando a postura das mesmas frente à doença e ao tratamento (SILVA, 2010).

Tosta (2004) menciona a importância da prece e do toque na cura de doentes desde os tempos bíblicos até os dias atuais, onde são elaborados novos conceitos que tentam explicar através da Física os fenômenos religiosos que culminam com a melhora ou desaparecimento de patologias. O melhor talvez seja considerar o que disse Levin (2011)

após um exaustivo levantamento sobre os estudos que enfocam o efeito de diversos tipos de recursos religiosos, dentre as mais diversas crenças, aplicados em indivíduos com também variadas enfermidades: os fenômenos de cura através da fé são reais, mas, pouco se sabe sobre como eles ocorrem. Os estudos feitos até o momento servem para iluminar o caminho dos que estão por vir. Quando se considera a prece presencial, ou seja, aquela em que agente de cura e recebedor estão próximos, é mais fácil explicar o fenômeno do ponto de vista da física newtoniana, que considera o tempo e o espaço lineares; portanto poderia haver a transmissão da energia de um para o outro. Mas e o que dizer da prece não presencial? Brota aí a perspectiva da explicação através do universo cujas características são “não locais”, inclusive a mente humana; o que é ilustrado também em Dossey (2007). Tanto Levin (2011) quanto Dossey (2007) discorrem sobre a teoria da não localidade, onde na verdade tudo o que há no universo estaria conectado (BALESTIERI, 2008). Portanto a cura à distância poderia ser explicada sob esta visão, não estando mais à margem da ciência. Mas afinal, como explana Levin (2011), de uma forma ou de outra, o que temos mesmo é a mão do Criador por trás de tudo o que ocorre no universo.

Levin (2011) aponta para dados que evidenciam a capacidade protetora da afiliação religiosa sobre o risco de se desenvolver um câncer, tanto de modo geral quanto para certos tipos específicos. Também menciona os judeus como sendo um povo especialmente protegido contra os cânceres de colo de útero e de pênis; provavelmente devido ao hábito de circuncidar os homens e de que as judias casam-se, em sua maioria, com homens de sua religião e, portanto, circuncidados. Ele cita ainda a menor mortalidade por diversos tipos de câncer como o de estômago, o de pulmão, de ductos biliares, da boca, faringe, próstata e bexiga, também entre os judeus. Mas os judeus não são os únicos; também os adventistas do sétimo dia, os mórmons e os hutterianos parecem gozar de “proteção divina” quanto à incidência e mortalidade de diversos tipos de câncer. A espiritualidade/religiosidade apareceu como um importante elemento no enfrentamento do câncer. No relato de 50% dos pacientes entrevistados por Fornazari e Ferreira (2010) a afiliação religiosa foi mencionada como fundamental para sobrevivência dos mesmos, na medida em que eles se diziam mais fortes e confiantes quanto ao seu destino.

Marques (2003) em seu estudo com 506 pacientes adultos de ambos os sexos e idades entre 16 e 78 anos, desenvolvido na área metropolitana de Porto Alegre, aplicou o Questionário de Saúde Geral, a Escala de Bem Estar Espiritual e colheu dados sócio-demográficos com o objetivo de observar se há relacionamento significativo entre a

espiritualidade e a saúde das pessoas. Os dados obtidos confirmaram tal expectativa, principalmente no que tange aos aspectos existenciais.

A influência da religiosidade/espiritualidade tem se mostrado impactante sobre a saúde física do homem (KOENIG, 2011a), aparecendo como fator de prevenção de doenças em pessoas previamente saudáveis e vem, eventualmente, reduzindo a ocorrência de óbitos na medida em que se relacionam a hábitos de vida mais saudáveis, melhor suporte social, menos depressão e estresse (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

A vivência religiosa ajuda muitas vezes o paciente a adaptar-se a novas realidades de sua vida, principalmente na vigência de doenças, proporcionando uma resignificação dos processos de adoecimento e morte (MOREIRA-ALMEIDA; STROPPA, 2009). Peres (2009) considera importante a abordagem da espiritualidade/religiosidade na psicoterapia por estimular a leitura de textos religiosos, a oração diária como fonte de tranquilidade, as práticas saudáveis no estilo de vida, as técnicas de visualização para neutralizar pensamentos negativos e as de autoafirmação para o enfrentamento de dificuldades, além de incentivar o perdão e a absolvição, comprovadamente úteis na eliminação dos conflitos internos humanos. O autor também afirma que o profissional deverá ter uma postura de respeito em relação às crenças do paciente.

## **2.5 – Os Efeitos da Espiritualidade/Religiosidade sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

A HAS tem sido a patologia mais estudada no tocante a influência sofrida pela prática de algum tipo de atividade religiosa. De acordo com seus levantamentos, Levin (2011) relata que os menores valores pressóricos foram encontrados entre os indivíduos com afiliação religiosa, a exemplo dos adventistas do sétimo dia. O clero em diversas religiões obteve índices ainda mais baixos na incidência desta patologia quando comparado ao restante da população. Ele cita estudos do *National Cancer Institute* e da *Georgetown University* que demonstraram uma menor taxa de mortalidade por hipertensão complicada em pastores batistas norte-americanos (aproximadamente 40%) do que a população caucasiana em geral, naquele país. Pastores luteranos e episcopais tiveram redução na

mortalidade de 41% e os presbiterianos, de 29%, sendo confrontados com as taxas da população em geral.

Também há estudos demonstrando menor incidência da hipertensão entre os indivíduos com alguma afiliação religiosa, comparativamente aos dados da população em geral, a exemplo de um realizado na Califórnia com descendentes de chineses, filipinos e japoneses. Aqueles que não tinham afiliação religiosa apresentaram incidência de 29,3% desta patologia. Já os indivíduos com alguma afiliação religiosa obtiveram incidência menor: 15%. Os de afiliação budista demonstraram uma redução ainda mais significativa, com taxa de apenas 10,9% em relação ao restante do público estudado (LEVIN, 2011).

Outra pesquisa interessante foi realizada com mulheres zulus habitantes da zona urbana da África do Sul por pesquisadores da *Harvard School of Public Health*. Entre as mulheres sem afiliação religiosa havia uma maior probabilidade de desenvolver a hipertensão. As mulheres que frequentavam igrejas cristãs apresentavam normotensão arterial. E um terceiro grupo formado por mulheres sem afiliação religiosa e que acreditavam estar sendo vítimas de feitiçaria apresentavam os maiores índices desta patologia, chegando a valores duas vezes maiores (LEVIN, 2011).

Um estudo conduzido por pesquisadores na Califórnia estudou os efeitos da prece à distância sobre a pressão arterial sistólica de 96 indivíduos, utilizando o método duplo-cego, com a participação de dois grupos de agentes de cura. Um deles era constituído por membros da chamada Ciência Religiosa e o outro era formado por paranormais holandeses. Após seis meses de observação, concluiu-se que o grupo controle apresentou uma redução de oito mmHg nos níveis de pressão arterial (PA) sistólica em contraste com o grupo dos que receberam a oração, que obtiveram uma redução de 13,8 mmHg (LEVIN, 2011).

Em *Utrecht*, Holanda foi feito um estudo com 115 pacientes escolhidos de maneira aleatória e distribuídos em três grupos: um controle, outro que recebera a prece à distância e um terceiro que recebia a imposição de mãos sobre eles. Os responsáveis pelo tratamento foram designados por organizações de cura paranormais holandesas. Foram realizadas sessões semanais de 20 minutos durante 15 semanas. No grupo controle houve uma redução de 14,2 mmHg na pressão sistólica e de 6,7 mmHg na diastólica. O grupo que recebeu a prece à distância teve a PA sistólica reduzida em 17,5 mmHg e a diastólica em 8,6 mmHg. E o terceiro grupo, que recebeu a imposição de mãos obteve os melhores resultados: 19,3 mmHg na PA sistólica e 9,4 mmHg na diastólica. Os resultados mantiveram-se independentemente dos pacientes estarem tomando ou não medicação anti-hipertensiva.

Além disto, os pacientes recebedores da imposição de mãos demonstraram maior bem estar geral após o término do tratamento (LEVIN, 2011).

## 2.6 – Surge uma Nova Medicina

A Medicina vem sendo conduzida de diversas maneiras no decorrer da História, enfrentando desafios e se transformando juntamente com fatores ambientais, espirituais, dietéticos, emocionais, dentre outros. Muitos saberes populares estão sendo substituídos pelos medicamentos e exames laboratoriais periódicos. As pessoas não tratam em casa nem mesmo os sintomas iniciais de um simples resfriado. É urgente uma revisão nos atuais processos terapêuticos, ressaltando a importância de exercícios físicos, alimentação apropriada, descanso. Também é importante uma volta às origens, quando o homem recorria às forças superiores, às orações. Afinal não era assim com os nossos índios e com aqueles que recorriam aos xamãs? Por não conseguir explicar, a ciência não pode ignorar que muitas pessoas se beneficiam da fé, da oração e outros recursos espirituais ou energéticos. Seria mais sensato, estudar estes fenômenos e tentar, dentro do possível regulamentá-los (PELIZZOLI, 2010). Afinal a ciência não é estática e como tal também deve ser a Medicina.

Não é objetivo deste trabalho contrariar ou negar os benefícios da Medicina tradicional na redução da mortalidade no decorrer da História. No entanto temos assistido o inverso, ou seja, a ciência está negando a real importância dos recursos naturais e sobrenaturais na manutenção da saúde e nos processos de cura. Tem crescido o número de cientistas que se preocupam em estudar tais mecanismos, despontando com a Medicina Mente-Corpo e mais recentemente com a Medicina Mente-Corpo-Espírito.

Esta medicina é compatível com um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): o da integralidade. Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, prestando um serviço humanizado à população (BRASIL, 2000).

Foi com este pensamento que a portaria 971 aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde em 2006. Nesse campo da Medicina são contempladas abordagens mais amplas dos pacientes, valorizando a

escuta dos mesmos, um bom exame físico e uma anamnese bem elaborada. Através da referida portaria é regulamentada no Brasil a Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), estimulando o uso da fitoterapia, da homeopatia, da acupuntura, da termoterapia, da meditação, além de outras práticas. A homeopatia assim como outros ramos do conhecimento médico citados por esta portaria, colocam o usuário do SUS no centro da atenção, prestando-lhe atendimento psicológico, físico, social e cultural. São incentivados: a humanização do atendimento, o autocuidado e a autonomia do sujeito, fortalecendo a integralidade da assistência (BRASIL, 2006b).

Não caímos no erro de confundir o antigo com o primitivo. As práticas naturalistas ou alternativas merecem crédito e devem ser incorporadas às práticas ocidentais tradicionais de tratamento (PELIZZOLI, 2010). Uma das tentativas de avanço neste diálogo é a Medicina Mente-Corpo, que estuda a cura através do fortalecimento do organismo e da eliminação dos desequilíbrios do corpo, fazendo uso da psicoterapia e da meditação (LINS, 2010).

Esta Medicina acha possível o controle de órgãos viscerais pelos pensamentos, portanto estando algumas desordens nestes órgãos diretamente ligadas à mente, ou ao chamado cérebro emocional. Uma das facções da ciência que correlaciona a consciência, a mente e o organismo é a Física Quântica (LINS, 2010). Esta considera possível a transferência de informações não locais, assemelhando-se à visão mística e contemplativa, de acordo com a qual as emoções são causa de desequilíbrio e a energia pode gerar a matéria (LINS, 2010; DOSSEY, 2007).

Seguindo o raciocínio de Einstein, em sua Teoria da Relatividade, onde espaço e tempo estão interligados e este último é efetivamente relativo, torna-se compreensível a ideia de que nosso corpo é composto de campos energéticos e habita um universo onde tudo está interligado, explicando em parte a nossa capacidade de influenciar eventos distantes. Não mais podíamos limitar o que existe no universo a meros objetos sólidos como acreditava Newton. Tudo o que envolve essas variáveis (espaço e tempo) perde então a sua significação absoluta, passando a comportar-se como elementos descritores de fenômenos. A luz pode ser considerada uma partícula e também uma onda, emitida em pacotes de energia chamados quanta. A ciência vem demonstrando também que a matéria é mutável, e o que existe na verdade são tendências em existir, já que partículas transformam-se em outras, surgem da energia e dissipam-se nela. Na verdade tudo o que há no universo forma

um Todo. Se formos partes deste Todo, campos de energia interligados, poderemos absorver poder do Universo; capaz de curar, até mesmo à distância (BRENNAN, 1995).

Devemos ter em mente uma ideia: a de que como parte integrante do universo, podemos absorver energia desse Todo. A energia não é estática e, portanto, pode ser mobilizada de um espaço a outro, ou de um ser para o outro. A ciência ainda não comprovou a existência do campo energético humano, mas a mesma dificuldade houve por ocasião da suspeita da existência dos microrganismos invisíveis a olho nu antes da invenção do microscópio; e o que dizer da estrutura atômica, com partículas tão pequenas como o elétron, o próton e o nêutron?

O homem persegue a todo instante o domínio da natureza, dos seus semelhantes e do universo, avançando a cada dia na tecnologia, mas esquece do principal: o seu mundo interior; este é o seu maior desafio, o conhecimento de si próprio e de todas as suas capacidades e dons. Alguém que dividiu a história em antes e depois da sua passagem aqui na terra já dizia que o amor era algo fenomenal e que a fé seria capaz de remover montanhas. Ele ensinava que poderíamos curar uns aos outros com um simples ato de impor as mãos sobre o corpo doente. Cabe a nós, cientistas apaixonados pelo desconhecido, buscar evidências desta possibilidade que se abre para nós e que sem dúvida poderá fazer uma verdadeira revolução na área médica, já tão saturada pela mecanicidade e pela impessoalidade.

## **CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA**

### **3.1 – Desenho e Local do Estudo**

O estudo do tipo quantitativo, qualitativo e longitudinal se desenvolveu na unidade Centro I do Programa Saúde da Família (PSF) de Pedras de Fogo - PB, município localizado na zona da mata norte, extremado-se com Pernambuco. A Unidade de Saúde da Família (USF) localiza-se no Centro da cidade, na Rua Três Poderes.

O município foi criado em 1953, possui área de 401 km<sup>2</sup>, estando inserido na unidade Geoambiental dos Tabuleiros Costeiros. A sede do município tem uma altitude aproximada de 177 metros distando 42,4 Km da capital. O clima é do tipo Tropical Chuvoso com verão seco, com precipitação média anual de 1.634,2 mm. A vegetação é predominantemente do tipo Floresta Subperenifólia, com partes de Floresta Subcaducifólia e Cerrado/ Floresta. Está inserido nos domínios das bacias hidrográficas dos rios Gramame e Paraíba. O acesso é feito, a partir de João Pessoa, pelas rodovias BR 230/PB 030 (BRASIL, 2005).

### **3.2 – População e Amostra**

A população do município segundo estimativas do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 27.034 habitantes e o número de famílias atendidas por esta unidade era de 671, sendo no início do estudo, 340 o número de hipertensos cadastrados, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Saúde. Foram estudados inicialmente 152 pacientes de ambos os sexos, entre 25 e 75 anos de idade, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. O trabalho foi concluído com 139 pacientes.

### 3.2.1 – Critérios de Inclusão

#### 3.2.1.1 – Grupo de Estudo

- Ser cadastrado e frequentar a unidade de saúde do estudo;
- Ter idade entre 25 e 75 anos;
- Ser portador de Hipertensão Arterial;
- Possuir capacidade cognitiva compatível com a participação na pesquisa;
- Aceitar participar do estudo;
- Ser adepto de alguma religião e frequentar ao menos uma vez por semana as suas práticas ou grupo religioso.

#### 3.2 1.2 – Grupo Controle

- Ser cadastrado e frequentar a unidade de saúde do estudo;
- Ter idade entre 25 e 75 anos;
- Ser portador de Hipertensão Arterial;
- Possuir capacidade cognitiva compatível com a participação na pesquisa;
- Aceitar participar do estudo;
- Negar-se a intensificar sua prática religiosa; não frequentar os cultos religiosos semanalmente ou não manifestar real interesse pelo assunto.

### 3.2.2– Critérios de Exclusão

Doença renal, detectada através de sumário de urina e de dosagens séricas de ureia e creatinina antes e ao longo do estudo.

## 3.3 – Posicionamentos Éticos

Este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/CCS/UFPB (Anexo A), levou em consideração os aspectos contemplados na resolução 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, destacando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pacientes ou seus responsáveis legais, no caso de analfabetos (Apêndice 1).

A pesquisa contou com pacientes de vários credos religiosos, respeitando as convicções de cada indivíduo, sem qualquer intenção de induzir a conversões ou trânsito religioso. As mensagens distribuídas tinham caráter bíblico ou sem especificação de uma religião em particular. As músicas colocadas ao fundo eram cristãs, evitando o foco mariano, sendo bem acolhidas pelos pacientes. Nunca houve discussões sobre religião ou qualquer menção de que fé religiosa seria mais ou menos adequada. Foi estimulada a prática religiosa de acordo com a preferência já existente por parte do fiel, bem como a tolerância mútua.

## 3.4 – Instrumentos e Procedimentos da Coleta de Dados

Após o consentimento esclarecido dos pacientes sobre o estudo, foram aplicados dois instrumentos: um questionário clínico e sócio-demográfico, abordando dados pessoais, de escolaridade, hábitos de vida incluindo a prática ou não de atividade religiosa, bem como os resultados de exames laboratoriais recentes, aferições da pressão arterial e sintomas referidos e o Questionário de Atitude Religiosa (QAAR) de Aquino (2005). Tais instrumentos foram

aplicados no início e no final do estudo, pela pesquisadora ou pela recepcionista da USF, previamente orientada para este fim.

O trabalho desenvolvido no período de dezembro de 2011 a dezembro de 2012 abrangeu nove meses de acompanhamento de cada participante. Foram levantadas as seguintes atividades religiosas desenvolvidas pelos pacientes: ida à igreja, reza do terço, meditação, escuta da Palavra e outras, sendo a frequência semanal ao culto ou grupo religioso, o ponto de corte entre o grupo de estudo e o grupo controle.

### **3.5 – Procedimentos Operacionais do Estudo**

A aferição da PA em diversos momentos avalia o controle da hipertensão, sendo utilizados estetoscópio e esfigmomanômetro, observando-se as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao repouso prévio de cinco a dez minutos. A aferição da pressão arterial foi feita mensalmente, no serviço, pela pesquisadora ou pela técnica de enfermagem do PSF. A função renal foi avaliada através da dosagem da ureia e da creatinina séricas, bem como pelo exame sumário de urina. A coleta dos exames de laboratório foi feita na própria unidade, por técnica de enfermagem habilitada, sendo o material encaminhado para o Laboratório de Análises Clínicas do município.

Também foram analisados o colesterol, os triglicérides, o hemograma e a glicemia dos pacientes, seguindo recomendações do Ministério da Saúde para melhor avaliar comorbidades como o diabetes e as dislipidemias. Devido às dificuldades técnicas optou-se apenas pela dosagem do colesterol total em detrimento das frações. No hemograma optou-se por observar a hemoglobina ao invés do hematócrito; o número total de leucócitos, de segmentados e de linfócitos típicos a fim de se monitorar a resposta imunológica.

Com o intuito de estimular a religiosidade e os cuidados com a saúde dos participantes foram realizadas algumas reuniões semanais. Nestes momentos, em caderno de campo, foram tomados depoimentos nos quais constam os elementos qualitativos deste trabalho.

Nas três primeiras foram abordados temas referentes à saúde, tais como: o combate ao tabagismo e ao abuso do álcool; a importância de boa alimentação e da atividade física na prevenção de doenças como a Hipertensão. Nestas ocasiões foram exibidos vídeos

expositivos com os temas em questão, os hipertensos tiveram sua PA aferida e a medicação ajustada. Nestas ocasiões os pacientes agendados passavam por entrevistas e exames clínicos.

Nas quatro reuniões seguintes foram feitos exercícios de meditação, seguindo a técnica da mente alerta de Salzberg e Kabat-Zinn (1999), tendo como foco a respiração e a concentração, tentando manter a mente alerta, no presente, como forma de combater o estresse. Foram feitas recomendações de como proceder durante a alimentação, com calma, apreciando a textura dos alimentos, saboreando-os, agradecendo a Deus pela refeição disponível. Como recurso auxiliar para obter o relaxamento dos pacientes foram colocadas músicas de conteúdo religioso em volume baixo e mandado que eles respirassem de maneira lenta e profunda e se concentrassem no próprio corpo, começando da cabeça, passando pelos órgãos internos, membros superiores e inferiores. Sugeriu que imaginassem o mar, o por do sol e que procurassem sentir o frescor da água que estaria molhando seus corpos e o frescor da brisa em suas faces. Depois de alguns minutos mandei que voltassem a abrir os olhos e se movimentassem devagar. Foi lido um trecho do evangelho e de um salmo bíblico e falamos sobre os mesmos. Enfatizou-se a importância da prática religiosa na prevenção e controle de doenças e mais uma vez foi estimulada esta prática como forma de redução dos níveis pressóricos e das taxas bioquímicas no sangue. Para estas quatro reuniões foram convidados os mesmos pacientes, mas o público foi diminuindo a cada ocasião, sendo reduzido a um terço da primeira à última.

Posteriormente foi feita uma nova convocação para novo estímulo da religiosidade e espiritualidade, verificação de PA e avaliação de exames laboratoriais. Desta vez compareceu um grande número de pessoas (cerca de 40). Chamou a atenção o fato de a frequência aumentar em se tratando de avaliação médica em contraste com o menor número (seis a 18) que compareceu às anteriores que teriam apenas contexto meditativo e religioso.

Foi realizada uma nova reunião com outros pacientes para avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais. Novamente foram expostos os objetivos do projeto e a importância da religiosidade/espiritualidade para o controle da Hipertensão. Compareceram 15 pacientes e verificou-se a adesão de 50% deles na prática religiosa diária. Os demais declararam prática esporádica ou semanal.

Em mais uma reunião convocada compareceram sete pacientes. Foi usada como recurso uma música religiosa, cujo foco de reflexão foi o uso do tempo no cotidiano, onde atualmente as pessoas não distribuem bem as horas do seu dia; ocupam muito tempo de suas

vidas com o trabalho, o cuidado com a casa e outros afazeres e poucos instantes de sossego, de relaxamento, de oração. Foi discutida a importância do autocuidado e de dedicar parte do cotidiano a si mesmo como forma de promoção do bem estar e da saúde. Também foi lida uma mensagem cujo tema foi a coragem para enfrentar desafios na vida, para recomeçar apesar das dificuldades que vão surgindo no decorrer da existência de cada um. Em outro encontro compareceram oito pacientes, sendo lido um salmo bíblico e uma mensagem falando sobre a vida da águia, relacionado-a com as dificuldades que encontramos na vida e a necessidade de renovação, de recomeço que a existência humana exige. Nas reuniões posteriores foram convocados sempre doze pacientes por vez, sendo colocadas músicas religiosas, distribuídas mensagens e realizados exames clínicos nos mesmos. O número de frequentadores não se manteve fixo durante o estudo, havendo em algumas ocasiões número superior ou inferior ao de convocados, atendendo às necessidades clínicas dos mesmos.

Ao longo de um ano de acompanhamento, apenas uma paciente foi excluída do estudo por ter entrado em demência senil, não possuindo mais a capacidade de responder aos questionamentos. Dois não constaram na casuística por não desejarem continuar com o acompanhamento e dez por não mais residirem no local por ocasião da etapa final do estudo. Na análise dos resultados finais os dados iniciais destes 13 pacientes foram excluídos.

### **3.6 – Análises dos Dados e Tratamento Estatístico**

Os dados foram agrupados em tabelas e gráficos e tratados por estatística descritiva, utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18. Foi feito o teste t de Student uni-caudal para verificar a hipótese de que existia diferença entre as médias na pressão arterial sistólica e diastólica pela estimulação da religiosidade, bem como para averiguar se houve significância na redução dos sintomas referidos pelos pacientes nas duas etapas do estudo. A precisão das escalas foi feita pelo alfa de *Cronbach* e efetuados cálculos de correlação de Pearson. Também foram realizados os testes do qui-quadrado para independência e o teste exato de Fisher, em um segundo momento a fim de verificar a significância da frequência à igreja no mínimo uma vez por semana sobre os níveis pressóricos. Este último teste também foi empregado para analisar a influência da religiosidade avaliada pelo QUAAR (Aquino, 2005) sobre a pressão arterial.

### 3.6.1 – Teste de hipóteses da diferença entre duas médias populacionais com observações emparelhadas

São feitos testes de comparação de médias para dados emparelhados (amostras dependentes), obtidas de populações normais. Para cada par definido, o valor da primeira amostra está claramente associado ao respectivo valor da segunda amostra.

Para observações emparelhadas, ou amostras pareadas, o teste apropriado para a diferença entre duas médias consiste em determinar primeiro a diferença “d” entre cada par de valores, e então testar a hipótese nula de que a média das diferenças na população é zero. Então, do ponto de vista de cálculo, o teste é aplicado a uma única amostra de valores d. A média e o desvio padrão da amostra de valores “d” são obtidos pelas fórmulas:

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n}$$

$$S_d = \sqrt{\frac{\sum d^2 - n \cdot \bar{d}^2}{n - 1}}$$

A estimativa do erro padrão da diferença média entre observações emparelhadas é obtida pela fórmula:

$$\hat{\sigma}_{\bar{d}} = \frac{S_d}{\sqrt{n}}$$

Uma vez que o erro padrão da diferença média é calculado com base nas diferenças observadas em amostras emparelhadas (logo  $\sigma$  é desconhecido) e uma vez que os valores de **d** geralmente podem ser admitidos como tendo distribuição normal, as distribuições **t** são apropriadas para testar a hipótese nula de que  $\mu_d = 0$ . A distribuição **t** nesse caso terá um número de graus de liberdade igual a: **gl = n-1**. A estatística de teste, então, será dada por:

$$t_c = \frac{\bar{d} - \mu_{d_0}}{\sigma_{\bar{d}}}$$

### 3.6.2 – Teste do Qui-quadrado para independência

A utilização do presente teste em pesquisa visa verificar se as variáveis da amostra diferem significativamente.

Condições para a execução do teste:

- Exclusivamente para variáveis nominais e ordinais;
- Preferencialmente para amostras grandes,  $> 30$ ;
- Observações independentes.

Procedimento para a execução do teste

Determinar  $H_0$ . As variáveis são independentes, ou as variáveis não estão associadas;

Estabelecer o nível de significância ( $\mu$ );

Determinar a região de rejeição de  $H_0$ . Determinar o valor dos graus de liberdade ( $\varphi$ ), sendo  $\varphi = (L - 1) (C - 1)$ , onde  $L$  = números de linhas da tabela e  $C$  = ao número de colunas. Encontrar portanto, o valor do Qui-quadrado tabelado;

Calcular o Qui-quadrado, através da fórmula:

$$\chi^2 = \sum \left( \frac{(O - E)^2}{E} \right)$$

Para encontrar o valor esperado (E), utilizar a fórmula a seguir:

$$E = \frac{(\text{soma da linha 1}) \cdot (\text{soma da coluna 1})}{(\text{total das observações})}$$

Sendo o Qui-quadrado calculado, maior do que o tabelado rejeita-se H0 em prol de H1.

Há dependência ou as variáveis não estão associadas.

Outra forma de verificar a independência entre variáveis é através do p-valor. Como o Qui-quadrado mede a probabilidade de as diferenças encontradas nos dois grupos da nossa amostra ser devida ao acaso, partindo do pressuposto que, na verdade, não há diferenças entre os dois grupos na população de onde provêm. Se a probabilidade for alta poderemos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas. Se a probabilidade for baixa (particularmente menor que 5%) podemos dizer que existe evidências estatísticas para dizer que as variáveis são associadas. Essa probabilidade é o p-valor e para que as variáveis de um determinado estudo sejam dependentes (associadas) o p-valor deve ser menor que 0,05.

### 3.6.3 – Teste exato de Fisher

Em tabelas de contingência 2 x 2, os valores esperados menores que 5 e amostras pequenas, podem afetar a aproximação da distribuição Qui-quadrado da estatística  $X^2_{obs}$ .

Neste caso é preferível usar o teste exato de Fisher, o qual propõe que a distribuição de probabilidade das frequências de qualquer um destes tipos de tabelas sejam substituídas pela probabilidade da distribuição das mesmas frequências, considerando tabelas com duas margens fixas, ou seja, uma distribuição de probabilidade hipergeométrica para a única frequência de valor livre (independente).

### 3. 6. 4 – Correlações de Pearson

O coeficiente de correlação Pearson ( $r$ ) varia de -1 a 1. O sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis. Uma correlação perfeita (-1 ou 1) indica que o escore de uma variável pode ser determinado exatamente ao se saber o escore da outra. No outro oposto, uma correlação de valor zero indica que não há relação linear entre as variáveis. Quanto mais perto de 1 (independente do sinal) maior é o grau de dependência estatística linear entre as variáveis. No outro oposto, quanto mais próximo de zero, menor a força dessa relação.

## 3.7 – Limitações do Estudo

Trabalhar com saúde pública no Brasil por si só já constitui uma grande dificuldade para o profissional da área médica. Fazer um trabalho científico no nosso país é igualmente difícil. Unir as duas coisas multiplica os obstáculos para que o pesquisador atinja seus objetivos.

É extremamente difícil para o médico do Programa Saúde da Família (PSF) abordar o indivíduo como um todo como recomenda a OMS, detendo-se inclusive nas questões da sua religiosidade, frente à demanda de atendimentos e de metas a serem atingidas.

Os próprios usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) não compreendem bem essa dinâmica. Procuram os serviços públicos de saúde com o propósito meramente curativo. Reclamam se a consulta é demorada, não respondem aos chamados para que compareçam para exames preventivos ou para atividades educativas.

Este estudo não executou a prática religiosa com regularidade na unidade de saúde, como se propunha inicialmente, mas apenas reuniões semanais com músicas, conversas, exercícios de meditação e leitura de textos religiosos, tendo como atrativo principal a consulta médica. Os participantes que iam a tais reuniões, em sua maioria, buscavam prioritariamente os cuidados médicos. Outros colocavam empecilhos para atender às convocações para comparecimento, reduzindo o contato médico-paciente.

Diante da recusa de alguns pacientes em participar das reuniões não foi enfocada no estudo uma prática única em todos os momentos de observação, como por exemplo: apenas a reza do terço, ou somente a meditação. A diversidade de práticas constituiu por si só uma maior dificuldade na relação com as observações de seus efeitos sobre a pressão arterial.

Outra dificuldade foi a saída da pesquisadora da unidade de saúde em que atendia aos pacientes, passando a fazer a pesquisa em um local cedido pela Secretaria de Saúde semanalmente, reduzindo o acesso dos indivíduos estudados às consultas clínicas com a referida profissional.

Apontamos ainda como limitação do estudo o baixo nível de escolaridade da maioria dos entrevistados, se refletindo em hábitos errôneos de vida, os quais podem contribuir negativamente, para o controle clínico de qualquer enfermidade. Quanto menor o índice de escolaridade menor a cooperação com as medidas a serem tomadas para melhorar a saúde, pois são pessoas que se informam menos por não saberem ler ou por lerem com dificuldade. Outro reflexo da baixa escolaridade é a menor renda com conseqüente comprometimento da qualidade de vida. Alguns não têm geladeira, fazendo uso com maior frequência da carne de charque ou de sol, com alto teor de sódio. Também não fazem tanto uso de frutas e verduras, alegando que não cabem no orçamento, não “enchem” o estômago e estragam facilmente.

## **CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente serão ilustrados com figuras os dados sócio-demográficos e clínicos, bem como aqueles sobre espiritualidade/religiosidade, além de outros comportamentais e sobre o estilo de vida dos pacientes. Posteriormente serão apresentados os resultados da escala de religiosidade das duas etapas do estudo. Simultaneamente serão citados trechos das falas dos pacientes e argumentos favoráveis ou contrários extraídos da literatura, estabelecendo desta forma a discussão sobre o tema proposto.

### **4.1 – Dados Sócio-Demográficos e Clínicos**

#### **4.1.1 – Amostra pesquisada quanto ao sexo:**

A amostra foi composta por 121 mulheres (87%) e 18 homens (13%). O predomínio do sexo feminino entre os participantes da pesquisa reflete a realidade de uma maior procura feminina pelos serviços de saúde, de acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). As mulheres frequentam mais os postos de saúde e os consultórios, e elas fazem mais exames preventivos e investem mais neste campo. Além do que o número de mulheres hipertensas (270 ou 79,4%) registradas era maior, na época da pesquisa, do que o número de homens hipertensos (70 ou 20,6%) na referida USF.

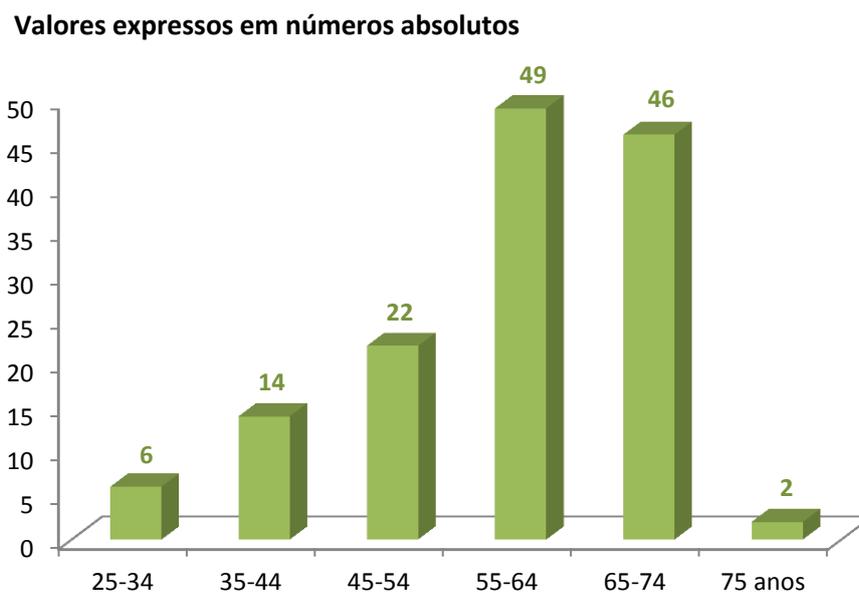
Dados da literatura também revelam este mesmo aspecto: segundo Oliveira et al. (2008) a hipertensão arterial referida em mulheres com 60 a 74 anos apresentou uma prevalência de 55,3% e de 60,7% naquelas com idade acima dos 75 anos, no município de São Paulo. Dos 1.739 indivíduos entrevistados por Jardim et al. (2007), 64,9% eram do sexo feminino. Outro estudo realizado em Fortaleza encontrou 75,5% de mulheres entre os sujeitos da pesquisa sobre hipertensão (ROMERO et al., 2010). Borges, Cruz e Moura (2008) detectaram a doença em 16,2% dos homens e 18,3% das mulheres que participaram da pesquisa sobre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos em Belém do Pará.

No entanto é importante considerar um aspecto: a criação de programas de saúde na atenção básica destinados ao homem é recente e pode estar na verdade ocorrendo um sub-registro dos casos masculinos da doença hipertensiva no Brasil. Um dos motivos alegados pelos indivíduos do sexo masculino para se descuidarem de sua saúde é a sua atividade produtiva. No entanto a mulher também está a cada dia mais presente no mercado de trabalho, sem eximir-se de seus exames de rotina (BRASIL, 2008).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a mulher é exposta a situações especiais que a colocam em risco para o surgimento de HAS como a menopausa, o uso de contraceptivo oral e a gravidez, em acordo com a predominância feminina encontrada nestes estudos. Por outro lado, há estudos demonstrando que o homem é mais adepto ao tabagismo, ao uso frequente de álcool (CONCEIÇÃO, 2006; BRASIL, 2008) e mais prevalente em relação ao excesso de peso corporal. Estes constituem fatores de risco importantes para a doença hipertensiva (CONCEIÇÃO, 2006).

#### 4.1.2 – Amostra pesquisada quanto à faixa etária

A idade mínima encontrada nesse estudo foi de 26 anos e a máxima foi de 75 anos, com média de 59,22 e desvio padrão de 11,17. Esta pesquisa encontrou: na faixa etária entre 25 e 34 anos seis pacientes, correspondendo a 4,3 %; entre 35 e 44 anos, 14 indivíduos (10,1 %); entre 45 e 54 anos, 22 pessoas (15,8 %); entre 55 e 64 anos, 49 pacientes (35,3 %). Na faixa etária de 65 a 74 anos, o estudo contou com 46 pessoas (33,1 %) e com apenas dois indivíduos cujas idades eram de 75 anos, significando 1,4 % do total de entrevistados (Figura 1).



**Figura 1: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas por faixa etária. PSF Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a Dezembro de 2012.**

A hipertensão vem atingindo faixas etárias cada vez mais precoces, aumentando o tempo de doença na vida das pessoas e, conseqüentemente, os riscos de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais no decorrer da vida. A partir dos 35 anos houve um aumento no número da indivíduos, podendo representar o aumento no número de casos por amostragem, uma vez que foi incluído o percentual de 40,9 % dos pacientes hipertensos desta unidade no presente estudo. A partir dos 64 anos houve tendência ao decréscimo no número de entrevistados, não significando redução na incidência da doença. Uma das possibilidades é que nesta faixa aumenta o número de pessoas sem capacidade de locomoção, bem como de responder com coerência a questionários, tendo sido excluídas do estudo. Também aumenta o número de complicações que culminam com o óbito depois dessa idade. O reduzido quantitativo de entrevistados com 75 anos compartilha das justificativas anteriores.

A idade mínima dos pacientes do estudo realizado no Hospital Oswaldo Cruz em Recife, por Lima et al. (2005) foi de 21anos e a máxima, 91 anos. Já na pesquisa realizada por Manfroi e Oliveira (2006) as idades de pessoas com hipertensão que participaram das entrevistas variaram entre 34 e 70 anos. Jardim et al. pesquisaram esta enfermidade em diversas faixas etárias, iniciando com a de 18 a 29 anos, sendo a última formada pelos indivíduos com mais de 60 anos. Isto demonstra o caráter abrangente da HAS quanto à idade de acometimento, devendo ser pesquisada já nas crianças e adolescentes, quando houver hereditariedade, obesidade, doença renal ou queixa que leve à suspeição. Borges, Cruz e

Moura (2008) encontraram relação direta entre hipertensão arterial e idade ao realizarem um estudo transversal em uma amostra probabilística da população  $\geq 18$  anos em Belém (PA), em inquérito por telefone.

#### 4.1.3- Amostra estudada quanto à escolaridade

O número de analfabetos foi muito alto: 33 indivíduos, representando 23,7 % do total, assim como o número de pessoas com ensino fundamental incompleto: 72 (51,8%) dos entrevistados; enquanto que 11 pacientes (7,9%) tinham ensino fundamental completo. A quantidade de hipertensos que afirmou ter o ensino médio incompleto e completo foi respectivamente de três (2,2 % ) e 13 (9,3 %) do total de pessoas do estudo. Apenas a minoria se disse com nível superior incompleto, correspondendo a três (2,2 %) ou completo, quatro (2,9 %).

Em estudo realizado em Goiânia (GO) foi encontrada uma associação inversa entre escolaridade e HAS, com prevalência de 47,5% entre aqueles com poucos anos de estudo, e 28% naqueles com mais de nove anos de estudo. Tratava-se de uma pesquisa transversal, descritiva e observacional, de base populacional, fundamentada em inquérito domiciliar de amostra aleatória simples, com 1.739 pessoas com idade maior ou igual a 18 anos, utilizando questionários padronizados, colhidas informações sociodemográficas e realizadas medidas de PA em duas tomadas. Também foram verificados peso, altura e circunferência abdominal dos entrevistados. Foi considerada a última medida da PA como maior ou igual a 140x90 mmHg como critério para diagnóstico de hipertensão (JARDIM et al., 2007).

Esta relação inversa também foi verificada por Borges, Cruz e Moura (2008) em estudo transversal desenvolvido com uma amostra probabilística da população  $\geq 18$  anos de Belém (PA), pelo SIMTEL (sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por meio de inquérito telefônico). A pesquisa foi realizada em cinco capitais das macrorregiões brasileiras, sendo Belém escolhida para representar a região Norte.

Entre janeiro de 2000 e março de 2001, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) coordenou o Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), em sete países da América Latina e Caribe, com o propósito de realizar uma coleta sistemática de informações sobre as condições de vida e saúde de pessoas idosas. Trata-se de uma pesquisa

de campo multicêntrica, transversal, com abordagem quantitativa realizada em sete cidades: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), Cidade do México (México) e Montevideu (Uruguai). No Brasil, a população do referido estudo constituiu-se de 2.143 residentes no município de São Paulo, sendo 1.265 mulheres, e os seus resultados foram concordantes com os estudos anteriores no que diz respeito à escolaridade e hipertensão (OLIVEIRA et al., 2008).

No Brasil os estudos têm demonstrado que indivíduos com menor escolaridade apresentam maior prevalência de HAS em comparação aos níveis intermediário e de maior escolaridade, o que também vem sendo encontrado nas pesquisas feitas pelo *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), nos últimos 30 anos (CESARINO et al., 2008).

É importante que se diga que a associação feita entre HAS e nível de escolaridade está na verdade ligada à renda desses indivíduos, uma vez que a maioria das pessoas que procuram os serviços públicos de saúde pertencem às camadas sociais mais desfavorecidas. Seria necessária também uma abordagem junto aos indivíduos usuários dos serviços privados de saúde para melhor estabelecer a real influência da escolaridade sobre as doenças cardiovasculares.

No estudo desenvolvido por Marques (2003) os indivíduos considerados com maior bem estar espiritual foram aqueles com nível educacional baixo ou médio. Há também estudos que mostram não haver diferença significativa na prática religiosa de indivíduos com nível de escolaridade diferente. O estudo desenvolvido por Lobo (2012) encontrou percentuais semelhantes de frequência à igreja, bem como no hábito de orar, tanto em indivíduos com nove anos de estudo ou mais, quanto nos que estudaram menos tempo. Também não foi encontrada nesse estudo diferença significativa na percepção de redução de sintomas depressivos entre os dois grupos estudados.

#### 4.1.4 – Amostra estudada quanto ao estado civil e sexo

Relacionando o estado civil ao sexo foi verificado que a maioria dos paciente do estudo era casada, tanto no sexo feminino quanto no masculino (Tabela 1).

**Tabela 1: Estado civil e sexo da amostra de pacientes hipertensos. Pedras de Fogo-PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012.**

| Estado Civil  | Masculino |              | Feminino   |              | Valor      | %             |
|---------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
|               | Valor     | %            | Valor      | %            |            |               |
| Solteiro      | 4         | 2,88         | 28         | 20,14        | 32         | 23,02         |
| Casado        | 8         | 5,76         | 58         | 41,73        | 66         | 47,48         |
| Viúvo         | 3         | 2,16         | 30         | 21,58        | 33         | 23,74         |
| União Estável | 0         | 0,00         | 2          | 1,44         | 2          | 1,44          |
| Divorciado    | 3         | 2,16         | 3          | 2,16         | 6          | 4,32          |
| <b>Total</b>  | <b>18</b> | <b>12,95</b> | <b>121</b> | <b>87,05</b> | <b>139</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: Pereira, V. N. de A.  
2013. Dados da pesquisa.

Um estudo desenvolvido por Borges, Cruz e Moura (2008) verificou uma associação entre estado civil e hipertensão arterial apenas no sexo feminino. É importante considerar que os indivíduos separados ou viúvos são geralmente mais velhos; portanto muitas vezes a maior associação de HAS com estas condições civis estaria na verdade refletindo a associação direta entre esta doença e o aumento na idade. Os casados por sua vez ou com laços estáveis estariam mais propensos ao diagnóstico por procurarem mais os serviços de saúde.

As religiões são um campo de investimento masculino por excelência. Normas, regras, doutrinas são definidas por homens em praticamente todas as religiões conhecidas (ROSADO-NUNES, 2005; LEMOS, 2009). Eles dominam a produção do 'Sagrado' nas diversas sociedades. As decisões nesse campo continuam sendo tomadas pelo sexo masculino, perpetuando o papel feminino na guarda das memórias, na transmissão do conhecimento e no direcionamento religioso familiar (ROSADO-NUNES, 2005).

Mesmo num mundo secularizado as normas religiosas ainda são ditadas pelo pensamento masculino. Surgem então alguns conflitos entre esse tipo de pensamento e as mudanças atuais que vem surgindo na sociedade, questionando-se o papel secundário destinado às mulheres em religiões cristãs e não cristãs. Nos estudos mais recentes que abordam a questão do gênero tem havido a necessidade de associar o comportamento feminino e o masculino, de forma diferente de outros mais antigos que isolavam o homem, considerando-o como ser dominador. As concepções mais modernas entendem que não se pode falar de um sem mencionar o outro (LEMOS, 2009).

Os estudos desenvolvidos nos últimos anos pelo grupo de pesquisa Gênero e Religião, na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, despertaram para a necessidade de trabalhar a relação das mulheres com as religiões e vice versa. Dados estatísticos costumam afirmar que as mulheres seriam 'mais religiosas' do que os homens (ROSADO-NUNES, 2005).

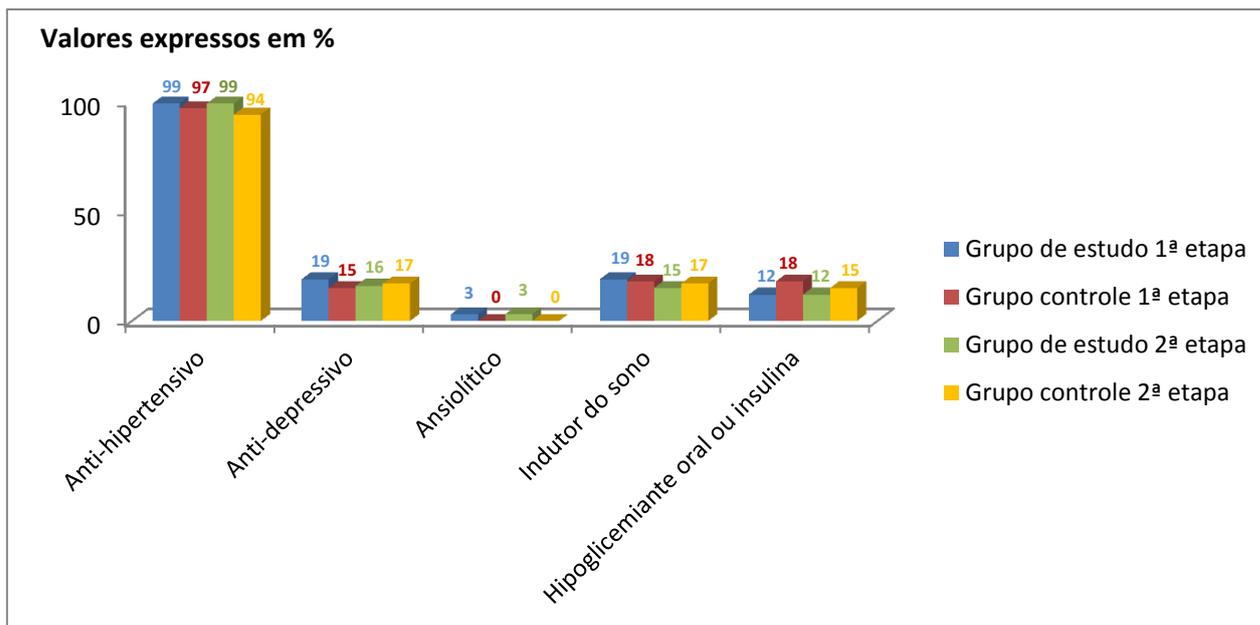
A presença feminina é maciça nos templos e movimentos religiosos, bem como é muitas vezes a mulher, como mãe e esposa a maior influência sobre o comportamento dos homens frente à escolha de uma religião e sobre a manutenção de tal vínculo social.

#### 4.1.5 – Amostra analisada quanto ao uso de medicamentos

Fazendo um estudo comparativo entre as duas etapas do estudo (Figura 2), foi constatado que houve a redução no uso de anti-hipertensivos no GC de 97 para 94%, enquanto que no GE a situação permaneceu inalterada com 99%. Situação semelhante foi encontrada no emprego dos hipoglicemiantes orais e/ou insulina, pois foi reduzido no GC de 18,% para 15%, mantendo no GE o mesmo percentual inicial de 12%.

No entanto foi detectado comportamento diferente em relação aos medicamentos antidepressivos e indutores do sono. No GE ocorreu a redução na tomada dos medicamentos para depressão de 19% para 16%, contrastando com o aumento no GC de 15% para 17%. Os dois grupos reduziram o uso dos medicamentos para dormir, sendo mais acentuado esse comportamento no GE com diminuição percentual de 19% para 15%, enquanto que no GC a redução foi de 18% para 17%.

Os ansiolíticos continuaram a ser usados apenas por uma pessoa do GE, correspondendo a 3% destes indivíduos. Um dos pacientes que não usavam nenhum medicamento no GC passou a usar redutor de colesterol.



**Figura 2: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto ao uso de medicamentos. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa do estudo.**

Pereira C. V. C (2011), em sua dissertação de mestrado, enfatizou a importância da religiosidade para os idosos, como influência direta na adesão terapêutica prescrita. Ela encontrou diversos relatos em que a fé no médico e em Deus determinava a aceitação dos medicamentos prescritos; o que representa muitas vezes o emprego de uma verdadeira polifarmácia. O referido trabalho também chama a atenção para as dificuldades do idoso em ingerir tantos fármacos. Estes que muitas vezes interferem na sua autonomia e no funcionamento de diversos órgãos, embora tenham a finalidade de prolongar a sua vida.

No estudo desenvolvido com portadores de HIV em *New Haven*, alguns participantes relacionaram o benefício dos medicamentos disponíveis para o tratamento da AIDS com a bondade de Deus para com eles, ajudando no prolongamento de suas vidas. Manifestavam sua gratidão para com o Pai celeste por dar inteligência aos cientistas para desenvolver o tratamento eficaz para a referida doença (ARNOLD et al., 2002).

Este estudo ressalta a importância de o paciente estar em comum acordo com seu médico quando da redução de dosagens ou completa retirada dos seus medicamentos. A Bíblia enfatiza a importância do referido profissional no texto a seguir:

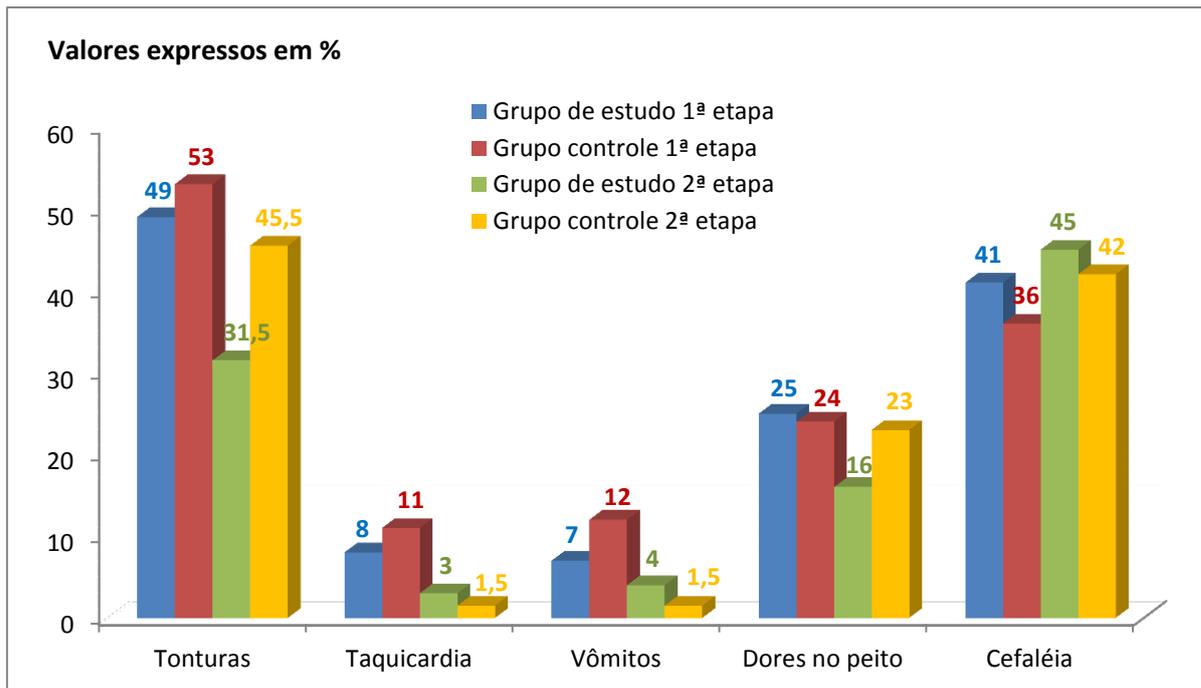
Honra o médico por causa da necessidade, pois foi o Altíssimo que o criou (toda a Medicina provém de Deus)... A ciência do médico o eleva em honra. Ele é admirado na presença dos grandes. O Senhor fez a terra produzir os medicamentos; o homem sensato não os despreza... Meu filho, se tiveres doente não descuides de ti, mas ora ao Senhor que te curará (Eclesiástico 38, 1-4; 9).

Muitas vezes para que a religiosidade do indivíduo beneficie sua saúde faz-se necessária a matéria prima mandada por Deus através da ciência: os medicamentos (ABIB, 2001).

#### 4.1.6 – Amostra analisada quanto aos sintomas referidos nas duas etapas da pesquisa

Neste estudo as tonturas foram referidas em 36 (49%) das entrevistas do GE na primeira etapa, reduzindo para 23 (31,5%) na etapa final. O GC possuía 35 (53%) de seus integrantes, passando depois a 30 (45,5%). 30 indivíduos (41%) do GE declararam sentir cefaleia na fase inicial da pesquisa, aumentando para 33 (45%). Resultado semelhante ocorreu no GC, passando de 24 (36%) para 28 (42%) indivíduos com esta queixa. A taquicardia foi referida inicialmente por seis (8%) dos pacientes do GE, caindo para dois (3%) deles. Houve no GC uma queda ainda maior de sete (11%) para um sujeito (1,5%). A dor no peito ocorreu em 18 (25%) dos entrevistados do GE, decrescendo para 12 (16%). No GC a queda nesse sintoma foi de 16 (24%) para 15 (23%). Os vômitos foram a queixa de cinco (7%) indivíduos do GE e posteriormente de três (4%) deles. No GC essa diminuição foi de oito (12%) para uma pessoa (1,5%). A dor no peito referida por 18 (25%) indivíduos do GE passou a ser apontada posteriormente por apenas 12 (16%) deles. No GC essa queixa inicialmente relatada por 16 (24%) pessoas passou a ser citada por 15 (23%) delas (Figura 3).

Este grupo de sintomas pode refletir um aumento da pressão arterial, muitas vezes com lesão de órgãos-alvo. Conforme observado, houve uma melhora na maioria deles, em ambos os grupos, com exceção da cefaleia.

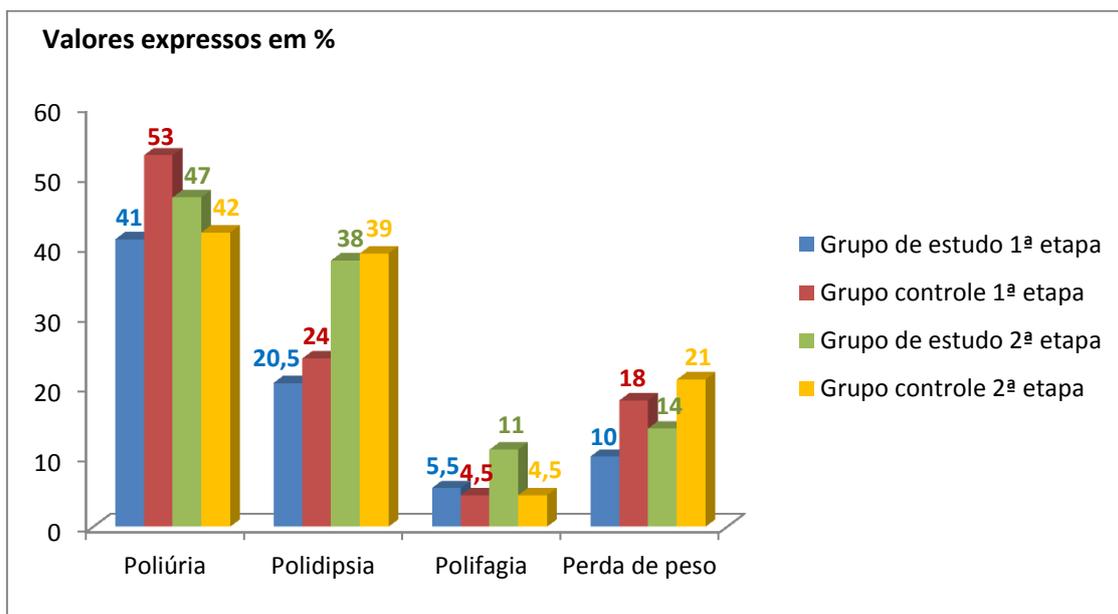


**Figura 3: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto aos sintomas I. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa.**

O principal sintoma referido em um estudo feito por Lima et al. (2005) foi a cefaleia, atingindo um percentual de 35%. A dor precordial, não anginosa, esteve presente em 21% dos casos, seguido por dispneia, em 16% deles e tontura em 14%. As dormências, palpitações e tremores foram relatados em menor proporção. Também se enfocou no referido estudo o fato de muitos pacientes relatarem que abandonavam o tratamento ou tencionavam fazê-lo em decorrência de permanecerem por longos períodos de tempo assintomáticos.

Analisando os sintomas relacionados a diabetes, foi observado que: entre as duas etapas ocorreu um aumento nos dois grupos quanto ao sintoma da polidipsia (beber água em excesso); De 15 (20,5%) para 28 (38%) no GE e de 16 (24%) para 26 (39%) no GC. Quanto à polifagia (comer demais) obtivemos: aumento no GE de quatro (5,5%) para oito (11%) e quadro inalterado no GC, permanecendo em três (4,5%) o número de queixosos. A poliúria (urinar demais) foi citada por 30 (41%) dos indivíduos do GE, subindo a *posteriori* para 34 (46,5%). No GC esta queixa foi de 35 (53%) para 28 (42%). Sete (10%) sujeitos do GE e 12 (18%) do GC relatavam perda de peso sem dieta no início do estudo, na segunda etapa eram 10 (14%) pacientes do GE e 14 (21%) do GC que referiam o sintoma (Figura 4).

Muitos dos pacientes estudados são concomitantemente diabéticos, os quais deverão obrigatoriamente proceder um melhor controle da sua pressão arterial que os indivíduos que não tem diabetes, sob pena de ter os rins comprometidos. A polifagia e o aumento na frequência urinária podem aparecer no diabetes descompensado, assim como em pacientes com alguma doença mental ou quadro de estresse (SELYE, 1984). Um fator de confusão que pode ter havido em relação à poliúria foi o efeito diurético de alguns medicamentos tomados pelos pacientes. Portanto o aumento na diurese isoladamente, não significou piora do quadro de diabetes.



**Figura 4: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto aos sintomas II. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa.**

O choro fácil foi relatado por 46 pessoas (63%) do GE, sendo esta quantidade reduzida para 34 (47%) na epapa final do estudo. O GC iniciou com 43 (65%) de indivíduos e terminou com 24 (36%). Houve uma redução importante nos dois grupos, sendo mais proeminente no segundo. A insônia constituiu a queixa de 38 (52%) dos entrevistados do GE, passando posteriormente a representar o sintoma referido por 30 (41%) deles. No GC reduziu de 36 (54,5%) para 31 (47%) o número de pacientes com a referida queixa (Figura 5).

Ambos podem ser sintomas de depressão; co-morbidade bem frequente entre os entrevistados, podendo inclusive ser agravante da hipertensão. Também é notório que as queixas apresentadas inicialmente como frequentes na doença hipertensiva também podem ser manifestadas em distúrbios nervosos.

Um estudo realizado por Stella et al. (2002) enumerou como sintomas de provável depressão no idoso: a irritabilidade, a tristeza, o desânimo, além dos sentimentos de abandono, de inutilidade, a baixa auto-estima, o retraimento social ou a solidão. Também foram citados o desinteresse, as ideias autodepreciativas, ideias de morte, tentativas de suicídio, a inapetência, o emagrecimento, os distúrbios do sono, a perda de energia, a lentificação ou a inquietação psicomotora, a hipocondria, as dores inespecíficas, a dificuldade de concentração e de memória, lentificação do raciocínio, vários tipos de delírio e alucinações. Alguns destes sintomas também foram encontrados na amostra deste estudo,

A autora supracitada relaciona o desenvolvimento de alguns destes sintomas, tais como a lentificação e a maior permanência no leito com a redução da atividade física e consequente agravo da hipertensão. Também é sabido que pacientes deprimidos tornam-se menos cooperativos com as terapêuticas médicas, constituindo outro fator complicador na doença hipertensiva. Além disto chama a atenção para o fato do subdiagnóstico da depressão na população idosa ocasionar agravamento de entidades clínicas diversas, culminando com consequente aumento na mortalidade desses indivíduos.

Cade (2001) chama a atenção para o fato da hipertensão poder ter ou não sintomas, bem como a ocorrência de complicações que possam comprometer o estado geral e a funcionalidade do sujeito. O comprometimento também pode se dar no campo psicológico, afetando a auto-estima, gerando ansiedade, depressão, agressividade. Afinal o indivíduo muitas vezes deixa de comer o que deseja, abandona hábitos que praticava há anos, como o tabagismo; tudo em decorrência da doença. Outras vezes ele se nega a aceitar a enfermidade e o tratamento; o que lhe trará outros danos. Em suas observações clínicas constatou que tristeza e nervosismo são fatores complicadores da hipertensão, uma vez que a subjetividade tem caráter decisivo sobre a concepção do binômio saúde-doença.

O choro fácil, grande preditivo da depressão, teve redução importante e conforme dados da literatura (CADE, 2001) aparece em muitos casos de hipertensão; sobretudo no idoso. Também é relatado que a depressão pode ser um complicador da doença hipertensiva (STELLA et al., 2002).

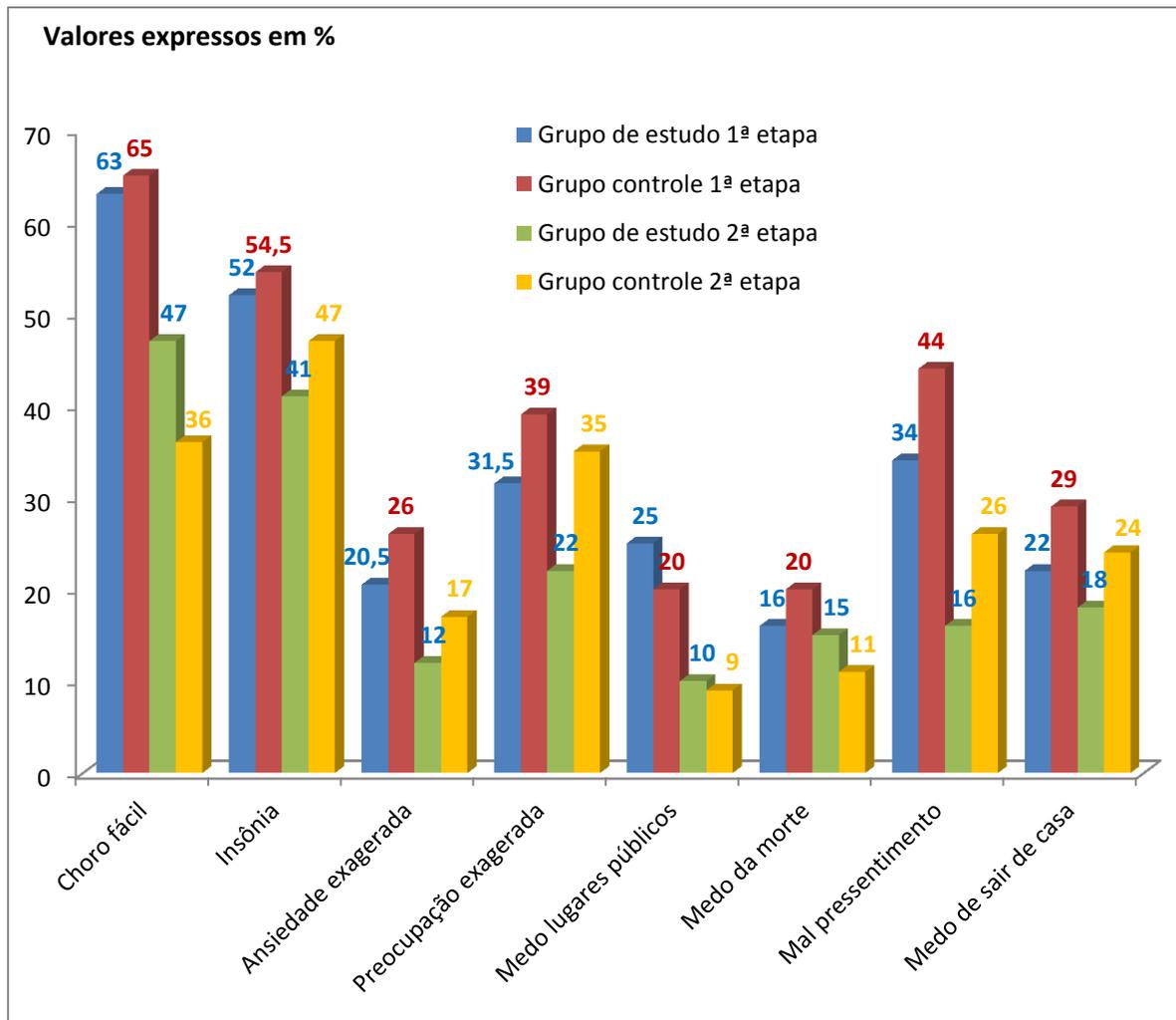
O caráter muitas vezes assintomático da HAS rendeu-lhe o título de assassina silenciosa, sendo responsável muitas vezes pelo abandono do tratamento (SAVIOLI, 2004a; SAVIOLI, 2007). A interrelação entre o coração físico e o coração emocional, por sua vez, pode gerar sintomas sem que haja o real comprometimento físico. Também é notório que a tridimensionalidade do sujeito em corpo, psiquismo e espírito exige que para haver saúde

haja um equilíbrio entre essas três esferas. Então quando uma delas está comprometida, as demais poderão ser atingidas (SAVIOLI, 2004a).

No GE, 15 (20,5%) das pessoas relataram ansiedade, em contraste com os 17 (26%) do GC, na fase inicial deste trabalho. No fim do estudo o GE passou a ter nove (12%) de seus representantes com este problema, enquanto que o GC o reduziu para 11 (17%). Os excessivamente preocupados, distribuíram-se da seguinte maneira na primeira etapa: 23 (31,5%) no GE e 26 (39,%) no GC. Na segunda etapa ocorreu a redução nos dois grupos, mais proeminente no primeiro, pois foi para 16 (22%), enquanto no outro foi para 23 (35%).

Os que disseram ter maus pressentimentos passaram de 25 (34%) para 12 (16%) no GE e de 29 (44%) para 17 (26%) no GC. Os que têm medo de sair sozinhos variaram de 16 (22%) para 13 (18%) no GE, enquanto no GC tal variação se deu de 19 (29%) para 16 (24%). Dentre os indivíduos que declararam ter medo de frequentar lugares públicos no GE houve a redução de 18 (25%) para sete (10%); Já no GC a redução foi de 13 (20%) para seis (9%). O medo de sair sozinho ou sair de casa foi relatado por 16 (22%) do GE, caindo posteriormente esse valor para 13 (18%). No GC o comportamento também foi de queda: no início eram 19 (29%) e depois foi de 16 (24%). Os sujeitos que falaram que têm frequentemente a sensação de morte iminente no GE passaram de 12 (16%) para 11 (15%), contrastando com o GC onde a referida queixa caiu de 13 (20%) para sete (11%) deles (Figura 5).

Está amplamente representado aqui o grupo de doenças psiquiátricas, tais como a ansiedade generalizada, a síndrome do pânico e a depressão. Muitos destes pacientes relatavam durante as consultas que passaram a tomar anti-hipertensivos e psicotrópicos após traumas psíquicos provocados pela perda de entes queridos, perda de emprego ou separação conjugal. Havia também um número considerável de mulheres cujos maridos, filhos ou genros abusavam do álcool e eram violentos em casa.



**Figura 5: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto aos sintomas III. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa.**

A memória fraca ou falta de concentração foi o sintoma neurológico mais referido nos dois grupos da pesquisa, sendo mais proeminente no GE com o seguinte comportamento: de 47 (64%) foi para 52 (71%) casos. No GC houve uma discreta diminuição de 43 (65%) para 40 (61%).

Outros cinco (7%) pacientes disseram ter anorexia (sem associação com o estado de nervos) no GE na primeira etapa da pesquisa, reduzindo posteriormente para dois (3%) dentre eles. No GC ocorreu o inverso, ou seja: não havia esta queixa entre os seus integrantes, surgindo posteriormente em três entrevistados (4,5%). Outro sintoma investigado e muito citado foi a recusa alimentar quando nervoso, obtendo os seguintes resultados: 40 (55%) indivíduos do GE e 31 (47%) no GC durante a fase inicial do estudo. Posteriormente os resultados dos respectivos grupos foram: 34 (47%) e 29 (44%). A queda

mais acentuada se evidenciou no GE. 10 (14 %) indivíduos do GE e sete (11%) do GC tinham, na época da primeira entrevista, a queixa de comer muito quando nervosos. No segundo momento do estudo esses números passaram a ser no GE e GC respectivamente: 13 (18%) e cinco (8%) os queixosos. Ficou evidente a diminuição desse problema entre os membros do GC, havendo comportamento contrário no GE.

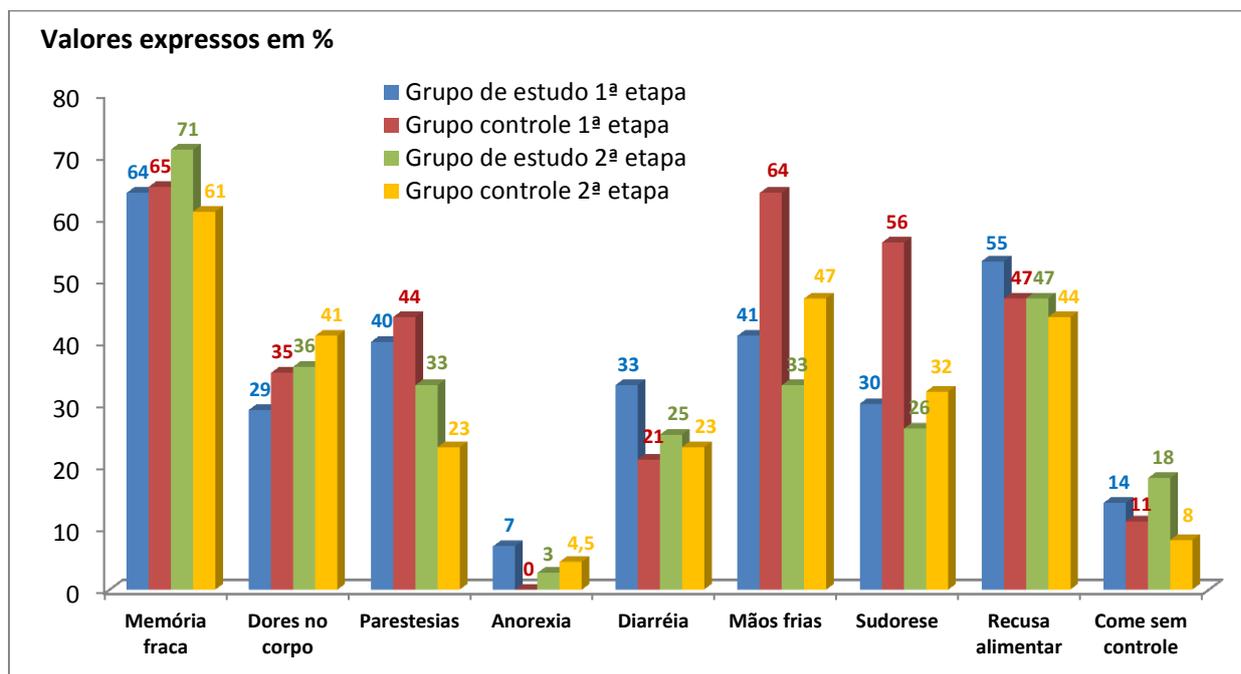
Os pacientes do estudo pertencentes ao GE disseram em número de 29 (40%), possuir o sintoma de parestesia passando depois a 24 (33%). No GC esses números variaram de 29 (44%) para 15 (23%), obtendo uma maior redução nesses níveis. Quando nervosos, 24 (33%) pacientes do GE e 14 (21%) do GC apresentavam diarreia, na primeira etapa da pesquisa. Num outro momento houve um comportamento contrário entre os dois grupos. Enquanto no GE houve a diminuição do sintoma (18 ou 25%), no GC se deu um aumento (15 ou 23%).

Um número expressivo de sujeitos 30 (41%) do GE tinham mãos frias em ocasiões de estresse, comparados a 42 (64%) do GC. Ocorreu decréscimo em ambos durante a segunda etapa, sendo assinalados respectivamente por 24 (33%) e 31(47%) nas entrevistas dos mesmos. Já 22 (30%) pessoas do GE e 37 (56%) do GC disseram ter sudorese exagerada, quando o sistema nervoso estava “à flor da pele”, durante a primeira tomada de depoimentos. Seguiu-se um momento de queda nos valores em ambos os grupos pesquisados: no GE o valor encontrado foi 19 (26%) e no GC, 21 (32%). O GC teve notavelmente o resultado mais importante. Dos pacientes que responderam ao questionário, no GE 21 (29%) declararam sofrer de dores inexplicáveis pelo corpo inicialmente, aumentando posteriormente para 26 (36%). No GC houve comportamento similar a este, com valores que variaram de 23 (35%) para 27 (41%), conforme a Figura 6.

Para o tratamento estatístico dos sintomas estudados aplicou-se o teste T de Student nos dois grupos, no início e no final da pesquisa. Verificou-se uma redução significativa em algumas das queixas referidas. No GC foi significativa a diminuição do choro fácil ( $r = 0,001$ ;  $p < 0,05$ ), da taquicardia ( $r = 0,011$ ;  $p < 0,05$ ), das parestesias ( $r = 0,03$ ;  $p < 0,05$ ), da sudorese ( $r = 0,02$ ;  $p < 0,05$ ) e dos vômitos ( $r = 0,021$ ;  $p < 0,05$ ). Já no GE encontraram-se resultados significativos no decréscimo do choro fácil ( $r = 0,041$ ;  $p < 0,05$ ), das tonturas ( $r = 0,008$ ;  $p < 0,05$ ), dos maus pressentimentos ( $r = 0,003$ ;  $p < 0,05$ ) e do medo de frequentar lugares públicos ( $r = 0,011$ ;  $p < 0,05$ ).

Situações de estresse desencadeiam no ser humano sintomas dos mais variados, tais como: irritabilidade, depressão, hiperexcitação, falta de concentração, maior frequência na

diurese, insônia, crises de garganta, instabilidade emocional, tonturas, sudorese, fadiga, ansiedade, tiques nervosos, bruxismo, diarreia, dores de estômago, enxaqueca, tensão pré-menstrual, redução ou aumento no apetite, dores no pescoço ou nas costas, maior uso de álcool, cigarros ou medicamentos controlados, maior exposição a acidentes (SELYE, 1984). Pode se manifestar também através de sintomas físicos, tais como: sensação de desgaste, tensão muscular e náuseas e de sintomas psicológicos, tais como: angústia, vontade repentina de iniciar novos projetos, pensar e falar constantes sobre um mesmo assunto, além da permanente sensação de medo (SOUSA, 2009).



**Figura 6: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto aos sintomas IV. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa.**

O organismo humano manifesta o medo de diversas formas; através do coração acelerado, da palidez, do suor, principalmente das mãos, do aumento da frequência respiratória, de diarreia. Trata-se de um sentimento natural do homem, mas que pode assumir proporções exageradas, culminando com quadros de ansiedade generalizada, fobias, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Pode inclusive gerar alterações na memória (SAVIOLI, 2007). Tais reações podem ser na verdade resultantes da má adaptação do corpo aos estressores a que está sendo submetido (SELYE, 1984).

Como visto nos capítulos anteriores, sistemas nervoso, cardiovascular e endócrino se relacionam muito intimamente, sendo atingidos muitas vezes em conjunto quando há um

desequilíbrio corporal, sobretudo no estresse. São frequentes os relatos: “minha hipertensão é emocional”; “meu diabetes é emocional”. A história dos nossos pacientes deve ser valorizada, afinal esta é a proposta da medicina humanizada.

Foi observada uma redução importante em muitos dos sintomas que refletem distúrbios nervosos o que representa um ganho na qualidade de vida destas pessoas e pode se refletir nos seus níveis pressóricos, corroborando dados citados por Savioli (2006), Koenig (2004) e Levin (2011) que chamam a atenção para a importância da prática religiosa para uma boa saúde mental.

O sintoma que mais aumentou percentualmente foi a memória fraca. Sabe-se que esta queixa pode ocorrer com mais frequência com o aumento da idade, bem como das preocupações; o que realmente foi relatado durante o período de observação destes pacientes, inclusive com as mudanças políticas ocorridas na cidade, afetando diretamente a vida dos mesmos. Ainda com respeito às preocupações, estas são frequentemente associadas aos picos hipertensivos na prática clínica.

Lotufo Neto (2003), Koenig (2004), Savioli (2004b) e Pereira, V. N. de A. (2011) relacionam a religiosidade com menores níveis de ansiedade e depressão. Além disso o primeiro autor encontrou menores níveis de pressão arterial e maior bem estar psicológico entre aqueles com maior nível de religiosidade, enquanto o segundo refere também menores índices de suicídio. Tavabi e Iran-Pour (2011) por sua vez encontraram relação direta entre boa saúde mental, sucesso acadêmico e crenças religiosas fortes em estudantes de medicina de Teerã, sendo um dos poucos estudos que pesquisou os efeitos da religiosidade não cristã sobre a saúde, de que se tem conhecimento.

Pessoas que acham conforto na religião tendem menos ao isolamento e reagem melhor às situações de estresse (HILL; PARGAMENT, 2003; SIMON; CROWTHER; HIGGERSON, 2007; FORNAZARI; FERREIRA, 2010; PEREIRA, V. N. de A., 2011), talvez pelo apoio social e mecanismos de *coping* desenvolvidos (HILL; PARGAMENT, 2003; SIMON; CROWTHER; HIGGERSON, 2007; FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Koenig (2004) atribui os efeitos benéficos da religiosidade sobre a saúde mental aos conceitos positivos da religião, bem como à esperança, integração psicológica facilitada e ao senso de controle, para superar dificuldades e situações traumáticas. Quando o indivíduo não entende a presença constante de Deus arrisca-se a perder a noção de Sagrado e conseqüentemente pode deparar-se com uma existência sem sentido (LÉO, 2004).

O vazio existencial parece ser um grande mal que atormenta o homem moderno. Há uma necessidade por algo que não pode ser preenchido pelos bens materiais; daí esse problema fazer parte principalmente da vida de pessoas abastadas financeiramente. A depressão, a ansiedade e a síndrome do pânico podem ser manifestações patológicas desse mal. A integralidade do ser engloba o lado espiritual, para o qual Deus é fundamental, indispensável, imprescindível. As pessoas que colocam o materialismo no centro de suas vidas podem se deparar com o vácuo (SAVIOLI, 2004b).

Então surgem os sintomas referidos, mas muitas vezes não verificados pelos médicos. A incidência dos sintomas psicossomáticos foi relevante, assim como o seu decréscimo após a estimulação religiosa feita durante o estudo. A prática religiosa pode ter despertado nestas pessoas um novo direcionamento para suas vidas, mesmo não tendo sido o nosso objetivo principal. Não é de estranhar que cerca de 70 a 75% das pesquisas sobre religiosidade/espiritualidade e saúde aborde questões mentais (KOENIG, 2011b).

## **4.2 – Religiosidade/Espiritualidade**

A seguir serão demonstrados os resultados referentes às práticas religiosas dos indivíduos estudados na pesquisa:

### **4.2.1 – Afiliação religiosa**

Dentre os entrevistados apenas um (0,7% ) declarou pertencer à Igreja Universal do Reino de Deus (IURD). Dois (1,4%) se disseram Testemunhas de Jeová, 27 (19,4%) afirmaram ser protestantes. Tivemos apenas um espírita (0,7%) e igual quantidade de indivíduos que declarou participar de várias religiões simultaneamente. Três (2,2%) disseram não ter religião, mas a maioria se declarou católica: 104 pessoas, representando 74,8% do total; o que está de acordo com a realidade brasileira, país declaradamente de maioria católica.

Esta pesquisa não discrimina credos, não nos cabendo julgar se esta ou aquela instituição religiosa é certa ou errada. Nos ocupamos com o estudo do fenômeno religioso, respeitando o caráter separativista existente entre os membros da IURD, pelo fato dos

entrevistados terem assim se auto-denominado e não protestantes como os demais. As testemunhas de Jeová são cristãos não trinitários.

Levin (2011) pôde constatar ao reunir em um estudo de, aproximadamente 200 artigos científicos, que a afiliação religiosa funciona como fator protetor contra doenças. De acordo com suas observações, as pessoas que declaram fazer parte de determinada religião apresentam menores taxas de cardiopatias, câncer e hipertensão; e os que participam regularmente de cerimônias religiosas adoecem e morrem em menor número do que aqueles que o fazem com pouca frequência ou não possuem este comportamento.

Lotufo Neto (2003) atribui os efeitos benéficos da afiliação religiosa ao apoio social e sentimento de pertença experimentado pelo fiel ao fazer parte de determinado credo religioso; além do que há um estímulo para a continuidade dos relacionamentos familiares e para evitar comportamentos de risco. Sosis (2005) acredita que o comportamento religioso auxiliou o homem durante a Seleção Natural, ao estimular a adesão ao grupo e a cooperação, ampliando a longevidade, principalmente nas religiões com maior padrão de exigência comportamental. Segundo ele, quanto mais o fiel participa das cerimônias religiosas públicas, mais comprometido é com o grupo. Vasconcelos (2010) lembra que a afiliação religiosa interfere nos hábitos de vida escolhidos pelo indivíduo, e conseqüentemente determina alterações na sua saúde.

Pertencer a um núcleo religioso é para muitas pessoas que estão padecendo com doenças graves, fonte de conforto e esperança (FORNAZARI; FERREIRA, 2010). A maioria dos estudos que abordam a espiritualidade, a religiosidade ou a relação de ambas com a saúde evidenciam a afiliação religiosa e a frequência às igrejas como preditivos de boa saúde (HILL; PARGAMENT, 2003).

O interessante nesta amostra foi a convivência harmoniosa estabelecida entre os seus participantes. Não havia espaço para críticas, apenas para a reflexão e estímulo aos bons sentimentos e à oração. Desta forma a diferença de credo não representou em nenhum momento um obstáculo para a pesquisa, mas ao contrário, contribuiu para o seu enriquecimento.

Uma das características mais marcantes da modernidade é sem dúvida alguma a pluralidade religiosa (PASSOS, 2006). A crença religiosa do enfermo deve ser respeitada e jamais imposta por pessoas que atendem ao doente. Mesmo quando o médico ou as pessoas que fazem parte do corpo clínico não são religiosas deverão tolerar a fé do seu paciente (SULMASY, 2007).

#### 4.2.2 – Amostra analisada quanto às práticas religiosas nas duas etapas do estudo

##### 4.2.2.1 – A frequência aos cultos

Foi observado que a maioria dos entrevistados (136) dizia fazer parte de uma determinada religião, mas quando era questionada sobre sua frequência à igreja ou grupo religioso, boa parte declarava não ir com regularidade. Entre os 139 indivíduos do estudo, 73 deles disseram frequentar igrejas ou outro tipo de grupo religioso no mínimo uma vez por semana, constituindo o grupo de estudo (GE). Dentre os outros 66, três não possuíam afiliação religiosa e 63 responderam que vão a templos religiosos menos de uma vez por semana, passando a fazer parte do grupo controle (GC).

Entre as 73 pessoas que faziam parte do GE 67 eram do sexo feminino, estando 26 delas na faixa etária de 25 a 59 anos e 41 na faixa de 60 a 75 anos. O componente masculino desse grupo era representado por seis indivíduos, todos na faixa de 60 a 75 anos, não havendo homens com idade inferior a 60 anos entre os que se declararam mais religiosos. Estes números estão de acordo com a literatura que afirma haver um aumento da religiosidade com o avanço da idade (LEVIN, 2011).

O GC foi composto por 66 pessoas, sendo 54 do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Entre as mulheres, 32 tinham idade de 25 a 59 anos, enquanto que 22 estavam na faixa etária de 60 a 75 anos. Quanto aos homens, oito estavam na faixa de 60 a 75 anos e quatro com idades variando entre 25 e 59 anos.

Levin (2011) menciona vários estudos que ressaltam os benefícios da frequência de comparecimento às igrejas, como um realizado na Escócia, que encontrou menor taxa de sintomas físicos e mentais em pessoas com afiliação religiosa (católicos, protestantes ou não cristãos) em comparação com outros que não participavam efetivamente dos cultos; outro estudo da Universidade de Michigan encontrou efeito protetor para doenças cardíacas em pessoas que iam com maior frequência às igrejas. Também é mencionado o estudo da *Johns Hopkins University* com mais de 90 mil pessoas, no qual se verificou uma taxa triplicada de morte naqueles indivíduos com câncer de reto e cólon, doença arteriosclerótica, enfisema, cirrose hepática e por suicídio, nos que compareciam menos de uma vez por mês a grupos religiosos.

No entanto entende-se que a frequência aos cultos é de suma importância para o vínculo comunitário e foi adotada neste estudo como indicativo para que o sujeito fizesse parte ou não do grupo controle. Uma maior religiosidade implica mais compromisso com as diretrizes religiosas. Além do que a literatura aponta incessantemente para a frequência como fator determinante nos benefícios trazidos para a saúde pela religião.

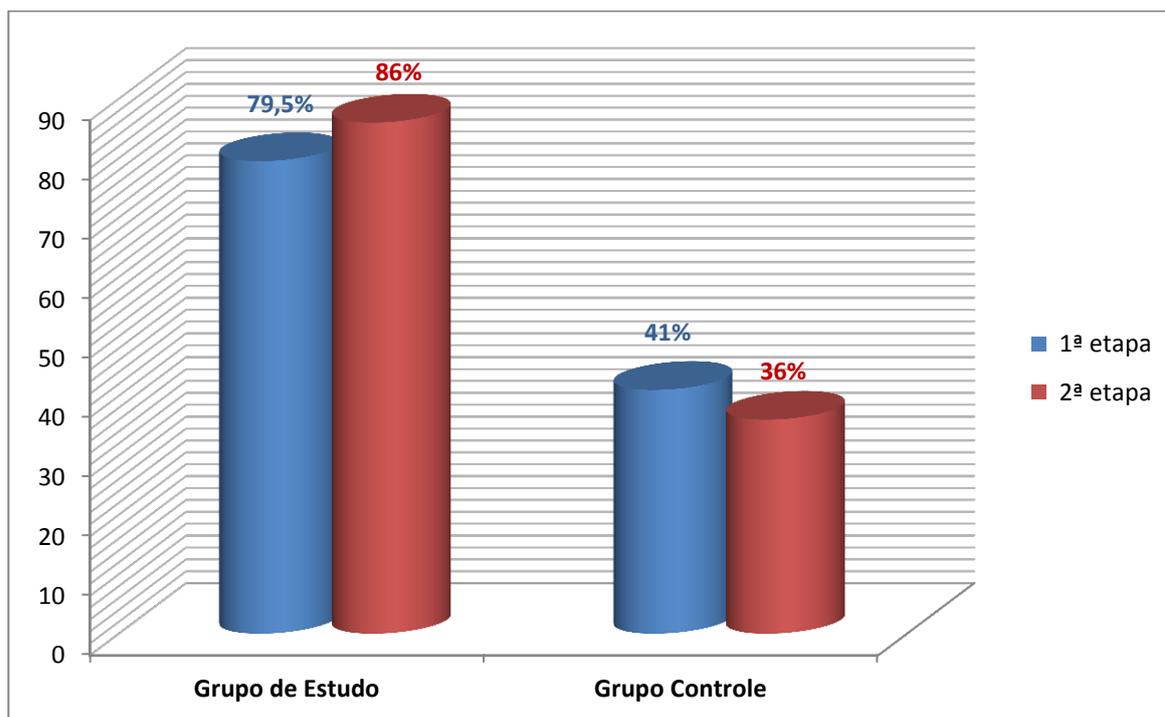
Levin (2011) menciona inclusive que há maiores ganhos para o organismo dos que vão a grupos religiosos no mínimo uma vez por semana em relação aos que vão no mínimo uma vez ao mês. Este autor relata ainda que muitos pesquisadores encontraram um maior bem estar entre os doentes que possuem fortes crenças religiosas, a exemplo do grupo do *Vermont Regional Cancer Center e da University Vermont* que estudaram 71 pacientes com câncer avançado. Eles também encontraram menos sintomas dolorosos e depressão nestes indivíduos

Outro exemplo da importância da frequência aos templos religiosos foi um estudo longitudinal que acompanhou 6.928 pessoas por um período de 28 anos, no Condado de Alameda, Califórnia; este encontrou menor mortalidade entre os frequentadores assíduos dos serviços religiosos em comparação com os frequentadores esporádicos (Strawbridge et al., 1997).

O dia de culto a Deus pode significar também mais tempo reservado para o descanso, para a família, para si mesmo e para a comunhão com os outros fiéis; o que resulta em menos estresse físico e psicológico. Representa um dia para reflexões pessoais, para pensar no perdão, reduzindo a raiva e o sentimento de culpa pelas faltas cometidas anteriormente. Também é uma oportunidade para orar, ouvir as leituras e os cânticos proclamados na assembleia, bem como participar de rituais litúrgicos comunitários, tais como o batismo, a confirmação e a eucaristia, (LOTUFO NETO, 2003). Os sacramentos vivenciados na fé cristã são ritos de passagem, importantes para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo (CAMPBELL, 2011). Desta forma a frequência religiosa pode influenciar positivamente a saúde das pessoas.

## 4.2.2.2 – A prece ou oração

Após a estimulação feita pela pesquisadora o percentual dos que oram aumentou no grupo de estudo (79,5% para 86%). O grupo que se declarava menos religioso reduziu ainda mais a prática da oração (41% para 36%). A Figura 7 ilustra melhor estas variações.



**Figura 7: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à prática da oração. Pedras de Fogo - PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Na primeira e segunda etapa do estudo.**

Alguns dos pacientes desta pesquisa revelaram o alívio de seus problemas ou dores físicas através das suas orações, conforme os relatos abaixo:

“Sem Deus eu não estaria de pé. Perdi um filho com dez anos de idade, o meu mais velho, comido pelos cachorros, lá no Engenho... Ainda choro, mas se não fosse Deus eu não suportaria...” (E 3, católica)

“Para mim isto aqui é o paraíso” (referia-se às reuniões para meditar, ouvir músicas religiosas e ler a Palavra). Disse-lhe então que seu aspecto melhorara muito. Perguntei-lhe o motivo de estar menos agitada, menos ofegante, e estar até mais sorridente. Ela então me respondeu: “Estou rezando mais” (E 44, católica).

Alguns pesquisadores afirmam que a oração constitui uma importante ferramenta no tratamento da dor crônica, da ansiedade e depressão (VALE, 2006). O fato é que as pessoas que rezam são mais satisfeitas com a vida e vivem mais do que as que não oram.

Levin (2011) reuniu diversos estudos com resultados positivos quanto ao hábito de orar em revisão feita por ele. Em um destes trabalhos desenvolvidos pelo Dr. *Marc A. Musick* com mais de quatro mil pessoas na Carolina do Norte verificou-se um alto índice de indivíduos que avaliavam sua própria saúde como boa naqueles que praticavam a oração, a meditação ou a leitura de textos bíblicos. Vale salientar que este é um indicador dos mais importantes para a avaliação das condições gerais de saúde do indivíduo, bem como da sua saúde mental e longevidade. O entrevistado responde à pergunta: “Em geral, você avaliaria a sua saúde como excelente, boa, regular ou ruim?”. Desta forma se obtém o nível de saúde subjetiva do indivíduo.

A literatura demonstra que a ideia que o paciente tem sobre sua saúde representa a significação que o mesmo atribui às suas condições físicas e como tal pode influenciar na sua longevidade (DOSSEY, 2012). Assim, quando o indivíduo julga a sua própria saúde como insatisfatória, poderá estar decretando que é desta forma que ela se externará através de sintomas de determinada doença.

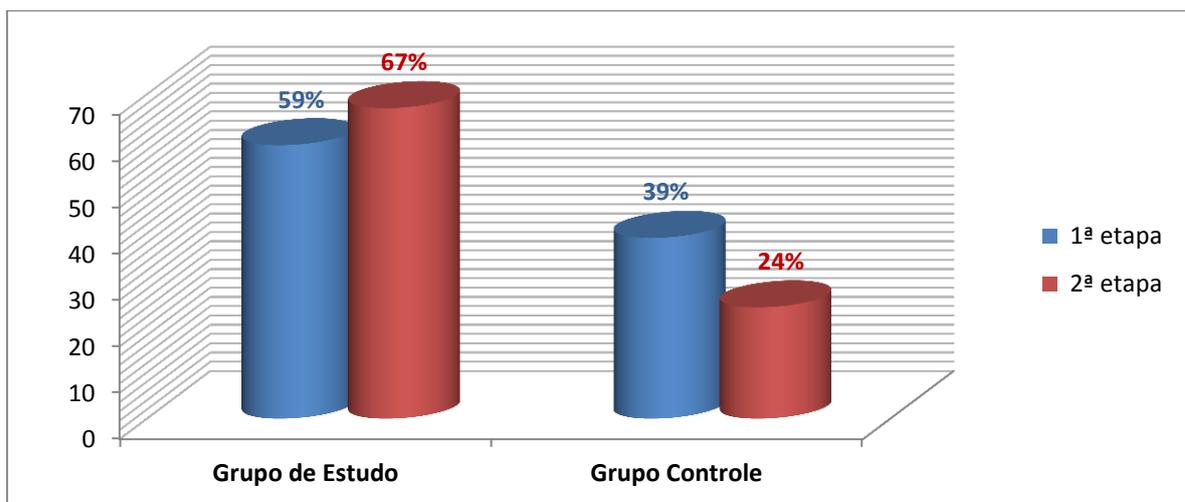
A oração é segundo Lotufo Neto (2003), uma das modalidades mais antigas de recurso terapêutico, utilizada pela humanidade. Ela é um verdadeiro remédio para muitos males (MENDES, 2009). É importante orar pelos doentes, lembrando o costume que tinha Jesus de impor as mãos sobre eles para que fossem curados de suas enfermidades. A oração faz brotar no homem a cura para os males do seu coração, na medida em que ele vai se conscientizando de suas falhas e enfermidades (MENDES, 2010). Um bom exemplo desse emprego da oração junto aos doentes é a unção dos enfermos, em que um sacerdote unge a pessoa com óleo, orando sobre ela. O doente pode sentir-se mais forte física e espiritualmente; daí sobrevirá uma melhora no quadro ou a preparação necessária para a morte quando esta é inevitável (AQUINO, 2013).

#### 4.2.2.3 – A meditação

No decorrer da pesquisa realizamos quatro reuniões ensinando a prática meditativa mencionada por Salzberg e Kabat-Zinn (1999), onde o indivíduo foca sua atenção na sua respiração, nos movimentos do seu abdome, se desligando do que está ao seu redor e das suas preocupações cotidianas. Esta técnica vem sendo empregada para redução de estresse pelo segundo autor citado acima.

Na meditação ocorre um relaxamento do corpo e uma redução do cortisol, hormônio particularmente envolvido na gênese do estresse. Conseqüentemente pode haver um decréscimo da pressão arterial (SAVIOLI, 2007). A meditação promove uma sensação de paz interior, tendo efeitos salutareos para o organismo humano (Lotufo Neto, 2003).

No presente estudo o percentual dos indivíduos que disseram meditar variou de 59% para 67% no GE e de 39% para 24% no GC de uma etapa para outra, conforme ilustrado na Figura 8. Houve portanto a intensificação da referida prática no grupo mais religioso.



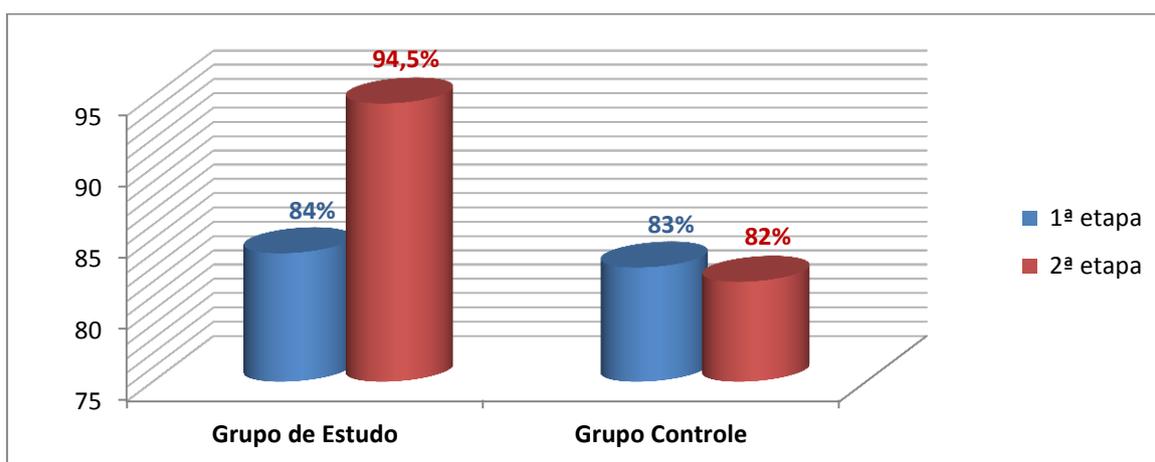
**Figura 8: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à prática da meditação. Pedras de Fogo - PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa do estudo.**

A meditação pode ser empregada como terapêutica complementar no combate à insônia e às dores nas costas (VALE, 2006). Sbissa et al. (2009) realizaram revisão sobre o emprego da meditação no controle da pressão arterial, citando resultados animadores tanto na melhora dos níveis tensionais sistólicos, quanto diastólicos, fazendo algumas críticas a estes estudos pelo fato de alguns utilizarem uma combinação de técnicas na redução do estresse, de não mencionarem modelo e fabricante do esfigmomanômetro utilizado, bem

como de não controlarem variáveis como: o uso de medicamentos, de cafeína ou a prática de exercícios físicos pelos participantes. Segundo este autor estas são falhas que podem ter comprometido os resultados.

#### 4.2.2.4 – A intercessão

A prática mais referida neste estudo foi a prece intercessória, correspondendo a 84% dos entrevistados do GE e 83% do GC na primeira etapa. Ao final da pesquisa o percentual dos intercessores aumentou no GE para 94,5% e caiu no GC para 82%. Houve um aumento dessa prática entre os integrantes do GE e por sua vez a queda no percentual de intercessores no GC foi pequena, permanecendo o hábito de rezar pelos outros como o mais referido nos dois grupos (Figura 9).



**Figura 9: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à intercessão. Pedras de Fogo - PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa do estudo.**

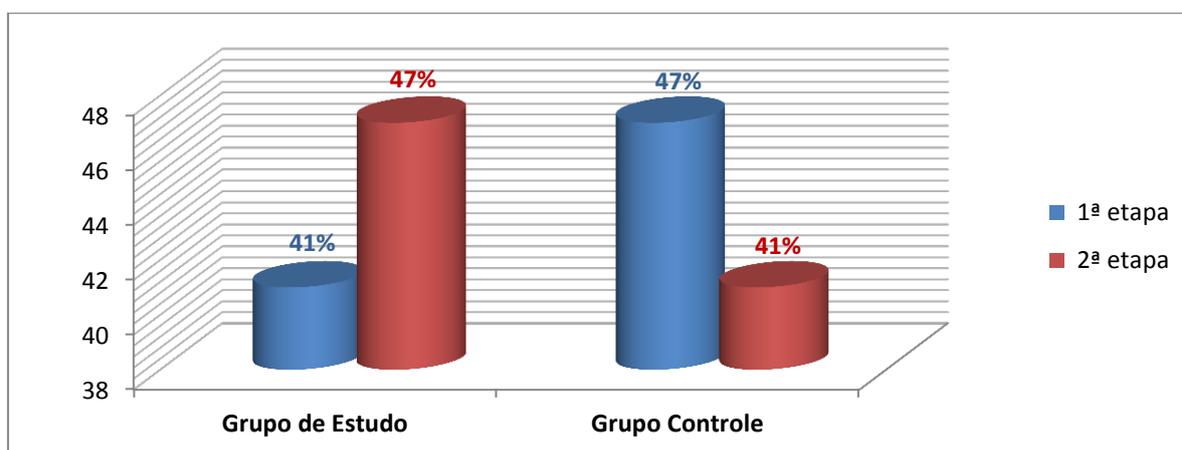
O intercessor é, segundo Abib (2010b) aquele que se interpõe entre Deus e o foco da oração, tentando atuar como seu advogado, alcançando-lhe a graça. Dossey (2012) define a prece como sendo a comunicação com o Absoluto, e a prece intercessória para ele, é aquela em que o sujeito orante pede por alguém que geralmente está à distância. Abib (2010a) chama a atenção para o fato de que a cura é obtida independentemente de quem intercede, pois quem a executa é o Senhor, mas, segundo ele, o intercessor é um meio utilizado por Deus para que o milagre aconteça aos nossos olhos.

Os cientistas têm estudado a prece intercessória de diversas maneiras. Alguns estudam a *Proximal Intercessory Prayer* (PIP), onde os doentes e os agentes de cura conhecem um ao outro. Outro grupo insiste em análises do tipo duplo-cego, onde ambos não se conhecem e o recebedor da prece sequer toma conhecimento da intervenção.

Um estudo realizado em Moçambique com 19 homens e cinco mulheres com deficiência auditiva e/ou visual detectou melhora significativa nesses indivíduos após submetê-los à PIP, comparando com os efeitos obtidos pela sugestão e pela hipnose (BROWN et al., 2010).

#### 4.2.2.5 – O terço ou rosário

Mesmo não constando no questionário, a reza do terço ou rosário foi mencionada por 41% dos pacientes católicos do GE e por 47% do GC na primeira etapa. Ao final do estudo estes percentuais se inverteram. O GE atingiu 47% de praticantes enquanto que o GC caiu para 41%. Antes da intervenção realizada pela pesquisadora essa prática era mais mencionada entre os menos religiosos, passando então a ser mais referida pelos indivíduos do GE, como pode ser visualizado na Figura 10.



**Figura 10: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à reza do terço. Pedras de Fogo - PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa do estudo.**

A prática religiosa mencionada anteriormente pode ser usada como ferramenta de relaxamento (MUNIZ et al., 2005; SAVIOLI, 2012), uma vez que reduz a frequência respiratória em seis ciclos por minuto; o que é benéfico para o sistema cardiovascular, ao reduzir efeitos deletérios sobre o miocárdio, tranquilizando o indivíduo, proporcionando-lhe

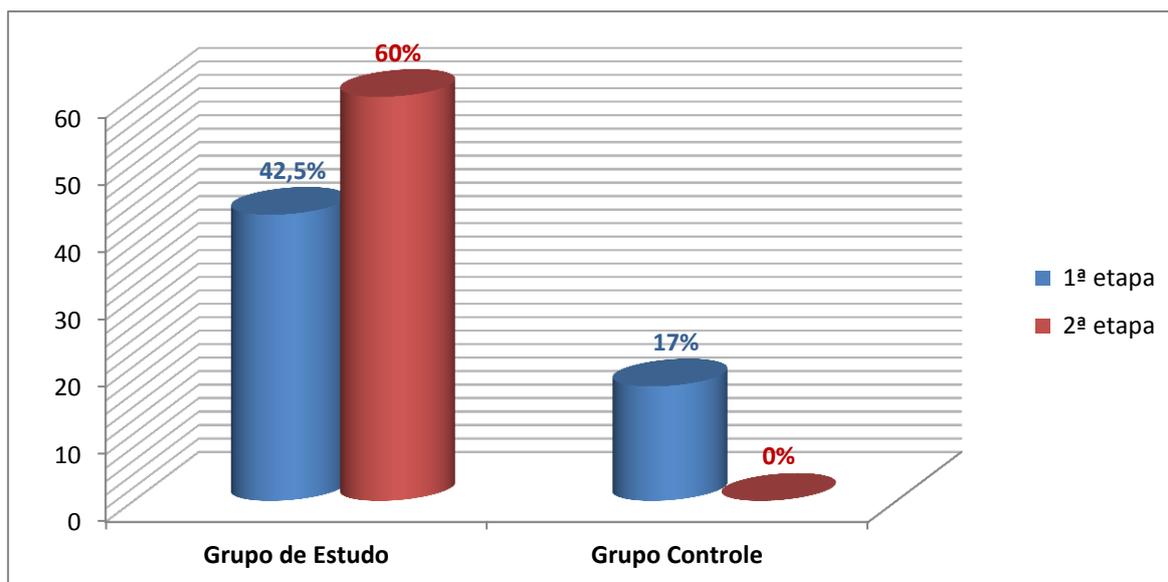
sensação de bem estar. Tais benefícios foram relatados por Bernardi et al., (2001) em seu estudo com 16 homens e sete mulheres, todos saudáveis com idade média de 34 anos.

O terço ou rosário é verdadeira fonte de fortaleza para os católicos que o rezam, podendo ser utilizada até mesmo durante a execução de tarefas no dia-a-dia ou nos trajetos que temos de percorrer, indo de um lugar para outro (ABIB, 2001). Portanto é uma atividade religiosa que, ao contrário do que alguns pensam, não requer muito tempo disponível; pelo contrário o tempo de espera no trânsito ou numa sala de espera pode ser mais bem aproveitado, utilizando essa ferramenta de relaxamento.

#### 4.2.2.6 – A comunhão

No GE 31 (42,5%) pessoas disseram comungar, contrastando com 11 (17%) do GC, na primeira etapa do estudo. Na segunda etapa do estudo, os indivíduos do GE que declararam comungar aumentaram para 44 (60%), enquanto que os do GC não mais estavam comungando. A redução drástica da comunhão é compatível com a queda no número de pessoas que iam à igreja semanalmente, passando a uma frequência menor dessa prática. Verificou-se que o decréscimo da mesma foi no grupo menos religioso.

Vale salientar que estes percentuais não eram formados apenas por católicos, pois os protestantes também comungam no que eles chamam de Santa Ceia, com pão ou hóstia, em cerimônia representativa.

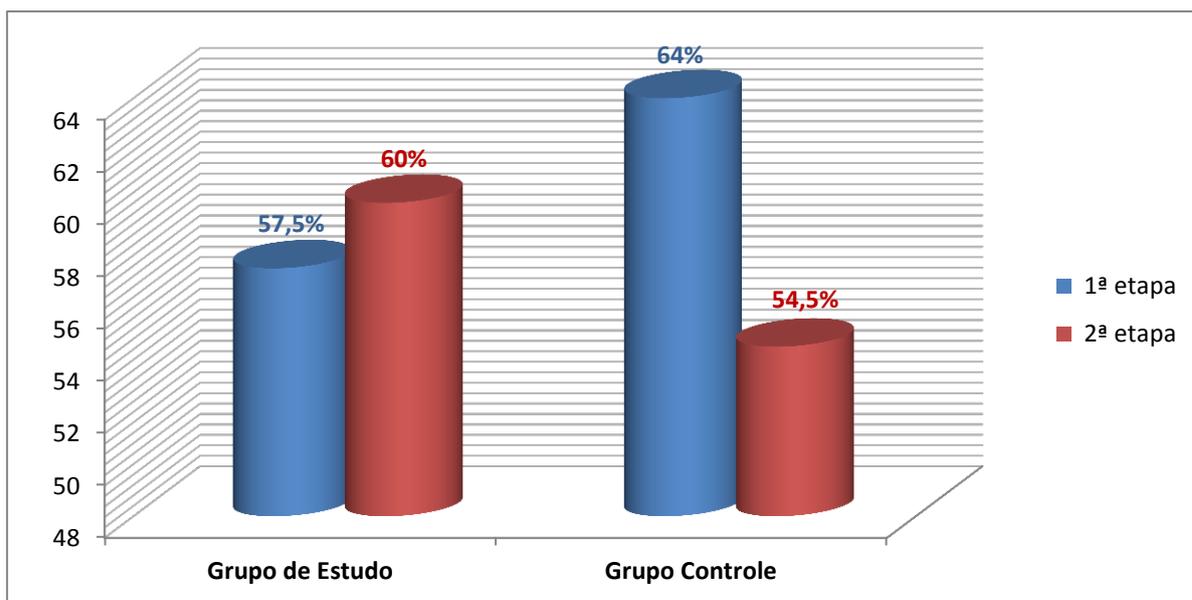


**Figura 11: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à prática da comunhão. Pedras de Fogo - PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa do estudo.**

Uma das formas de expressão da religiosidade é a comunhão (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010). A presença de Jesus Eucarístico é muito importante para os cristãos católicos, sendo verdadeira fonte de vida para os mesmos (ABIB, 2001; ABIB, 2005; MENDES, 2010; AQUINO, 2013). O efeito da comunhão é para eles superior ao dos outros sacramentos, pois ao receber a hóstia consagrada o cristão pode experimentar o próprio Cristo (LUBICH, 2010; AQUINO, 2013), sendo apontada como recurso útil na manutenção da boa saúde mental em situações de grande estresse (VAN THUAN, 2010).

#### 4.2.2.7 – A leitura de textos sagrados ou religiosos

Nesta amostra 57,5% dos entrevistados pertencentes ao GE disseram fazer a leitura de textos religiosos regularmente (a leitura muitas vezes era feita por terceiros, uma vez que muitos eram analfabetos), em relação a 64% dos integrantes do GC. Com a intervenção, o GE teve um discreto acréscimo para 60% e o GC caiu para 54,5%. Estes dados serão ilustrados na Figura 12.



**Figura 12: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto à leitura de textos religiosos. Pedras de Fogo - PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa do estudo.**

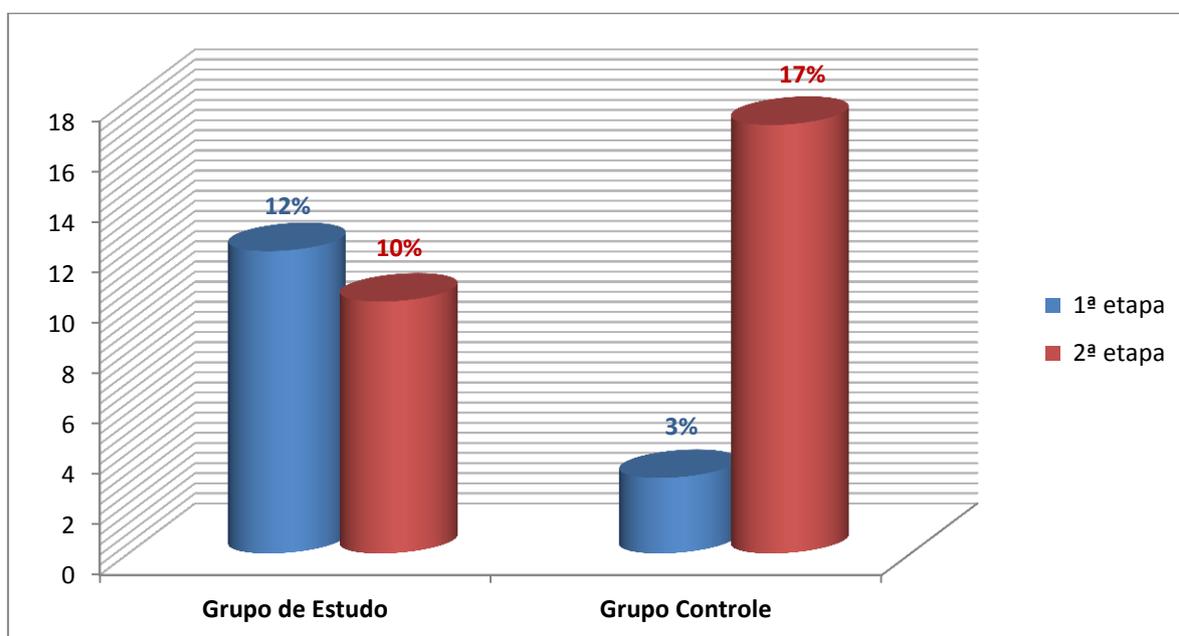
Lotufo Neto (2003) fala da importância dos textos bíblicos e do Alcorão, desde tempos remotos até a contemporaneidade, prescrevendo comportamentos de moderação alimentar, sexual, de consumo de bebidas alcoólicas e da busca pelo dinheiro. Segundo ele, estas recomendações são de grande relevância para a manutenção de uma boa saúde.

Uma experiência desenvolvida no PSF de Pedras de Fogo com um grupo de saúde mental conduzido por esta pesquisadora utilizava como recurso a leitura de mensagens de caráter religioso para estimular a religiosidade e reduzir o estresse. Em cada reunião eram ouvidos depoimentos dos participantes que declaravam ter melhorado de sintomas nervosos e até deixado de fazer uso de algum medicamento devido à prática religiosa (PEREIRA, V. N. de A., 2011).

Alguns entrevistados alegavam falta de tempo, cansaço e dificuldade de locomoção para dirigir-se a uma igreja ou ambiente semelhante. A oração individual, a meditação da Palavra, a leitura de textos é de fácil execução, podendo ser feita em qualquer ambiente ou horário; também dispensa as convenções. A estimulação de todas estas práticas foi feita nesta pesquisa na medida em que foram distribuídas mensagens e terços; colocadas músicas religiosas para os participantes ouvirem e ensinadas técnicas meditativas em certas reuniões.

#### 4.2.2.8 – Os que recebem orações de outras pessoas

No total de 73 entrevistados do GE, nove (12%) declararam receber orações do outrem na primeira etapa da pesquisa, enquanto que entre os 66 do GC apenas dois (3%) o faziam. Na segunda etapa o GE teve uma queda nesses números, contando apenas com sete indivíduos (10%) que recorriam a terceiros para rezar sobre eles. O outro grupo passou a ter 11 (17%) pessoas com esta prática. Foi acentuado o aumento nos entrevistados do GC que passou a procurar a oração de alguém (rezadores, benzedores, pessoas do próprio domicílio). A Figura 13 demonstra esses dados.



**Figura 13: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas que recebem oração de outros. Pedras de Fogo - PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa do estudo.**

Entre os cristãos é antigo o hábito de impor as mãos sobre os doentes como é relatado nos evangelhos: Jesus envia os discípulos em missão, autorizando-os a curar os doentes impondo-lhes as mãos (Mc 16,18); em At 9, 12 e At 9,17 Saulo é curado da cegueira por Ananias quando este lhe impôs as mãos; e também em At 28, 8 é narrada a cura de um doente com febre e disenteria pelo então convertido Paulo, o qual lançou mão do mesmo recurso terapêutico.

A imposição de mãos é modernamente chamada de Toque Terapêutico (TT), sendo objeto de estudo de muitos pesquisadores que afirmam ser esta prática benéfica para a saúde (BALESTIERI; DUARTE; CARONE, 2007; KRIEGER, 2000a; KRIEGER, 2000b; GORDON, 2010; VASQUES; SANTOS E CARVALHO, 2011; SAVIETO; SILVA, 2004; SILVA; BELASCO JÚNIOR, 1996; MARTA et al., 2010; GOMES; SILVA; ARAÚJO, 2008).

Os mais variados motivos têm incentivado a busca pelos chamados métodos alternativos de tratamento; o que vem sendo estimulado pela própria Organização Mundial de Saúde. É bom lembrar que nem toda melhora nas condições de saúde do indivíduo é mensurável; o que não tira o mérito de tais terapias. Daí a necessidade de estudos que avaliem o ganho na qualidade de vida como um todo e a individualidade dos resultados (KLÜPPEL; SOUSA; FIGUEREDO, 2007).

Nesta pesquisa, foi encontrado inicialmente um indivíduo masculino (E 55, católico) que disse não ter por ocasião da primeira entrevista nenhuma prática religiosa. Mesmo assim declarou que Deus era fundamental em sua vida. Outra (E 77, católica) declarou que embora Deus tivesse grande importância em sua vida, não tinha práticas religiosas. O paciente E 94, sem denominação religiosa, declarou que Deus tinha grande importância para ele, mas lia apenas textos religiosos; não rezava.

Após a estimulação religiosa apenas uma entrevistada (E 39, católica) declarou não estar fazendo nenhuma espécie de prática religiosa (oração, meditação, leitura de textos, entre outros). Outros dois indivíduos, um do sexo masculino (E 94) e outro do sexo feminino (E 33) declararam acreditar em Deus, mesmo sem afiliação religiosa, tendo como prática da suas religiosidades a leitura de textos sagrados ou correlacionados. Apesar disso os três responderam que Deus tinha grande importância em suas vidas. Houve a mudança de comportamento dos pacientes E 55 e E 77 que não praticavam nada e na etapa final passaram a realizar algumas das atividades religiosas citadas no questionário. Em contrapartida os indivíduos E 33 e E 39 que responderam na primeira fase ter prática religiosa, disseram posteriormente não estar orando mais. Apenas o entrevistado E 94 manteve a mesma postura de ler textos religiosos, sem prática de oração. Portanto o percentual dos que não rezavam nas duas etapas deste estudo foi de 2,1% na amostra total de 139 pacientes. Segundo Levin (2011) é muito raro alguém declarar que não reza, ficando entre zero e 2% o percentual desses indivíduos.

#### 4.2.3 – Correlação entre prática religiosa e os sintomas apresentados

Após a estimulação religiosa de toda a amostra, verificou-se a diminuição de vários sintomas. Ao fazer a correlação estatística dos mesmos com algumas práticas religiosas, encontraram-se os seguintes resultados: a oração era inversamente proporcional à dor no peito ( $r = -0,259$ ;  $p < 0,01$ ), ao medo da morte ( $r = -0,189$ ;  $p < 0,05$ ) e às mãos frias ( $r = -0,195$ ;  $p < 0,05$ ); os maus pressentimentos ( $r = -0,235$ ;  $p < 0,01$ ) ocorriam menos nos que comungavam e a reza do terço pode ter contribuído para reduzir as tonturas ( $r = -0,217$ ;  $p < 0,05$ ). Estas atividades se intensificaram no GE e os sintomas mencionados diminuíram consideravelmente nesse grupo. Este resultado pode ter sido reflexo da religiosidade destas pessoas.

#### 4.2.4 – Abordagem religiosa na consulta clínica

Outro ponto importante a ser discutido é a opinião que os pacientes têm a cerca da abordagem religiosa na consulta médica. Como seria então o ponto de vista deles sobre esse assunto? Quando questionados sobre a importância do médico saber sobre sua prática religiosa, 111 (79,8 %) responderam que sim, enquanto que 20 (14,4%) responderam que não. Oito (5,7%) deles não souberam ou não opinaram. Apenas 25 (18%) haviam sido questionados sobre este aspecto de suas vidas anteriormente. Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006) chamam a atenção para o fato de alguns profissionais não se sentirem preparados para abordar este assunto. De acordo com estes autores se faz necessário o conhecimento prévio do ambiente em que o trabalho está sendo desenvolvido. De posse de tal capacidade, bem como de uma maior aproximação com o paciente, o profissional de saúde poderá ajudá-lo, amenizando seu sofrimento.

Preocupação semelhante é compartilhada por outros profissionais que não sabem bem como abordar o assunto frente aos pacientes, nem o melhor momento para fazê-lo. Existem protocolos prontos para esse tipo de abordagem, mas o bom senso é sempre mandatório, inclusive para selecionar o tipo de indivíduo que deverá ser questionado sobre esse assunto, como perguntar sobre a afiliação religiosa, sem abrir discussões acaloradas ou simplesmente encerrar a questão quando perceber o desinteresse ou recusa da outra parte. O

importante é demonstrar ao paciente o seu valor como pessoa e aproximar-se mais dele (SAVIOLI, 2006).

Peres, Simão e Nasello (2007) e Vanderlei (2010) afirmam ser indispensável o respeito às crenças do paciente, mantendo a neutralidade por parte de quem faz o questionamento. Entende-se que a inclusão de questionamentos sobre a religiosidade do indivíduo na anamnese pode ser de grande utilidade para estabelecer um melhor relacionamento médico-paciente, conforme alguns relatos abaixo obtidos por ocasião da seguinte indagação: Você acha importante o médico saber sobre sua religião?

“Sim. É bom se comunicar com o médico” (E 71, católica; E 73, católica; E 98, protestante; E 109, católica; E 111, católica; E 126, católica; E 133, católica.).

“Sim. Para passar a medicação do paciente. Você fica mais confiante”. (E 16, católica; E 18, católica; E 36, católica; E 51, católica; E 110, católica; E 122, protestante; E 127, católica).

“Sim. Porque a gente sabe que ele tem fé em Deus. A gente se sente melhor”. (E 20, católica; E 74, testemunha de Jeová; E 76, protestante; E 85, católica; E 106, protestante; E 119, protestante; E 132, católica; E 137, católica).

“Sim. Porque ele fica sabendo se o paciente tem uma determinada religião”. (E 9, católica; E 10, católica; E 19, protestante; E 21, católica; E 24, católica; E 40, protestante; E 82, católica; E 84, católica; E 115, protestante; E 117, protestante; E 123, protestante; E 128, católica; E 131, protestante).

“Sim. Porque o médico acredita em Deus. Então você fica mais confiante”. (E 14, católica; E 17, católica; E 20, católica; E 22, católica; E 31, protestante; E 34, católica; E 37, protestante; E 48, católica; E 49, católica; E 56, católica; E 57, católica; E58, católica; E 59, católica; E 63, católica; E 78, católica; E 85, católica; E 87, católica; E 97, católica; E 112, católica; E 118, católico; E 129, católico; E 130, católica).

“Sim. Porque a religião é importante em minha vida...”. (E 30, católica; E 44, católica; E 74, protestante; E 93, católica).

“Sim. Porque a pessoa se sente bem pelo interesse do médico saber a religião do paciente”. (E 53, protestante; E 65, protestante; E 68, católica; E 83, católica; E 94, não tem religião; E 96, católico; E 116, católico).

“Sim. Em minha opinião, existem tantas coisas que podem afetar nossa saúde. A falta de dinheiro, o relacionamento com as pessoas e com Deus, por exemplo, pode ser uma delas. Dependendo de sua qualidade de vida, sua saúde pode estar sendo afetada. Acredito que, tanto a presença quanto a ausência de Deus em nossa vida, pode interferir em nossa saúde física e espiritual. É necessário que o médico tenha acesso a determinadas informações sobre nossa vida. Como nossa religião; só assim, ficará mais fácil para ele detectar onde está a solução para algumas doenças”. (E 101, católica).

“Sim. Só assim o médico poderá avaliar melhor seu paciente”. (E 52, católica; E 138, católica).

Muitas respostas foram semelhantes às apresentadas anteriormente, tendo como ideia central a maior confiança do paciente em relação ao profissional que se interessa pelo aspecto religioso de sua vida. É como se ao questionar o doente sobre sua religiosidade o médico demonstrasse mais compaixão e humanidade por quem está à sua frente, passando por um momento de fragilidade. As falas demonstram que muitos pacientes se identificam e confiam mais no médico que acredita em Deus.

A espiritualidade é fundamental nos momentos de crise, bem como para ajudar a entender o adoecimento, o sofrimento (PEREIRA, R. C. F., 2012), as perdas pessoais e a aproximação com a finitude, auxiliando o indivíduo a encontrar sentido para a sua vida. É importante entender a postura do paciente quanto à sua doença e fé religiosa (KOVÁCS, 2007; SIMON; CROWTHER; HIGGERSON, 2007; PONTES, 2012). Portanto a abordagem médica mais correta levará em consideração o indivíduo nas suas esferas: física, mental e espiritual (PEREIRA; KLÜPPEL, 2013).

Em um estudo realizado por Wettstein (2010) apenas 1,7% dos pacientes declararam ficar constrangidos ao serem questionados sobre aspectos religiosos de suas vidas. Koenig (2004 e 2007a) enfatiza a importância de se colher a história espiritual para melhorar a relação médico-paciente. Gary McCord et al. (2004) realizaram pesquisa no Nordeste de Ohio, abordando pacientes e parentes destes em salas de espera, tendo encontrado um percentual de 83% de indivíduos que desejavam ser questionados sob o aspecto de suas crenças por seus médicos. 62% deles acreditavam que isto contribuiria para a tomada de decisões terapêuticas e 87% deles, para obter um tratamento mais compreensivo por parte dos médicos. Alguns (67%) achavam que tais informações contribuiriam para incentivar nos médicos atitudes mais esperançosas em relação aos seus pacientes.

Em um estudo realizado com 14 homens afro-americanos portadores de câncer de próstata, 64% dos entrevistados responderam que havia comunicado suas crenças religiosas ao seu médico. Responderam ainda que em cerca de 50% dos casos o médico perguntara sobre sua religiosidade. 57,1% desejavam que o corpo clínico e o clero de sua religião mantivessem algum tipo de contato. O referido estudo sugere que o atendimento às necessidades espirituais dos pacientes faça parte dos cuidados a eles ministrados (BOWIE; SYDNOR; GRANOT, 2003).

Koenig (2007a) enfatiza a importância do médico estar sensibilizado para a situação do paciente, podendo até em alguns casos rezar com ele, aceitando sua opção religiosa, estando atento para possíveis interferências da mesma sobre a terapêutica. No entanto, não se pode esquecer que médico não é sacerdote; e que o paciente pode sentir-se constrangido com sermões durante a consulta. O profissional deve agir com a máxima cautela, abordando questões religiosas somente se adequado para a situação (SAVIOLI, 2006).

O respeito do profissional pela crença do paciente poderá afetar positivamente a adoção de medidas preventivas ou terapêuticas, fazendo-se necessária a inclusão de disciplinas que abordem o assunto em um maior número de universidades brasileiras (DAL-FARRA E GEREMIA, 2010; PONTES, 2012; LIMA, 2013).

#### 4.2.5 – Perdão e altruísmo: sua relação com a saúde

Neste estudo 71 indivíduos do GE disseram praticar o perdão nas duas etapas da pesquisa, enquanto no GC esses valores foram reduzidos de 62 para 59 sujeitos. O que é extremamente benéfico para a saúde como mostram as publicações de Lotufo Neto (2003), Mendes (2010), Pereira, (s. d.) e de Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006).

Para Levin (2011) as boas emoções como perdão, amor e esperança geram efeitos fisiológicos benéficos para a saúde. O simples ato de perdoar traz benefícios para o sistema imunológico. O amor é outra emoção muito benéfica; inclusive o amor a Deus ou sentir-se amado por Ele relaciona-se a uma melhor saúde física e mental; e o culto, assim como a prece, ao estimular tais sentimentos, promove a cura ou melhora de diversas doenças, inclusive da hipertensão.

Perdoar é antes de tudo uma decisão. Mesmo que de imediato a mágoa não seja esquecida, mas já se abre mão do desejo de vingança ou de desejar o mal a quem nos

prejudicou. O perdão é um processo, iniciando com a vontade de perdoar, passando pela etapa de colocar-se no lugar do outro, procurando entender o porquê de sua atitude, até ocorrer a sua finalização, sem impor condições. Nem sempre é possível a convivência harmoniosa entre o que foi ofendido e quem ofendeu. Mas o perdão pode ser colocado nas mãos de Deus como uma súplica para que se torne possível um dia (MENDES, 2010).

Pedir perdão e reconciliar-se com Deus é fundamental para o processo de cura (ARNOLD, 2002; PEREIRA, s.d.; ABIB, 2010a). Quando o indivíduo fica preso ao passado, com rancores e mágoas, coloca obstáculos à própria felicidade; e, por conseguinte prejudica a própria saúde.

Os cristãos católicos acreditam na força do sacramento da confissão, onde o fiel relata a um sacerdote as suas faltas, declarando-se arrependido para receber o perdão de Deus; o que também é fundamental para o processo de cura. A confissão é inclusive associada ao sacramento da unção dos enfermos, também ministrada pelo padre (MENDES, 2010).

Entre os entrevistados desta pesquisa houve um relato muito interessante a respeito do perdão durante uma das reuniões de estímulo à religiosidade. Uma das presentes fez o seguinte relato: “Faço parte da Pastoral da Família com meu marido... houve uma época em que ele não frequentava a igreja e nós não estávamos bem no casamento. Essa mensagem me lembrou deste episódio: eu podia ter destruído meu casamento, mas eu pensei na minha filha. Eu abri mão do meu orgulho porque eu dizia que não aguentaria ser traída. Mas falei com ele e disse que se quisesse continuar teria que viver direito... eu me emocionei com o depoimento dele na igreja cheia de gente. Disse que tinha errado, mas se arrependeu... gosto muito dessas mensagens. Vou xerocar e distribuir na reunião da pastoral” (E 38, católica). Impressionante a força de suas palavras e o brilho intenso dos seus olhos naquela ocasião. De acordo com seus relatos sua pressão arterial começara a elevar-se na época em que enfrentara tais problemas no casamento, da mesma forma que passou a ficar mais baixa após o entendimento com o marido e o maior envolvimento do casal com as atividades paroquiais.

Outro ponto a ser discutido nos trabalhos que relacionam a espiritualidade e a saúde é o altruísmo. Dentre os entrevistados, 65 do GE e 60 do GC disseram ter práticas altruístas, tais como: doação de roupas, dinheiro, visitação ou cuidados com doentes. Na segunda etapa esses valores variaram para 63 e 52 respectivamente.

Guimarães e Avezum (2007) em revisão de literatura apontam para a importância das atitudes de voluntariado para a redução da mortalidade por diversas causas, além de sugerirem que sejam direcionados estudos de religiosidade e espiritualidade pela avaliação de perdão, altruísmo e outras virtudes.

A religião pode influenciar positivamente a saúde na medida em que estimula o indivíduo para a doação de si mesmo e para a diminuição do egoísmo (LOTUFO NETO, 2003) enquanto o voluntariado combate ao estresse, servindo portanto na terapêutica complementar da HAS (SAVIOLI, 2007).

Em um estudo realizado em *New Haven* com 21 participantes HIV positivos e usuários de drogas, alguns indivíduos mencionaram o altruísmo como forma de espiritualidade; e esta por sua vez foi apontada como fonte de apoio para lidar com a soropositividade e com a dependência química (ARNOLD et al., 2002).

#### 4.2.6 – Relacionamento individual com Deus/*coping*

Apenas uma pessoa do GC declarou que Deus ocupava lugar de pouca importância em sua existência na primeira etapa do estudo. Em contrapartida, 45 dos indivíduos declararam que Deus tinha grande importância para eles, tanto no GE quanto no GC. 28 integrantes do GE e 20 do GC disseram ser Ele fundamental em suas vidas. Na etapa seguinte os entrevistados se dividiram em duas respostas: grande importância (56 no GE e no GC) e importância fundamental (18 no GE e nove no GC). O que demonstra o alto grau de espiritualidade da amostra. Otto (2005) fala desse sentimento de dependência que o ser humano nutre em relação ao Sagrado, colocando-se como mera criatura frente a algo maior: o Numinoso.

No estudo desenvolvido por Arnold et al. (2002) muitos dentre os participantes informaram que seu relacionamento com Deus era de fundamental importância para suportar a abstinência de drogas e para a redução dos sintomas depressivos e desejos suicidas, bem como para manter aguçado o senso de responsabilidade em não transmitir o vírus a outras pessoas.

Entre os participantes desta pesquisa não houve quem respondesse que Deus não tinha importância em sua vida. Bem como não houve indivíduo que se declarasse insatisfeito ou revoltado com o Criador; o que caracterizaria o emprego do *coping* religioso negativo

(PANZINI; BANDEIRA, 2007). Alguns pacientes encaram o adoecimento como um castigo divino (KOVÁCS, 2007; SAVIOLI, 2004a; BOWIE; SYDNOR; GRANOT, 2003), desenvolvendo por vezes sentimentos de revolta em relação a Deus; o que pode piorar o seu estado de saúde (KOVÁCS, 2007; SAVIOLI, 2004a).

Desta forma, cabe às pessoas que prestam a assistência espiritual, combater este tipo de ideia, sempre com paciência e compreensão. Kovács (2007) sugere o emprego da música e da arte para dar conforto aos pacientes que se denominam como não religiosos; e a assistência espiritual, para os que se dizem religiosos.

Levin (2011) chama atenção para o fato de que a saúde das pessoas também sofre influência do seu relacionamento com Deus; aquelas que enxergam Deus como um remédio, um Ser que as liberta dos problemas em suas vidas, eram mais felizes e satisfeitas com sua saúde. Abib (2010a) traz em sua obra alguns relatos de pessoas que obtiveram melhora ou até mesmo cura de males físicos ao abandonarem sentimentos de revolta em relação a Deus.

#### 4.2.7 – Cura pela fé

O dom de milagres é considerado pela Igreja Católica como um carisma extraordinário. Ele é uma verdadeira bênção para o agraciado, reforçando sua fé e a de outros. Não se restringe às curas físicas, mas também espirituais e aos fenômenos da natureza e a certas situações. Os cientistas desejam uma comprovação científica para os mesmos; o que não é possível, uma vez que o sobrenatural ultrapassa a compreensão humana. Apenas pode ser vivido através da fé. O milagre aponta para Deus, nada revelando por si mesmo. Pode ser visto de diferentes maneiras. O homem de fé o atribui a Deus, enquanto que os céticos responsabilizam as forças naturais do organismo. Outros acreditam que foi pura sorte. E há ainda os que por pertencerem a uma religião diferente dizem que foi obra do diabo (MENDES, 2011).

Neste estudo 108 (77,7%) dos entrevistados responderam já ter se curado ou melhorado de algum mal com auxílio da fé. Apenas 31 (22, 3%) disseram não ter tido este tipo de experiência. Curiosamente, até mesmo alguns dos indivíduos que não tinham prática religiosa assídua relatavam experiência anterior de cura ou alguma melhora com auxílio divino ou sobrenatural. Seguem alguns dos relatos que retratam estes fatos:

“Eu tenho muita fé. Um servo do Senhor, sem me conhecer disse que eu estava com uma enfermidade incurável e que Deus ia me curar para que eu andasse e dissesse a todo mundo...”. E ainda a mesma paciente por ocasião do diagnóstico de um câncer no seu intestino: “Quando o médico viu minha colonoscopia disse: a senhora não pode esperar nem um mês para ser operada. Tem que fazer estes exames e voltar em 15 dias. A senhora tem um braço forte? Eu respondi: o braço forte que eu tenho é Deus e ele vai providenciar tudo. Ele então disse: lá na sua terra, não tem nenhum político que possa lhe ajudar? Eu respondi que não conhecia ninguém que pudesse me ajudar... Falei então com uma pessoa que agilizou os exames. Em 15 dias eu estava com tudo pronto” (E 2, protestante).

Devo dizer que acompanhei esta paciente em seu pós-operatório, prestando-lhe atendimento no domicílio. Sabia de seu diagnóstico e não tinha boas expectativas quanto ao seu prognóstico. Seu abdome estava tão distendido que parecia ter um grande tumor em seu interior. Seu intestino não funcionava muito bem e eu fiquei apreensiva quanto à sua recuperação. Mas para minha surpresa ela se recuperou, seu abdome diminuiu e todas as suas funções corporais se normalizaram. Ela então passou a se consultar ambulatorialmente e seus exames de revisão não davam mostras de recidiva do câncer. Nunca a vi sem esperança; mesmo após perder o marido de forma súbita. Sua fé era surpreendente. Sua participação na pesquisa aconteceu depois de todos estes fatos.

Interessante essa alusão da paciente ao braço forte de Deus, dando a ideia do quanto ela confia Nele. Mendes (2011) por sua vez afirma que não é pela força do braço humano que se vencem as maiores dificuldades na vida e sim pela ação do Espírito Santo. Em uma oração ele declara: “Sei que estou em Tuas mãos e o Teu braço forte me levantará das profundezas, porque o Senhor quer o meu bem, ama-me e não me abandonará”.

Outro ponto importante a ser considerado em relação ao processo de cura é o papel do médico como instrumento divino para esse fim. Ele tem a missão sagrada de cuidar do corpo humano. Uma ação médica emergencial bem sucedida, salvando a vida de alguém pode ser considerada um milagre. Deus cuida das pessoas de uma maneira peculiar. Muitas vezes esses profissionais resolvem situações quase impossíveis, contanto apenas com o talento que Deus lhes deu (SAVIOLI, 2003). Outros depoimentos dizem:

“Eu tinha sangramento no nariz. Depois que minha mãe fez uma promessa pra São Severino fiquei curada. Nunca mais meu nariz sangrou” (E 4, católica).

“... Pelo que eu já sofri se não fosse Deus... Até do remédio controlado me livrei”. A mesma paciente em outro relato: “Tinha um problema nos pés; dor nas pernas. Fiz as 31 caminhadas no mês de Maio, à noite e fiquei curada da dor” (E 6, católica).

“Fiquei curada da vesícula sem fazer cirurgia; só pela oração; e de doença nos rins. Jesus me livrou de tudo o que eu sentia antes” (E 7, católica).

“Curei-me de um câncer de boca” (E 11, católica).

“Deixei de fumar pela fé. Acredito que minha pressão melhorou pela minha fé” (E 8, católico).

“Fiquei curada de um nódulo na garganta” (E 48, católica).

“Eu tinha fortes dores nas costas. Graças a Deus fiquei curada” (E 13, protestante).

“Quero lhe agradecer hoje porque a senhora me curou. A senhora fez por mim uma cura espiritual. A senhora lembra que eu falei que deixei de ir à igreja porque o padre falava de política? A senhora me disse: Deixe isso pra lá... Volte a ir pra sua igreja. Vai lhe fazer bem. E eu fiquei com aquilo na cabeça. Fiquei com vontade de ir. Até que chegou o Domingo, e eu fui à missa. Doutora foi como se um peso saísse de mim. Senti-me tão leve. Nunca mais deixei de ir pra missa e estou me sentindo muito bem. Muito obrigado foi muito importante àquela entrevista” (E 28, católico).

Abib (2010a) transcreveu diversos testemunhos de fiéis que lhe escreveram contando sobre como foram curados de doenças como o câncer, alcoolismo, dependência química, doença no esôfago, tabagismo, hemofilia, hemorragia uterina, problemas ósseos, infertilidade, dentre outras. Algumas destas curas são comoventes, tendo sido inclusive atestadas por médicos que atenderam a estes pacientes, como inexplicáveis, do ponto de vista terapêutico.

Por meio da oração o homem une-se a Deus. Corpo e espírito rezam, auxiliando na restauração da saúde. Quando o corpo está orante, a alma se beneficia. Os cantos, as palmas, danças e demais movimentos de louvor revigoram o ser por inteiro. Admite-se que algo provoca a ruptura entre corpo e espírito, tornando o indivíduo mais suscetível às doenças. Ao contrário, a ação do Espírito Santo restaura esta união, restabelecendo o ser humano em sua integralidade. Jesus liberta a alma de suas prisões espirituais e o corpo dos vícios (MENDES, 2011).

De acordo com o autor supracitado, a cura espiritual acontece quando o homem desiste de ilusões, falsos valores, abraçando a verdade de Cristo. O Espírito Santo sopra sobre ele, restaurando-lhe o coração, a mente e a alma, equilibrando-lhe inteligência, vontade, lembranças e afetividade. Ocorre a libertação de bloqueios internos do íntimo do ser. Dessa forma ocorre a verdadeira cura espiritual.

A cura interior é um dos maiores milagres que o ser humano pode experimentar, sendo imensurável sob o ponto de vista científico. As curas físicas são meras pontas de um grande *iceberg* (LÉO, 2004). Na Bíblia existem vários relatos das curas feitas por Jesus. Os milagres estavam sempre acompanhados de mudança no comportamento de quem os recebia, servindo também para a conversão dos que os testemunhavam.

A graça da cura pode ser recebida quando a pessoa fica a sós com Deus, em oração, lendo a Bíblia ou ouvindo uma música que a faz entrar em comunhão com o Criador. Para ter saúde o corpo necessita aliviar-se dos seus fardos diários (MENDES, 2011). No Evangelho consta:

“Vinde a Mim, todos vós que estais cansados e carregados de fardos, e Eu vos darei descanso” (Mt 11, 28).

“Tinha um rim com um cisto, ia operar, mas Deus me curou e não operei... Eu não escutava pelo ouvido direito. Também ia operar, mas Deus me curou. Eu sou uma mulher de fé, mas é graças a Deus que eu estou de pé” (E 37, protestante).

“Minha pressão não controlava. Tomando os mesmos medicamentos ela controlou depois que eu pedi à Mãe Rainha e fiz uma promessa. A pressão nunca mais subiu” (E 22, católica).

“Tive uma infecção grave após uma cirurgia de vesícula. Usei drenos... Mas Deus é maior. Com a graça de Deus hoje estou aqui” (E 20, católica).

A cura pode ser veiculada para o doente através de outra pessoa, que está em plena comunhão com Deus e compartilha com Ele do dom de curar. Deus se compadece do sofrimento das pessoas, derramando sobre as que creem suas graças, libertando-as de suas enfermidades. O verdadeiro médico é Jesus, atuando até mesmo nos casos onde a ciência nada mais pode oferecer, e o poder da oração está na fé, na disponibilidade em fazer a vontade de Deus e na clareza ao pedir, ao rezar. Muitas vezes há o tempo de espera para que aconteça a graça; necessário para que todas as alternativas humanas sejam tentadas e para que ocorra a cura espiritual (MENDES, 2010).

Um dos aspectos a ser considerados na expectativa da cura pela fé é a distinção que deve ser feita entre a fé verdadeira e a negação de doenças graves ou da perda iminente de entes queridos. O médico pode estar diante de um caso em que o paciente se recusa a acreditar que tem algo grave e por isso alega que está curado ou diante de familiares que não aceitam a irreversibilidade do quadro clínico de seu parente, recusando-se a permitir que desliguem aparelhos que estão apenas prolongando a vida vegetativa. Então essas pessoas dizem que vai ocorrer um milagre. Mas não é fácil fazer a distinção do que é processo de negação e fé (SULMASY, 2007).

### **4.3 – Dados comportamentais e estilo de vida**

Uma das respostas mais frequentes à questão, por que a religiosidade faz bem à saúde tem sido a promoção de hábitos saudáveis de vida (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001), tais como: ter uma dieta mais equilibrada, praticar atividade física, evitar o cigarro, o álcool e o sexo extraconjugal (SAVIOLI, 2006; LEVIN, 2011). A ciência tem demonstrado que a obesidade, o tabagismo e o sedentarismo são fatores de risco para as doenças cardiovasculares. As situações de estresse do cotidiano também levam ao adoecimento, pois se exige mais do coração, a pressão arterial sobe e são desencadeadas reações orgânicas do sistema nervoso autônomo (SAVIOLI, 2004a). Por esse motivo os questionamentos sobre a dieta, o fumo, a prática de exercícios físicos, a procura por grupos de prevenção à saúde e o humor referido foram incluídos neste estudo.

#### 4.3.1 – A dieta alimentar e a religiosidade

Esta amostra foi composta predominantemente por indivíduos que apesar de hipertensos não seguiam normas dietéticas; correspondendo a 79,5% do GE e 77% do GC (etapa 1); e 78% do GE, contra 80% do GC (etapa 2). Alguns declararam não ter condição financeira para manter uma dieta balanceada orientada pela nutricionista do município. Outros confessavam o uso da carne de charque na alimentação por ser mais barata e fazer parte do cardápio regional. Os que eram também diabéticos diziam abster-se de açúcar na maioria das vezes, cometendo alguns excessos em festas juninas e de final de ano. Muitos pacientes estavam inclusive com o peso acima do normal para a altura; fatores estes que contribuem para a instalação e manutenção da hipertensão arterial.

Beltrame; Orso; Gomes (2009), Borges; Cruz e Moura (2008) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) enfatizam a importância de medidas não medicamentosas no tratamento da HAS, entre as quais estaria uma dieta com menos gorduras, menos sódio, mais potássio e fibras, menos industrializada, com molhos mais naturais, menos álcool e doces (SAVIOLI, 2007).

Muitas vezes o indivíduo não cuida da sua alimentação, exagerando em alimentos não recomendáveis, mantendo as taxas de colesterol altas. A compulsão exagerada para comer é chamada pelos católicos de gula; esse pecado predispõe ao excesso de peso e consequentemente à HAS, às doenças cardíacas, ao diabetes e até à morte (SAVIOLI, 2004a). Relacionando-se melhor com Deus o indivíduo evita os chamados pecados capitais: gula, inveja, orgulho, luxúria; todos prejudiciais à saúde (HILL; PARGAMENT, 2003).

Borges, Cruz e Moura (2008) encontraram relação direta entre hipertensão e aumento de peso em ambos os sexos. Concluíram também que o consumo regular de frutas e hortaliças nos homens estaria associado a maiores índices de hipertensão, assim como o menor consumo de feijão; provavelmente aí estaria uma causalidade reversa, ou seja, os indivíduos já hipertensos estariam modificando sua dieta numa tentativa de reduzir a pressão arterial. Um estudo realizado por Costa e Machado (2010) constatou que a alimentação rica em sódio predispõe o aparecimento da hipertensão arterial já na infância, demonstrando a importância de um controle deste componente na alimentação.

Os hábitos alimentares errôneos da modernidade caracterizados pelos excessos estão predispondo à hipertensão, ao diabetes e outras doenças em parcelas cada vez maiores da população. Fala-se em redução das expectativas de vida no futuro em virtude desses maus

hábitos na população mundial. A reeducação alimentar acena como uma esperança nesse cenário desolador, onde cresce assustadoramente o número de obesos. A citação bíblica: “tudo posso, mas nem tudo me convém” nunca pareceu tão apropriada (SAVIOLI, 2012).

Kim e Sobal (2004) chamam a atenção para a influência que certas religiões exercem sobre os seus fiéis no que diz respeito aos seus hábitos alimentares. De acordo com estes pesquisadores não há uma perfeita clareza entre a relação entre religiosidade, dieta e atividade física. Porém seria esperado que uma maior religiosidade estivesse ligada a uma dieta mais saudável, mas isto nem sempre ocorre. Segundo eles, muitas vezes o hábito alimentar incentivado pela religião é determinado na verdade pela cultura do povo que a adota.

A crença religiosa pode influenciar na escolha dietética dos pacientes; o que é de grande importância para a recuperação dos doentes. Foi diante destas expectativas que Wettstein (2010) realizou sua pesquisa de mestrado em Ciências Médicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Neste estudo foram encontradas restrições alimentares por parte de adventistas do sétimo dia quanto a certos tipos de carne, ovos, bebidas alcoólicas e caféina. Das testemunhas de Jeová quanto aos alimentos com sangue. Os metodistas relataram apenas restrições quanto a bebidas alcoólicas e os umbandistas disseram ter restrição quanto ao arroz com galinha para os seus líderes, além de outros exemplos mencionados no estudo por várias denominações religiosas.

De uma maneira geral, pessoas que seguem os preceitos de determinada religião se esforçam mais para não cometerem maiores excessos alimentares e na ingestão de bebidas alcoólicas (KOENIG, 2011b; LEVIN, 2011), bem como tentam ingerir produtos mais naturalistas, com menor teor de agrotóxicos e menos carne vermelha (LEVIN, 2011).

#### 4.3.2 – O fumo e a religiosidade

Este estudo verificou que apenas uma minoria afirmou ser fumante (6,5%). Os outros 93,5% se reconheceram como não tabagistas, em toda a amostra estudada. No entanto, houve um ligeiro acréscimo no percentual de adeptos ao fumo para 9%, enquanto que os não fumantes passaram a 91%. Dois indivíduos ex-fumantes do GE e um do GC retornaram ao tabagismo no decorrer dos nove meses da observação.

Strawbridge et al. (1997) encontraram menor incidência de tabagismo entre pessoas religiosas. Autores como Levin (2011), Moreira-Almeida; Stroppa, (2009) constataram que indivíduos religiosos apresentam hábitos mais saudáveis, como por exemplo, evitar o tabagismo; o que por si só, de acordo com o primeiro, já representaria um importante fator na redução da incidência e mortalidade pelo câncer.

Como foi mencionado por Abdala et al. (2009), além de promover estilos de vida mais saudáveis, a religiosidade ajuda na adesão ao tratamento, principalmente para aqueles que estão se reabilitando do uso abusivo de substâncias. Uma revisão feita por Sanchez e Nappo (2007) também concluiu que indivíduos religiosos apresentam menos hábitos danosos à saúde como o uso de substâncias lícitas ou ilícitas que provocam dependência; e ainda que estes indivíduos possuiriam mais chance de abandonar vícios do que aqueles não religiosos.

Koenig (2011b) menciona que dos 278 estudos revisados por ele, cujo foco era o alcoolismo e a religião, 240 encontraram menor abuso de álcool entre os mais religiosos; bem como dentre outros 185 que abordavam o uso de drogas, 155 apontavam redução na frequência desse problema entre os que praticavam alguma atividade religiosa. Também foi encontrada em sua revisão uma menor incidência de tabagismo entre os indivíduos mais religiosos; em 135 pesquisas relacionadas a esse tema, 122 confirmam tal ideia.

Lotufo Neto (2003) atribui esta redução nas práticas de vida autodestrutivas aos ensinamentos morais da religião. Muitos indivíduos da pesquisa desenvolvida por Arnold et al. (2002) relataram que não conseguiriam resistir às drogas se não tivessem fé em Deus, apontando a espiritualidade como meio eficaz no tratamento da dependência química.

#### 4.3.3- A religiosidade e o hábito de fazer exercícios

Na primeira etapa do estudo 66% do GE e 76% do GC afirmaram não estar fazendo nenhum tipo de exercício. Na segunda etapa do estudo verificamos 67% de sedentários no GE e 71% no GC. O percentual de indivíduos que não se exercitavam continuou sendo maior no GC. É importante que se diga que o município de Pedras de Fogo contava na época com profissionais de Educação Física e de Fisioterapia envolvidos num programa de estímulo à prática de exercícios semanais.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão um programa de treinamento físico aeróbico pode reduzir os níveis de PA, principalmente nos indivíduos classificados nos primeiros estágios de HAS. Os exercícios isotônicos devem ser praticados até uma frequência cardíaca (FC) em torno de 60 a 70% da máxima do indivíduo, nas atividades tidas como leves; para as atividades moderadas deve-se manter a FC em torno de 70 a 80% da máxima. Esta é considerada a ideal para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial. Nas atividades vigorosas a FC deve atingir valores superiores a 80% da FC máxima ou de pico (SOCIEDADE BRASILEIRA de CARDIOLOGIA, 2010).

Quanto aos exercícios de resistência, a recomendação é de que sejam realizados em uma a três séries, com oito a 15 repetições, na frequência de duas a três vezes semanais, até estado de fadiga moderada. Vale salientar que em indivíduos hipertensos não se deve iniciar treinamentos físicos quando a PA estiver com níveis superiores a 160/105 de mmHg. Para qualquer indivíduo, mesmo que normotenso, recomenda-se a interrupção dos exercícios na ocorrência de quaisquer sintomas.

O sedentarismo é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. A atividade física, ao contrário, ajuda a prevenir diversas doenças tais como o diabetes, a hipertensão, certos tipos de câncer, a osteoporose, a obesidade, além de contribuir para a melhora do humor, reduzindo a depressão (SAVIOLI, 2004a).

Um artigo de revisão feito por Medina et al. (2010) confirma os efeitos benéficos da atividade física tanto na prevenção quanto no controle da hipertensão, sobretudo quando composta de exercícios aeróbicos, no mínimo por 30 minutos durante cinco dias na semana. Mesmo os indivíduos classificados como sedentários podem ter uma redução clinicamente significativa na pressão arterial através de um aumento relativamente modesto da sua atividade física, podendo até haver uma diminuição ou suspensão no uso dos anti-hipertensivos (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004). Gonçalves et al. (2007) também recomendam a prática de exercícios físicos no tratamento da hipertensão arterial.

Kim e Sobal (2004) encontraram relação direta entre a religiosidade e a prática de atividade física, tanto em homens quanto em mulheres. Koenig (2011b) encontrou esta mesma relação em 68 % dos estudos por ele citados.

Um estudo transversal desenvolvido com servidores da Universidade de Brasília com idade superior a 40 anos encontrou maior prevalência de hipertensão, tabagismo, uso do álcool e peso acima do normal em homens. O sedentarismo por sua vez foi encontrado predominantemente nas mulheres. Os resultados apontam para a necessidade de adoção de

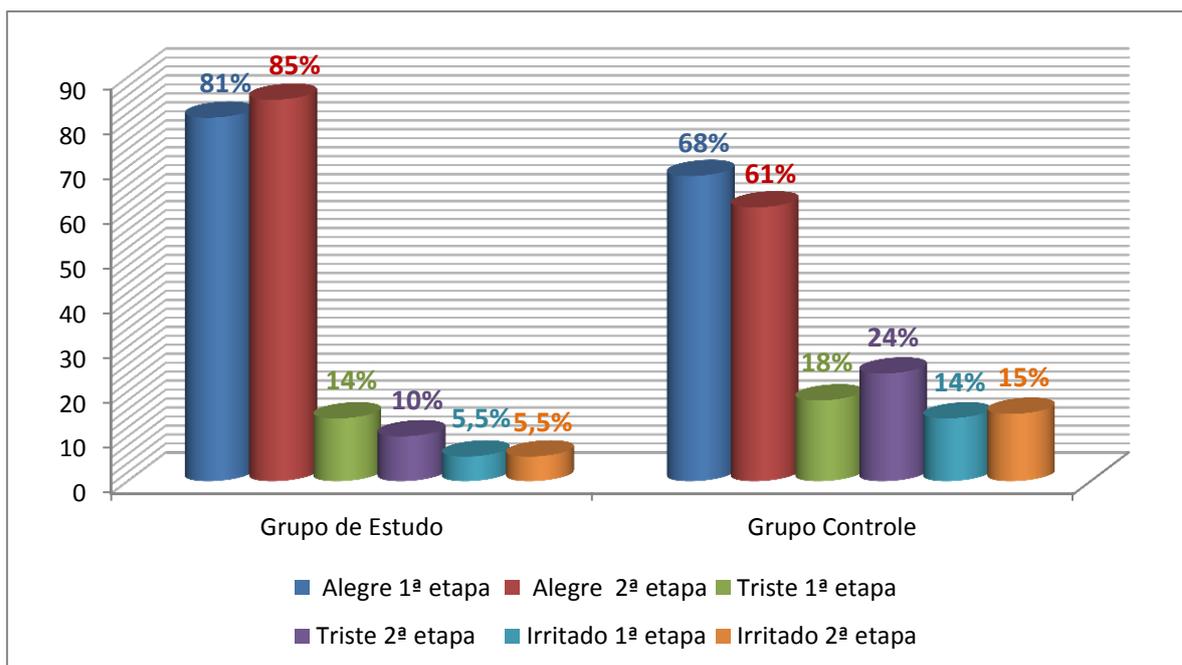
medidas preventivas para doenças cardiovasculares direcionadas àquela população (CONCEIÇÃO, 2006).

Apesar de muitos estudos relacionarem hábitos de vida saudáveis com a prática religiosa, o presente estudo encontrou ao final da segunda etapa um ligeiro acréscimo no número de fumantes nos dois grupos, uma discreta redução no percentual dos praticantes de alguma atividade física do GE mesmo tendo estimulado a religiosidade dos seus participantes. Apenas uma pessoa do GE que não fazia dieta passou a fazê-lo. Sabe-se da importância dessas variáveis no controle da pressão arterial. Portanto o fato desses indivíduos terem mantido os maus hábitos alimentares e o sedentarismo influenciou negativamente sobre os seus níveis pressóricos.

#### 4.3.4 – O humor referido

Dos 73 indivíduos do GE, 59 disseram ser alegres na maior parte do tempo, 10 classificaram-se como tristes e quatro se declararam irritados na primeira etapa da pesquisa. Este mesmo grupo em etapa subsequente apresentou 62 pessoas que se consideraram alegres, sete que se disseram tristes, enquanto os outros quatro eram irritados. Aumentou o percentual de indivíduos alegres no grupo de estudo e reduziu o de pessoas tristes. O número de irritados permaneceu inalterado.

No GC ocorreu situação inversa: o número de pessoas alegres diminuiu de 45 para 40, o de pessoas tristes foi de 12 para 16, enquanto que aqueles com humor irritado passaram de nove para 10 (Figura 14).



**Figura 14: Distribuição da amostra de pessoas hipertensas quanto ao humor. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira e segunda etapa.**

Em nossa amostra, um dos participantes era deficiente visual, morava sozinho e mesmo assim considerava-se alegre na maior parte do tempo e ainda tinha um coração aberto para o perdão e para interceder pelos outros em suas orações. Mesmo tendo condição financeira humilde era generoso com aqueles menos abastados; e sempre nos dirigia um sorriso, apesar de todas as dificuldades em sua vida. Como explicar isso, a não ser pela sua fé em Deus?

Goleman (1999) fala sobre a influência negativa que sentimentos como a raiva e a tristeza têm sobre a saúde; da mesma forma que enaltece a alegria como benéfica. Ele relaciona inclusive o humor raivoso com uma maior incidência de doenças cardíacas e mortes prematuras. O humor deprimido por sua vez parece estar relacionado com maior tendência no desenvolvimento de câncer.

Esta amostra composta em sua maioria por pessoas que dão muita importância a Deus, estando em grande parte afiliados a uma religião, também demonstrou estar satisfeita com a vida na maior parte do tempo, apesar dos problemas com a saúde e das limitações financeiras.

Pessoas com humor raivoso são mais propensas à hipertensão arterial; ao contrário das mais alegres, que serão predominantemente normotensas. Não é fácil controlar um temperamento explosivo. A prática religiosa, através da reza do terço, da comunhão, de

leituras bíblicas e do sacramento da penitência ajuda a moldar esse traço da personalidade. A tristeza duradoura, ou depressão está intimamente ligada a complicações cardiovasculares, podendo duplicar o risco de morte, quando associada à doença coronariana em pacientes com 40 a 60 anos (SAVIOLI, 2004a).

Dossey (2012) afirma que ao alegrar-se o indivíduo reduz o fluxo de sangue para o cérebro, deixando-o momentaneamente em repouso; o que é necessário nos processos de cura. Ele relaciona os achados científicos que ligam o humor à boa saúde, como por exemplo: a diminuição do cortisol; o aumento dos linfócitos T e das células Natural Killer (NK); o aumento de imunoglobulina salivar A (Ig A); aumento e posterior redução da frequência cardíaca (FC), da frequência respiratória (FR) e da pressão arterial (PA). Segundo este autor, o humor mostra que na verdade as barreiras entre nós e os nossos semelhantes não existem, bem como entre nós e o Absoluto. Para ele tanto o bom humor quanto a meditação deixam que as coisas fluam naturalmente.

O riso promove certo relaxamento e alívio das tensões, sendo inclusive uma das estratégias de redução de estresse que pode ser facilmente empregada por todos. É salutar procurar ver o lado bom das coisas; e como forma de atingir mais facilmente a satisfação e a alegria, devem-se suprimir algumas vontades. Para ter bom humor devem-se afastar pensamentos tristes e pessimistas. O riso estimula a produção de glóbulos brancos, desobstrui o aparelho respiratório, estimula o aparelho digestivo, descarrega energias. Constitui um verdadeiro escape emocional, trazendo tranquilidade em momentos difíceis, servindo para aproximar as pessoas e afastar a desesperança e o desespero. Rir é um dom precioso e gratuito, podendo ser amplamente usado na terapêutica (YEPES, 2003).

A alegria obtida por fiéis em certos encontros religiosos constituem verdadeiros milagres. De que forma alguém pode explicar, um paraplégico que apesar de continuar na sua condição limitada de deficiente, descobre subitamente um novo sentido para sua vida, e então começa a sorrir? Este é mais um evento que a ciência não consegue mensurar (LÉO, 2004).

Uma revisão feita por Yeung e Chan (2007) procurou identificar a influência da religiosidade na vida de pessoas tidas como vulneráveis, tais como idosos, doentes debilitados e deficientes, encontrando melhor saúde mental nos indivíduos com prática religiosa. Segundo esses pesquisadores pessoas religiosas encaram mais positivamente as fases difíceis da vida, tem mais apoio social, são mais esperançosas. Para elas, o amor e a misericórdia divinos dão força nas adversidades, se refletindo na sua saúde.

Levin (2011) menciona estudos em que foi verificado um maior nível de satisfação com a vida ou de felicidade nos indivíduos que praticavam uma religião. Em 1994 ele realizou uma revisão destes trabalhos para o *Nathional Institutes of Health* contendo 73 deles, onde eram abordados os efeitos das crenças religiosas sobre a saúde. Segundo ele o fato da pessoa acreditar em vida após a morte, não ter dúvidas quanto às suas crenças religiosas ou pertencer à determinada afiliação religiosa estão diretamente relacionadas a um maior índice de satisfação com a vida.

Koenig (2011b) por sua vez encontrou 256 estudos quantitativos que relacionaram o exercício da religiosidade/espiritualidade com maior bem estar e uma maior satisfação com a vida. Nestas pesquisas o otimismo, uma boa imagem de si mesmo, a esperança e ter um propósito na vida foram apontados como preditivos de melhor saúde mental.

#### 4.3.4.1 – Correlação entre perdão, altruísmo, importância de Deus e humor da amostra analisada.

No GE houve relação significativa entre o perdão e o humor na primeira etapa da pesquisa. Portanto nesse grupo o perdão era diretamente proporcional ao humor na etapa inicial do estudo. A correlação entre o humor e o perdão que havia na primeira etapa desapareceu, pois nenhuma das variáveis mostrou ter associação significativa entre si no GE no segundo momento da pesquisa (Tabela 2).

No GC na primeira etapa de estudo não foi encontrada nenhuma correlação entre estas variáveis. Na segunda etapa do trabalho foi encontrada uma relação significativa, porém inversa entre o altruísmo e o humor nesses indivíduos (Tabela 3).

**Tabela 2: Correlação entre perdão, altruísmo, importância de Deus e humor do GE na amostra de pessoas hipertensas. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira etapa.**

|           |                     | perdão | altruísmo | import | Humor |
|-----------|---------------------|--------|-----------|--------|-------|
| perdão    | Pearson Correlation | 1      | -,059     | ,213   | ,233* |
|           | Sig. (2-tailed)     |        | ,621      | ,071   | ,048  |
|           | N                   | 73     | 73        | 73     | 73    |
| altruísmo | Pearson Correlation | -,059  | 1         | ,174   | -,078 |
|           | Sig. (2-tailed)     | ,621   |           | ,141   | ,509  |
|           | N                   | 73     | 73        | 73     | 73    |
| import    | Pearson Correlation | ,213   | ,174      | 1      | -,047 |
|           | Sig. (2-tailed)     | ,071   | ,141      |        | ,694  |
|           | N                   | 73     | 73        | 73     | 73    |
| humor     | Pearson Correlation | ,233*  | -,078     | -,047  | 1     |
|           | Sig. (2-tailed)     | ,048   | ,509      | ,694   |       |
|           | N                   | 73     | 73        | 73     | 73    |

Fonte: Pereira, V. N. de A.

Dados da pesquisa.

\*associação significativa a um nível de 0,05 (correlação de Pearson).

**Tabela 3: Correlação entre perdão, altruísmo, importância de Deus e humor do GC na amostra de pessoas hipertensas. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Segunda etapa.**

|           |                     | perdão | altruísmo | import | Humor   |
|-----------|---------------------|--------|-----------|--------|---------|
| perdão    | Pearson Correlation | 1      | -,058     | ,150   | ,211    |
|           | Sig. (2-tailed)     |        | ,642      | ,230   | ,089    |
|           | N                   | 66     | 66        | 66     | 66      |
| altruísmo | Pearson Correlation | -,058  | 1         | ,226   | -,381** |
|           | Sig. (2-tailed)     | ,642   |           | ,068   | ,002    |
|           | N                   | 66     | 66        | 66     | 66      |
| import    | Pearson Correlation | ,150   | ,226      | 1      | -,054   |
|           | Sig. (2-tailed)     | ,230   | ,068      |        | ,666    |
|           | N                   | 66     | 66        | 66     | 66      |
| humor     | Pearson Correlation | ,211   | -,381**   | -,054  | 1       |
|           | Sig. (2-tailed)     | ,089   | ,002      | ,666   |         |
|           | N                   | 66     | 66        | 66     | 66      |

Fonte: Pereira, V. N. de A.

Dados da pesquisa.

\*\* associação significativa a nível de 0,01 pela correlação de Pearson.

(-) indica o sentido inverso da significância

#### 4.3.5 – Frequência a grupos de promoção à saúde/família e suporte social

Na primeira etapa do estudo verificou-se que das 73 pessoas do GE, nove frequentavam o grupo de idosos, três iam ao grupo de saúde mental e uma integrava grupo de denominação não perguntada no questionário. As 60 restantes não participavam de nenhum grupo para promoção da saúde no município. O GC tinha apenas quatro dos seus

integrantes no grupo de idosos, dois no de saúde mental. O restante (60) também não frequentava nenhuma atividade desse tipo.

Vale salientar que a unidade onde foi desenvolvido o estudo contava na época com um grupo de saúde mental e com um grupo de idosos, ambos com reuniões mensais, realizando atividades lúdicas, danças, apresentação de peças teatrais, palestras sobre temas de saúde, entre outras atividades. Também é importante que se reporte ao grande número de pacientes do estudo que relataram queixas relacionadas ao sistema nervoso, boa parte deles já fazendo uso de alguma medicação controlada; e que mesmo assim não frequentava o grupo de saúde mental disponível no serviço.

Na segunda etapa verificamos: no GE o número de frequentadores de grupos caiu para apenas cinco, restringindo-se apenas ao grupo de idosos. Os demais (68) não participavam de mais nada. No GC apenas cinco indivíduos participavam do grupo de idosos, restando 61 sem qualquer grupo de saúde. Uma justificativa para esse decréscimo foi a extinção do grupo de saúde mental existente na unidade de saúde onde se desenvolveu a pesquisa, após a saída da pesquisadora do serviço.

Diante dessas observações pode-se concluir que a melhora clínica dos sintomas nervosos não teve relação com a frequência a grupos de promoção a saúde, podendo ser atribuída possivelmente à atividade religiosa, conforme relatos dos próprios integrantes da pesquisa ao responderem ao final do estudo se atribuíam alguma melhora ou cura apenas à sua fé:

“Nunca mais deixei de ir pra missa e estou me sentindo muito bem; tive uma cura espiritual” (E 28, católico).

“Fiquei curada de uma depressão” (E 16, católica; E 65, protestante; E 70, protestante; E 127, católica; E 134, católica).

“Melhorei de uma angústia” (E 17, católica).

“Melhorei da depressão” (E 18, católica; E 21, católica; E 36, católica; E 44, católica; E 91, católico; E 105, católico; E 119, protestante; E 125, católica; E 131, protestante).

O apoio social dado por grupos religiosos ou de cuidado é considerado um fator de promoção da saúde por alguns autores, a exemplo de Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006). Com o envelhecimento ocorre muitas vezes o isolamento social. A frequência a grupos, especialmente às comunidades religiosas combate esse isolamento,

reduzindo sintomas depressivos, ansiedade e estresse, intimamente ligados às doenças cardiovasculares (SAVIOLI, 2006).

Os grupos sejam eles, familiares, religiosos ou de recreação conservam certos valores e crenças a serem compartilhados pela coletividade. O grupo religioso tem servido de referência nas organizações sociais, com obediência aos dogmas religiosos, os quais influenciam diretamente sobre as escolhas dos indivíduos (BERTANI, 2006).

Este tem sido um dos aspectos mais pesquisados pelas ciências sociais e outros segmentos científicos que estudam a saúde e o bem estar dos indivíduos. Os contatos sociais apresentam nuances diferentes, podendo haver ajuda material, apoio psicológico e aconselhamento. Fala-se em apoio social tangível, quando estão envolvidas medidas financeiras de ajuda ou outro tipo de recurso social, como visita a asilos por exemplo. Existe ainda o apoio social intangível, representado pelas relações psicológicas ou interpessoais. Nos últimos 30 a 40 anos vem aumentando o número de relatos que apontam para o efeito benéfico dessa espécie de rede de relacionamentos sobre a saúde das pessoas, auxiliando na sua adaptação às mudanças indesejáveis na vida, tais como em doenças graves e casos de morte na família (LEVIN, 2011).

Os grupos e instituições religiosas de uma maneira geral constituem ambientes propícios à aproximação entre os seus frequentadores, bem como ao estabelecimento de um comportamento mais solidário entre os mesmos. São constituídos vínculos de amizade duradouros que auxiliam no enfrentamento de fatores estressantes, tais como desemprego, crises e separações matrimoniais, entre outros. Os problemas passam a ser vistos de uma forma menos negativa, tornando-se mais fáceis de suportar. A vida ganha um novo significado, na medida em que o indivíduo se sente mais próximo de Deus, portanto mais amparado (LEVIN, 2011).

A regularidade no companheirismo religioso amplia a rede de relacionamentos que podem ser de grande utilidade para o indivíduo nos momentos de dificuldade que ele possa vir a enfrentar ao longo de sua vida. Pessoas que frequentam com mais regularidade os cultos religiosos contam mais com esse tipo de ajuda, embora comprovadamente necessitem menos deste auxílio. Além do mais, aqueles que possuem relacionamentos de apoio mútuo vivem mais e de forma melhor. O apoio social confere proteção e terapêutica para vários estados mórbidos, tais como a depressão, as doenças cardíacas e o câncer. Tamanha é a importância da frequência regular aos grupos religiosos e igrejas que inspirou a criação de um dos princípios da Medicina Teossomática, onde as congregações religiosas são

consideradas benéficas para a saúde por oferecerem o devido apoio às pessoas, amenizando os efeitos de estresse e do isolamento social (LEVIN, 2011).

#### 4.4 – Análise da Escala de Atitude Religiosa

Com o objetivo de avaliar a religiosidade da amostra foi utilizada a Escala de Atitude Religiosa de Aquino (2005) apresentada a seguir, com os resultados nos dois momentos de sua aplicação.

Este instrumento elaborado originalmente em português foi composto por 16 itens, distribuído de acordo com os componentes da atitude. Para respondê-lo, a pessoa deve ler cada item e indicar o valor que atribui dentro de uma escala Likert, com os seguintes extremos: **1** = *Nunca* e **5** = *Sempre*. O autor indicou que a escala apresenta um único fator com uma consistência interna, verificada através do Alfa de Cronbach de 0,91 (Aquino, 2005). Este estudo encontrou os seguintes resultados no cálculo do Alfa de Cronbach, respectivamente na primeira e segunda etapa: 0,84 e 0,82 demonstrando que houve coerência nas respostas das duas fases da pesquisa, nos 16 itens avaliados.

Este estudo considerou como resultados de alta frequência àqueles com valores acima de três por ser essa a mediana dos valores das respostas. Como podemos observar as médias das respostas do GE foram superiores as do GC em todos os itens, nas duas etapas, com exceção apenas do item “Sinto-me unido a todas as coisas”, com resposta 4,74 na primeira etapa para os dois grupos estudados.

O GE aumentou as médias da escala em 10 itens, demonstrando a intensificação dos mesmos. O item “Sinto-me unido a um Ser maior” manteve a média constante em cinco pontos, sendo a máxima possível. É perfeitamente compreensível este valor, uma vez que em toda amostra, mesmo no GC, todos declararam acreditar em Deus; e em sua maioria disseram que Deus tinha grande importância ou era fundamental em suas vidas. O item “Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à minha religião/religiosidade” manteve sua média abaixo de três nas duas etapas do estudo.

No item “Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro livro sagrado)” houve um discreto decréscimo (2,96 para 2,93), não sendo condizente com os dados colhidos no questionário, o qual demonstrou um ligeiro aumento nesse hábito entre os membros do GE. Isto talvez se deva ao fato de ter sido perguntado se o entrevistado lia os textos ou se alguém

lia para ele; como visto anteriormente uma grande fração amostral foi composta de analfabetos ou com nível fundamental incompleto. Outros apresentavam dificuldade para enxergar, dependendo de terceiros para a leitura. Já no Questionário de Atitude Religiosa a pergunta indagava o indivíduo na primeira pessoa do singular (leio), não dando margem às respostas que consideravam outro leitor.

O item “Frequento as celebrações de minha religião/religiosidade” teve queda de 4,35 para 4,3. “Quando entro numa igreja ou templo despertam-me emoções” foi de 3,84 para 3,25. E o outro: “Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade” caiu de 3,71 para 3,58. Estes achados condizem com o fato de algumas pessoas que iam a missas e cultos na primeira etapa da pesquisa no mínimo uma vez por semana terem passado a frequentá-los menos de uma vez por semana.

Atualmente são várias as redes de televisão que têm em sua programação diária, missas, cultos, pregações. Da mesma forma acontece nas rádios, atraindo muita gente; principalmente àqueles com dificuldade de locomoção; daí a alta média que obteve os itens correlacionados: “Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas” e “Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos”.

As pessoas estão dando preferência às práticas mais individualistas, como a leitura de textos, as preces ou orações pessoais e aos programas radio-televisivos, em detrimento daquelas vividas na coletividade. Em parte esta tendência é mundial, devendo-se à secularização; em parte há a dificuldade de locomoção de alguns destes sujeitos pela idade ou devido às comorbidades incapacitantes e a falta de tempo alegada por alguns.

Conforme exposto na introdução deste trabalho um dos nossos objetivos foi estimular a religiosidade dos pacientes hipertensos na referida unidade de saúde. Uma vez que obtivemos um acréscimo nas médias desta escala em 10 de seus itens no GE e valores do alfa de Cronbach superiores a 0,7 nas duas etapas, consideramos esta meta atingida.

**Tabela 4.: Média dos itens da Escala de Atitude Religiosa da amostra de pessoas hipertensas. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Primeira etapa.**

| <b>Resultados referentes a 1ª etapa da pesquisa</b> |  |                     |                       |
|---|--|---------------------|-----------------------|
| <b>Atitude religiosa</b>                            |  | <b>Média</b>        |                       |
|   |  | <b>Grupo Estudo</b> | <b>Grupo Controle</b> |
| <b>15</b>   | Sinto-me unido a um "Ser" maior.   | 5,00                | 4,94                  |
| <b>11</b>   | Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).                           | 4,87                | 4,71                  |
| <b>13</b>   | Sinto-me unido a todas as coisas.  | 4,74                | 4,74                  |
| <b>12</b>   | Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto. | 4,54                | 4,19                  |
| <b>14</b>   | Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.                       | 4,41                | 3,95                  |
| <b>10</b>   | Frequento as celebrações de minha religião/religiosidade (missas, cultos...).        | 4,35                | 3,08                  |
| <b>3</b>  | Procuo conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade.           | 4,15                | 3,21                  |
| <b>5</b>  | Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.                              | 4,09                | 3,26                  |
| <b>16</b>   | Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções.                            | 3,84                | 3,29                  |
| <b>6</b>  | Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos.                            | 3,81                | 3,50                  |
| <b>9</b>  | Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.                     | 3,71                | 2,61                  |
| <b>8</b>  | A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.   | 3,63                | 3,15                  |
| <b>7</b>  | Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.                 | 3,47                | 2,77                  |
| <b>1</b>  | Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro livro sagrado).                         | 2,96                | 1,98                  |
| <b>2</b>  | Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.                                 | 2,78                | 1,94                  |
| <b>4</b>  | Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade.     | 2,34                | 2,08                  |

Fonte: Pereira, V. N. de A.  
Dados da pesquisa.

**Tabela 5.: Média dos itens da Escala de Atitude Religiosa da amostra de pessoas hipertensas. Pedras de Fogo – PB. Dezembro de 2011 a dezembro de 2012. Segunda etapa.**

| Resultados referentes a 2ª etapa da pesquisa |  |              |                |
|--|--|--------------|----------------|
| Atitude religiosa                            |  | Média        |                |
|  |  | Grupo Estudo | Grupo Controle |
| 15   | Sinto-me unido a um "Ser" maior.   | 5,00         | 4,95           |
| 13   | Sinto-me unido a todas as coisas.  | 4,97         | 4,78           |
| 11   | Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).                           | 4,92         | 4,78           |
| 14   | Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.                       | 4,76         | 4,19           |
| 12   | Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto. | 4,59         | 3,91           |
| 3  | Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade.          | 4,49         | 3,23           |
| 10   | Frequento as celebrações de minha religião/religiosidade (missas, cultos...).        | 4,30         | 2,75           |
| 8  | A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.   | 4,27         | 3,42           |
| 5  | Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.                              | 4,13         | 3,27           |
| 6  | Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos.                            | 4,06         | 3,61           |
| 7  | Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.                 | 3,63         | 2,50           |
| 9  | Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.                     | 3,58         | 1,98           |
| 16   | Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções.                            | 3,25         | 3,06           |
| 1  | Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro livro sagrado).                         | 2,93         | 2,00           |
| 2  | Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.                                 | 2,93         | 1,92           |
| 4  | Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade.     | 2,34         | 1,95           |

Fonte: Pereira, V. N. de A.  
Dados da pesquisa.

De acordo com Aquino et al. (2009), o ser humano tem como característica própria o ato de fazer escolhas, expressando em suas atitudes, a essência dos seus sentimentos. Este autor encontrou uma forte correlação entre a atitude religiosa e a realização existencial; ou seja, quanto maior a atitude religiosa, maior a realização existencial da sua amostra. De acordo com ele, a crença religiosa auxilia o homem no processo de encontrar um sentido para a sua existência, encarando-a como uma missão a ser cumprida.

Uma pergunta que se pode fazer nos dias atuais é: por que não estudar espiritualidade? Há quem afirme não ser possível estudar o assunto cientificamente; há quem diga que não se deve estudá-lo, sob o viés científico, mesmo sendo possível. O fato é que não se justificam tais afirmativas; até porque a ciência tem se ocupado também, no decorrer de sua história, de fatos não observáveis (MILLER; THORESEN, 2003).

## 4.5 – Interferência da Religiosidade na Pressão Arterial

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a possível influência da religiosidade sobre os valores pressóricos do indivíduo. Como a hipertensão tem ocorrido em faixas de idade cada vez mais precoces optamos por uma ampla variação etária, abordando pessoas de 25 a 75 anos, de ambos os sexos.

Powell, Shahabi e Thorensen (2003) chamam a atenção para a importância de se observar os sujeitos com uma variação mínima possível entre eles. Afinal, como observam Chibeni e Moreira-Almeida (2007), para que uma investigação seja levada a termo com sucesso, faz-se necessário um corpo de princípios teóricos e metodológicos que permitam seleção, avaliação e crítica do que está sendo observado. Neste estudo não foi possível eliminar a interferência da medicação utilizada pelos pacientes, nem as variações quanto ao estado civil e renda; assim, os indivíduos foram agrupados de acordo com o sexo e faixa etária. O grupo masculino foi bem menor (18), não se obtendo adesão suficiente para a prática religiosa nos homens com menos de 60 anos de idade.

### 4.5.1 – Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Frequência à igreja em mulheres de 25 a 59 anos

Este subgrupo foi formado por 58 indivíduos do sexo feminino, sendo 26 do grupo de estudo e 32 do grupo controle. Para o GE encontramos os mesmos resultados nas duas etapas da pesquisa: 23 pessoas estavam com a PAS controlada e três estavam com PAS > ou igual a 140 mmHg, caracterizando o descontrole da HAS. No outro grupo houve variação: a Pressão Arterial Sistólica Inicial (PASI) de 27 entrevistadas estava sob controle, em contraste com cinco outras que estava sem controle no primeiro momento. Ao final do trabalho passaram a 25 as que tinham a Pressão Arterial Sistólica Final (PASF) controlada e sete àquelas com essa medida alterada. Os p valores encontrados foram no início e final do estudo respectivamente: 0,720 e 0,487, portanto ambos superiores a 0,05; o que significa dizer que não houve significância estatística da frequência à igreja sobre os níveis de pressão arterial dessa fração amostral de 58 sujeitos.

#### 4.5.2 – Pressão Arterial Diastólica (PAD) e Frequência à igreja em mulheres de 25 a 59 anos

No GE eram 19 as mulheres com PAD controlada e sete as que estavam com essa variável sem controle, tanto na primeira etapa quanto na segunda do estudo. No GC houve uma melhora, pois 22 pessoas tinham a Pressão Arterial Diastólica Inicial (PADI) sob controle e posteriormente passaram a ser 27. As mulheres cuja PADI estava descontrolada eram 10 e depois eram cinco. Os p valores mais uma vez denotaram a insignificância estatística da ida à igreja ao menos uma vez por semana sobre o controle da pressão arterial, através dos resultados: 0,719 e 0,291 maiores que 0,05 nas duas etapas sequenciais da pesquisa.

#### 4.5.3 – Pressão Arterial Sistólica e Frequência à igreja em mulheres de 60 a 75 anos

Este subgrupo composto por 63 mulheres dividiu-se da seguinte maneira: 41 faziam parte do GE e 22 do GC. A pressão arterial sistólica sob controle variou de 31 para 32 mulheres. Fora de controle foi de 10 para nove delas. No GC as mulheres com PA controlada diminuiu de 15 para 14 enquanto que as com PA descontrolada foi de sete para oito.

#### 4.5.4 – Pressão Arterial Diastólica e Frequência à igreja em mulheres de 60 a 75 anos

O GE manteve o mesmo comportamento nas duas etapas do estudo, com 34 pessoas com níveis pressóricos controlados e sete fora de controle. O GC teve uma piora nesses níveis reduzindo de 18 para 14 as mulheres com PAD menor que 90, contrastando com o número daquelas cuja pressão subiu para valor igual ou superior 90, que eram de quatro e passaram a ser oito.

#### 4.5.5 – Pressão Arterial Sistólica e Frequência à igreja em homens de 60 a 75 anos

O GE manteve o número de indivíduos com PASI controlada em quatro homens, e fora de controle em apenas dois deles. O GC obteve uma melhora nessa variável à medida que as pessoas cuja PAS se manteve controlada foram de quatro para sete, enquanto que os com PA fora de controle diminuíram de quatro para um indivíduo.

#### 4.5.6 – Pressão Arterial Diastólica e Frequência à igreja em homens de 60 a 75 anos

No GE os números se mantiveram constantes: três com PA sob controle e três fora de controle nas duas etapas da pesquisa. No GC os indivíduos com PA controlada aumentou de seis para oito, não havendo mais homens nessa faixa etária com PAD descontrolada na etapa final do estudo.

#### 4.5.7 – Correlação entre a Escala de Aquino e a pressão arterial

Em outro momento do estudo os participantes da pesquisa foram divididos em: de alta religiosidade e de baixa religiosidade, tendo como ponto de corte a mediana 59,5 obtida com as respostas dadas à Escala de Aquino. A pressão arterial destes pacientes foi correlacionada com a referida escala, aplicando-se o teste de Fisher. Os resultados mostram que a pressão arterial, sistólica e diastólica, em ambos os sexos não tiveram nenhuma relação com a religiosidade dos indivíduos, pois todos os p-valores ficaram acima de 0,05. Os resultados estatísticos estão no anexo D.

Para análise estatística dos dados das medidas pressóricas dos sujeitos da pesquisa com maior atividade religiosa foi utilizado o teste de hipóteses da diferença entre duas médias populacionais com observações emparelhadas. A distribuição t nesse caso terá um número de graus de liberdade igual a:  $gl = n-1$ .

Como o resultado obtido do teste uni caudal da PA diastólica foi de 0,280 e 0,381 para a PA sistólica, ambos superiores a 0,05 ( $p > 0,05$ ) concluiu-se que não houve

interferência da religiosidade sobre a pressão arterial dos indivíduos da amostra, com 95% de confiança, corroborando dados encontrados na literatura (FITCHETT; POWELL, 2009; KOENIG, 2011a). De acordo com os primeiros autores, a maioria dos estudos que buscam esse tipo de associação não a encontra, correspondendo a 73% dos casos. Estes pesquisadores chamam a atenção para a necessidade de mais estudos na área. Mas para o último (KOENIG, 2011a) esse percentual negativo cai para 43%.

Outros pesquisadores possuem opinião contrária, afirmando que há interferência da prática religiosa sobre os níveis pressóricos (YANEK et al., 2001; GILLUM; INGRAM, 2006; SIQUEIRA, 2007 )

Um estudo com 490 mulheres afro-americanas de idades superiores a 40 anos desenvolvido por pesquisadores da *Johns Hopkins University School of Medicine* comparou os índices de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre as que frequentavam igrejas e as que participavam de grupos de autoajuda, encontrando resultados mais satisfatórios entre as primeiras, inclusive com redução da pressão sistólica em 1,6 mmHg (YANEK et al, 2001).

Um estudo realizado nos Estados Unidos com 14.475 participantes dos dois sexos, com 20 anos ou mais avaliou a relação entre frequência a templos religiosos e hipertensão. Depois de controlar as variáveis sociodemográficas e de saúde, foi encontrada uma prevalência de hipertensão arterial significativamente mais baixa tanto para pessoas que frequentavam cultos semanais quanto para aquelas que frequentavam mais de uma vez por semana, comparando com os que nunca iam a igrejas (GILLUM; INGRAM, 2006).

SIQUEIRA (2007) desenvolveu um trabalho em uma unidade de saúde da família de Nova Cidade, em Natal, Rio Grande do Norte com portadores de hipertensão e diabetes, utilizando o apoio espiritual como prática complementar de saúde. O estudo foi desenvolvido com estes pacientes, que se reuniam semanalmente para ler trechos do evangelho, entoar cânticos religiosos e fazer orações. Segundo a autora foi observado menos sintomas depressivos, redução dos níveis pressóricos e aumento da autoestima e do bem estar geral referido. A pesquisa mencionada foi qualitativa, utilizando a técnica do grupo focal.

O tratamento da HAS não deve ficar restrito aos medicamentos, sendo importante a mudança no estilo de vida do doente (SAVIOLI, 2007). O envolvimento religioso pode influenciar na dieta, no sedentarismo, e conseqüentemente, sobre a obesidade e dislipidemias.

Além de proporcionar maior suporte social, reduzindo fatores psicossociais. Por todos esses motivos a prática religiosa constitui uma importante aliada na redução dos riscos para enfermidades cardiovasculares (SAVIOLI, 2006).

É importante ainda alertar para os riscos do abandono do tratamento prescrito, acreditando numa cura pela fé (SAVIOLI, 2007). Este estudo não indica as práticas religiosas como substitutivas do tratamento farmacológico, mas como uma ferramenta complementar a ser empregada para um maior sucesso no combate a esta enfermidade.

Alguns entrevistados desse estudo (E 22, E 38 e E 59, católicos; além de E 74, protestante) atribuem seu melhor controle sobre a pressão arterial à sua prática religiosa, devendo ser consideradas as suas opiniões no contexto geral subjetivo da pesquisa. Chegou-se também a atenção para o fato de não ter havido melhora nos hábitos de vida dos pacientes estudados, podendo esse fato ter se refletido negativamente sobre a pressão arterial dos mesmos, reduzindo o efeito benéfico que poderia sobrevir com a atividade religiosa.

O teste mostrou que com 95% de confiança não existe evidências suficientes de que as médias na primeira e segunda etapa são diferentes, ou seja, não houve mudança na pressão das pessoas que participaram da pesquisa. Mas é importante verificar que nas duas etapas do estudo, tanto a PA sistólica quanto a diastólica mantiveram-se com a média próxima da preconizada pelos cardiologistas, ou seja: 120 X 80 mmHg.

A ciência é feita com inúmeros paradigmas, mas estes não são imutáveis. Em determinados momentos, alguns se tornam ultrapassados. Logo surge a necessidade de buscar substitutos para os mesmos. Tem sido assim em toda a história científica humana (CHIBENI; MOREIRA-ALMEIDA, 2007; LÉO, 2004). O mundo científico gira em torno da comprovação de fenômenos. A fé aceita que nem sempre tais eventos são decifrados como alguns gostariam. Existem milagres imensuráveis. Mas o importante é a busca pela verdade. Para alcançar tal objetivo, tanto a fé quanto a ciência não podem se fechar na radicalidade (LÉO, 2004).

No mundo contemporâneo a ciência despontou como grande libertadora da humanidade, tirando da Igreja parte do seu poder centralizador sobre a cultura e a política na sociedade moderna (PASSOS, 2006). Houve um período em que a importância da Religião foi negada por alguns cientistas, negligenciando muitos de seus aspectos positivos. Mas ao que parece estamos vivendo um período de novas discussões sobre o tema. Portanto, até

mesmo os trabalhos que venham a refutar a hipótese de que a Religião faz bem à saúde serão importantes para que se façam novas pesquisas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar cientificamente os efeitos da fé religiosa sobre as doenças traz muitos complicadores. O indivíduo não vive isolado em uma redoma. Ele tem ao seu redor muitos fatores, alguns incluídos no questionário clínico sócio-demográfico, que contribuem para o sucesso ou fracasso do seu tratamento: seus familiares, seu ambiente de trabalho, sua alimentação, sua situação financeira, sua persistência ou não no uso dos medicamentos, a interferência de outros fármacos no efeito do anti-hipertensivo. Desta forma não é simples determinar através de um estudo transversal ou longitudinal se a prática religiosa interfere na relação saúde-doença. Até mesmo as respostas que o indivíduo dá naquele momento podem não refletir a sua realidade cotidiana maior. Como então estudar a espiritualidade relacionada à saúde?

A nós da ciência cabe mensurar, mensurar, mensurar. Como então mensurar o imensurável? Este Deus que não vemos, não tocamos, não entendemos. Mas permanece a necessidade incessante de senti-Lo, de acreditá-Lo. O importante é não fecharmos a porta do entendimento para esta possibilidade: a de que a fé pode curar. No nosso caso concluímos que o perdão é benéfico para a saúde ao ouvirmos os relatos de alguns pacientes, podendo inclusive influenciar no humor do indivíduo, reduzindo os seus níveis de estresse e melhorando relacionamentos humanos.

Houve pessoas que relataram ter abandonado o tabagismo e até o alcoolismo, fortalecidos pela sua fé religiosa; e que isto foi crucial para que reduzissem os anti-hipertensivos. Apesar dos testes estatísticos terem mostrado que não houve modificação significativa na pressão arterial das pessoas que participaram da pesquisa, é importante que se diga tratar-se de uma amostra composta de pacientes em uso contínuo de medicação anti-hipertensiva e que os seus níveis pressóricos mantiveram-se com a média próxima da preconizada pelos cardiologistas.

Concluímos também que ao questionar o doente crônico sobre sua religião o médico aproxima-se dele, lhe dá esperança. E que lhe inspira confiança para aceitar o tratamento conforme tantos relatos mencionados anteriormente.

Verificamos no grupo de estudo a redução no uso de antidepressivos e indutores do sono; bem como de alguns sintomas ou queixas, tais como: choro fácil, taquicardia, vômitos, insônia, ansiedade, parestesias, medo de sair sozinho e de estar em lugares públicos.

Também diminuiu a diarreia, a sudorese e a recusa alimentar por estar nervoso, além da preocupação exagerada. Ao correlacionar a sintomatologia apresentada com algumas práticas religiosas que se intensificaram no GE, concluímos que: a oração era inversamente proporcional à dor no peito, ao medo da morte e às mãos frias quando sob estresse; os maus pressentimentos aconteciam menos nos que comungavam e a reza do terço pode ter contribuído para diminuir as tonturas.

A atividade religiosa foi estimulada, sempre respeitando as diferenças de credo, havendo o aumento na frequência de algumas práticas e a redução em outras. Ressaltamos ainda que o nosso grupo controle não estava isento de religiosidade ou espiritualidade, mas foi escolhido por não ter intensificado a prática com idas mais frequentes ao templo de sua religião.

Este estudo não avaliou a fé dos pacientes em questão, até porque nenhum dos pacientes do grupo controle se declarou ateu. Muitos deles acreditam ter controlado a sua pressão devido a sua fé; e apesar de não frequentarem a igreja, não tendo praticamente outras atividades em particular, como a oração, participavam ativamente das reuniões para estimulação e diziam que Deus ocupava lugar de grande importância em suas vidas.

Portanto não podemos afirmar que a influência da religiosidade sobre a hipertensão seja nula. Na opinião da autora a prática religiosa pode fazer efeito sobre os níveis pressóricos do paciente se for realizada diariamente. Quando a analisamos em casos isolados parece clara esta interferência, através do relato de cada um. Quando analisamos no conjunto, parece que este efeito benéfico se dilui. E então esquecemos que o ser humano é único. E como tal, não pode ser visto apenas como um número. Poderemos desprezar uma única cura dita milagrosa de determinada doença em que a Medicina não mais possa atuar? Também chamo a atenção para o fato de ter havido variação na prescrição de medicamentos de ambos os grupos, o que pode ter determinado uma maior redução dos níveis pressóricos no grupo controle.

Quando aos olhos humanos a cura é impossível, não havendo saída para aquela situação de desespero, de angústia, de morte, a religião aparece acenando com uma alternativa: a fé em Deus, a esperança. E os ânimos se renovam, recuperam-se as forças para continuar lutando pela vida. Os milagres estão diante dos nossos olhos a cada instante de nossas vidas. É preciso abrir o coração para enxergá-los no nascer do dia, no por do sol, na suavidade do vento, na leveza das crianças, na imensidão do mar, no frescor da noite, na solidariedade humana, na vida simplesmente.

Só um milagre para orquestrar o funcionamento de cada célula, de cada mecanismo de compensação que é desencadeado quando algo não vai bem com o corpo. Não há uma explicação científica convincente para a grandiosidade e complexidade da natureza. As teorias sejam elas quais forem: da evolução ou do Big Ben, não esgotam as nossas perguntas. Questionamentos sempre existirão. Afinal a própria ciência é movida por eles. E muitos continuam a se perguntar: de onde vem o sopro que nos dá a vida? Para onde vamos depois da morte? Mas afinal a morte é simplesmente o fim? Temos ainda um longo caminho a percorrer na busca por essas respostas.

Diante da redução nos sintomas relacionados ao sistema nervoso, bem como no uso dos medicamentos destinados ao tratamento dos mesmos, concluímos que a religiosidade é benéfica para a saúde geral das pessoas, fortalecendo a confiança do paciente para com o médico, podendo ser usada como ferramenta terapêutica complementar, inclusive no campo da saúde mental. Os relatos dos pacientes também ressaltam esse achado, tendo sido grande o número de entrevistados que afirmou ter obtido alguma espécie de cura mediante sua fé religiosa.

Sugerimos que todos os cursos da área de saúde no Brasil sejam contemplados com a disciplina de Espiritualidade e Saúde no seu currículo obrigatório, adaptando-se à realidade de cada região; e que a prática religiosa seja incentivada como terapia complementar nas USF (s) do SUS.

## REFERÊNCIAS

ABDALA, G. A. A religiosidade/espiritualidade como influência na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. **Revista das Faculdades Adventistas da Bahia**. Formadores: vivências e estudos, Cachoeira, v. 2, n. 3, p. 447-460, 2009. Disponível em:< <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0241.pdf>> Acesso em 9 de jan. 2013.

ABIB, J. **Considerai como crescem os lírios!** A providência divina. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001. 95 p.

\_\_\_\_\_. **Eucaristia: nosso tesouro.** 14. ed. São Paulo: Canção Nova, 2005. 95 p.

\_\_\_\_\_. **Milagres aos nossos olhos: testemunhos.** 10. ed. São Paulo: Canção Nova, 2010a. 206 p.

\_\_\_\_\_. **Orando com poder.** 32. ed. São Paulo: Canção Nova, 2010b. 136 p.

ALVES, R. **O que é religião?** 11. ed. São Paulo: Loyola, 2010. 134 p.

AQUINO, F. R. Q. de **Os dogmas da fé: a doutrina católica.** 3. ed. Lorena: Cléofas, 2013. 392p.

AQUINO, T. A. Atitude religiosa e crenças dos alunos de psicologia. **Revista UNIPÊ**, v. 9, n. 1, p. 56-63, 2005.

AQUINO, T. A. et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia ciência e profissão**, v.29, n.2, p.228-243, 2009.

ARNOLD, R. M. et al. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**. v. 23, p. 319-326, 2002.

BALESTIERI, F. M. P. A natureza nos diz que somos um. **RELIGARE** – Revista de ciências das religiões, n. 4, p. 84-94, set. 2008.

\_\_\_\_\_. Quando a cura vem do coração e da mente: a fé e o efeito placebo. **RELIGARE** - Revista de ciências das religiões, n.6, p.68-80, set. 2009.

BALESTIERI, F. M. P.; DUARTE, Y. de A.; CARONE, L. M. As terapias de toque podem aliviar o estresse e seus efeitos sobre o sistema imune? **RELIGARE** - Revista de ciências das religiões, n.2, p.11-19, set. 2007.

BARUFFA, G. Doenças, doentes, médicos: aspectos antropológicos e culturais. **Razão e Fé: Revista inter e intradisciplinar da Filosofia, Teologia e Bioética**. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, v.10, n.2, p. 13-30, jul/dez. 2008.

BELTRAME, V.; ORSO, Z. A.; GOMES, I. Doenças crônicas e envelhecimento. In: SCHWANKE, C. H. A. et al (Orgs.) **Atualizações em Geriatria e Gerontologia II: abordagens multidimensionais e interdisciplinares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 96-105.

BERNARDI et al. Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. **British Medical Journal**. v. 323, n.7327, p. 1446–1449, dec. 2001. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11751348>. Acesso em 9 de jan. de 2013.

BERNTSON, G. G. et al. Spirituality and autonomic cardiac control. **NIH Author Manuscript**. v. 35, n.2, p. 198-208, 2008.

BERTANI, I. F. Saúde, sofrimento e sociedade. **Serviço social & realidade**. Franca, v. 15, n. 1, p. 131-158, 2006.

**BÍBLIA SAGRADA:** tradução dos originais mediante a versão dos monges de Maredsous (Bélgica) pelo Centro Bíblico Católico. 75. ed. São Paulo: Ave Maria, 1991. 1632 p.

BOECHAT, L. Espiritualidade e qualidade de vida: uma visão psicanalítica. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 198-207.

BORGES, H. P.; CRUZ, N. do C.; MOURA, E. C. Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em Adultos. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v. 91, n.2. p. 110-118, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n2/v91n2a07.m>>. Acesso em: 19 de jan. de 2013.

BOWIE, J.; SYDNOR, K. D.; GRANOT, M. Spirituality and Care of Prostate Cancer Patients: a Pilot Study. **Journal of the National Medical Association**. v. 95, n. 10. p. 951-954, oct., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS). **Princípios e Conquistas**. Brasília, dez., 2000. 44p. il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 15**. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Disponível em: < [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_971.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_971.pdf) >. Acesso em: 21 de set. 2013. Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 40 p.

\_\_\_\_\_. Ministério das Minas e Energia. Secretaria de Geologia, Mineração e Transformação Mineral. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea, Paraíba: diagnóstico do município de Pedras de Fogo**. Recife, 2005. 11 p.

BRENNAN, B. A. **Mãos de luz: um guia para a cura através do campo de energia humana**. Tradução de Octávio Mendes Cajado. 10. ed. São Paulo: Pensamento, 1995. 392 p.

BROWN, C. G. et al. Study of the Therapeutic Effects of Proximal Intercessory Prayer (STEPP) on Auditory and Visual Impairments in Rural Mozambique. **Southern Medical Journal**. v. 103, n. 9, Sep., p. 864 - 869, 2010. Disponível em: < [http://www.docvadis.es/jorgecordero/document/jorgecordero/estudio\\_de\\_los\\_efectos\\_teraputicos\\_de\\_la\\_oracion\\_de\\_intercesion\\_proximal\\_en\\_discapacidades\\_auditiva\\_y\\_visual\\_en\\_la\\_zona\\_rural\\_de\\_mozambique/fr/metadata/files/0/file/Study\\_of\\_the\\_Therapeutic\\_Effects\\_of\\_Proximal.5.pdf](http://www.docvadis.es/jorgecordero/document/jorgecordero/estudio_de_los_efectos_teraputicos_de_la_oracion_de_intercesion_proximal_en_discapacidades_auditiva_y_visual_en_la_zona_rural_de_mozambique/fr/metadata/files/0/file/Study_of_the_Therapeutic_Effects_of_Proximal.5.pdf) >. Acesso em: 23 de mar. de 2013.

BROWN, D. O estresse, o trauma e o corpo. In: GOLEMAN, D. (Org.). **Emoções que curam: conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. p.104 - 120

CADE, N. V. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 28, n. 6, p. 300-304, 2001.

CAMPBELL, J. **O Poder do Mito**. 28. ed. São Paulo: Palas Athena, 2011. 250 p. (Entrevista concedida a Bill Moyers).

CARNEIRO, L. C. **Religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados**. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2009.

CARVALHO, G. V. R. Sobre a definição de fé em Paul Tillich. **Revista Eletrônica Correlatio**, n. 9. p 87-108, maio, 2006. Disponível em: < [https // www. metodista. br / revistas/ revistas\\_ims/ index.php/ cor/ article/ view/1730/ 1721](https://www.metodista.br/revistas/revistas_ims/index.php/cor/article/view/1730/1721)>. Acesso em: 8 de out. 2011.

CAVALCANTI, R. O retorno do conceito do sagrado na ciência. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 91-104.

CELICH, K. L. S. et al. A Dimensão espiritual no processo de cuidar. In SCHWANKE, C. H. A. et al (Orgs.) **Atualizações em Geriatria e Gerontologia II**: abordagens multidimensionais e interdisciplinares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 64-72.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CHIBENI, S. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigando o desconhecido: filosofia da ciência e investigação de fenômenos "anômalos" na psiquiatria. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, 2007, supl.1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832007000700003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832007000700003&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 09 fev. 2013.

CHOPRA, D. **A Cura quântica**: o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral. Tradução de Evelyn Kay Massaro e Marcília Britto. 47. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011. 302 p.

CONCEIÇÃO, T. V. da et al. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 26-31, Jan., 2006.

COSTA, F. P.; MACHADO, S. H. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 1383-1389, Jun., 2010. Suplemento 1. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700048&script=sci\\_arttextm:](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700048&script=sci_arttextm:) ≤>. Acesso em 19 de jan. de 2013.

DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Canoas, v. 34, n. 4, p. 587-597, 2010.

DOSSEY, L. **Reinventando a medicina**: transformando o dualismo mente-corpo para uma nova era de cura. 10. ed. Tradução de Milton Chaves de Almeida. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2007. 208 p.

\_\_\_\_\_. **A cura além do corpo**: a medicina e o alcance infinito da mente. 11. ed. Tradução de Gilson César Cardoso de Sousa. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2012. 327 p.

ELIADE, M. **Origens**: História e sentido na religião. Tradução de Teresa Louro Perez. Lisboa: Edições 70, 1989.

\_\_\_\_\_. **O Sagrado e o profano**: a essência das religiões. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. 191 p. (Biblioteca do pensamento moderno).

ELIOPOULOS, C. Spirituality. In: ELIOPOULOS, C. **Gerontological Nursing**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. p. 150 – 157.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, v.18, n.3, p. 381-389, 2005.

FARIAS, M. A dor e a crença religiosa: uma perspectiva neuropsicológica. **RELIGARE**-Revista de ciências das religiões, n. 6, p. 81-87, set. 2009.

FIAMONCINI, R. L.; FIAMONCINI, R. E. O estresse e a fadiga muscular: fatores que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. **Efdeportes.com revista digital**, Buenos Aires, ano 9, n. 66, nov. 2003. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd66/fadiga.htm>>. Acesso em 28 de fev. de 2012.

FITCHETT, G.; POWELL, L. H. Daily Spiritual Experiences, Systolic Blood Pressure, and Hypertension among Midlife Women in SWAN. **Ann Behav Med**. v. 37, n. 3, p. 257-267, Jun., 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2867660/citedby/>>. Acesso em 27 de abr. de 2013.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. El R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psico.:Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 2, abr./ jun. 2010. Disponível em <HTTP// WWW. scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttex&pid=S0102-37722010000200008&nrm=isso>. Acesso em 22 set 2012.

GARY McCORD, M. A. et al. Discussing Spirituality With Patients: a rational and ethical approach. **Annals of family medicine**. v. 2, n. 4, p. 356–361, july, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466687/>,> Acesso em 7 de fev. de 2013.

GILLUM, R. F.; INGRAM, D. D. Frequency of Attendance at Religious Services, Hypertension, and Blood Pressure: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Psychosomatic Medicine**, v. 68, p. 382–385, 2006. Disponível em: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/68/3/382.full.pdf>>. Acesso em: 21 de abr. de 2013.

GLÖCKLER, M. Salutogênese: as fontes da saúde física, psíquica e espiritual. In: PELIZZOLI M. (Org.) **Os Caminhos para a Saúde: integração mente e corpo**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 175-194.

GOLEMAN, D. Emoções perturbadoras e gratificantes: impactos sobre a saúde. In: GOLEMAN, D. (Org.). **Emoções que curam: conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. p. 43- 58.

GOMES, V. M.; SILVA, M. J. P. da; ARAÚJO, E. A. C. Efeitos gradativos do toque terapêutico na redução da ansiedade de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, , v. 6, n. 61, p. 841-846, nov./ dez. , 2008.

GONÇALVES, S. et al. Hipertensão arterial e a importância da atividade física. **Revista Estudos de Biologia**. PUCPR, v. 29, n. 67, p. 205-213, abr/jun, 2007.

GORDON, R. **A Cura pelas mãos: ou a prática da polaridade**. Tradução de Maria Dhylan Beatriz. 15. ed. São Paulo: Pensamento, 2010. 143 p.

GRESCHAT, H. J. **O que é Ciência da Religião?** Trad. de Frank Usarski. São Paulo: Paulinas, 2005. 167 p (Coleção Repensando a Religião).

GROF, S. Manifestações físicas de distúrbios emocionais: observações do estudo de estados incomuns da consciência. In: PELIZZOLI M. (Org.) **Os Caminhos para a Saúde: integração mente e corpo**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 119-150

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, n. 34, p. 88-94, 2007. Suplemento, 1.

GUYTON, A. C. Os hormônios córtico suprarrenais. In: GUYTON, A. C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p.721- 731.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. **American Psychologist**. p. 64-74, jan. 2003.

HOCK, K. **Introdução à Ciência da Religião**. Trad. de Monika Ottermann. São Paulo: Loyola, 2010. 268 p.

IBGE. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_paraiba.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_paraiba.pdf). Acesso em: 7 out. de 2012.

ILLICH, I. A medicina desumanizada: a obsessão pela saúde perfeita. In: PELIZZOLI M. (Org.) **Os Caminhos para a Saúde**: integração mente e corpo. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 195-202.

JARIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** 2007; v.88; n.4. p. 452-457, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v88n4/15.pdf>> Acesso em: 6 de dez. 2012.

JUNG, C. G. **Psicologia e Religião**. Trad. Do Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha; revisão técnica de Dora Ferreira da Silva. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 160 p. (Obra completa v.11/1).

KIM, K. H.; SOBAL, J. Religion, social support, fat intake and physical activity. **Public Health Nutrition.** v. 7, n. 6, p. 773-781, 2004. Disponível em: [http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN7\\_06%2F51368980004000941a.pdf&code=49d23800e6e4ede13592b187924f0996](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN7_06%2F51368980004000941a.pdf&code=49d23800e6e4ede13592b187924f0996). Acesso em: 2 de jan. de 2013.

KLÜPPEL, B. L. P.; SOUSA, M. do S.; FIGUEREDO, C. A. As práticas integrativas e o desafio de um novo paradigma em saúde. **RELIGARE- Revista de ciências das religiões**, n. 2, p. 33-42, set. 2007.

KOENIG, H. G. Spirituality, wellness, and quality of life. **Sexuality, Reproduction & Menopause.** Elsevier, v. 2, n. 2, p. 76-82, Jun. 2004.

\_\_\_\_\_. Physicians role in addressing spiritual needs. **Southern Medical Journal**, v. 100, n. 9, p. 932-933, Set., 2007a. Special Section: Spirituality/Medicine Interface Project. Disponível em: <[journals.lww.com/smajournalonline/Fulltext/2007/09000/Physician\\_s\\_Role\\_in\\_Addressing\\_Spiritual\\_Needs\\_.30.aspx](http://journals.lww.com/smajournalonline/Fulltext/2007/09000/Physician_s_Role_in_Addressing_Spiritual_Needs_.30.aspx)>. Acesso em: 3 de Mar. de 2013.

\_\_\_\_\_. **Spirituality in patient care**: why, how, when, and what. 2. ed. Conshohocken: Templeton Press, 2007b. 264 p.

\_\_\_\_\_. Definitions. In: KOENIG, H. G. **Spirituality and health research**: methods, measurement, statistics and resources. Conshohocken: Templeton Press, 2011a. p. 193-206.

\_\_\_\_\_. Overview of the research. In: KOENIG, H. G. **Spirituality and health research**: methods, measurement, statistics and resources. Conshohocken: Templeton Press, 2011b. p. 13-27.

KRIEGER, D. **As mãos**: como usá-las para ajudar ou curar. Tradução de Euclides Luiz Calloni. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2000a. 256 p.

\_\_\_\_\_. **Toque terapêutico**: novos caminhos da cura transpessoal. Tradução de Aníbal Mari. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2000b. 248 p.

KOVÁCS, M. J. Espiritualidade e Psicologia: cuidados compartilhados. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 246-255, Abr/Jun., 2007.

LAMBERT, Y. **O Nascimento das religiões**: da pré-história às religiões universalistas. Trad. Mariana Paolozzi Sérvulo da Cunha. São Paulo: Loyola, 2011. 518 p.

LE MOS, F. **Religião e masculinidade**: identidades plurais na modernidade. Santo André: Fortune, 2009. 168 p.

LÉO, P. **Experienciar milagres**. São Paulo: Loyola, 2004. 142 p.

LEVIN, J. How faith heals: a theoretical model. **EXPLORE**, v. 5, n.2, p. 77-96, mar./ abr., 2009.

\_\_\_\_\_. **Deus, fé e saúde**: explorando a conexão espiritualidade-cura. Tradução de Newton Roberval Eichemberg. 11. ed. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2011. 247 p.

LIMA, M. do R. de A. **O enfermeiro da atenção básica e a espiritualidade na produção de cuidado na perspectiva da integralidade**. 2013. 152 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

LIMA, S. G. de. et al. Hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência. O uso de medicamentos sintomáticos como alternativa de tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 85, n. 2. p. 115-129, ago., 2005

LINS, J. A. B. Medicina Mente-Corpo: evidências científicas do treinamento da mente e do cultivo de valores humanos. In: PELIZZOLI M. (Org.). **Os Caminhos para a Saúde**: integração mente e corpo. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 51-92.

LOBO, A. L. G. S. Religiosidade e sintomatologia depressiva – Influência do nível de escolaridade nesta relação e da ruralidade na vivência religiosa. 2012. 56 f. (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

LOTUFO NETO, F. Religião, psicoterapia e saúde mental. In: ABREU, C. N. de; ROSO, M. (Orgs.) et al. **Psicoterapia Cognitiva e Construtivista**: novas fronteiras da prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 289-301.

LUBICH, C. A Eucaristia faz igreja. In: ARAÚJO, A.; PINTO, R. (Orgs.). **Eucaristia: caminho para uma nova humanidade**. Vargem Grande Paulista: Editora Cidade Nova, 2010. p. 23-34. (Coleção em busca da fé).

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, out./dez. 2006.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade . **Revista de Psiquiatria do Rio grande do Sul**, n. 25, p. 65-74, abr., 2003. Suplemento 1

MARQUES, I. F. A saúde e o bem estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília-DF, v. 23, n. 2, p. 56-65, Jun. 2003.

MARTA, I. E. R. et al. Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4. p. 1100- 1106, dez. 2010. Disponível em < [HTTP: // WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400035&lng=en&nrm=iso](http://WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400035&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de Maio de 2012.

MEDINA, F. L. et al. Atividade Física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v. 17, n. 2. p. 103-106, 2010. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/10-atividade.pdf>. Acesso em: 19 de jan. de 2013.

MENDES, M. **O Dom da profecia**. 15. ed. São Paulo: Canção Nova, 2008. 91 p. (Coleção Dons do Espírito).

\_\_\_\_\_. **O Dom do discernimento dos espíritos**. 18. ed. São Paulo: Canção Nova, 2009. 169 p. (Coleção Dons do Espírito).

\_\_\_\_\_. **O Dom da cura**. 20. ed. São Paulo: Canção Nova, 2010. 248 p. (Coleção Dons do Espírito).

\_\_\_\_\_. **Dons de fé e milagres**. 16. ed. São Paulo: Canção Nova, 2011. 165 p. (Coleção Dons do Espírito).

MILLER, W. R.; THORESEN, C. E. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. **American Psychologist**. p. 24-35, jan. 2003.

MONDONI, D. **Teologia da espiritualidade cristã**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 172 p.

MONTEIRO, D. M. R.. Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n.2, p.202-213, abr./jun. 2007.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 513-516, nov./dez. 2004.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, 2007. supl.1.

\_\_\_\_\_. Espiritualidade & saúde mental: o desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**. [S. l.], n. 1, p. 2-6, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG H. G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n 3, p. 242-250, set. 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; STROPPIA, A. Espiritualidade & saúde mental: importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. **Zen Review**, [S. l.], n. 2, p.2-6, 2009.

MUNIZ, C. C. et al. Identificando elementos na relação entre fé e cura. **Temas em Saúde**, [S. l.], n.1, p. 18-24, 2005. Edição especial.

NEPOMUCENO, F. C. L. **Religiosidade e qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise**. 2011. 97 f.. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2011.

OLIVEIRA, S. M. J. V. de et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 241-249, abr./jun., 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/714/71417204.pdf>. Acesso em 2 de Fev. de 2013.

OTTO, R. **O sagrado**. Lisboa: Edições 70, 2005. 229 p.

PAIVA, G. J. Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisa em psicologia. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 125-137.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.34, p. 105-115, 2007. Suplemento, 1.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R.. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, p. 126-135, 2007. Suplemento, 1.

PASSOS, J. D. **Como a religião se organiza**: tipos e processos. São Paulo: Paulinas, 2006. 142 p. (Coleção Temas do Ensino Religioso).

PELIZZOLI, M. Saúde e mudança de paradigma: mens sana in corpore sano. In: PELIZZOLI M. (Org.). **Os Caminhos para a Saúde**: integração mente e corpo. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 23-50.

PEREIRA, C. V. C. **A influência da religiosidade na adesão ao uso de medicamentos por idosos**. 2011. 137 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.bdtd.ucb.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1459](http://www.bdtd.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1459)>. Acesso em 2 de jan. de 2013.

PEREIRA, R. **Passos para a cura**. 5. ed. Cachoeira Paulista: Canção Nova, [s. d.].

PEREIRA, R. C. F. **O enfrentamento das doenças crônicas em idosos institucionalizados na perspectiva da espiritualidade**, 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2012.

PEREIRA, V. N. de A. **Religiosidade e Saúde Mental**: uma experiência no PSF de Pedras de Fogo. In: SEMINÁRIO REGIONAL EM SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: desafios entre teoria e prática e Encontro de Terapeutas Comunitários da Paraíba, 1, 2011, João Pessoa. Anais. João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2011. p 152- 155. Resumo ampliado.

\_\_\_\_\_. Saúde, estresse e sacralidade do tempo. In: GNERRE, Maria Lucia Abaurre (org.). **História das religiões**: temas e reflexões. João Pessoa: Ed. UFPB, 2012. p. 257-274.

PEREIRA, V. N. de A.; KLÜPPEL, B. L. P. **A abordagem religiosa na prática clínica**: ampliando os horizontes do relacionamento médico-paciente. In: SIMPÓSIO REGIONAL NORDESTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HISTÓRIA DAS RELIGIÕES, 1, 2013, Campina Grande. Anais: Religião, a herança das crenças e as diversidades de crer. Campina Grande: 2013. Resumo ampliado.

PERES, J. F. P. Espiritualidade & saúde mental: espiritualidade e psicoterapia. **Zen review**, [S. l.], p. 2-7, 2009. Fascículo 3.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, p. 82-87, 2007. Suplemento, 1.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia: revisão de literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, p. 136-145, 2007. Suplemento 1.

PESSINI, L. A. Espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 2, p.187-195, 2007.

PONTES, A. de M. **Evidências empíricas de um modelo teórico para explicar a noopsicossomática em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PORTAL, L. L. F. Espiritualidade: uma dimensão essencial na experiência significativa da vida. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 68-78.

POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health. **American Psychologist**. Vol. 58, n. 1, p. 36-52. Jan. 2003. Disponível em: <http://www.uic.edu/classes/psych/Health/Readings/Powell,%20Religion,%20spirituality,%20Ohealth,%20AmPsy,%202003.pdf>. Acesso em 2 de fev. de 2013.

POZATTI, M. L. Educação, qualidade de vida e espiritualidade. In : TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.p. 208-221.

RIZZARDI, C. D. do L.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, S. R. D. T. de. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.34, n.4, p. 483-487, 2010.

ROBERTO, G. L. Espiritualidade e saúde. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p.162-176.

ROCHA, N. S. da; FLECK, M. P. de A. Religiosidade, saúde e qualidade de vida: uma revisão da literatura. In : TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e Qualidade de Vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 177-194.

ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 201-212, 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2\\_html\\_site/a08v11n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a08v11n2.htm)>. Acesso em 30 de dez. 2012.

ROSADO-NUNES, M. J. Gênero e religião: dossiê. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 13, n. 2, Ago., 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104026X2005000200009&script=sci\\_artt\\_ext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104026X2005000200009&script=sci_artt_ext&tlng=es). Acesso em 11 Maio, 2013.

SAAD, M.; MASIERO, D. ; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Revista Acta Fisiátrica**. v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SALZBERG, S.; KABAT- ZINN, J. A mente alerta como medicamento. In: GOLEMAN, D. (Org.). Tradução de Cláudia Gerpe Duarte. **Emoções que curam: conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. p. 123-164.

SANCHES, Z. *van der M.*; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, *supl 1*; p. 73-81, 2007. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>>. Acesso em 1 de jan. de 2013.

SANTOS, F. S. Espiritualidade & saúde mental: espiritualidade na prática clínica. **Zen review**, n. 4, p. 2-7, 2009.

SARRIERA, J. C. Saúde, bem estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 79-90.

SAVIETO, R. M. ; SILVA, M. J. P. da. Efeitos do toque terapêutico na cicatrização de lesões de pele de cobaias. **Revista ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo: UNIFESP/EPM, v. 17, n. 4, p. 377-382, Out/Dez 2004.

SAVIOLI, G. **Tudo posso, mas nem tudo me convém**. São Paulo: Edições Loyola, 2012. 161p.

SAVIOLI, R. M. **Milagres que a medicina não contou**. 16. ed. São Paulo: Ágape, 2003. 127p.

\_\_\_\_\_. **Curando corações**. São Paulo: Gaia, 2004a. 156 p.

\_\_\_\_\_. **Depressão: onde está Deus?** São Paulo: Gaia, 2004b. 171 p.

\_\_\_\_\_. **Fronteiras da ciência e da fé**. São Paulo: Gaia, 2006. 175 p.

\_\_\_\_\_. Oração e cura – fato ou fantasia? **O MUNDO da SAÚDE**, São Paulo. v. 31, n. 2, p. 281-289, abr/jun. 2007.

\_\_\_\_\_. **Não entre em pânico!** São Paulo: Gaia, 2008. 160 p.

SBISSA, A. S. et al. Meditação e hipertensão arterial: uma análise da literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 38, n. 3, p. 105-112, 2009.

SELYE, H. **The Estresse of Life**. Revised edition. New York: McGraw-Hill, 1984. 515 p.

SHEALY, C. N; MISS, C. M. **Medicina intuitiva**: reações emocionais, psicológicas e espirituais que propiciam a saúde e a cura. 12. ed. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2010. 272 p.

SILVA, M. J. P. da; BELASCO JÚNIOR, O. Ensinando o toque terapêutico: relato de uma experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, nº especial, p. 91-100, Abr. 1996.

SILVA, S. de S. **Religiosidade e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama**, 2010. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2010.

SIMON, C. E.; CROWTHER, M.; HIGGERSON, H. K. The Stage-Specific Role of Spirituality Among African American Christian Women Throughout the Breast Cancer Experience. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**. v. 13, n. 1, p. 26-34, 2007.

SIQUEIRA, V. L. **Razão e Fé**: estudo do grupo de oração como prática complementar na promoção à saúde. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA de CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA de HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA de NEFROLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS de HIPERTENSÃO. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 95, p. 1-51, 2010. Suplemento1.

SOSIS, R. O valor do ritual religioso. In: **Viver mente e cérebro**. Ano XIII, n. 147, abr., 2005. p. 39-53.

SOUSA, M. S. **Estresse, qualidade de vida e religiosidade em estudantes de enfermagem**: modulação dos parâmetros imunológicos, cardíacos e bioeletrográficos pelo relaxamento induzido. 2009. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das religiões) – Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2009.

SOUSA, P. L. R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a Medicina, a Psicologia e a Educação: o estado da arte. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e Qualidade de Vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 53-67.

STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Revista Motriz**. UNESP, Rio Claro, v. 8, n. 3, p.91-98, ago./dez., 2002.

STRAWBRIDGE, W. J. et al. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 Years. **American Journal of Public Health**., v. 87, n. 6, p.957-961, Jun., 1997.

SULMASY, D. P. Distinguishing denial from authentic faith in miracles: A clinical-pastoral approach. **Southern Medical Journal**., v.100, n.12, p. 1268-1272. Dec. 2007. Special Section Spirituality/Medicine:Interface Project.. Disponível em:<[http://journals.lww.com/smajournalonline/Fulltext/2007/12000/Distinguishing\\_Denial\\_From\\_Authentic\\_Faith\\_in.24.aspx](http://journals.lww.com/smajournalonline/Fulltext/2007/12000/Distinguishing_Denial_From_Authentic_Faith_in.24.aspx)>. Acesso em: 23 de Mar. de 2013.

TAVABI, A. A.; IRAN-POUR, E. The association between religious beliefs and mentalhealth amongst medical students. **J. Pak Med. Assoc.** v. 61, n. 2, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/2577.pdf>. Acesso em: 12 de fev. de 2013.

TOSTA, C. E. Prece e cura. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. da (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 105-124.

VALE, N. B. Analgesia adjuvante e alternativa. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Campinas, v. 56, Out. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003470942006000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942006000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Maio 2011.

VANDERLEI, A. C. Q. **Espiritualidade na saúde** - Levantamento de evidências na literatura científica, 2010. 121 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

VAN THUAN, F. X. N. O povo da esperança. In: ARAÚJO, A.; PINTO, R. (Orgs.). **Eucaristia: caminho para uma nova humanidade**. Vargem Grande Paulista: Editora Cidade Nova, 2010. p. 81-90. (Coleção em busca da fé).

VASCONCELOS, E. M. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p.12-18, Set., 2010. Disponível em: < [www.reciis.cict.fiocruz.br] >. Acesso em: 4 de mar. de 2013.

VASQUES, C. I. ; SANTOS, D. S. dos; CARVALHO, E. C. de. Tendências da pesquisa envolvendo o uso do toque terapêutico como uma estratégia de enfermagem. **Revista ACTA Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n. 5, p. 712-714, 2011.

WETTSTEIN, M. F. **Bioética e restrições alimentares por motivações religiosas**: tomada de decisão frente ao tratamento de saúde. 2010. 55 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

YANEK, L. R. et al. Project Joy: faith based cardiovascular health promotion for african american women. **Public Health Reports**. v. 116, 2001. Supplement 1 .

YEPES, H. D. **Como prevenir e controlar o estresse**: síndrome do século XXI. 3. ed. São Paulo: Paulinas, 2003. 76 p.

YEUNG, W. J.; CHAN, Y. The positive effects of religiousness on mental health in physically vulnerable populations: A review on recent empirical studies and related theories. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation**. v. 11, n. 2, p. 37-52, 2007. Disponível em: < [http://www.psychosocial.com/IJPR\\_11/Positive Effects of Religiousness Yeung Jerf.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_11/Positive_Effects_of_Religiousness_Yeung_Jerf.html) >. Acesso em: 27 de abr. de 2013.

ZILES, U. Espiritualidade cristã. In TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p, 10-22.

# APÊNDICES

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Espiritualidade/religiosidade em hipertensos de uma unidade do Programa Saúde da Família de Pedras de Fogo – PB** e está sendo desenvolvida por **Valdelene Nunes de Andrade Pereira**, aluna do Curso de Mestrado em Ciências das Religiões, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) **Dr<sup>a</sup> Berta Lúcia Pinheiro Klüppel**.

O objetivo principal do estudo é Analisar se há influência da espiritualidade/religiosidade sobre a evolução da Hipertensão Arterial nos pacientes de uma unidade do PSF (Programa Saúde da Família) no município de Pedras de Fogo - PB.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a melhoria das condições de saúde dos hipertensos da USF Centro I de pedras de Fogo – PB.

Solicitamos a sua colaboração para responder a questionários apresentados, bem como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e/ou de religião e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na instituição.

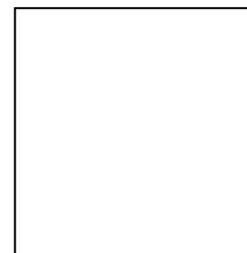
A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal

OBservação: (em caso de analfabeto - acrescentar)



Espaço para impressão  
dactiloscópica

---

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)

**Valdelene Nunes de Andrade Pereira:**

Endereço: Rua 3 Poderes, S/N – Centro, Pedras de Fogo – PB

Telefone: (81) 3635-1064

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – CCAMPUS I – CIDADE UNIVERSITÁRIA – BLACO ARNALDO TAVARES – SALA 812 – CEP 58051-900 – JOÃO PESSOA-PB – TELEFONE (83) 3216-7791 – FAX (83) 3216-7791.

Atenciosamente,

---

**Valdelene Nunes de Andrade Pereira**  
Assinatura do Pesquisador Responsável

# QUESTIONÁRIO

## 1 - Dados Pessoais

1.1 - Nome:

1.2 - Idade:

1.3 - Sexo:

1.4 - Estado Civil:

1.5 - Regime de Convivência

- Mora sozinho;
- Mora com cônjuge;
- Mora com familiares;
- Mora com outras pessoas não consangüíneas.

1.6 - Nível de Escolaridade

- Analfabeto;
- Fundamental incompleto;
- Fundamental completo;
- Ensino médio incompleto;
- Ensino médio completo;
- Ensino superior incompleto;
- Ensino superior completo.

## 2 - Religiosidade /Espiritualidade

2.1 - Nível de religiosidade:

- Ateu;
- Não tem religião institucionalizada, mas acredita em Deus;
- Pratica algum tipo de atividade especificar:
- Participa de uma determinada religião.

2.2 - Caso tenha religião institucionalizada, a qual pertence?

- Católica;
- Protestante;
- Espírita;
- Candomblé;
- Budismo;
- Muçulmana.
- Outras

### **2.3 - Prática com frequência**

- Oração;
- Meditação;
- Intercessão;
- Recebe oração de outrem;
- Recebe a comunhão ao menos uma vez por semana;
- Frequenta grupos religiosos ou igrejas ao menos uma vez por semana;
- Frequenta grupos religiosos ou igrejas ao menos uma vez por mês.
- Leitura de textos religiosos com ou sem o auxílio de outras pessoas.
- Outras. Especificar: \_\_\_\_\_

### **2.4 - Tem atitude de**

- Perdão;
- Altruísmo.
- Especificar: \_\_\_\_\_

### **2.5 - Deus tem que grau de importância em sua vida?**

- Nenhuma ou indiferente;
- Pouca importância;
- Alguma importância;
- Grande importância;
- É fundamental .
- Tem algum tipo de revolta ou insatisfação em relação à Deus.

### **2.6 - Você já obteve melhora ou cura atribuída somente à fé?**

- Sim;
- Não.

## **3 - Saúde e Hábitos de vida**

### **3.1 - Como você avalia o seu humor?**

- É alegre na maior parte do tempo;
- É triste na maior parte do tempo;
- É irritado na maior parte do tempo.

### **3.2 - Possui alguma dessas patologias ou doenças?**

- Hipertensão;
- Diabetes;
- Doença mental de qualquer tipo.

( ) Outras patologias. Especificar: \_\_\_\_\_

### **3.3 - Apresenta algum desses sintomas?**

- ( ) Cefaléia;
- ( ) Choro fácil;
- ( ) Insônia;
- ( ) Dores no peito;
- ( ) Taquicardia;
- ( ) Vômitos;
- ( ) Tonturas;
- ( ) Poliúria;
- ( ) Polidipsia;
- ( ) Polifagia;
- ( ) Ansiedade exagerada;
- ( ) Preocupação exagerada;
- ( ) Sensação de que algo ruim vai acontecer a qualquer momento;
- ( ) Medo de sair sozinho ou de sair de casa;
- ( ) Medo de estar em lugares abertos ou públicos;
- ( ) Medo permanente da morte (sensação de morte iminente mesmo sem motivo aparente);
- ( ) Memória fraca ou falta de concentração;
- ( ) Dores inexplicáveis pelo corpo sem causa médica aparente;
- ( ) Parestesias;
- ( ) Redução do apetite ou anorexia;
- ( ) Come sem controle quando nervoso(a);
- ( ) Perda de peso sem estar fazendo dieta;
- ( ) Diarréia, quando nervoso(a);
- ( ) Mãos frias, quando nervoso (a);
- ( ) Sudorese excessiva quando nervoso (a);
- ( ) Recusa alimentar, quando nervoso (a);
- ( ) Outros Sinais ou sintomas. Especificar: \_\_\_\_\_

### **3.4 - Que medicamentos toma?**

- ( ) Anti-hipertensivo;
- ( ) Anti-depressivo;
- ( ) Ansiolítico;
- ( ) Indutores do sono;
- ( ) Hipoglicemiantes orais ou insulina.
- ( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

### **3.5 - Faz dieta prescrita por médico ou nutricionista?**

- ( ) Sim;
- ( ) Não.

**3.6 - É fumante?**

- ( ) Sim;
- ( ) Não.

**3.7 - Pratica alguma atividade física regular?**

- ( ) Sim;
- ( ) Não.

**3.8 - Frequenta algum grupo de promoção da saúde?**

- ( ) Idosos;
- ( ) Saúde mental;
- ( ) Não.
- ( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

**3.9 - Atribui ao grupo alguma melhora na sua qualidade de vida?**

- ( ) Sim;
- ( ) Não.

**3.10 - No momento da consulta possui algum desses exames?**

- ( ) Glicemia;
- ( ) Hemograma.
- ( ) Uréia;
- ( ) Creatinina;
- ( ) Sumário de urina.
- ( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**3.11 - Medidas de PA :**

|            |             |            |              |
|------------|-------------|------------|--------------|
| Jan: _____ | Fev: _____  | Mar: _____ | Abr: _____   |
| Mai: _____ | Jun: _____  | Jul: _____ | Ago: _____   |
| Set: _____ | Out: _____  | Nov: _____ | Dez: _____   |
| Jan: _____ | Fev.: _____ | Mar: _____ | Abr: _____   |
| Mai: _____ | Jun: _____  | Jul: _____ | Ago: _____ - |
| Set: _____ | Out: _____  | Nov: _____ | Dez: _____   |

**3.12 - Algum medico já lhe perguntou sobre sua religião?**

- ( ) Sim;

( ) Não.

**3.13 - Você acha importante o médico saber sobre sua religião?**

( ) Sim;

( ) Não.

Porque?\_\_\_\_\_

# ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 8ª Reunião realizada no dia 22/11/2011, o projeto de pesquisa intitulado: “ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE EM HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRAS DE FOGO - PB”, da Pesquisadora Valdelene Nunes de Andrade Pereira. Protocolo nº. 0310/11.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

  
Valdelene Nunes de Andrade Pereira  
Pesquisadora - CEP/CCS/UFPA

## Declaração

Eu, Maíza Pereira de Oliveira, Secretária de Saúde do Município de Pedras de Fogo-PB, declaro que autorizo a servidora pública, exercente do cargo de médica deste município, **Valdene Nunes de Andrade Pereira**, a, durante o período em que estiver gozando de licença sem vencimentos, realizar exames clínicos, prescrever medicamentos e solicitar os exames que entender necessários para o acompanhamento dos 152 (cento e cinquenta e dois) pacientes hipertensos cuja saúde tem sido objeto de pesquisa da médica no âmbito do curso de Mestrado em Ciência das Religiões, da Universidade Federal da Paraíba.

Por ser verdade, firmo a presente.

Pedras de Fogo-PB, 08 de maio de 2012.

*Maíza Pereira de Oliveira*

**Maíza Pereira de Oliveira**

Secretária de Saúde de Pedras de Fogo-PB

Maíza Pereira de Oliveira  
Sec. de Saúde  
Mat: 70.77-7

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATITUDE RELIGIOSA - QAAR

Abaixo estão listadas algumas afirmações sobre religiosidade e fé. Assinale a resposta que mais corresponde a sua pessoa utilizando a escala de resposta abaixo:

|    |  | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
|----|--|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| 1  | Leio as escrituras sagrada (Bíblia ou outro livro sagrado).                          | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 2  | Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.                                 | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 3  | Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade           | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 4  | Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade.     | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 5  | Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.                              | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 6  | Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos.                            | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 7  | Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.                 | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 8  | A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.   | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 9  | Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.                     | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 10 | Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade (missas, cultos...).        | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 11 | Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).                           | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 12 | Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto. | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 13 | Sinto-me unido a todas as coisas.  | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 14 | Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.                       | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 15 | Sinto-me unido a um "Ser" maior.   | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |
| 16 | Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções.                            | 1     | 2         | 3        | 4              | 5      |

**Resultados para os homens de 60 a 75 anos grupos controle.**

**Case Processing Summary**

|                      | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                      | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                      | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| PASI * Religiosidade | 8     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 8     | 100,0%  |
| PASF * Religiosidade | 8     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 8     | 100,0%  |
| PADI * Religiosidade | 8     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 8     | 100,0%  |
| PADF * Religiosidade | 8     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 8     | 100,0%  |

**PASI \* Religiosidade**

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASI  | Sob controle     | 4             | 0    | 4     |
|       | Fora de controle | 3             | 1    | 4     |
| Total |                  | 7             | 1    | 8     |

**Chi-Square Tests**

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 1,143 <sup>a</sup> | 1  | ,285                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000               | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 1,530              | 1  | ,216                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                    |    |                       | 1,000                | <b>,500</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | 1,000              | 1  | ,317                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 8                  |    |                       |                      |                      |

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

b. Computed only for a 2x2 table

## PASF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASF  | Sob controle     | 6             | 1    | 7     |
|       | Fora de controle | 1             | 0    | 1     |
| Total |                  | 7             | 1    | 8     |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,163 <sup>a</sup> | 1  | ,686                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,287              | 1  | ,592                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,875</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,143              | 1  | ,705                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 8                 |    |                       |                      |                      |

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

b. Computed only for a 2x2 table

## PADI \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADI  | Sob controle     | 6             | 0    | 6     |
|       | Fora de controle | 1             | 1    | 2     |
| Total |                  | 7             | 1    | 8     |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 3,429 <sup>a</sup> | 1  | ,064                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,381               | 1  | ,537                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 3,256              | 1  | ,071                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                    |    |                       | <b>,250</b>          | ,250                 |
| Linear-by-Linear Association       | 3,000              | 1  | ,083                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 8                  |    |                       |                      |                      |

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

b. Computed only for a 2x2 table

**Obs.: Para pressão arterial diastólica segunda etapa não foi possível fazer o teste, pois, não temos valores de religiosidade alta ou baixa para os homens de 60 a 75 anos.**

### **PADF \* Religiosidade**

Count

|       |              | Religiosidade |      | Total |
|-------|--------------|---------------|------|-------|
|       |              | Baixa         | Alta |       |
| PADF  | Sob controle | 7             | 1    | 8     |
| Total |              | 7             | 1    | 8     |

### **Chi-Square Tests**

|                    | Value          |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . <sup>a</sup> |
| N of Valid Cases   | 8              |

a. No statistics are computed because PADF is a constant.

**Resultados para as mulheres de 25 a 59 grupo controle.**

**Case Processing Summary**

|                      | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                      | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                      | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| PASI * Religiosidade | 32    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 32    | 100,0%  |
| PASF * Religiosidade | 32    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 32    | 100,0%  |
| PADI * Religiosidade | 32    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 32    | 100,0%  |
| PADF * Religiosidade | 32    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 32    | 100,0%  |

**PASI \* Religiosidade**

**Crosstab**

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASI  | Sob controle     | 20            | 7    | 27    |
|       | Fora de controle | 4             | 1    | 5     |
| Total |                  | 24            | 8    | 32    |

**Chi-Square Tests**

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,079 <sup>a</sup> | 1  | ,779                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,082              | 1  | ,774                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,633</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,077              | 1  | ,782                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 32                |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,25.

b. Computed only for a 2x2 table

## PASF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASF  | Sob controle     | 18            | 7    | 25    |
|       | Fora de controle | 6             | 1    | 7     |
| Total |                  | 24            | 8    | 32    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,549 <sup>a</sup> | 1  | ,459                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,061              | 1  | ,805                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,600              | 1  | ,439                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | <b>,646</b>          | ,423                 |
| Linear-by-Linear Association       | ,531              | 1  | ,466                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 32                |    |                       |                      |                      |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,75.

b. Computed only for a 2x2 table

## PADI \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADI  | Sob controle     | 17            | 5    | 22    |
|       | Fora de controle | 7             | 3    | 10    |
| Total |                  | 24            | 8    | 32    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,194 <sup>a</sup> | 1  | ,660                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,190              | 1  | ,663                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | <b>,681</b>          | ,488                 |
| Linear-by-Linear Association       | ,188              | 1  | ,665                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 32                |    |                       |                      |                      |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,50.

b. Computed only for a 2x2 table

## PADF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADF  | Sob controle     | 21            | 6    | 27    |
|       | Fora de controle | 3             | 2    | 5     |
| Total |                  | 24            | 8    | 32    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,711 <sup>a</sup> | 1  | ,399                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,079              | 1  | ,779                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,655              | 1  | ,418                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | <b>,578</b>          | ,367                 |
| Linear-by-Linear Association       | ,689              | 1  | ,407                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 32                |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,25.

b. Computed only for a 2x2 table

**Resultados para as mulheres de 60 a 75 anos grupo controle.**

**Case Processing Summary**

|                      | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                      | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                      | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| PASI * Religiosidade | 22    | 53,7%   | 19      | 46,3%   | 41    | 100,0%  |
| PASF * Religiosidade | 22    | 53,7%   | 19      | 46,3%   | 41    | 100,0%  |
| PADI * Religiosidade | 22    | 53,7%   | 19      | 46,3%   | 41    | 100,0%  |
| PADF * Religiosidade | 22    | 53,7%   | 19      | 46,3%   | 41    | 100,0%  |

**PASI \* Religiosidade**

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASI  | Sob controle     | 12            | 3    | 15    |
|       | Fora de controle | 7             | 0    | 7     |
| Total |                  | 19            | 3    | 22    |

**Chi-Square Tests**

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 1,621 <sup>a</sup> | 1  | ,203                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,368               | 1  | ,544                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 2,513              | 1  | ,113                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                    |    |                       | <b>,523</b>          | ,295                 |
| Linear-by-Linear Association       | 1,547              | 1  | ,214                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 22                 |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,95.

b. Computed only for a 2x2 table

## PASF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASF  | Sob controle     | 11            | 3    | 14    |
|       | Fora de controle | 8             | 0    | 8     |
| Total |                  | 19            | 3    | 22    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 1,985 <sup>a</sup> | 1  | ,159                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,582               | 1  | ,445                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 2,977              | 1  | ,084                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,273                 | ,236                 |
| Linear-by-Linear Association       | 1,895              | 1  | ,169                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 22                 |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,09.

b. Computed only for a 2x2 table

## PADI \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADI  | Sob controle     | 15            | 3    | 18    |
|       | Fora de controle | 4             | 0    | 4     |
| Total |                  | 19            | 3    | 22    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,772 <sup>a</sup> | 1  | ,380                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,005              | 1  | ,942                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 1,305             | 1  | ,253                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                   |    |                       | 1,000                | ,530                 |
| Linear-by-Linear Association       | ,737              | 1  | ,391                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 22                |    |                       |                      |                      |

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,55.

b. Computed only for a 2x2 table

## PADF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADF  | Sob controle     | 11            | 3    | 14    |
|       | Fora de controle | 8             | 0    | 8     |
| Total |                  | 19            | 3    | 22    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 1,985 <sup>a</sup> | 1  | ,159                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,582               | 1  | ,445                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 2,977              | 1  | ,084                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,273                 | ,236                 |
| Linear-by-Linear Association       | 1,895              | 1  | ,169                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 22                 |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,09.

b. Computed only for a 2x2 table

**Resultados para as mulheres de 25 a 59 anos grupo estudo.**

**Case Processing Summary**

|                      | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                      | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                      | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| PASI * Religiosidade | 26    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 26    | 100,0%  |
| PASF * Religiosidade | 26    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 26    | 100,0%  |
| PADI * Religiosidade | 26    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 26    | 100,0%  |
| PADF * Religiosidade | 26    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 26    | 100,0%  |

**PASI \* Religiosidade**

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASI  | Sob controle     | 6             | 17   | 23    |
|       | Fora de controle | 0             | 3    | 3     |
| Total |                  | 6             | 20   | 26    |

**Chi-Square Tests**

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 1,017 <sup>a</sup> | 1  | ,313                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,079               | 1  | ,779                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 1,688              | 1  | ,194                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                    |    |                       | 1,000                | <b>,438</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,978               | 1  | ,323                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 26                 |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,69.

b. Computed only for a 2x2 table

## PASF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASF  | Sob controle     | 5             | 18   | 23    |
|       | Fora de controle | 1             | 2    | 3     |
| Total |                  | 6             | 20   | 26    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,201 <sup>a</sup> | 1  | ,654                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,187              | 1  | ,666                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,562</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,193              | 1  | ,660                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 26                |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,69.

b. Computed only for a 2x2 table

## PADI \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADI  | Sob controle     | 5             | 14   | 19    |
|       | Fora de controle | 1             | 6    | 7     |
| Total |                  | 6             | 20   | 26    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,417 <sup>a</sup> | 1  | ,518                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,015              | 1  | ,904                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,448              | 1  | ,503                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,471</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,401              | 1  | ,527                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 26                |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,62.

## PADF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADF  | Sob controle     | 4             | 15   | 19    |
|       | Fora de controle | 2             | 5    | 7     |
| Total |                  | 6             | 20   | 26    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,163 <sup>a</sup> | 1  | ,686                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,158              | 1  | ,691                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,529</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,157              | 1  | ,692                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 26                |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,62.

b. Computed only for a 2x2 table

**Resultados para mulheres de 60 a 75 anos grupo estudo.**

**Case Processing Summary**

|                      | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                      | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                      | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| PASI * Religiosidade | 41    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 41    | 100,0%  |
| PASF * Religiosidade | 41    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 41    | 100,0%  |
| PADI * Religiosidade | 41    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 41    | 100,0%  |
| PADF * Religiosidade | 41    | 100,0%  | 0       | ,0%     | 41    | 100,0%  |

**PASI \* Religiosidade**

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASI  | Sob controle     | 5             | 26   | 31    |
|       | Fora de controle | 4             | 6    | 10    |
| Total |                  | 9             | 32   | 41    |

**Chi-Square Tests**

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 2,515 <sup>a</sup> | 1  | ,113                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 1,314              | 1  | ,252                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 2,304              | 1  | ,129                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                    |    |                       | <b>,185</b>          | ,127                 |
| Linear-by-Linear Association       | 2,453              | 1  | ,117                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 41                 |    |                       |                      |                      |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

b. Computed only for a 2x2 table

## PASF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASF  | Sob controle     | 8             | 24   | 32    |
|       | Fora de controle | 1             | 8    | 9     |
| Total |                  | 9             | 32   | 41    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,791 <sup>a</sup> | 1  | ,374                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,188              | 1  | ,665                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,887              | 1  | ,346                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | <b>,654</b>          | ,350                 |
| Linear-by-Linear Association       | ,772              | 1  | ,380                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 41                |    |                       |                      |                      |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,98.

b. Computed only for a 2x2 table

## PADI \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADI  | Sob controle     | 8             | 26   | 34    |
|       | Fora de controle | 1             | 6    | 7     |
| Total |                  | 9             | 32   | 41    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,290 <sup>a</sup> | 1  | ,591                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,001              | 1  | ,971                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,314              | 1  | ,575                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,512</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,282              | 1  | ,595                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 41                |    |                       |                      |                      |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,54.

## PADF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADF  | Sob controle     | 8             | 26   | 34    |
|       | Fora de controle | 1             | 6    | 7     |
| Total |                  | 9             | 32   | 41    |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,290 <sup>a</sup> | 1  | ,591                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,001              | 1  | ,971                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,314              | 1  | ,575                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,512</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,282              | 1  | ,595                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 41                |    |                       |                      |                      |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,54.

b. Computed only for a 2x2 table

## Resultados para homens de 25 a 59 anos

### Case Processing Summary

|                      | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                      | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                      | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| PASI * Religiosidade | 4     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 4     | 100,0%  |
| PASF * Religiosidade | 4     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 4     | 100,0%  |
| PADI * Religiosidade | 4     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 4     | 100,0%  |
| PADF * Religiosidade | 4     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 4     | 100,0%  |

### PASI \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASI  | Sob controle     | 1             | 0    | 1     |
|       | Fora de controle | 2             | 1    | 3     |
| Total |                  | 3             | 1    | 4     |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,444 <sup>a</sup> | 1  | ,505                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,680              | 1  | ,410                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,750</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,333              | 1  | ,564                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 4                 |    |                       |                      |                      |

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

b. Computed only for a 2x2 table

**Obs.: Para pressão arterial sistólica segunda etapa não foi possível fazer o teste, pois, não temos valores de religiosidade alta ou baixa para os homens de 25 a 59 anos.**

## PASF \* Religiosidade

Count

|       |              | Religiosidade |      | Total |
|-------|--------------|---------------|------|-------|
|       |              | Baixa         | Alta |       |
| PASF  | Sob controle | 3             | 1    | 4     |
| Total |              | 3             | 1    | 4     |

### Chi-Square Tests

|                    | Value          |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . <sup>a</sup> |
| N of Valid Cases   | 4              |

a. No statistics are computed because PASF is a constant.

## PADI \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADI  | Sob controle     | 1             | 0    | 1     |
|       | Fora de controle | 2             | 1    | 3     |
| Total |                  | 3             | 1    | 4     |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,444 <sup>a</sup> | 1  | ,505                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,680              | 1  | ,410                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,750</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,333              | 1  | ,564                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 4                 |    |                       |                      |                      |

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

b. Computed only for a 2x2 table

**Obs.: Para pressão arterial diastólica segunda etapa não foi possível fazer o teste, pois, não temos valores de religiosidade alta ou baixa para os homens de 25 a 59 anos.**

## PADF \* Religiosidade

Count

|       |              | Religiosidade |      | Total |
|-------|--------------|---------------|------|-------|
|       |              | Baixa         | Alta |       |
| PADF  | Sob controle | 3             | 1    | 4     |
| Total |              | 3             | 1    | 4     |

### Chi-Square Tests

|                    | Value          |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . <sup>a</sup> |
| N of Valid Cases   | 4              |

a. No statistics are computed because PADF is a constant.

Resultados para os homens de 60 a 75 anos grupo estudo.

**Case Processing Summary**

|                      | Cases |         |         |         |       |         |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                      | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                      | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| PASI * Religiosidade | 6     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 6     | 100,0%  |
| PASF * Religiosidade | 6     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 6     | 100,0%  |
| PADI * Religiosidade | 6     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 6     | 100,0%  |
| PADF * Religiosidade | 6     | 100,0%  | 0       | ,0%     | 6     | 100,0%  |

**PASI \* Religiosidade**

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASI  | Sob controle     | 0             | 4    | 4     |
|       | Fora de controle | 2             | 0    | 2     |
| Total |                  | 2             | 4    | 6     |

**Chi-Square Tests**

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 6,000 <sup>a</sup> | 1  | ,014                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 2,344              | 1  | ,126                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 7,638              | 1  | ,006                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                    |    |                       | <b>,067</b>          | ,067                 |
| Linear-by-Linear Association       | 5,000              | 1  | ,025                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 6                  |    |                       |                      |                      |

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

b. Computed only for a 2x2 table

## PASF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PASF  | Sob controle     | 1             | 3    | 4     |
|       | Fora de controle | 1             | 1    | 2     |
| Total |                  | 2             | 4    | 6     |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,375 <sup>a</sup> | 1  | ,540                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,367              | 1  | ,545                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,600</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,313              | 1  | ,576                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 6                 |    |                       |                      |                      |

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

b. Computed only for a 2x2 table

## PADI \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADI  | Sob controle     | 0             | 3    | 3     |
|       | Fora de controle | 2             | 1    | 3     |
| Total |                  | 2             | 4    | 6     |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 3,000 <sup>a</sup> | 1  | ,083                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,750               | 1  | ,386                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 3,819              | 1  | ,051                  |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                    |    |                       | <b>,400</b>          | ,200                 |
| Linear-by-Linear Association       | 2,500              | 1  | ,114                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 6                  |    |                       |                      |                      |

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

## PADF \* Religiosidade

Count

|       |                  | Religiosidade |      | Total |
|-------|------------------|---------------|------|-------|
|       |                  | Baixa         | Alta |       |
| PADF  | Sob controle     | 1             | 2    | 3     |
|       | Fora de controle | 1             | 2    | 3     |
| Total |                  | 2             | 4    | 6     |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,000 <sup>a</sup> | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| <b>Fisher's Exact Test</b>         |                   |    |                       | 1,000                | <b>,800</b>          |
| Linear-by-Linear Association       | ,000              | 1  | 1,000                 |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 6                 |    |                       |                      |                      |

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

b. Computed only for a 2x2 table