



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

ANA CLAUDIA DE QUEIROZ VANDERLEI

**ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE – LEVANTAMENTO
DE EVIDÊNCIAS NA LITERATURA CIENTÍFICA**

**João Pessoa - PB
2010**

ANA CLAUDIA DE QUEIROZ VANDERLEI

**ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE – LEVANTAMENTO
DE EVIDÊNCIAS NA LITERATURA CIENTÍFICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões na Linha de Pesquisa Espiritualidade e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel

**João Pessoa - PB
2010**

V235e *Vanderlei, Ana Claudia de Queiroz.*

Espiritualidade na saúde: levantamento de evidências na literatura científica / Ana Claudia de Queiroz Vanderlei - João Pessoa: [s.n.], 2010.

121f.

Orientadora: Berta Lúcia Pinheiro Klüppel.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE.

1.Ciências das Religiões. 2.Espiritualidade. 3.Religiosidade e saúde .

UFPB/BC
279.224(043)

CDU:

ANA CLAUDIA DE QUEIROZ VANDERLEI

**ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE – LEVANTAMENTO
DE EVIDÊNCIAS NA LITERATURA CIENTÍFICA**

Defendida em, ____ de _____ de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Berta Lúcia Pinheiro Kluppel
Orientadora. PPGCR-UEPB

Prof.^a Dra. Fernanda Burle de Aguiar
Examinadora. CCS/UEPB

Prof.^oDr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Examinador Externo. UEPB

Prof.^a Dra. Lenilde Duarte de Sá
Examinadora Suplente. CCS/UEPB

João Pessoa - PB
2010

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por me guiar com sua luz divina permitindo a concretização de mais uma realização.

Aos meus pais - seres abençoados e merecedores de todo o meu amor e respeito - pelas oportunidades a mim concedidas, pelo amor, carinho, dedicação, proteção e confiança depositada em minha pessoa, estando sempre presentes, ajudando-me nas dificuldades e vibrando com cada vitória alcançada. A Sabrina, por encher nossa casa de alegria e por sua total fidelidade. E a Selma pela paciência e dedicação a mim e aos meus pais.

A minha orientadora e incentivadora Prof^a. Dr^a. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel, pela orientação, apoio, valorização, contribuição, paciência e disponibilidade durante todo o trabalho.

A todos os colegas de sala pelos momentos e expectativas compartilhados durante as aulas. Em especial, à amiga Licânia Correia Carneiro – pessoa iluminada e meu anjo da guarda nesse mestrado – que deu grande apoio, incentivo e contribuição para que esse trabalho fosse finalizado. E a todos os docentes por compartilharem conosco grande parcela dos seus conhecimentos.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões por sua dedicação e empenho, buscando sempre o engrandecimento do nosso curso. Em especial a Maria por sua atenção e carinho.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, expresso o meu sincero agradecimento.

“A coisa mais bela que podemos experimentar é o mistério. Essa é a fonte de toda a arte e ciências verdadeiras.”

Albert Einstein

VANDERLEI, Ana Claudia de Queiroz. **Espiritualidade na saúde – levantamento de evidências na literatura científica**. 2010 – 118 p. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

RESUMO

Esta é uma pesquisa que objetivou revisar as evidências disponíveis na base de dados do portal CAPES sobre a relação espiritualidade/religiosidade e saúde, na década compreendida entre os anos 2000 e 2009, focando na relação dos profissionais de saúde e dos pacientes com a espiritualidade em suas vidas e no curso das enfermidades de maior representatividade na atualidade, quais sejam: doenças mentais, doenças cardiovasculares (DCV), câncer e AIDS. Nela estão descritos e sintetizados 95 estudos. Inúmeras pesquisas, hoje, estão sendo desenvolvidas no sentido de averiguar se as crenças, o cultivo de uma fé e a participação em uma comunidade, fazem bem à saúde e ajudam as pessoas a viverem mais. É notável o crescimento da importância dada à relação entre espiritualidade e saúde dentro das universidades e na prática clínica. Em muitos desses estudos, a religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, afigurando-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças e eventual redução de óbito ou do impacto de diversos males. Experiências de pacientes soropositivos ou com câncer apontam a saúde espiritual como uma importante dimensão da existência, no enfrentamento à doença. As pesquisas indicam, ainda, que religião/espiritualidade protege contra doenças cardiovasculares pelo fomento de estilos de vida saudáveis, estando associada com uma melhor saúde física, e prediz remissão mais rápida de depressão. E, além da espiritualidade do paciente, consideram-se as questões espirituais dos cuidadores, como ambos entendem a saúde e a doença e como interagem entre si. Mas, embora o tema tenha entrado, definitivamente, no rol das pesquisas, os estudos empíricos têm apresentado falhas metodológicas e sucesso limitado com relação aos mecanismos que agem na promoção de saúde através do envolvimento religioso, sendo considerado um desafio intelectual e metodológico e demandando mais estudos antes de conclusões definitivas sobre o benefício biológico das práticas espirituais, especialmente, porque tal discussão não cessará tão cedo.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religiosidade. Saúde.

VANDERLEI, Ana Claudia de Queiroz. **Espiritualidade na saúde – levantamento de evidências na literatura científica**. 2010 – 118 p. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

ABSTRACT

This research aimed to review the available evidence in the database of the CAPES' site about the spirituality/religiosity and health relation, in the decade between 2000 and 2009. It focused on the relationship between the health professionals and the patients as concerns their spiritual lives and during their illnesses of awesome significance nowadays, such as: mental diseases, cardiovascular disease, cancer and AIDS. In this research, 95 studies are described and summarized. Several researches have been developed with the intention to investigate if beliefs, growth in faith and attendance at a community improve health and help people to live longer. It is noteworthy the increasing importance concerning to the relation between spirituality and health inside universities and clinical practice. In most of these studies, religiosity/spirituality has demonstrated a great impact on physical health as a possible factor for preventing the development of diseases and an occasional death reduction or the effect of several illnesses. Experiences, with HIV positive patients or with cancer, point out spiritual health as an important dimension of existence as regards facing the disease. The researches also indicate that religion/spirituality works as protection against cardiovascular diseases due to its inducement for healthy lifestyles, and it is associated with a better physical health predicting, thus, a faster remission of depression. In addition to the patient's spirituality, the caretakers' spiritual matters and how both of them see health and illness as well as how they interact are subjects taken into account. But, although, the theme has been taking part, definitely, in the researches' list, the empirical studies have presented methodological flaws and limited success in reference to the mechanisms which act by promoting health through the religious involvement. The theme has been considered an intellectual and methodological challenge and it demands more studies before any definitive conclusions about the biological benefit of the spiritual practices come out; especially because such discussion will not end in the near future.

Key-words: Spirituality. Religiosity. Health.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

AVC - Acidente Vascular-Cerebral

BDI - *Beck Depression Inventory*

BISC - *Behavioral Inventory of Strategic Control*

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCI - *Charlson Comorbidity Index*

CD4 - Linfócito T auxiliar

CDI - *Children's Depression Inventory*

Cencal - Centro Espírita Nosso Lar Casas André Luiz

CESD-10 - *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*

CIDI - *Composite International Diagnostic Interview*

CRE - *Coping Religioso e Espiritual*

DCV - Doenças Cardiovasculares

DIS - *Dealing with Illness Scale*

DSES - *The Daily Spiritual Experiences Scale*

DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*

DUREL - *Duke Religion Index*

ENRICHHD - *Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease*

EOIPPI - Escala de Observação de Pacientes Psiquiátricos Internados

ESSI - *Social Support Inventory*

EUA - Estados Unidos da América

EWB - *Emotional Well-Being*

FACIT-SpEx - *Fuctional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being-Expanded*

FAHI - *Functional Assessment of HIV Infection Scale*

GDS-SF - *Geriatric Depression Scale – Short Form*

HAT-QoL - HIV/AIDS – *Targetd Quality of Life*

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

HSI - *HIV Symptom Index*

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IES - *Impacto of Events Scale*

IMC (*Índice de Massa Corpórea*)
INSPIRIT - *Index of Core Spiritual Experience*
KCCQ - *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*
LOT - *Life Orientation Test*
LRI - *Life Reflection Interview*
MHI-5 - *Mental Health Inventory-5*
MIDUS 2005 - *National Survey Of Midlife in the U.S*
MILQ - *Multidimensional Index of Life Quality*
MSAS - *Memorial Symptom Assessment Scale*
MUIS - *Mishel Uncertainty in Illness Scale*
Multi-CAM - *Multi-dimensional Control Agency Means-Ends protocol*
NEFS - *The New England Family Study*
NIH - *U.S. National Institutes of Health*
NPCS - *Canadian National Palliative Care Survey*
OMS - *Organização Mundial de Saúde*
PHS - *Perceived Helpfulness of Spirituality*
POMS-SF - *Profile of Mood Status*
PPS - *Palliative Performance Scale*
PRIME-MD - *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*
RLP - *Reconciled Life Perspective*
RSME - *Religion and Spirituality in the Medical Encounter Study Group*
RWB - *Religious Well Being*
SCA - *Síndrome Coronária Aguda*
SCSORF - *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire*
SHI - *Spiritual Health Inventory*
SIBS - *Spiritual Involvement and Beliefs Scale*
SIP - *Sickness Impact Profile*
SISC - *Structured Interview of Symptoms and Concerns*
SIWB - *The Spirituality Index of Well-Being*
SPC - *Spiritual Practices Checklist*
SpS - *Spiritual Perspective Scale*
SPS - *Social Provisions Scale*
SPMSQ - *Short Portable Mental Status Questionnaire*
SWB ou SWBS - *Spiritual Well-Being scale*

TBH - Transtorno Bipolar de Humor

VAS - *Visual Analogue Scale*

WHOQOL-SRPB - *The World Health Organization Quality of Life-Spirituality, Religiosity
and Personal Beliefs*

YRBS - *Youth Risk Behavior Survey*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1 - ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE – DE UM NOVO CAMPO DE PESQUISA À RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS PACIENTES.....	19
1.1 Considerações Gerais.....	19
1.2 <i>Coping</i> (enfrentamento) Religioso.....	28
1.3 A relação entre os Profissionais de Saúde, seus Pacientes e o Papel da Espiritualidade no Tratamento.....	31
CAPÍTULO 2 - ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE – EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	44
2.1 Considerações Gerais.....	44
2.2 Espiritualidade e Saúde Mental.....	44
2.3 Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares (DCV).....	68
2.4 Espiritualidade e AIDS (<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>)/HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>).....	80
2.5 Espiritualidade e Câncer.....	89
CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS.....	111

INTRODUÇÃO

A discussão e o interesse em torno das questões de espiritualidade ligadas à saúde, a um viver saudável e feliz, tendo como parceiro o conhecimento científico são objetos de interesse e estudo atuais. Inúmeras pesquisas hoje estão sendo desenvolvidas no sentido de se provar que as crenças, o cultivo de uma fé e a participação em uma comunidade fazem bem à saúde e ajudam as pessoas a viverem mais, ressaltando-se a fé como um fator de saúde (PESSINI, 2007). Muitas evidências empíricas conectam religião/espiritualidade à saúde tanto física, quanto mental (PANZINI; BANDEIRA, 2007) e a construtos relacionados, como, por exemplo, o bem-estar psicológico, em que se inserem a satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Essa conectividade vem sendo observada nas últimas duas décadas. Milhares de artigos têm sido publicados relacionando religião e saúde. Muitas escolas de medicina (84 instituições de um total de 126, nos Estados Unidos) têm integrado a espiritualidade nos seus currículos (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006), e tem havido um aumento no número de pacientes que solicitam orações a seus médicos (PESSINI, 2007). É importante ressaltar-se que até a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças, sinalizando uma mudança de filosofia no cuidado à saúde, incentivando práticas alternativas, e também enfatizando a prevenção e a promoção da saúde (MARQUES, 2003), já que o indivíduo doente não deve ser visto, apenas, como um conjunto de órgãos em mau funcionamento e sim como uma pessoa em sua totalidade, onde a enfermidade afeta a relação do doente consigo, a sociedade, sua história de vida e o transcendente (JOHNSON, 2001).

Diante dessa nova concepção, em 1984, a dimensão espiritual tornou-se parte das estratégias dos Estados-Membros da OMS para a saúde, graças à resolução OMS 37.13. Esta culminou com um convite aos Estados-Membros para considerarem a inclusão da dimensão espiritual nas estratégias de “*Health for All*” (“Saúde para Todos”). Em 1998, o Conselho Executivo da OMS recomendou a revisão da Constituição da OMS, a fim de incluir a dimensão espiritual na definição de saúde. A proposta não foi aprovada ainda, mas a discussão está em andamento (BOERO *et al.*, 2005).

Religião e medicina já foram ligadas, mas se separaram quando os avanços científicos aumentaram, consideravelmente, em efetividade (ASTROW; PUCHALSKI; SULMASY,

2001). A visão médica dominante sofre influência reducionista, atomística e mecânica na abordagem de fenômenos naturais, reduzindo a complexidade da vida a um mero feito material ou biológico. Saúde e doença são concebidas e explicadas do ponto de vista biológico sem, necessariamente, referir-se a alguma dimensão social, cultural, política ou espiritual (CHUENGSA TIANSUP, 2003), em que os médicos passaram de agentes curadores de seus pacientes para técnicos cirúrgicos e farmacológicos (BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002). Mas talvez por perceberem que algo está faltando à medicina, o aspecto espiritual do cuidar volta a ser um tópico de crescente interesse no campo da saúde (ASTROW; PUCHALSKI; SULMASY, 2001).

Se a medicina e religião se vêem como inimigos, isso é apenas por causa da má interpretação mútua de suas funções compartilhadas. As duas postulam axiomas ou princípios sobre a vida humana, refletem estes postulados nos valores que pautam suas ações, prescrevem e proíbem os limites aceitáveis para lidar com seres humanos, estabelecem instituições e funções que incorporem essas ações moralmente instituídas, aliviam os desconfortos e desafios da existência humana e, ao fazê-lo, gerenciam domínios específicos da vida do homem. Idealmente, estas duas instituições devem ser aliadas. Cada uma serve para apoiar e reforçar o trabalho da outra em busca da saúde física, do bem-estar psicológico e do bem-estar comum. Juntas, elas podem criar uma sinergia que poderia ser uma força poderosa, especialmente para a saúde e plenitude da coletividade (LEVIN, 2009).

Mesmo com o rompimento, a religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Esses construtos têm recebido atenção como fatores psicossociais que podem influenciar a saúde (CHEN, KOENIG, 2006), através do estado de transcendência ligado ao desenvolvimento espiritual, que busca compreender os movimentos para além da esfera pessoal e são muito importantes nas situações de crise da vida, como por exemplo, ajudar a compreender porque houve o adoecimento, ou ajudar a compreender o significado do sofrimento, das perdas, separações ou aproximação da morte (KOVÁCS, 2007).

A história da medicina mostra, através de muitas tradições culturais, que a relação entre espiritualidade e saúde vem de tempos antigos: das primeiras dinastias da China aos impérios dos aborígenes nas Américas. Os homens sagrados das antigas sociedades ministravam não só a cura para o espírito, mas também para as doenças físicas. Nas civilizações do oeste americano, os primeiros hospitais foram construídos, administrados e mantidos por ordens religiosas de várias denominações. O fato de as ciências médicas terem sido, originariamente, atreladas ao sistema religioso traz de volta, ao momento atual, o

interesse em discutir tanto a separação quanto a união entre igreja e medicina e o de questionar-se a volta desse interesse (MOJARRAD, 2004).

Uma publicação de William James, em 1902, em uma série clássica de palestras de Edimburgo, *The Varieties of Religious Experience*, onde a primeira delas trazia o título de “*Religion and Neurology*” (Religião e Neurologia), trouxe o tema à tona novamente. James deixou claro que a abordagem da religião deveria ser não só na concepção formal, sobretudo percebida pelos sentidos, ações e experiências individuais, pelo que cada um considerasse divino. James discorreu ainda sobre o direcionamento pertinente sobre teorias psicofísicas conectadas a valores espirituais e que determinavam mudanças psicológicas (JAMES, 1902 *apud* SEEMAN; DUBIN; SEEMAN, 2003).

Ainda nessa primeira década do século passado, em 1910, Sir Willian Osler, professor de medicina da *Oxford University*, publicou um artigo clássico, no *British Medical Journal* (Revista Médica Britânica), intitulado “*The Faith that Heals*” (A Fé que Cura), exaltando as muitas virtudes da fé, especialmente, em relação a um suposto papel salutar na saúde, na cura e na medicina. Sessenta e cinco anos depois, Dr. Jerome D. Frank, proeminente psiquiatra do Hospital Johns Hopkins, revisitou o tema em um seminário também denominado “*The Faith that Heals*” (A Fé que Cura), concordando com Osler, quando afirmou ser a fé ser um marcador de relevância para a mente humana, no que diz respeito à medicina e aos cuidados em saúde (LEVIN, 2009).

Importantes pensadores, da mesma época, também tinham suas visões da relação entre saúde, religião e humanidade. Durkheim (1915) acreditava que a religião exercia um efeito positivo na saúde e Weber (1963) pensava na sua importância para a integração individual.

Marx a via como um ópio para a massa proletária (MARX; ENGELS, 1964), enquanto Freud considerava-a como um comportamento de enfrentamento, na melhor das hipóteses, e uma neurose obsessiva da humanidade, na pior (MANSFIELD; MITCHELL; KING, 2002).

A partir da década de 90, os estudos sobre essa ligação adquiriram uma crescente maturidade. A quantidade e a qualidade metodológica de pesquisas que relacionavam a espiritualidade à saúde aumentaram e hipóteses começaram a ser investigadas com maior controle (MILLER; THORESEN, 2003).

Dois fatores podem explicar, largamente, o aumento do interesse pela espiritualidade na saúde. Primeiro, há uma amadurecimento em relação aos limites na medicina científica. Nossa duração é finita e o sofrimento originado da doença é um triste e persistente fato. A medicina científica é uma poderosa ferramenta para mitigar o sofrimento, mas muitas experiências de pacientes demonstram uma ênfase somente em aparelhos e frias estatísticas. A

segunda razão, paradoxalmente, vem da própria medicina: muitos investigadores têm conduzido estudos-controle sobre o impacto da prática religiosa nos resultados da saúde e os dados sugerem uma correlação positiva entre esses fatores (ASTROW; PUCHALSKI; SULMASY, 2001).

A espiritualidade pode surgir na doença como um recurso interno que favorece a sua aceitação, o empenho no restabelecimento, a aceitação de sentimentos dolorosos, o contato e o aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até a influência na própria reabilitação. Isso nos remete à sua essência básica como um fator de saúde e realça sua importância nos processos de prevenção de doenças, manutenção da saúde ou de reabilitação e cura (MARQUES, 2003).

Pode-se relacionar a espiritualidade com uma melhor saúde mental, um ótimo bem-estar e uma alta qualidade de vida, justificando a sua abordagem, por profissionais da saúde, em pacientes, especialmente, aqueles com doenças graves ou crônicas (KOENIG, 2004a). Além de ser o segundo método mais usado no manejo da dor, depois de medicações orais, segundo pesquisa realizada pela *American Pain Society* e citado por Koenig, no livro *The healing Power of faith* (O poder curativo da fé), em 2001 (KOVÁCS, 2007). A perspectiva espiritual ainda inclui conteúdos existenciais que, por sua vez, têm profundas implicações no bem-estar psicológico (MARQUES, 2003).

Por um lado, pessoas possuidoras de experiências espirituais cotidianas apresentaram níveis elevados de humor positivo e apoio social (RIPPENTROP, 2005), e as que têm fé tendem a diminuir atividades extraconjugais, delinquência e crime (KOENIG, 2001 *apud* PANZINI; BANDEIRA, 2005). Por outro, a diminuição da religiosidade pode afetar o estado de saúde do indivíduo. Nesse enfoque, nota-se que um agravamento na severidade das doenças está associado à diminuição tanto na religiosidade privada quanto na organizacional (CHEN; KOENIG, 2006) ou na crença da punição ou abandono de Deus (PESSINI, 2007).

Quando o sofrimento espiritual for o problema que mais demanda suporte para o paciente incapacitado e, este não for identificado, frequentemente, será o culpado em um plano terapêutico malsucedido (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Uma vez que o paciente quer ser tratado como uma pessoa completa – física, emocional e espiritualmente - e não como alguém que está com uma doença tão somente. Ignorar um desses aspectos leva-o a sentir-se incompleto e pode até interferir na sua cura (KOENIG, 2000).

Um número crescente de pesquisas sugere que se fatores emocionais e sociais influenciam a fisiologia humana em relação às funções imune, endócrina e cardiovascular, as crenças espirituais ou religiosas podem, igualmente, proporcionar plausíveis mecanismos que

influenciem a saúde física. A elucidação vem do aumento das emoções positivas como bem-estar, esperança, senso de propósito e significado de vida, crenças e suas práticas, enfrentamento do estresse, suporte social e comportamentos saudáveis, que podem ajudar a neutralizar a resposta ao estresse negativo e influenciar a resposta do corpo diante de uma doença (KOENIG, 2004a).

A perspectiva positiva frente à vida, que a espiritualidade oferece, funciona como um pára-choque contra o estresse - diante de situações perturbadoras e eventos traumáticos, a pessoa com bem-estar espiritual proveria significados para essas experiências e as redirecionaria para rumos positivos e produtivos (MARQUES, 2003).

E ao usarem a religião para lidar ou enfrentar esses estresses, ocorreria o *coping* religioso – entendido como um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais utilizadas com o objetivo de manejar situações estressantes (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Pois nos momentos de grande dor e sofrimento pode haver uma busca maior pela transcendência, pelo que extrapola a vida terrena, o cotidiano e a materialidade. É esse contato com a transcendência que pode ajudar no enfrentamento de tais situações (GENARO, 2003 *apud* KOVÁCS, 2007).

Os profissionais da saúde já contam com indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de doenças. Não se trata mais de caridade ou medicina complementar, trata-se agora de ciência e tratamento médico (KOENIG, 2000).

Por essas razões pesquisas na área da saúde, cada vez mais, integram a necessidade da vivência da espiritualidade e dos fatores religiosos, uma vez que os mesmos são tão importantes quanto os outros fatores que compõem o bem-estar do indivíduo. Este trabalho então procura fazer um levantamento do que está acontecendo na contemporaneidade nesta relação entre ciência, crença e saúde, através de uma pesquisa bibliográfica nos principais periódicos de saúde do Portal de Periódicos CAPES, na primeira década desse milênio.

Gerando os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Apresentar de forma concisa as evidências mais recentes disponíveis sobre a relação entre espiritualidade e saúde, através de levantamento em publicações de caráter científico.

Objetivos Específicos

- Ponderar sobre o reconhecimento, pela medicinal atual, da dimensão espiritual na saúde do indivíduo;
- Analisar o papel do *copping* religioso no curso das doenças;
- Avaliar a relação dos profissionais de saúde e dos pacientes com a espiritualidade em suas vidas e no curso das doenças;
- Correlacionar espiritualidade e saúde, focando nos portadores de doenças mentais, doenças cardiovasculares (DCV), câncer e AIDS.

Para alcançar tais objetivos no primeiro capítulo são mostrados conceitos a cerca da espiritualidade e da religiosidade - visto que muitas vezes elas se confundem - sua relação com a saúde e a doença, a maneira pela qual o paciente lida com a sua enfermidade (*coping*), o papel desempenhado pelos profissionais de saúde diante do tema e a relação com a sua própria espiritualidade e a do paciente.

O capítulo seguinte traz estudos e levantamentos realizados relacionando a espiritualidade com as doenças de maior prevalência da atualidade, quer sejam: doenças mentais (destaque dado à depressão), DCV, câncer e AIDS.

Posteriormente foram apresentadas as discussões realizadas pelos autores dos estudos pesquisados e, por fim, as considerações finais do trabalho de pesquisa.

Aspectos Metodológicos

Realizar uma revisão descritiva juntamente com uma análise temática, a partir da coleta bibliográfica de artigos selecionados no banco de dados do Portal Periódicos CAPES, na Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba, utilizando os editores BIOMED Central, OVID, *Science Direct* e Scielo, na categoria *full text*, no período compreendido entre

2000 e 2009, utilizando o cruzamento dos seguintes unitermos para a pesquisa: “spirituality” e “health”; espiritualidade e saúde.

O universo totalizou 121 artigos, sendo que destes foram selecionados 95 que relacionavam a espiritualidade e a saúde de forma genérica e aqueles que associavam a espiritualidade às enfermidades de maior relevância na atualidade, quais sejam: doenças mentais, DCV, câncer e AIDS.

Esses grandes temas foram divididos em sete tópicos, a saber:

- Considerações gerais – abordando a espiritualidade e a saúde no seu contexto histórico e cultural;
- *Coping* religioso – sendo este a maneira pela qual as pessoas utilizam a espiritualidade no enfrentamento da doença;
- A relação entre os profissionais de saúde, seus pacientes e a espiritualidade;
- Espiritualidade e saúde mental;
- Espiritualidade e doenças cardiovasculares;
- Espiritualidade e AIDS;
- Espiritualidade e câncer.

Em cada tópico analisado, os artigos que traziam estudos com pacientes ou grandes levantamentos epidemiológicos foram descritos, resumidamente, em seus aspectos metodológicos, resultados e discussão, compondo, na maioria das vezes, parágrafos, propositadamente, extensos para facilitar o entendimento de cada estudo como um todo.

As tabelas 1 e 2 apresentam um panorama do levantamento realizado:

Tabela 1: distribuição numérica dos artigos levantados por ano.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Nº artigos amostra	2	8	7	10	10	7	10	19	9	13	95
Nº artigos universo	2	8	7	13	16	12	15	21	11	16	121

Tabela 2: distribuição numérica dos artigos somente pelos temas específicos.

	Médico-paciente	D. Mentais	DCV	AIDS	Câncer
Nº artigos	11	21	10	7	6

CAPÍTULO 1: ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE – DE UM NOVO CAMPO DE PESQUISA À RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS PACIENTES

1.1 Considerações Gerais

O homem se caracteriza por ser o animal que reflete, busca explicar suas origens e fins, tem consciência da morte e anseia encontrar o sentido da vida. É dessa maneira, um ser que tem a espiritualidade como dimensão correspondente à abertura da consciência ao significado e à totalidade da vida, possibilitando uma recapitulação qualitativa de seu processo vital (MONTEIRO, 2007), tendo a fé como uma característica regular da sua constituição mental e emocional, bem como uma fonte de força positiva para a vida (LEVIN, 2009).

Tem havido um grande número de sugestões, desde o Iluminismo, sobre o porquê das pessoas possuírem crenças espirituais ou relatá-las. Uma das alusões mais duradouras é que crenças espirituais e religiosas persistem por promoverem a coesão social e reduzirem o medo da morte (KING; KOENIG, 2009).

A espiritualidade pode ser vista como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, transmite vitalidade e significado a eventos da vida, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Uma qualidade que busca inspiração, reverência, temor, significado e propósito, até para aqueles que acreditam em algo que não seja um deus (JOHNSON, 2001).

A dimensão espiritual tenta estar em harmonia com o universo, esforça-se por respostas sobre o infinito e procura entrar em foco quando o indivíduo enfrenta o estresse emocional, a doença física ou a morte (JOHNSON, 2001). Essa espiritualidade pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida. Pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis e têm estilos de vida mais salutar. Existe uma associação entre espiritualidade e saúde que provavelmente é válida e, possivelmente, causal (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Convém, porém, definir nesse cenário que a religiosidade e a espiritualidade não são claramente descritas como sinônimos, embora sejam intimamente relacionadas. Ambas lidam com o divino e podem envolver práticas destinadas a aumentar o sentimento de

conexão com um poder maior, mas também possuem importantes diferenças (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001), tanto que, quando perguntado a pacientes através de um questionário denominado SpREUK (sigla alemã para Atitudes Espirituais e Religiosas para Lidar com a Doença), como denominavam a si mesmos: religiosos ou espiritualizados? 32% consideraram-se religiosos e espiritualizados, 35% religiosos, mas não espiritualizados, 23% não se definiam como nenhum dos dois e 10% afirmaram que eram espiritualizados mas não possuíam religião. A atitude espiritual ligava-se à busca por apoio significativo e uma interpretação positiva da doença, enquanto a atitude religiosa tinha relação com a confiança na orientação externa (BÜSSING; OSTERMANN; MATTHIESSEN, 2005).

A religiosidade envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo, sendo mais pública e formal (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001), podendo ainda ser considerada como um dos caminhos para uma vida espiritualizada. Muitas pessoas acham escopo nas crenças religiosas para poderem entender o sofrimento, o significado e o propósito da vida, bem como para ajudá-las a ter garra para lutar contra as incertezas da existência. A relevância da religião está inserida até na palavra *religion* (religião). O “*lig*” dessa palavra tem derivação na mesma raiz latina que significa conectar, amarrar ou ligar. E parte do que as religiões fazem é mostrar como as pessoas estão ligadas à família, à comunidade, ao ambiente e aos elementos transcendentais das experiências de cada um; fornecendo, ainda, um conjunto de conceitos e valores que dizem como os indivíduos são e como devem se esforçar para serem; e também ajudam a compreender os elementos morais da vida (PUCHALSKI; DORFF; HENDI, 2004).

Já a espiritualidade relaciona-se com uma busca do sagrado, questões sobre significado e propósito da vida e com a crença em aspectos espiritualistas para justificar a existência e seu significado, estando mais relacionada a um aspecto intimista e independente de qualquer instituição formal e envolve emoções positivas como esperança, fé e amor (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; BOURDREAUX; O’HEA; CHASUK, 2002; POWELL; SHAHABI; THORESEN, 2003; GREENFIELD; VAILLANT; MARKS, 2009). Deliberar e definir espiritualidade são tarefas complexas, pois não envolve uma experiência espiritual específica nem uma qualidade espiritual única ou própria, cuja subjetividade, também, está relacionada à vivência interior. Todas essas características de uma vida espiritual tornam quase impossíveis, dogmaticamente, de chegar-se a um significado abrangente do que vem a ser a saúde espiritual e, talvez defini-la, acabe por roubar a característica mística essencial que a faz ser o que é (CHUENG SATIANSUP, 2003).

Além disso, o significado de espiritualidade tem sofrido alterações ao longo das décadas. Koenig (2008), citando Smith e Denton (2005) informa que a idéia e a linguagem da espiritualidade, originalmente, fundadas nas práticas de autodisciplina dos crentes religiosos, incluindo os ascetas e monges, desprendem-se de suas amarras históricas em tradições religiosas para redefinirem-se em termos de auto-realização subjetiva. Sua versão histórico-tradicional é representada por um conjunto de pessoas profundamente religiosas, que dedicaram suas existências ao serviço da religião, cujas vidas exemplificavam os ensinamentos das tradições da fé. Já o termo religião tem tido uma relativa estabilidade ao longo dos anos e é definido por psicólogos e sociólogos da religião como um construto distinto com múltiplas dimensões, que podem ser mensuradas e diferenciadas uma das outras (HILL; HOOD, 1999 *apud* KOENIG, 2008). Nessa variante, uma pessoa espiritualizada pode ser identificada de acordo com seu envolvimento religioso e, então, comparada com pessoas menos religiosas ou seculares, com relação à saúde física e mental (KOENIG, 2008).

Todavia a visão moderna traz o termo espiritualidade ampliado, podendo ser aplicado a pessoas de diversas formações religiosas ou não pertencentes a alguma religião, criando uma nova categoria de indivíduos espiritualizados, mas não religiosos. Esse novo olhar para a espiritualidade trouxe consigo certa dose de nebulosidade, a medida que dificultou o entendimento de quem é religioso e espiritual, espiritual e não-religioso ou vice-versa, ou nenhum desses casos citados (KOENIG, 2008). Embora exista tal subjetividade na definição, religiosidade/espiritualidade é parte integrante do sistema sociocultural, bem como, frequentemente, motiva os seres humanos a crerem em forças sobrenaturais, para os quais são tidas como realidade (CARTER, 2002).

Pode-se afirmar que, definitivamente, a religiosidade/espiritualidade entrou no rol de pesquisas sobre fatores psicossociais na saúde, embora a saúde seja vista, ainda, predominantemente, como um modelo biomédico com raízes reducionistas (no qual o reducionismo diz respeito à diminuição da complexidade da vida a mero fenômeno biológico) e materialistas que rejeita qualquer modelo que não possa ser objetivamente mensurado, como, por exemplo, as dimensões sociais e espirituais da saúde (CHUENGSAITANSUP, 2003). Há que se considerarem as limitações éticas, de método e a dificuldade de mensurar e quantificar o impacto das experiências religiosas e espirituais pelos procedimentos científicos tradicionais (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

A tendência médica dominante de conceber e explicar saúde e doença, exclusivamente, como processos biológicos, sem referir-se a qualquer dimensão social, cultural, política ou espiritual, não ocorre por total ignorância da classe médico-cientista e,

sim devido aos caminhos ditados pelo paradigma vigente, o qual conduz a forma como investigações e explicações científicas são concebidas (CHUENGSAIANSUP, 2003), ou seja, o que deveria ser inteiro foi separado (BRODY, 1994 apud PUCHALSKI, 2004), ficando evidente que o “corpo” pede um pouco mais de “alma” e “espiritualidade”, por causa da expurgação sofrida nas crenças, mitos e religiões feita pela ciência, em que a medicina também perdeu sua alma e as medicações interferem apenas nos mecanismos da doença, mas não atingem a sua origem (MONTEIRO, 2007).

A saúde e a doença são processos mental e físico, uma unidade dinâmica psicossomática, pois o corpo só por si é um cadáver; apenas, sendo vivo se expressado por um padrão de inteligência e de informação. Portanto é a pessoa como um todo que adoece (MONTEIRO, 2007). Daí a necessidade de uma visão holística da natureza para explicar a multidimensionalidade da vida e da saúde e a necessidade de buscar na tradição de outros conhecimentos, além da medicina em si, a compreensão da vida plenamente (CHUENGSAIANSUP, 2003).

Segundo Puchalski, Dorff e Hendi (2004), a importância de reconhecer o lado religioso/espiritual da vida reside nos seguintes fatos: pessoas tendem a basear as decisões, sobre questões específicas relativas à moral e que são relevantes para saúde, de acordo com suas opiniões religiosas; as religiões fornecem um poderoso antídoto para o individualismo exacerbado pelo estilo de vida americano, por promover o relacionamento com outras pessoas e com Deus e, também, por municiar os crentes com conceitos, valores e rituais, que funcionam como um poderoso mecanismo de enfrentamento das adversidades.

Estudos recentes parecem oferecer novos caminhos de investigação, em que o paradigma holístico e a ciência da complexidade argumentam que em um sistema complexo, seja ele um organismo vivo ou um sistema social ou ecológico, o todo é mais do que, simplesmente, a soma das suas partes (CHUENGSAIANSUP, 2003). Novos modelos de cuidado têm enfatizado os aspectos psicológicos e sociais da doença em adição às desordens biomédicas. Em que pesem, conjuntamente, as questões biomédicas, psicológicas e sociais são importantes para uma gama de eventos, desde uma dor crônica e paralisia cerebral a angina pectoris, síndrome inflamatória de Bowel, transtorno do pânico e depressão, além de distúrbios entre pacientes de cuidados primários. Essa proposta que inclui a espiritualidade no modelo biopsicossocial é compatível com a definição holística que lida com os problemas de saúde em suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial, além de uma associação direta entre espiritualidade e parâmetros clínicos, em que a espiritualidade pode atuar sinergicamente com fatores biopsicossociais afetando a saúde (KATERNDAHL, 2008).

Fato corroborado na avaliação feita pelo autor citado, nos efeitos independentes da espiritualidade e suas interações com os sintomas biopsicossociais na utilização dos serviços de saúde e na satisfação com a vida de 353 pacientes de cuidados primários, recrutados em duas clínicas em *San Antonio* (Santo Antônio), no Texas, onde os resultados sugeriram que deveria haver uma expansão para incluir a dimensão espiritual no campo biopsicossocial em vista da correlação positiva da mesma com o bem-estar dos entrevistados.

Práticas médicas e programas de saúde confirmam os postulados teóricos: experiências de vida de pessoas soropositivas e sobreviventes de câncer, por exemplo, indicam que a saúde espiritual é um aspecto de destaque numa existência saudável devido à reconciliação com a vida, proporcionada pelo novo significado que puderam dar as suas histórias, através de uma vida ativa e cheia de propósitos devido à transformação espiritual. Neste caso, o porquê da existência constitui a dimensão espiritual (CHUENGSAITANSUP, 2003).

Em vista disso, a influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado um potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia e eventual redução de óbito ou impacto de diversos males. As evidências têm-se direcionado de forma mais robusta e consistente para o cenário de prevenção; estudos independentes, em sua maioria, de grande número de voluntários e representativos da população, determinaram que a prática regular de atividades religiosas tem reduzido o risco de óbito em cerca de 30% e, após ajustes para fatores de confusão, em até 25% (GUIMARÃES, AVEZUM, 2007).

A relação da espiritualidade com a saúde física também foi investigada em uma amostra de 225 estudos, feita por Koenig (2000), em que na maioria deles ele verificou resultados benéficos do envolvimento religioso em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, função imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade. Cientistas também começaram a estudar os componentes individuais da experiência religiosa, comparando crentes e não-crentes. Escaneando o cérebro eles descobriram que a meditação pode mudar a atividade cerebral e fortalecer a resposta imunológica. Assim como, outros estudos mostraram que a meditação pode diminuir a frequência cardíaca e a pressão sanguínea reduzindo, conseqüentemente, o estresse corporal (PESSINI, 2007)

A rotina médica corrobora essa ligação encontrada nas pesquisas, visto que os cuidadores já afirmam que a vida é bem mais do que apenas um processo biológico (KOENIG, 2004b) e muitos profissionais de reabilitação já reconhecem que a espiritualidade

desempenha um importante papel em muitos, senão todos, os aspectos da vida (KIM *et al.*, 2000). Em um levantamento com 476 médicos, 85% deles afirmaram ser importante a consciência do profissional em relação às crenças religiosas e espirituais dos pacientes, assim como 594 familiares de médicos, em outro estudo, concordavam que os mesmos deveriam levar em conta as necessidades espirituais de seus pacientes (KOENIG, 2004b), e aceitarem toda manifestação religiosa dos mesmos, independentemente das próprias crenças e valores (MONTEIRO, 2007).

É indicado aos médicos avaliarem a história espiritual do paciente usando dois minutos adicionais da consulta para entender suas crenças religiosas e o papel destas na sua saúde e na forma como lidam com a doença: comportamentos e estilos de vida ligados à saúde, ou seja, o desencorajamento do uso de álcool e fumo, que diminuem o risco de doenças; o suporte social, isto é, o campo relacional, de apoio e pertencimento, promovendo a diminuição do estresse e a mobilização de recursos de enfrentamento; a satisfação da necessidade fundamental de percepção de que a vida significa alguma coisa e a esperança de que no fim, tudo estará bem. Efetuando-se uma verdadeira epidemiologia da religião e lembrando ainda que esta pode ser uma intervenção poderosa por si só, com potencial para melhorar o impacto terapêutico nos procedimentos médicos (KOENIG, 2002 *apud* PANZINI, BANDEIRA, 2007; MONTEIRO, 2007).

Nesse contexto médico, Koenig (2000), citando a sugestão proposta por uma comissão de jurados do American College of Physicians, sugeriu quatro áreas básicas que devem ser avaliadas:

- O paciente usa a religião ou espiritualidade para ajudá-lo no enfrentamento da doença ou é uma fonte de estresse;
- O paciente é membro de alguma comunidade de suporte espiritual;
- O paciente tem algum problema ou preocupação espiritual;
- O paciente tem alguma crença espiritual que pode influenciar no tratamento médico.

E além da coleta dessas informações, é importante discutir com o paciente o assunto, informando-o da sua importância e que o tema será considerado quando da tomada de decisões médicas (KOENIG, 2000).

O propósito da obtenção da história espiritual do paciente é aprender sobre como ele lida com sua doença, os tipos de sistemas de suporte disponíveis em sua comunidade e quão forte é a sua crença para poder influenciar no tratamento. É útil saber se a crença dele pode influenciar na sua decisão sobre o tratamento médico, pois algumas comunidades espirituais podem ou não dar suporte espiritual (KOENIG, 2004b).

Existem evidências indiretas que corroboram esse raciocínio. Primeiro, a prática religiosa é a maneira mais comum do paciente lidar com as doenças e prediz sucesso no seu enfrentamento e remissão mais rápida da depressão. Segundo, as crenças religiosas têm grande influência sobre as decisões tomadas por pacientes que apresentam doenças graves e terceiro, a comunidade religiosa é a primeira fonte de suporte buscada por muitos pacientes. Esse suporte social tem sido associado com melhor adesão e resultado do tratamento (KOENIG, 2004b).

A idéia de a fé possuir propriedades salutares é tão antiga quanto a medicina em si, uma vez que traz redução do senso de fatalismo ou desamparo em face da imprevisibilidade do ambiente, promoção do sentimento de otimismo, percepção de que os acontecimentos vão acabar bem e, por fim, senso de imortalidade e confiança em Deus e no seu poder são considerados fatores decisivos para a cura (LEVIN, 2009).

Pesquisas em larga-escala, feitas nos Estados Unidos (EUA), sugerem que os americanos consideram as crenças espirituais como importante aspecto de sua saúde geral e que podem facilitar a recuperação e o enfrentamento das enfermidades (BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002). No campo da reabilitação e deficiência física, a espiritualidade também cumpre um importante papel, havendo uma correlação positiva entre melhores resultados psicológicos e funcionais e um aumentado senso de espiritualidade, de qualidade e satisfação com a vida (KIM *et al.*, 2000). Isso deve ser levado em consideração pelo médico comprometido com a melhora de seu paciente. Ainda assim, religiosidade e espiritualidade podem estar sendo fontes subutilizadas no processo reabilitacional e no andamento da vida de pessoas com deficiências (SAAD; MASIERO, BATTISTELLA, 2001).

Idler e colaboradores, em 2003, apresentaram um estudo, com oito anos de duração, realizado por Hummer e colaboradores (1999), mostrando que a regularidade na participação de serviços religiosos está associada com o aumento de oito anos na expectativa de vida, quando comparado com quem nunca os freqüentou. Outro levantamento sobre mortalidade, datado de 2002, trazido pelos mesmos autores, comparando mórmons e não-mórmons, exhibe uma diminuição de três a sete vezes do número de suicídios entre os mórmons. Relatam, ainda, uma pesquisa feita com 87 idosos internados e diagnosticados com

depressão clínica, em que houve uma significativa diminuição no tempo de remissão da doença entre os fervorosamente religiosos, quando comparados com pacientes que apresentavam um grau bem inferior de religiosidade (IDLER *et al.*, 2003).

Relatos apontam uma maior capacidade de seguir em frente com suas vidas quando pessoas enfermas encontram um novo sentido e essa transformação espiritual pode ser determinante para um novo começo, cheio de propósitos e significado de vida. Experiências de pacientes soropositivos ou com câncer, indicam que a saúde espiritual é uma importante dimensão de uma existência saudável (CHUENG SATIANSUP, 2003), além disso, religião/espiritualidade protege contra doenças cardiovasculares, através do fomento de estilos de vida saudáveis. E a religiosidade profunda é ainda associada com melhor saúde física, enquanto os doentes crêem que a religião/espiritualidade diminui a progressão do câncer e melhora a recuperação de doenças agudas (POWELL; SHAHABI; THORESEN, 2003).

Um estudo aleatório, realizado por telefone e conduzido por Mansfield, Mitchell e King, em 2002, descreveu importantes práticas espirituais e crenças relacionadas aos cuidados médicos entre 1052 domicílios do leste da Carolina do Norte, nos EUA. Dessa amostra, somente 4% afirmaram não serem religiosos ou não terem certeza disso, enquanto 93,1% disseram rezar pedindo orientação, ajuda ou cura para si ou para os outros. A crença na intervenção divina é forte: 87% expressaram confiança em milagres e a vontade divina é vista como potente fator de recuperação de uma enfermidade – dois quintos (40,4%) afirmam que Deus por Si só é o componente mais importante na melhora. Em contraste, 80% acham que Deus age através dos médicos na dissipação da doença. E mesmo a discussão sobre temas espirituais com esses profissionais não sendo uma prática comum, 69% dos entrevistados disseram que gostariam de conversar com alguém sobre suas preocupações espirituais se estivessem seriamente doentes. Com relação à raça, os afro-americanos se mostraram mais religiosos e crentes em milagres do que os brancos e também quase duas vezes mais confiantes de que Deus pode agir através dos médicos para operar a cura. Quanto ao gênero, as mulheres superaram os homens na fé espiritual da cura e se mostraram duas vezes mais susceptíveis à conversa sobre questões espirituais com médicos, enquanto a baixa escolaridade e renda foram associadas a uma maior crença religiosa na melhora. Diante dos dados encontrados, os autores consideram que a espiritualidade deveria ser incluída no modelo biopsicossocial, primeiro, porque muitos acreditam que Deus age através dos médicos e segundo devido à crença de que Deus é mais importante que as habilidades médicas e, finalmente, devido ao desejo dos pacientes de discutirem sobre o assunto quando estiverem seriamente enfermos.

Devido ao crescente interesse sobre o assunto, o *U.S. National Institutes of Health* (NIH) (Instituto Nacional de Saúde dos EUA) criou uma comissão específica para avaliar o estado das pesquisas em torno do tema, a fim de encontrar um sentido frente à excessiva produção de dados e trabalhos sobre a questão. Muitos trabalhos são irrelevantes, segundo Llynda H. Powell, pesquisadora de epidemiologia que revisou mais de 150 trabalhos na área de pesquisa em espiritualidade, embora um dado tenha lhe chamado a atenção: pessoas que freqüentam a Igreja têm 25% de redução em mortalidade, significando que estas vivem mais do que as que não freqüentam os templos (PESSINI, 2007).

Essa apreensão com a qualidade das pesquisas também foi tema de preocupação para Koenig (2008), uma referência no assunto. Segundo ele, os instrumentos usados para mensurar a espiritualidade, atualmente, avaliam-na em termos de crenças e práticas religiosas, de boa saúde mental e de valores humanos. De acordo com tal abordagem, a definição da espiritualidade giraria em torno do significado e propósito de vida, conectividade social, tranqüilidade, harmonia, bem-estar, contentamento e conforto. Gratidão, capacidade de perdoar, autodisciplina e outros valores humanos positivos, do mesmo modo, seriam aceitos como indicadores de espiritualidade. Contudo, pessoas com a saúde mental comprometida (depressivos, ansiosos, angustiados, perturbados) apresentariam emoções psicológicas positivas com menos frequência do que os mentalmente sãos. O significado da espiritualidade, dessa forma, asseguraria que o ser “espiritual” seria, apenas, aquele mentalmente sadio, enquanto quem tivesse problemas mentais não seria considerado espiritualizado, segundo esse parâmetro. Em resumo, esses traços positivos deveriam fazer parte do resultado de ser espiritual, e não da sua definição em si.

Koenig, em 2004, publicou um levantamento de pesquisas relacionando saúde mental com emoções positivas e relações sociais, mostrando que de 114 trabalhos avaliados quantitativamente, 80% traziam conexão positiva entre variáveis religiosas, bem-estar, esperança e otimismo. De 16 estudos em que examinaram a associação entre propósito e significado da vida, 15 informaram que a pessoa religiosa tem essa associação mais intensa. Houve destaque também para a relação positiva entre religiosidade e melhora nas funções dos sistemas imune e endócrino, diminuição da pressão arterial e de doenças cardiovasculares, maior frequência de comportamentos saudáveis, como menor número de fumantes e maior número de praticantes de exercícios entre as pessoas mais religiosas, menor taxa de colesterol, melhor padrão de sono e menor taxa de mortalidade (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001 *apud* KOENIG, 2004a).

Outros mecanismos têm, ainda, sido propostos para explicar a influência da religião na saúde humana. Muitas religiões prescrevem ou proíbem comportamentos que possam ter impacto na saúde, como manter o dia do descanso, considerar o corpo sagrado, ser monogâmico, comer e beber com moderação e ter relações pacíficas; as crenças religiosas podem prover suporte através da melhora na aceitação ou da resiliência e as práticas religiosas, públicas ou privadas podem ainda auxiliar a manter a saúde mental, a lidar com a ansiedade, medos, frustrações e raiva (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Além dos ensinamentos religiosos promoverem um estilo de vida saudável para vários fatores de risco como o álcool, promiscuidade sexual e fumo, os grupos religiosos também representam suporte e integração social para muitos de seus membros. Os grupos religiosos são um dos maiores tipos de laços sociais disponíveis às pessoas, além dos laços familiares, de amizade e de outros grupos comunitários. O apoio oferecido pelos grupos religiosos pode-se estender por uma gama de opções, desde o apoio emocional, encorajamento e simpatia, propriamente ditos, até o material e o financeiro, oferecendo todo tipo de suporte para situações estressantes (IDLER, 2003).

Finalmente, as variáveis psicológicas positivas associadas ao otimismo, bem-estar subjetivo, resiliência, esperança, espiritualidade/religiosidade, também, podem fazer parte desse rol de elucidações. Estudos mostram que em torno de 50 a 70% de problemas de cuidados primários em saúde têm o estresse como maior fator desencadeador, e a medicação é vista, apenas, como paliativo para problemas de cunho interior (PESSINI, 2007).

1.2 *Coping* (enfrentamento) Religioso

Coping pode significar lidar, manejar, adaptar-se ou enfrentar algo. Trata-se de um processo de interação entre o ser e o ambiente, com a função de reduzir ou suportar uma situação estressante que exceda os recursos do indivíduo. Quando as pessoas utilizam sua fé em tais situações de angústia e dificuldade esse recurso passa a ser dito *coping* religioso e espiritual (CRE) (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

A exposição freqüente, intensa ou crônica ao estresse está associada a numerosos efeitos adversos na saúde física e mental. O que diferencia as pessoas é a maneira como manejam o estresse, processo conceituado como *coping* (PANZINI; BANDEIRA, 2005). Esta capacidade para fazer os enfrentamentos, resistir diante do sofrimento, enfim ter forças para superar as adversidades da vida, pode também ser denominada resiliência. Termo originário

das ciências físicas que significa a capacidade de alguns materiais de resistir em pressão e aos choques (MONTEIRO, 2007).

O *coping* é concebido como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de manejar situações estressantes (PANZINI; BANDEIRA, 2007), sendo um processo de interação entre esse indivíduo e o ambiente, no qual sua função é administrar (reduzir, ou minimizar ou tolerar) a situação estressora (FOLKMAN; LAZARUS, 1980 *apud* PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Assim, quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse e as conseqüências negativas dos problemas de vida, acontece o *coping* religioso-espiritual (CRE) (PARGAMENT, 1997 *apud* PANZINI; BANDEIRA, 2005). Os objetivos do CRE são a busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação de vida - os cinco objetivos-chave da religião - e, ainda, a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional e de crescimento e conhecimento espiritual (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

O envolvimento religioso parece ter um efeito protetor para o bem-estar dos indivíduos em situações de crise. O *coping* religioso, quando comparado com outros meios de lidar com problemas, aparentemente, é bastante eficaz em situações de luto ou doenças graves, sendo encontrados níveis significativamente mais baixos de depressão entre os que fazem uso do artifício. Crenças religiosas oferecem recursos para o entendimento de eventos trágicos ou estressantes, e a interpretação espiritual de circunstâncias difíceis pode trazer um estado de paz ou aceitação frente a uma situação imutável, concedendo recursos para lidar com tal evento (IDLER, 2003).

Historicamente, a literatura sobre *coping* tinha ignorado largamente a religião como um recurso a ser usado no enfrentamento. Mas esse quadro começou a mudar nos últimos 15 anos, quando estudos mostraram que a religião era um dos recursos mais comumente utilizados pelas pessoas em meio as situações mais difíceis (EMERY; PARGAMENT, 2004).

Estratégias religiosas de *coping* foram verificadas, especialmente, diante de situações de crise, tais como: problemas relacionados à saúde e ao envelhecimento, tipos de doença (gravidade, grau de comprometimento), incapacidades e morte; perda de entes queridos e guerras (PARGAMENT *et al.*, 1998 *apud* PANZINI, BANDEIRA, 2005). As estratégias de CRE podem ser classificadas positivas ou negativas, conforme as conseqüências que trazem para quem as utilizam.

Define-se o CRE positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar o amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais; buscar ajuda/conforto na literatura religiosa; buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico, entre outros. Já o CRE negativo envolve estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou freqüentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal, etc (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Além dos tipos de *coping*, há de se considerarem fatores que influenciam as diversas formas de religião, durante crises, tais como: fatores sociais (cultural, congregacional), situacionais (tipos ou números de estressores, início do evento estressante), pessoais (demográficos, personalidade, religião), a natureza da situação (a responsabilidade da religião na morte) e o caráter da orientação religiosa individual – que se referem às crenças religiosas, motivações, práticas, experiências e relacionamentos (EMERY; PARGAMENT, 2004).

Outra inquietação dos pesquisadores relaciona-se com o motivo pelo qual a religiosidade pode promover um enfrentamento mais efetivo. Uma das explicações oferecida pela literatura diz que a religiosidade opera, em parte, pelo restabelecimento dos sentimentos de controle pessoal e auto-estima, desgastados pelo estresse (KOENIG, 2004a), no entanto os mecanismos por meio dos quais religião/espiritualidade podem afetar a saúde, no entanto, não estão bem esclarecidos. Duas hipóteses explicativas falam sobre a relação mediada ou direta, em que vários marcadores psico-socio-fisiológicos explicariam os efeitos encontrados; ou a relação direta, em que os efeitos encontrar-se-iam na própria natureza da religião/espiritualidade, influenciando a saúde (HILL; PARGAMENT, 2003).

Como as pesquisas têm mostrado, a religiosidade e a espiritualidade são importantes fatores a serem considerados nos estudos sobre enfrentamento. O *coping* religioso não pode ser estereotipado como uma defesa, um método passivo, ou uma forma de negação. Existem muitas faces e as pesquisas vêm tornando-se bem mais capazes de reconhecerem a multidimensionalidade do fenômeno. E, igualmente, torna-se claro que o método de *coping* religioso está crescendo no contexto social, situacional e da força pessoal. Os estudos de curto e longo prazo mostram a expansão do relacionamento entre coping religioso e bem-estar,

especialmente entre os idosos, apresentando promissores resultados (EMERY, PARGAMENT, 2004).

1.3 A relação entre os Profissionais de Saúde, seus Pacientes e o Papel da Espiritualidade no Tratamento

Em 1992, somente uma escola possuía um curso formal de espiritualidade e medicina. No ano de 2004, já havia mais de 80 escolas de medicina que lecionavam esse tipo de curso (PUCHALSKI, 2004). O aumento do número de escolas médicas dos Estados Unidos, que estão conduzindo cursos de espiritualidade para melhorar a qualidade da relação médico-paciente mostra o crescimento da importância dada à relação entre a espiritualidade e a saúde (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Os elementos-chave desses cursos relacionam-se com ouvir o que é importante para o paciente, respeitar suas crenças espirituais e ser capaz de se comunicar eficazmente com ele sobre tais crenças (PUCHALSKI, 2004). Um exemplo foi o oferecimento de \$25.000,00 pelo *The National Institute for Health Care Research* (O Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde) e pelo *John Templeton Foundation* (Fundação John Templeton) para bolsas em oito escolas de medicina. Onde o dinheiro seria utilizado para financiar cursos sobre as crenças religiosas e o papel da fé entre doentes terminais, bem como a inclusão da história espiritual no diagnóstico dos futuros médicos (CARTER, 2002).

A relação médico-paciente pode ser vista como espiritualizada em sua essência (BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002), em que o cuidado espiritual não diz respeito, unicamente, a espiritualidade do paciente, também se relaciona com as questões espirituais dos cuidadores e como ambos entendem a saúde e a doença e como interagem entre si (PUCHALSKI, 2004). As evidências sobre a importância das questões espirituais na cura do paciente e a sensação de bem-estar geram inúmeras questões na prática médica. Muitos estudos recentes têm estabelecido que, aproximadamente, 30% a 40% dos pacientes que visitam seus médicos de cuidados primários estariam abertos a discussões sobre espiritualidade. E o próprio processo de questionamento sobre o tema pode demonstrar ao paciente que o profissional está interessado nele como pessoa única e que será respeitador de suas crenças, reforçando essa relação e a confiança necessária para a busca do processo de cura (BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002).

A comunicação sobre as necessidades espirituais deve ser caracterizada pela sensibilidade e baseada em uma relação de confiança (JOHSON, 2001). O médico não precisa

ser religioso para reconhecer a importância da espiritualidade. A percepção do paciente com relação aos cuidados espirituais está na dependência do comportamento do profissional, ou seja, como possuir capacidade de escutá-lo, disponibilidade e compreensão, não precisando, necessariamente, compartilhar das mesmas crenças (HEBERT *et al.*, 2001). Qualquer que seja o instrumento de avaliação utilizado, este deve ser aplicável a pacientes ateus ou possuidores de qualquer fé, bem como produzir os mesmos resultados quando realizado por uma pessoa de qualquer crença ou sem nenhuma fé (JOHSON, 2001).

O diálogo com o paciente, ao longo do tratamento, pode ser iniciado com a obtenção de sua história espiritual. Para saber o que realmente é significativo para o mesmo e seus familiares. Tal discussão deve abordar a que o indivíduo dá importância, seus propósitos de vida e como ele lida com o estresse, com a doença e com a morte. É fundamental que as perguntas feitas sejam abertas o suficiente para receber qualquer resposta de como o paciente e seus familiares encontram sentido em suas vidas. Esse questionamento dá oportunidade e convida o paciente a discutir sobre suas crenças, se esse for o seu desejo, e permite ao médico estabelecer uma relação em nível mais profundo com ele, reforçando a confiança deste (PUCHALSKI, 2004).

Em paralelo à demonstração da relevância da espiritualidade tanto para médicos quanto para pacientes, através de significativas porcentagens apresentadas em pesquisas, um exame de âmbito nacional, realizado, nos EUA, por Daaleman e Frey, em 1999, mostrou que 79% das famílias de médicos os consideravam muito espiritualizados; um levantamento feito em Missouri, por Ellis, Vinson e Ewigman, em 1999, mostrou que 96% dos familiares de médicos concordavam que o bem-estar espiritual é um importante componente da boa saúde (BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002). Mesmo assim, os profissionais encontram diversas barreiras para incluir tal tema em sua rotina, como o tempo necessário para as consultas, falta de formação e traquejo para abordar o tema, preocupação em projetar suas próprias crenças nos pacientes, a incerteza de como gerir as questões levantadas pelos pacientes e a dificuldade em identificar entre estes os que querem discutir tais temas (HEBERT, *et al.*, 2001; BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002).

Dificuldade semelhante é vista na relação do enfermeiro com o paciente que, embora ache-se capaz de identificar a necessidade espiritual do doente, na prática seu entendimento é vago e ambíguo e tal necessidade acaba por passar despercebida ou ser inadequadamente tratada. Por isso os planejamentos que envolvem necessidades espirituais devem ser cuidadosamente realizados. Os objetivos e ideais de cuidados de saúde espiritual estão em vigor, mas o trabalho precisa ser feito sobre instrumentos de avaliação em conjunto

com avaliações físicas, psicológicas e sociais. Estes devem ser fáceis de usar, flexíveis e necessitarem de pouco tempo para a sua aplicação, permitindo aos enfermeiros avaliarem a eficácia permanente dos seus cuidados espirituais (JOHNSON, 2001).

Durante todo o processo, os enfermeiros devem estar atentos para não imporem suas crenças pessoais, responderem com um correto entendimento ao retorno dado pelo paciente e apresentarem sensibilidade aos sinais dados pelo mesmo para o suporte espiritual, pois essa relação exige uma atitude de ajuda, partilha, carinho e amor para que, realmente, haja uma assistência espiritual individualizada. Tendo-se ainda o cuidado de não transformar tal processo em uma rotina mecânica e vazia, desumanizando-o (JOHNSON, 2001).

Dentro desse contexto a figura de uma autoridade religiosa, por exemplo, o capelão, não pode ser esquecida, pois é ainda é visto tanto pela sociedade como pelo hospital como a figura que atende às necessidades religiosas dos pacientes (JOHNSON, 2001). Esses são cientes de que, às vezes, perguntas relacionadas às crenças de seus médicos podem deixá-los desconfortáveis e, nesse caso, um clérigo seria mais apropriado. Capelães treinados podem ser de grande ajuda quando as questões espirituais estiverem fora da competência ou capacidade de abordagem do médico (HEBERT *et al.*, 2001), podendo, até mesmo, ser encaixado, com o atual entendimento, como membro de uma equipe multidisciplinar que oferece cuidados espirituais para a saúde em um ambiente global, desempenhando o significativo papel de lembrar a importância do indivíduo como um todo e da vitalidade dos cuidados na saúde espiritual (JOHNSON, 2001).

Essa multidisciplinaridade foi consensual em uma conferência com profissionais de saúde, onde autoridades religiosas se fizeram presentes também, na qual foi dito que o cuidado espiritual não é responsabilidade de uma única pessoa e, sim, encargo de toda a equipe que cuida da saúde – enfermeiros, médicos, assistentes sociais e capelães, pois o cuidar espiritual, assim como um bom cuidado médico, devem ser interdisciplinares. Entendendo-se o bom cuidado médico como o reconhecimento do sofrimento tanto físico quanto espiritual, e a ajuda ao paciente para lidar com ambos (PUCHALSKI, 2004).

O entendimento que cada um traz consigo sobre saúde, doença e morte é moldado a partir de suas crenças, contextos culturais, experiências passadas e valores (PUCHALSKI, 2004), mas dentre esses valores, três são tidos como universais e de grande importância no cuidar do enfermo, a saber: perdão, esperança e crença na vida após a morte (PUCHALSKI; DORFF; HENDI, 2004). O caminho pelo qual a doença é vista pode ter impacto em como se lida com ela. Por exemplo, se algum paciente pensa em sua enfermidade como punição

divina, ele pode não cooperar com o tratamento por achar que merece estar doente (PUCHALSKI, 2004).

Indivíduos que trabalham com cuidados em saúde devem estar atentos às necessidades dos seguidores de diferentes religiões, incluindo a capacidade de reconhecer qual atividade se constitui em oração para cada um deles. A reflexão, por parte dos próprios profissionais, sobre suas necessidades e abordagens, bem como o reconhecimento de que a maioria das pessoas possui algum tipo de espiritualidade e pratica alguma forma de oração também se fazem imperiosos. A manifestação da espiritualidade e sua prática podem ocorrer por meio da meditação, do estar quieto e sozinho consigo mesmo (ou com Deus), do relaxar, da comunhão com a natureza, do seguimento de um rosário, da oração de um livro; bem como podem fazer parte de um ato coletivo de adoração, de um cantar em voz alta, ou de algum outro conjunto de rituais e palavras (JOHNSON, 2004).

Por isso, a decisão do que recomendar a cada paciente deve ser individualizada (PUCHALSKI, 2004). Por exemplo, a tradição judaica afirma que os humanos são integrados como um todo - corpo, mente, emoções - e que essas faculdades se conectam entre si e todas afetam umas as outras. O Talmud diz que aqueles que visitam os doentes removem um peso dele, e os que deixam de fazê-lo acrescentam carga ao enfermo. A tradicional oração judaica para o doente pede a Deus que “cure o corpo e cure a alma”, pois eles reconhecem que ambos estão interligados. Similarmente, o Alcorão, que os mulçumanos acreditam ser a palavra de Deus, diz: “Eu revelo o Alcorão que é cura e misericórdia para os crentes” (Alcorão, 17:82). Os ensinamentos do Alcorão tentam lidar com o ser humano como um todo: corpo, coração e alma. Sugerindo, ainda, que o processo de cura deve lidar com todos os aspectos seculares do ser humano que a medicina não consegue lidar. No cristianismo o corpo é visto como “o templo do Espírito Santo dentro de você” (1 Cor 6:19-20) e no islamismo é ensinado que Deus criou o homem como uma unidade e de forma perfeitas, refletindo a perfeição do próprio Criador. Cuidar do ser humano como um todo é cuidar do Fundador Perfeito (PUCHALSKI; DORFF; HENDI, 2004).

Há que ser lembrada, além disso, a limitação no entendimento, por parte dos profissionais de saúde, com relação à descrição da espiritualidade pelo paciente e como esse vê seu impacto na saúde e bem-estar. Essa perspectiva é, particularmente, acentuada no campo da saúde relacionado à qualidade de vida, em que a avaliação das experiências do paciente, suas crenças, expectativas e percepções são fundamentais para medir o bem-estar subjetivo (DAALEMAN; COBB; FREY, 2001).

A fim de descrever como pacientes entendem e definem espiritualidade e como a mesma afeta sua saúde e bem-estar foram conduzidas entrevistas em grupo, num estudo qualitativo com 35 mulheres, das quais 17 possuíam diabetes mellitus tipo 2. Os resultados mostram que, para todas as pacientes, os principais componentes de suas representações da espiritualidade no contexto da saúde são os projetos de vida (metas e propósitos de vida, religiosidade, integração mente-corpo-espírito, conexão com Deus, consigo e com os outros, auto-realização) e a intencionalidade positiva, em que a espiritualidade é, essencialmente, uma construção cognitiva, afetada por influências sociais e culturais (DAALEMAN; COBB; FREY, 2001).

Diante das questões que surgem no convívio paciente-profissional de saúde, Curlin e colaboradores (2007) decidiram comparar os caminhos utilizados por médicos psiquiatras ou não, para interpretar a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e como os mesmos direcionavam tais questões na prática clínica. Os autores enviaram a pesquisa por correio para uma amostra aleatória de 2.000 médicos americanos de todas as especialidades, na qual 1.144 deles completaram o questionário. Psiquiatras, usualmente, são menos religiosos que a média dos outros especialistas, mas são os mais prováveis para tratarem sobre o tema em ambientes clínicos, pois são os próprios pacientes que fazem referência ao assunto (46% dos psiquiatras contra 23% dos outros especialistas afirmam que os pacientes tocam no assunto sempre ou frequentemente). São eles, também, mais propensos a acreditarem que é apropriado obterem-se informações sobre o tema junto ao paciente (93% contra 53%), que eles buscam tal informação (87% contra 49%), especialmente, se o paciente sofre de ansiedade ou depressão (44% contra 14%). A maioria dos psiquiatras e dos outros especialistas compartilham da crença de que a religiosidade/espiritualidade, geralmente, ajuda o paciente a enfrentar e suportar a doença e o sofrimento e oferece positividade e esperança. Só uma pequena fração diz que a religiosidade/espiritualidade leva os pacientes a recusarem, atrasarem ou pararem uma medicação ou terapia indicadas ou influencia-os a não terem responsabilidade pela sua própria saúde e entregá-la nas mãos divinas. Três quartos dos psiquiatras descrevem a influencia religiosa/espiritual como positiva para o paciente. Dos que acreditam que ela cause culpa, ansiedade ou alguma outra emoção negativa, 82% acham que isso ocorre com frequência. E quase metade dos médicos consultados crêem que podem falar sobre suas próprias crenças e experiências, sempre que for apropriado.

Identificar as preferências e preocupações sobre crenças religiosas e espiritualidade em discussões com seus médicos foi o objetivo da pesquisa conduzida por Hebert e colegas (2001) com 22 pacientes hospitalizados, devido a sérias enfermidades

(câncer, diabetes mellitus, lúpus eritematoso, etc). Por causa da gravidade de seus males, esses indivíduos, provavelmente, estavam mais susceptíveis a refletir sobre crenças espirituais. Os participantes responderam a um breve questionário sobre características demográficas, crenças e práticas espirituais. Um moderador treinado conduziu três grupos de discussões, com seis a oito pacientes cada um. Quase todos os 562 comentários puderam ser organizados em cinco domínios: religiosidade/espiritualidade (30%), oração (12%), relação médico-paciente (18%), conversas religiosas/espirituais (34%) e recomendações para os médicos (5%). Com relação às recomendações para os médicos, todos os pacientes desejavam que os profissionais discutissem sobre métodos de enfrentamento e mostrassem empatia, bem como reconhecessem que a espiritualidade e a religião são importantes para eles, pacientes, e, ainda, que tratassem o tema com respeito. Apesar das limitações desse estudo exploratório, pela pouca representatividade da amostra, os autores sugerem a inclusão do reconhecimento, por parte dos médicos, do papel da espiritualidade para muitos pacientes e o respeito aos valores e crenças espirituais deles. Uma vez que esses pacientes acreditam que o papel da espiritualidade está intimamente ligado à relação interpessoal e à psicossocial provida pelos médicos, cujo aprofundamento dessa aliança terapêutica pode levar a uma maior eficácia do tratamento.

O surgimento da fé e da espiritualidade no âmbito da medicina científica não é novo, segundo a explicação sociológica trazida por Messikomer e De Craemer, em 2002. Os autores acompanharam um grupo de médicos, em que a maioria possuía grande prestígio e reconhecimento em suas áreas de atuação e eram membros do alto escalão dos seus serviços em um centro médico acadêmico da Costa Leste, dos EUA, que se reuniam semanalmente para estudar, refletir e discutir conceitos morais e teológicos elaborados a partir de Escrituras Cristãs, cuja fé em Deus era mais forte do que a fé na medicina no que concerne às questões supremas. Ao analisar as conversas ocorridas durante suas reuniões, destacaram algumas tensões implícitas entre a relação da medicina, religião e espiritualidade, bem como certa influência da espiritualidade na perspectiva desses profissionais. Questões de fé, provavelmente, infundiram-se em suas vidas profissionais, distinguindo-os de seus colegas de profissão. Um olhar mais atento ao conteúdo das discussões médicas revelou que as preocupações deles estavam concentradas em quatro grandes áreas: questões de teodicéia (“justiça de Deus”) na saúde e na doença; ansiedade sobre o conflito entre sua vocação como médico e as mudanças que apontam para a comercialização dos cuidados médicos que tomou conta da corporação; preocupação com o progresso da medicina e o bem-estar social de seus pacientes; e pesar sobre a pouca atenção dada à dimensão espiritual nos cuidados médicos.

Para a maior parte, como se pôde notar pelos principais temas abordados acima, a conversa não se limitou às indicações de cirurgias, tratamentos e resultados físicos, sendo focada nos aspectos mais amplos dos pacientes como pessoas, onde muitos deles afirmaram transformar suas crenças espirituais em ação. A preocupação sobre a ausência de espiritualidade na medicina foi levantada em mais de uma ocasião e na convicção desse grupo, a mesma deveria ter um lugar de destaque - para o bem do paciente. Essa pesquisa lança uma luz sobre uma dimensão negligenciada da relação entre medicina e espiritualidade, ou seja, a vida espiritual dos médicos, na qual esse grupo funcionou como uma espécie única de referência, que combinava aspectos de uma equipe profissional com as de uma espiritual, em que seus membros, em um espírito de evangelização, trocavam e compartilhavam idéias relevantes que foram direta e indiretamente relacionadas com seus campos. Talvez mais importante, tenha sido o destaque dado às questões de significado ou propósito, que tanto a fé quanto a medicina trazem para seus praticantes, e a sensação de que era chegado o momento da medicina acadêmica reconhecer a legitimidade da espiritualidade tanto na vida de seus médicos como na dos pacientes que eles tratam.

Ainda sobre a relação da espiritualidade dos trabalhadores da saúde, Boero e colaboradores, em 2005, conduziram um estudo descritivo, que testou a qualidade de vida de 116 profissionais de saúde, que davam plantões em três hospitais de reabilitação, no norte da Itália, com relação à dimensão espiritual, utilizando o WHOQOL-SRPB (*The World Health Organization Quality of Life-Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs*) (Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais), questionário da OMS, que inclui oito aspectos: conexão espiritual, sentido da vida, admiração, totalidade/integração, força espiritual, paz interior, esperança e fé. Os resultados mostraram que quem possuía boas condições de saúde apresentava maior pontuação em todos os aspectos; religiosos ou muito religiosos tiveram altos escores para qualidade de vida e para todos os aspectos avaliados; assim como quem reportou possuir fortes convicções pessoais. Os achados sugerem que a presença da espiritualidade pode ser um importante aspecto esclarecedor do estado de saúde subjetivo e que também está profundamente ligada ao bem-estar físico e funcional, concordando com estudos semelhantes, só que direcionados aos pacientes. Essa percepção, por parte dos próprios profissionais de saúde, da positiva relação da espiritualidade com o bem-estar, amplia e corrobora a percepção dos mesmos em relação a real melhora que pode haver no estado de saúde paciente.

De que maneira o sofrimento dos pacientes age no bem-estar existencial e espiritual dos cuidadores de saúde não está bem esclarecido, Boston e Mount (2006), usando

uma metodologia qualitativa, decidiram investigar o tema da perspectiva dos prestadores de cuidados paliativos. Foram formados dois grupos, de cinco membros cada um, compostos por cuidadores altamente experientes, com, no mínimo dez anos de atendimento em unidades de cuidado paliativo, cuidados em domicílios e apoio ao luto. Os encontros aconteciam três vezes por semana, nos quais era debatida como as necessidades espirituais/existenciais do paciente e dos próprios cuidadores eram identificadas e interpretadas; e como os mesmos percebiam os pontos fortes e as barreiras do cuidado espiritual. Dentro desses três pontos, oito temas principais emergiram dos encontros: conceitos de espiritualidade – que variaram entre os participantes; capacidade de criar uma abertura que permitisse ao paciente expressar suas preocupações espirituais/existenciais; questões de transferência de sentimentos próprios, atitudes ou desejos – positivos ou negativos – para um e outro; tristeza acumulada devido às constantes perdas durante o trabalho; conexões de cura – em que a ocorrência de uma significativa ligação entre os dois leva cura a ambos; consciência de que o sofrimento pessoal aumenta o entendimento à aflição alheia; necessidade de suporte e apoio para si; e presença de desafios e oportunidades no aspecto existencial/espiritual. Mas o cerne da arte do cuidador é a criação de oportunidade para o diálogo, que é a porta de entrada a todos os outros aspectos.

Ainda com relação aos cuidadores, Pierce e colaboradores (2008) decidiram avaliar, especificamente, aqueles que acompanharam pacientes vítimas de acidente vascular-cerebral (AVC), através de um estudo descritivo-qualitativo, cujo objetivo era descobrir expressões da espiritualidade dos mesmos. Esses cuidadores, em número de 36, foram recrutados, aleatoriamente, em um programa de tratamento a pacientes em reabilitação, do norte de Ohio, nos EUA. O estudo teve duração de um ano e os participantes se comunicavam, em um grupo de discussão, via *e-mail*, entre si e com uma enfermeira especializada que facilitava os debates, fornecia informações educacionais, respondia questões e dava-lhes suporte. Foram postadas 2.148 mensagens. Dos 36 componentes, 25 (69%) tiveram respostas que foram relacionadas à espiritualidade. Uma das razões da originalidade desse trabalho é a combinação das abordagens indutiva e dedutiva dentro do mesmo estudo qualitativo. Os principais temas abordados foram: a presença de um poder maior “vigilando-os, dando-lhes força, dando sentido à vida e trabalhando de maneira misteriosa”; a prática de rituais, como, por exemplo, ir à igreja e orar; o senso de ligação com a natureza, devido à importância na mudança de cenário; e a interação com a família e os amigos. Com vista nesses achados, pôde-se ressaltar que a espiritualidade é a maneira que a maioria desses cuidadores usa para lidar com o dia-a-dia de seu ofício, alcançar o equilíbrio e o bem-estar em suas vidas.

Em resposta aos pacientes e as evidências, médicos e educadores estão, cada vez mais, conscientes de que a espiritualidade é um componente importante para um cuidar abrangente do doente. Por isso Tang, White e Gruppen realizaram, em 2002, uma experiência piloto com alunos do segundo ano do curso de medicina da Universidade de Michigan. Os autores forneceram aos alunos informações empíricas - através de grupos de discussões, palestras e videotape - para que eles pudessem entender mais sobre seus próprios sistemas de crença espiritual, convalidar o impacto da espiritualidade na saúde, prover assistência ao enfermo e desenvolver estratégias pessoais de obtenção da história espiritual do paciente. O resultado mostra que os estudantes expressaram interesse em aprender sobre espiritualidade no cuidar do paciente tanto através das histórias dos próprios pacientes quanto das experiências vivenciadas pelos médicos.

Avaliar as crenças de futuros médicos é também um campo que desperta interesse devido ao aumento da importância dada à espiritualidade/religiosidade nas escolas de medicina nos últimos anos. Luckhaupt e colaboradores, em 2005, avaliaram 227 residentes de medicina de quatro programas de treinamento da atenção primária, de uma das mais importantes instituições de ensino do Centro-Oeste americano. A meta era analisar as crenças desses estudantes com relação ao papel que as mesmas poderiam ter nos encontros clínicos com seus pacientes. O questionário utilizado foi adaptado a partir de um estudo das preferências de pacientes pelo *Religion and Spirituality in the Medical Encounter (RSME) Study Group* (Religião e Espiritualidade no Encontro do Grupo de Estudo de Medicina). Os achados mostraram que 46% dos residentes acreditavam que desempenhavam um importante papel na vida religiosa/espiritual de seus pacientes, 90% que deveriam estar conscientes das crenças dos doentes e 27% achavam que era importante para quem estava sendo atendido saber que seu médico possuía forte crença espiritual. Trinta e seis por cento ainda sentiam que deveria ser perguntado ao paciente sobre sua fé espiritual/religiosa na visita ao consultório e 77% acreditavam que tal abordagem deveria ser feita com pacientes moribundos. Quanto às orações, os pesquisados só se mostraram mais propensos a fazê-lo quando do aumento na gravidade na condição do paciente. Outro ponto interessante diz respeito às características da espiritualidade/religiosidade dos próprios residentes: aqueles com maiores níveis de *coping* positivo estavam mais, favoravelmente, associados com a inclusão de atividades espirituais/religiosas. Os resultados também mostraram que a associação da medicina familiar com o questionamento do paciente sobre suas crenças foi mais consistente, concordando com a ênfase dada a tal abordagem nos programas de treinamento da medicina familiar. E, apesar da forte crença de que a espiritualidade/religiosidade estava conectada com a medicina, ela

não foi muito convertida em ações: mesmo 90% dos residentes afirmando que os médicos deveriam ser conscientes das crenças de seus pacientes, menos de 40% concordaram em perguntar sobre tais crenças durante consultas de rotina e menos de 80% o fizeram quando o paciente estava próximo da morte.

A pesquisa da influência do bem-estar psicológico e espiritual nos residentes de medicina também foi objeto de estudo. A rotina estressante deles pode ser um fator de risco a saúde. Vem desse evento o interesse de Yi e colaboradores (2007) em investigar a auto-avaliação de saúde desses residentes e examinar os fatores influenciadores. Foram recrutados 247 residentes de programas de treinamento em cuidados primários (medicina interna, pediatria, medicina interna pediátrica e medicina da família), da Universidade de Cincinnati, nos EUA, dos quais 227 completaram os questionários. Os objetivos específicos buscados foram: analisar como os residentes auto-avaliavam sua saúde e ponderar como essa auto-avaliação estava relacionada às características demográficas, residenciais, de humor e, especificamente, de espiritualidade e religiosidade. Na avaliação do humor foi usado o *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale* (CESD-10) (Centro de Estudos Epidemiológicos - Escala de Depressão); para religiosidade/espiritualidade, usou-se o *Duke Religion Index* (Índice de Religião de Duke) e a pergunta “Qual sua filiação religiosa?”; e para análise dos papéis positivos e negativos da religião para lidar com o estresse durante a residência foi utilizado o *Brief RCOPE*. A pontuação média da classificação geral da saúde, feita pelos próprios residentes, em uma escala de 0 -100 foi de 87. A clínica na qual os residentes estão atendendo também exerceu influência na saúde: a clínica médica foi a que revelou pior escore na escala de saúde, bem como os sintomas depressivos. Baixos níveis de bem-estar espiritual mostraram maior propensão a uma pior classificação da saúde, provavelmente, devido à falta do senso de significado e conexão, promovido pela espiritualidade, que serve de proteção contra o estresse e o sentimento de despersonalização associados com a residência médica.

A avaliação uma amostra semelhante foi realizada por Sandor e colaboradores, no ano seguinte (2006), só que com uma abrangência maior, devido à inclusão de estudantes de enfermagem, onde os autores procuram identificar e avaliar mudanças ocorridas nas experiências espirituais e na importância dada ao tema após a participação de 122 estudantes de enfermagem e 293 de medicina em um curso sobre espiritualidade e cuidados clínicos. Tal curso, realizado pela Universidade do Texas, foi um esforço interdisciplinar, inovador e pioneiro, para introduzir pesquisas empíricas relacionando espiritualidade e saúde, a importância de atender às questões espirituais de seus pacientes e como obter a história espiritual do mesmo. Um ano após tal curso, esse mesmo grupo de estudantes se encontraria

para relatar o que foi colocado em prática. Os resultados apontaram para uma maior percepção dos estudantes com relação à relevância do tema na prática médica e pessoal, sendo que as mulheres tinham essa percepção aumentada; as estudantes também obtiveram maiores escores quanto ao suporte e abertura espiritual; e os estudantes de enfermagem deram maior importância ao tema.

O interesse crítico-etnográfico em analisar a negociação da pluralidade religiosa e espiritual entre profissionais de saúde e pacientes nos encontros clínicos fez com que Pesut e Remer-Kirkham, em 2009, decidissem realizar um estudo qualitativo sobre o tema. A amostra foi composta por 20 profissionais de saúde, 17 prestadores de cuidados espirituais, 16 pacientes e familiares e 12 administradores, representativos de diversas etnias e afiliações religiosas, recrutados em nove hospitais, no oeste do Canadá. A coleta de dados incluiu 65 entrevistas e mais de 150 horas de observação dos participantes. Os objetivos do trabalho estavam focados em três pontos principais: descrever como religiosidade/espiritualidade era negociada entre os prestadores de cuidados de saúde (objetivo primário) e seus destinatários e examinar como os contextos sociais e do cuidar da saúde influenciavam nas negociações com a pluralidade religiosa/espiritual dos pacientes. Os resultados trouxeram uma gama de conceituações do que vem a ser espiritualidade e religião, refletindo a pluralidade da sociedade. A espiritualidade estava relacionada a termos como conectividade, relacionamento e a essência do ser humano, mas não se referindo, necessariamente, ao sagrado. Muitos se diziam espirituais, mas não religiosos, enquanto outros afirmavam aproveitar de diversas tradições religiosas para formar verdades próprias. Os profissionais de saúde diferiam em suas idéias sobre como religião e espiritualidade poderiam ser articuladas no cuidar da saúde: para aqueles que a aceitaram como parte do seu papel, a espiritualidade foi vista como ponto de conexão com os pacientes; já outros a consideraram privada ou, em grande parte, à margem de suas atribuições. A limitação na conexão espiritual pôde ser verificada devido às diferenças entre gênero, linguagem ou religião, inclusive havendo casos em que os indivíduos considerados de baixo *status* socioeconômico ou de moral duvidosa foram tidos como não-espirituais e havendo relatos de doentes que preferiam ser tratados por quem fosse possuidor da mesma religião que a sua, chegando a alguns casos extremos de total recusa do paciente em ser atendido quando houvesse discrepância religiosa com o profissional de saúde. No entanto, a maioria dos pacientes, falou de seus atendimentos em termos mais práticos, onde o que eles queriam verdadeiramente eram bondade, respeito, humor e amizade. O estudo também mostrou que as entrevistas foram profundamente moldadas pelos significados pessoais e sociais - esse último marcado pelos aspectos religioso, espiritual, cultural - e onde

o grande desafio era achar a linguagem apropriada para expressar-se. A construção das identidades religiosas e espirituais foi influenciada pelo papel do profissional no cuidar do paciente e pela posição social, em que para muitos seu trabalho era uma vocação por meio do qual a identidade espiritual, inúmeras vezes, assumiu características disciplinares: médicos enfatizaram o controle dos sintomas, prestadores de cuidados espirituais destacaram o significado, enquanto os assistentes sociais ressaltaram a negociação à resistência ao tratamento. Com relação aos enfermeiros, o entendimento da identidade espiritual foi mais difícil, pois a atenção estava mais concentrada na parte prática, em que o corpo era o foco. Esses achados refletem as interações dinâmicas que ocorrem nas consultas entre os prestadores de serviços de saúde e os pacientes e que envolvem, além da pluralidade religiosa e espiritual – que aumentaram nos últimos tempos - interações sociais, culturais, políticas, históricas e, até, econômicas.

O sofrimento é outro tema inerente ao adoecer e é intrínseco ao ser humano, podendo ser sentido em todos os níveis: físico, emocional, social e espiritual. Cassell (1991), citado por Puchalski, Dorff, Hendi, em 2004, definiu tal condição como um estado de angústia grave associada a eventos que ameaçam a incolumidade da personalidade do sofredor. Indivíduos seriamente doentes ou moribundos não sofrem apenas com a dor física, mas ao mesmo tempo a separação de si mesmo, dos outros e de Deus ou do transcendente. Eventos aflitivos, isolamento, desespero, desesperança, insignificância, perda da fé, da independência, da dignidade e do propósito de vida fazem parte do rol de intensificação do sofrimento, e que podem estar presentes no adoecer. Os médicos devem estar atentos a todas essas extensões da angústia do doente e, como dever ético, encará-las, segundo foi sugerido no painel de consenso sobre o cuidar no fim da vida, do *American College of Physicians* (Faculdade Americana de Médicos).

O doente terminal, igualmente, mostra-se como uma questão espinhosa e delicada na relação paciente-profissional de saúde. Tradicionalmente, a sociedade, em geral, e o sistema médico ocidental vêem a morte como algo que deva ser evitado, enfatizando só a cura. Quando alguém está morrendo, o sistema de saúde não está preparado para lidar com tal fato, por não mais envolver recuperação ou melhora. Isso pode ocorrer, em parte, devido à análise do cuidador sobre sua própria fintitude (PUCHALSKI; DORFF; HENDI, 2004). Um levantamento conduzido por Gallup, em 1997, citado por Puchalski (2004), mostrou que a maioria esmagadora dos americanos quer que suas necessidades espirituais sejam abordadas quando estiverem próximos da morte, demonstrando um desejo de reafirmação e recuperação da dimensão espiritual na sua extenuação. Os entrevistados disseram, ainda que gostariam de

relacionamentos calorosos com seus prestadores, serem ouvidos, terem alguém para compartilhar seus medos e preocupações e que estivesse junto a eles, rezando, na hora da morte, e, finalmente, terem a chance de se despedirem das pessoas que amam.

Um paciente lutando contra uma doença séria, especialmente, uma em que a cura fisiológica é improvável, defronta-se com questões sobre o sentido último da existência, propósito de vida e sofrimento. Muitos deles acreditam que a saúde espiritual é tão importante quanto a física e contam com a religião e/ou a espiritualidade para lidar com a gravidade de suas enfermidades. Curar um indivíduo por completo depende, não somente da busca por respostas biológicas e fisiológicas, mas também por soluções para questões espirituais. E tal procura espiritual dever ser, no mínimo, pelo princípio ético da beneficência e pelas inúmeras pesquisas já realizadas, respeitada, senão ainda, apoiada pela equipe de saúde, devido a sua responsabilidade de estar ciente de que o suporte dado pelas crenças é importante para o paciente que desejar usá-las para lidar com a enfermidade (BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002), tendo também o cuidado de acerca-se, pelo menos, de um mínimo de conhecimento das principais religiões e dos seus princípios para melhor lidar e apoiar tal paciente (JOHSON, 2004).

CAPÍTULO 2 - ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE – EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

2.1 Considerações Gerais

Pesquisas relacionando cura e espiritualidade em pacientes graves, como aqueles com câncer, AIDS (sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), doenças cardiovasculares (DCV) e mentais, para citar apenas as doenças de maior representatividade, sugerem que os mesmos, freqüentemente, voltam-se para as práticas espirituais como meio de ajuda no enfrentamento da enfermidade. A espiritualidade parece auxiliar o processo de adequação e alivia alguns dos efeitos psicológicos negativos que muitos experimentam (BOUDREAUX; O’HEA; CHASUK, 2002). Muitos estudos têm demonstrado que a conexão entre religião/espiritualidade e saúde mental ou física é, normalmente, robusta em pacientes portadores de doenças severas ou crônicas, que estão vivenciando experiências estressantes de cunho psicológico ou social e lutas existenciais relacionadas ao significado/propósito de vida (KOENIG, 2004 *apud* DALMIDA *et al.*, 2009).

Nesse capítulo, foram incluídos levantamentos que examinaram a conexão entre a espiritualidade e a saúde, sendo os trabalhos separados por tema e organizados, na medida do possível, para facilitar o entendimento, em ordem cronológica para melhor mostrar a evolução desses estudos ao longo da década.

2.2 Espiritualidade e Saúde Mental

A espiritualidade e a saúde mental lidam com questões existenciais fundamentais. Os artigos sobre religiosidade e espiritualidade representam uma área emergente de pesquisa, de base ampla e fora dos limites tradicionais da ciência médica (MITCHELL; ROMANS; 2003). Segundo Nancy Andreasen, editora-chefe do *American Journal of Psychiatry*, os psiquiatras “são médicos da alma tanto quanto do corpo” (LEÃO; LOTUFO NETO, 2007). Por isso, essa área oferece a possibilidade de respostas para algumas questões-chave como, por exemplo, a religiosidade/espiritualidade pode interceder no enfrentamento, nas relações sociais, na utilização dos serviços profissionais de saúde e no curso das doenças crônicas (MITCHELL; ROMANS, 2003). Prestar mais atenção às crenças religiosas pode ajudar a

esclarecer a natureza complexa e multifacetada da associação entre o domínio religioso/espiritual e a saúde mental (FLANNELLY *et al.*, 2006).

Embora o casamento entre essas áreas seja desejado, a pesquisa que associa saúde à espiritualidade depara com algumas dificuldades inerentes. O primeiro desafio é vencer o preconceito de que assuntos relacionados à fé não podem ser estudados no âmbito científico. O segundo problema refere-se aos conceitos de corpo, mente, espírito e alma. Definir as relações entre corpo e mente permanece sendo um grande enigma (LEÃO; LOTUFO NETO, 2007).

Conquanto dificuldades existam, é sabido que religiosidade intrínseca forte prediz remissão mais rápida de depressão, uma associação que é particularmente importante em pacientes, cuja função física não está melhorando (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). A depressão é o tema mais estudado, dentre as desordens psiquiátricas, com relação ao aspecto religioso, seguido pela ansiedade. Tem havido crescente interesse não só nessa conexão, mas também com outras áreas da saúde, por parte da comunidade médica, principalmente, devido à relação positiva vista entre religião e bem-estar (FLANNELLY *et al.*, 2006). Esse interesse maior pela depressão tem sua razão de ser, pois de acordo com Organização Mundial de Saúde, ela será a segunda causa mais comum de incapacidade no mundo até o ano de 2020. Entre os idosos a depressão é a segunda colocada como fator de risco para o desenvolvimento de novas comorbidades, ficando atrás, apenas, da hipertensão (U.S. Department of Health and Human Services, 1999 *apud* YOU, 2009).

Essa conexão concorda com os achados de Koenig (2000), que após revisar o conceito de espiritualidade e a sua ligação com a saúde mental encontrou mais de 850 estudos que examinaram a relação entre envolvimento espiritual e vários aspectos da saúde mental. Destes, mais de 75% mostraram ligação entre o envolvimento religioso e a melhora na saúde mental e na adaptação ao estresse, reforçando a tese de que espiritualidade e religiosidade fazem parte dos mecanismos de enfrentamento e adaptação na vida adulta e na velhice. Nesta mesma publicação, outros 350 trabalhos, também, avaliados pelo autor, investigaram a ligação entre religião e saúde, constatando que a maioria das pessoas religiosas apresentava-se fisicamente mais saudável, possuía um estilo de vida mais salutar e requerendo, pois, menos assistência de saúde.

Um artigo produzido por Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig, em 2006, reviu as evidências científicas disponíveis sobre a relação entre religião e saúde mental, baseado, em grande parte, na revisão de Koenig e colaboradores, publicada no *Handbook of Religion and Health* (Manual de Religião e de Saúde), no ano de 2001 – no qual mais de 1200

trabalhos divulgados, durante o século XX, foram avaliados, considerando-se a análise mais abrangente e sistemática já realizada neste domínio – e na atualização de artigos publicados após 2000 e a descrição de pesquisas conduzidas no Brasil. Psiquiatras e psicólogos tendem a ser menos religiosos que a população em geral e não recebem treinamento adequado para lidar com questões religiosas na prática clínica; por isso a dificuldade em entender e ter empatia com as crenças e comportamentos religiosos dos pacientes. Atualmente, há uma disposição em favorecer uma aproximação entre religião e psiquiatria para ajudar os profissionais de saúde mental a desenvolverem habilidades para melhor compreenderem os fatores religiosos que influenciam a saúde e proporcionar um atendimento mais compassivo e abrangente.

No campo do bem-estar psicológico, de 100 artigos examinados, em que se avaliava a associação entre as práticas religiosas, comportamento e indicadores do bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevada), 70 mostraram, no mínimo, uma correlação positivamente significativa entre essas variáveis. Alguns desses estudos mostraram que o impacto positivo do envolvimento religioso com o bem-estar era mais robusto entre os idosos, deficientes e pessoas enfermas, significando, provavelmente, que o efeito tampão desse envolvimento no bem-estar era mais elevado para aqueles em circunstâncias estressantes. Com algumas exceções, a maioria dos estudos também encontrou relação positiva entre religiosidade e bem-estar, demonstrado através do otimismo, esperança, auto-estima, senso de significado e propósito de vida, controle interno, suporte social, ser casado ou ter maior satisfação conjugal (MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006).

Nos achados relacionados à depressão, uma revisão sistemática, conduzida por Smith, McCullough e Poll (2003), com uma amostra total de 98.975 sujeitos, encontrou a religiosidade modesta, mas robustamente relacionada a um menor nível de sintomas depressivos. Tal associação era maior em pessoas sob estresse severo, similarmente ao que foi visto para o bem-estar psicológico. O único estudo prospectivo, encontrado pelos autores, realizado por Koenig e colaboradores (1998), mostrou que a orientação religiosa extrínseca e o *coping* religioso negativo estavam associados ao aumento na frequência dos sintomas depressivos, enquanto a orientação religiosa intrínseca relacionava-se a baixos níveis de depressão. Estudos também foram conduzidos no Brasil, utilizando-se questionários para distúrbios mentais (depressão, ansiedade e distúrbios somáticos) em duas diferentes populações religiosas, num deles, coordenado por Lotufo Neto (1997), com uma amostra de 207 ministros religiosos, encontrou-se que a religiosidade intrínseca estava associada com

uma melhor saúde mental; o outro, realizado por Almeida (2004), com uma amostra randômica de 115 médiuns espíritas, teve menores escores de sintomas psiquiátricos do que a amostra da população em geral. Sobre o consumo de drogas, mais de 80% dos 120 estudos identificados, publicados antes de 2000, investigando religiosidade e álcool / uso / abuso de drogas encontraram uma clara correlação inversa entre essas variáveis. Além do impacto psicológico da crença religiosa na vida após a morte, a associação acima mencionada, do envolvimento religioso com os níveis mais baixos de depressão e uso de drogas (dois dos principais fatores apresentados na grande maioria dos casos de suicídio), oferecem boas razões para uma relação negativa entre religiosidade e comportamentos suicidas. Por esses achados, percebeu-se que a religiosidade permanece como um importante aspecto da vida do ser humano e, normalmente, possui relação positiva com uma boa saúde mental, devendo tal assertiva ser levada em conta na clínica médica.

O modelo biopsicossocial proposto pelo psiquiatra George Engel para a medicina, citado por Curlin e colaboradores, em 2007, recomendou que os psiquiatras (e outros médicos) dessem atenção às dimensões sociais e culturais da doença de seus pacientes. Desse modo, o treinamento psiquiátrico poderia preparar os profissionais para atenderem a religião e apreciarem sua ligação à saúde mental, visto que os psiquiatras estão mais propensos do que outros médicos a depararem com situações clínicas em que as convicções religiosas de um paciente devam ser avaliadas como parte do processo de diagnóstico. Além disso, algumas doenças mentais são conhecidas pela sua associação com hiperreligiosidade e, também, os psiquiatras, às vezes, são solicitados a avaliar a capacidade de decisão do paciente quando há conflito entre suas crenças religiosas e as decisões médicas. Por isso, cada um desses fatores pode aumentar a abertura dos psiquiatras ao diálogo com os pacientes sobre questões religioso-espirituais.

A depressão é diagnóstico comum, nas práticas de atenção primária, sendo responsável por 6 a 20% de todos os pacientes atendidos com queixas de doenças mentais, e a abordagem das questões espirituais exerce grande influência durante os cuidados médicos. Vários estudos têm demonstrado uma associação positiva entre compromisso religioso e saúde mental, mas são poucos os que relacionam depressão e espiritualidade entre os pobres urbanos. Devido aos inúmeros fatores estressores presentes em muitas comunidades urbanas, tais como o aumento das taxas de pobreza, crime e doença crônica, a vida espiritual de um paciente pode ser um importante mecanismo de *coping*, especialmente quando outros sistemas de apoio são limitados. Daí, o interesse de Doolittle e Farrell, em 2004, em investigarem tal correlação, para melhor compreenderem a associação entre depressão e espiritualidade em

pacientes da zona urbana, em Waterbury, EUA, a fim de fornecerem uma visão detalhada desse importante mecanismo de enfrentamento. Para tal intento foi utilizado um questionário escrito composto por duas escalas, *Zung Depression Scale* (Escala de Depressão Zung) e *Spiritual Involvement and Beliefs Scale* (SIBS) (Escala de Envolvimento e Crença Espiritual), em uma amostra de 122 pacientes. Os resultados apontaram 81% dos entrevistados considerando-se religiosos. Quanto ao grau de severidade da depressão, 38% estavam assintomáticos, 30% possuíam sintomas leves, 27% sintomas moderados e 13% severos. Altos índices de espiritualidade foram associados com menos sintomas depressivos, embora a quantidade de orações e a frequência aos serviços religiosos tenham sido irrelevantes nesses sintomas. Os resultados desse estudo apontam que a crença em um poder superior, um propósito na vida, ou o poder da oração podem proteger da depressão, especialmente, devido à proteção dada contra o estresse social vivenciado na cidade. No entanto, deve-se ter cuidado com tais resultados, pois a falta de fé pode ser apenas mais um sintoma do desamparo, desesperança e anedonia que caracterizam a depressão clínica, não sugerindo uma relação causal, mas apenas associativa. Mas a incerteza na causalidade, não é razão se para deixarem de incentivar os sistemas de crenças intrínsecos aos pacientes, já que esses se mostraram benéficos na diminuição da depressão.

Com relação, ainda, à depressão, o impacto da espiritualidade sob seus sintomas e em comportamentos de risco em adolescentes, por ser um tema pouco explorado, foi escolhido como objeto de estudo de Cotton e colaboradores, no ano de 2005. Estudos anteriores mostraram que adolescentes que crêem em Deus e freqüentam serviços religiosos apresentam menor taxa de depressão e menos envolvimento em comportamentos de riscos do que seus pares menos religiosos. Por esta razão, fé e espiritualidade vêm sendo propostas como fatores de resiliência entre os jovens. A depressão na adolescência pode ser associada com baixo rendimento escolar, baixa qualidade de vida e altas taxas de suicídio. O primeiro objetivo do citado estudo foi examinar a espiritualidade como um construto significativo na vida dos adolescentes e o segundo dizia respeito à contribuição da espiritualidade, para além da religiosidade, nos sintomas depressivos e nos comportamentos de risco para a saúde (por exemplo, comportamentos sexuais de risco ou uso de substâncias ilegais). O levantamento foi feito com 134 adolescentes, de uma escola secundarista suburbana do meio-oeste dos EUA, que responderam ao questionário *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) (Pesquisa de Comportamento de Risco na Juventude) juntamente com questões adicionais sobre espiritualidade, religiosidade e sintomas depressivos. Um questionário específico para depressão, *Children's Depression Inventory Short Form* (Breve Inventário de Depressão

Infantil), também foi utilizado. Os achados trouxeram uma média de idade de 16,2 anos. Nos itens sobre espiritualidade, 89% dos alunos afirmaram crer em um Poder Maior/Deus e que Ele “ama e cuida deles”, 77% declararam que a religião era importante em suas vidas e 68% disseram que sua relação com esse Poder Maior/Deus contribuía para seu bem-estar geral. A maioria dos jovens (77%) sentia-se bem em relação ao futuro e 86% acreditavam que suas vidas tinham um real propósito. Maior bem-estar religioso, existencial e espiritual total foram significativamente associados com menor quantidade de sintomas depressivos, sendo que esses dois últimos também foram positivamente correlacionados com comportamentos menos arriscados para a saúde. A espiritualidade pode fornecer aos adolescentes uma fonte de apoio a partir do qual derivam significado e propósito, promovendo assim resiliência, melhora na vida e maiores chances de atravessar essa conturbada fase com sucesso.

Segundo Pérez, Little e Henrich (2009) o índice de depressão pode aumentar dramaticamente desde a infância até a adolescência, quando acontece o período de maior vulnerabilidade. Esse transtorno durante a puberdade é associado a momentos de adaptação, incluindo desempenho escolar, abuso de drogas, comportamento sexual de alto risco, comportamento anti-social, problemas de saúde física e comportamento suicida. Quem apresenta níveis subclínicos de depressão, também, demonstra prejuízo significativo no comportamento social e acadêmico, sendo de alto risco para o desenvolvimento de depressão severa. E embora religiosidade e espiritualidade sejam, usualmente, associadas com baixos níveis de sintomas depressivos entre adolescentes, os mecanismos potenciais dessa relação, raramente, são examinados de forma empírica, bem como poucos estudos têm usado referencial teórico para orientar a pesquisa. Quatro possíveis mecanismos psicossociais têm recebido certa dose de atenção empírica com relação ao binômio religião-saúde: práticas saudáveis, suporte social, estruturas de crenças e recursos psicossociais como auto-estima e auto-eficácia. Diante do exposto, esses mesmos autores, em 2009, decidiram realizar uma pesquisa prospectiva, para examinar se as crenças nas atitudes pessoais e o *coping* poderiam mediar a relação entre espiritualidade e sintomas depressivos em uma amostra, composta por 1096 escolares adolescentes, de uma escola pública da região nordeste, nos EUA, e verificar se gênero, raça e o nível de ensino poderiam interceder nesse modelo. As entrevistas foram baseadas no auto-relato dos alunos, tendo como base os seguintes questionários: *Index of Core Spiritual Experience* (INSPIRIT) (Índice Nuclear da Experiência Espiritual), *Multi-dimensional Control Agency Means-Ends protocol* (Multi-CAM) (Protocolo da Atividade de Controle Multidimensional para Meios Extremos), *Behavioral Inventory of Strategic Control* (BISC) (Registro Comportamental de Controle Estratégico), *Children's Depression Inventory*

(CDI) (Registro de Depressão Infantil). Os resultados trouxeram que a espiritualidade teve um efeito direto significativo sobre a atitude pessoal e indireto sobre o *coping*, mas o efeito indireto foi insignificante sobre os sintomas depressivos. As crenças nas atitudes pessoais e de *coping* foram utilizadas como mediadores da relação entre espiritualidade e as mudanças nos sintomas de depressão nos adolescentes. A espiritualidade proporciona mudanças nos sintomas depressivos, através de crenças nas atitudes pessoais e *coping* para as meninas, mas não para os meninos. Esta diferença é significativa considerando o maior risco de depressão entre garotas, em comparação com os rapazes durante a adolescência. Há evidências de que meninas carregam mais fatores de risco preexistentes para depressão, que podem combinar-se com o aumento dos desafios biológicos e sociais do período, portanto, é imperativo compreender potenciais fatores psicossociais que possam ajudar a protegê-las da depressão. O modelo não foi moderado por nível de classe ou raça. E este estudo se concentrou em um grupo de sujeitos não-clínicos que mostraram baixos níveis de sintomas depressivos e em que o estresse não foi medido. Com efeito, a associação entre espiritualidade e os sintomas depressivos parece ser ampliado sob condições estressantes. Se a atitude pessoal e o *coping* de comportamento são mecanismos pelos quais a espiritualidade funciona como proteção contra os sintomas depressivos para os adolescentes de alto risco, organizações religiosas bem como não-religiosas poderiam trabalhar em conjunto para promoverem estes pontos fortes na saúde mental e no bem-estar desses indivíduos.

No outro extremo, tem-se a depressão em pessoas idosas. A deterioração da saúde e do bem-estar na população idosa é caracterizada pelo declínio na função cognitiva, na habilidade da resolução de problemas, no desempenho profissional, na concentração e no entendimento, que combinados causam confusão mental e isolamento. A tristeza e a depressão também são comuns, podendo desempenhar um importante papel na diminuição do apetite, perda de peso, fadiga, problemas no sono, apatia, perda de interesse e ressentimentos. Nas últimas duas décadas, segundo You e colaboradores (2009), muitos estudos empíricos de gerontologistas reportaram que o envolvimento religioso tem efeito promotor de bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade, saúde física e efeito protetor contra os sintomas depressivos. A justificativa para esse impacto positivo é que a participação em atividades religiosas organizadas, como a ida a igrejas ou sinagogas, pode permitir o acesso a recursos sociais e psicológicos que promovem o enfrentamento e protegem contra o desgaste da vida pelo estresse. Outras justificativas para os efeitos positivos da espiritualidade e das práticas religiosas, na saúde física e mental, decorrem da associação com o propósito/significado na vida das pessoas, ou a promoção de uma barreira protetora ou mediadora do estresse.

Esses fatores somados ao número reduzido de trabalhos sobre idosos que moram sozinhos, especialmente, àqueles residentes na Coreia, população pouco representada nas pesquisas já realizadas quando comparados às populações ocidentais, que possui maioria cristã enquanto na Coreia 33% são budistas, 37% não são adeptos de religião e 29% são cristãos, foram as motivações que levaram You e colaboradores (2009) a realizarem este estudo descritivo, comparativo, correlacional e com método de amostragem conveniente, envolvendo 152 sul-coreanos com mais de 65 anos de idade e moradores da zona rural da província de Chounbook. Duas hipóteses foram levantadas: os idosos coreanos que vivem só seriam mais depressivos e teriam menos saúde do que os que vivem com os familiares; e quem possui maior religiosidade e espiritualidade apresentaria menor nível de depressão e nível mais elevado de saúde geral. Nessa pesquisa a religiosidade foi conceitualizada como um nível de crença do indivíduo e da prática de uma religião e a espiritualidade, como um nível de relação transcendente do indivíduo com um Ser Superior ou com o Universo. Os dados foram colhidos a partir de questionários – *Profile of Mood Status* (POMS-SF) (Perfil do Estado do Humor), *The Spirituality Index of Well-Being* (SIWB) (Escala do Bem-Estar Espiritual), *The Daily Spiritual Experiences Scale* (DSES) (Escala da Experiência Espiritual Diária). Dessa amostra, 80 idosos viviam sozinhos e 72 com parentes. Os solitários eram mulheres em sua maioria (90%), mais de um terço não tinha nenhuma educação e a maioria vivia na miséria. E, independentemente, da condição de vida, nível socioeconômico, religiosidade ou espiritualidade, as mulheres tiveram escores médios mais elevados para depressão e baixo estado de saúde. Houve significativas diferenças de idade, educação e renda entre os que moravam sós e os que moravam acompanhados. Constatou-se maior depressão em quem vive só – confirmação da primeira hipótese; bem como quem possuía maior espiritualidade mostrou menor nível de depressão e melhor saúde geral, mesmo quando controladas as variáveis de gênero, renda e presença ou ausência de companhia para morar; a frequência de comparecimento à igreja não foi relacionada à depressão ou a saúde, especialmente porque essa não é uma prática comum entre os coreanos – confirmando em parte a segunda hipótese. E o bem-estar e as atividades espirituais apresentaram valores moderados e negativos para a depressão, mas relação positiva com a saúde geral. As práticas espirituais mais utilizadas pelos dois grupos (mais de 60% deles) foram: recordar memórias positivas, praticar exercícios relaxantes e rezar sozinho. A oração e a meditação foram os métodos mais utilizados para lidar com o estresse e os problemas de saúde. Embora o presente estudo tenha sido coerente com a literatura utilizada como base teórica pelos autores, mostrando a espiritualidade como preditor de resultados positivos para a saúde, a pesquisa

não apresentou sintonia com as variáveis de religiosidade específicas e depressão, pois os estudos prévios foram baseados em conceitos judaico-cristãos de religiosidade, não sendo, portanto, válidos para mensurar a população em questão, especialmente, quando a prática religiosa não é refletida pela assiduidade. Concluindo-se que os significados da religião e do comportamento são inerentes à cultura e a sociedade em que as pessoas vivem, não excluindo a necessidade de priorizar, nos serviços de saúde, programas de atendimento a idosos que vivem sozinhos na zona rural.

Outro grupo que também merece atenção em pesquisas relacionadas à depressão é o dos residentes do curso de medicina. O treinamento da residência é um período difícil da carreira de um médico, acarretando distúrbios do sono, conflitos interpessoais, fadiga, e altos níveis de estresse. A religiosidade e a espiritualidade têm apresentado associação com a saúde física e mental em uma variedade de populações de diferentes idades, etnias, com ou sem doenças crônicas ou deficiências. Os médicos residentes têm incorporado aspectos de religiosidade e espiritualidade na promoção do próprio bem-estar. E mesmo com o crescente interesse no estudo da espiritualidade/religiosidade no contexto da relação médico-paciente, pouco se vê com relação a pesquisas empíricas que examinem como a espiritualidade e religiosidade dos próprios médicos podem afetar a forma como lidam com o estresse da profissão e da residência médica, em particular. Yi e colaboradores, em 2006, promoveram uma investigação sobre a prevalência de sintomas depressivos significativos entre 227 residentes da Universidade de Cincinnati, EUA, avaliando os níveis de sintomas depressivos nos residentes das clínicas de pediatria, medicina interna, medicina interna pediátrica e medicina da família do Hospital Infantil do Centro Médico de Cincinnati. A avaliação de como os sintomas depressivos estavam relacionados a dimensões específicas da espiritualidade, religiosidade e mecanismos de enfrentamento religioso foram os objetivos específicos do estudo. Os instrumentos utilizados foram o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CESD-10) (Centro de Estudos Epidemiológicos para a Escala de Depressão), *Duke Religion Index* (Índice Religioso de Duke), *Brief RCOPE* e o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being-Expanded* (FACIT-SpEx) (Avaliações Funcionais do Tratamento de Doenças Crônicas e Bem-Estar Espiritual Expandido). Os achados mostraram que 57 (25%) dos inquiridos apresentaram sintomas depressivos significativos. Na análise univariada, os sintomas depressivos importantes foram, significativamente, relacionados com o tipo de programa de residência e com a rotatividade dos pacientes das enfermarias e das unidades de cuidados intensivos, com o estado de saúde deficiente, *coping* religioso negativo e bem-estar espiritual deficiente. Os residentes da

medicina da família foram os que tiveram menores valores para os sintomas depressivos, enquanto a residência em medicina interna pediátrica foi a mais susceptível. Quem usou a religião negativamente ao lidar com estresse, quem apresentou pobre bem-estar espiritual ou que buscou apoio superior apresentou maior probabilidade de ter sintomas mais significativos. Não obstante o índice de respostas tenha sido bem elevado, aqueles com saúde psicológica deficiente podem ter sido menos propensos a participarem do estudo, causando um viés na associação, uma vez que os entrevistados participantes, provavelmente, relataram um estado psicológico, de saúde e bem-estar espiritual mais favoráveis do que aqueles que não participaram, limitando a generalização. Mas apesar de limitações como essa, os resultados sugeriram que intervenções para minimizar o *coping* religioso negativo e para aumentar o bem-estar espiritual podem diminuir o risco a sintomas depressivos durante a fase da residência. E como o bem-estar psicológico dos médicos em formação influencia diretamente o atendimento ao doente, abordar as necessidades espirituais desses agentes de saúde, ajudá-los a lidarem com seus humores e estresses associados a sua formação, o que beneficiará paciente e residente.

Conquanto muitos estudos tenham sugerido taxas mais baixas de sintomas depressivos em quem afirmava ter maior espiritualidade, pouco se tinha investigado sobre os mecanismos pelos quais a espiritualidade poderia estar relacionada à depressão. Assim, modelos explicativos são considerados uma das prioridades na averiguação da relação entre espiritualidade e saúde, incluindo aqui a depressão. Espiritualidade pode influenciar na diminuição de sintomas depressivos através da ativação de certos sistemas cognitivos, comportamentais e sociais – que são sabidos eficientes no combate à depressão. O estudo, conduzido por Mofidi e colaboradores, em 2007, procurou elucidar os possíveis mecanismos psicossociais que ligam essas duas variáveis. Foram selecionados e examinados três construções distintas - otimismo, voluntariado e suporte social – com base na teoria, evidência empírica ou ambos, bem como na disponibilidade de dados. De acordo com esses autores, o otimismo é constantemente ligado a melhor saúde mental, inclusive à diminuição de sintomas depressivos, e sua relação com a espiritualidade, provavelmente, vem do fato da visão do mundo espiritual, que situa os eventos em um plano global ou os vê como animados por um propósito maior, fomentando, além do sentimento de otimismo, a confiança. Com relação ao trabalho voluntário, a literatura aponta a espiritualidade como possível precursor do mesmo. Quanto ao apoio social, este foi tido como poderoso preditor de resultados desejáveis na saúde física e na mental, devido, principalmente, à diminuição da solidão. A amostra do trabalho foi composta por 630 moradores da zona rural da Carolina do Norte, EUA, portadores de

osteoartrite, com depressão e/ou ansiedade. Os dados foram coletados através de entrevistas que se basearam no *Daily Spiritual Experiences Scale* (Escala de Experiências Espirituais Diárias), *Life Orientation Test* (Teste de Orientação de Vida) e *Instrumental-Expressive Social-Support Scale* (Escala Instrumental Expressiva de Apoio Social). A média de idade dos entrevistados foi de 63,3 anos e encontrou-se que 84,5% deles buscavam conforto na sua religião ou espiritualidade, 65,5% sentiam a presença de Deus junto a eles, 67,4% procuram ver o lado positivo dos acontecimentos e 68,3% estavam otimistas com relação ao futuro. Espiritualidade não foi diretamente associada ao apoio social, embora tenha havido relação indireta com o voluntariado, devido a motivações altruístas ou obrigações religiosas. Foi encontrada, ainda, uma ligação entre o voluntariado e o apoio social na melhora dos sintomas depressivos. A relação entre espiritualidade e os sintomas depressivos é complexa. Esses achados podem apresentar implicações à saúde pública, uma vez que o avanço da idade traz consigo mudanças, incluindo a diminuição da saúde, o surgimento de doenças crônicas, e uma variedade de perdas. Tais mudanças podem afetar negativamente o funcionamento psicossocial e resultar em sofrimento psíquico, como depressão, que é problema de saúde prevalente em idosos. A identificação da espiritualidade como um recurso potencial poderia contribuir com os profissionais de saúde no desenvolvimento de intervenções para ajudar as pessoas a lidar melhor essas questões.

O isolamento social - um dos maiores fatores de risco para a depressão, pode ser combatido através do pertencimento a uma comunidade religiosa que funciona como fonte de integração social - e a falta de significado da vida - outro fator de risco para inúmeras doenças mentais pode ser debelado pelos ensinamentos religiosos e crenças que fornecem um quadro coerente para interpretar os acontecimentos da existência dando-lhe significado - são dois exemplos de como a proteção fornecida pela espiritualidade e religiosidade pode agir. Devido à falta de entendimento ainda latente sobre a complexa relação entre a religiosidade, a espiritualidade e o risco de depressão, Maselko, Gilman e Buka, em 2009, conduziram um trabalho, onde o tema central foi a investigação da influência independente do comparecimento ao serviço religioso e duas dimensões do bem-estar espiritual (religioso e existencial) da vida sobre o risco de depressão severa. Entendendo-se aqui, o bem-estar religioso como a qualidade da relação do indivíduo com Deus ou um poder superior, ao passo que o bem-estar existencial reflete o senso de significado e propósito de vida. Os dados vieram do *The New England Family Study* (NEFS) (O Estudo da Família da Nova Inglaterra), um estudo coorte, com 918 participantes, idade média de 39 anos e utilização de avaliações feitas a partir do *Spiritual Well-Being scale* (Escala de Bem-Estar Espiritual), *Composite*

International Diagnostic Interview (CIDI) (Entrevista Diagnóstica de Composição Internacional) e o critério do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV) (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quarta Edição). Os resultados mostraram que 30% dos entrevistados apresentaram episódios de depressão severa durante a vida, 55% relataram freqüentar, na época da pesquisa, serviços religiosos; sendo que destes 93% freqüentaram o serviço durante a infância. Aqueles com histórico de depressão severa tinham menor freqüência ao serviço religioso e menor pontuação na escala de bem-estar existencial e religioso. A freqüência aos serviços religiosos estava relacionada com uma diminuição de mais de 30% dos episódios de depressão severa durante a vida, embora o bem-estar religioso não tenha apresentado uma associação significativa. E pessoas com níveis médios ou altos de bem-estar existencial tiveram menos riscos de terem episódios depressivos, podendo chegar a uma redução de até 70% nas chances de tê-los. Embora o comparecimento ao culto e o bem-estar existencial estivessem associados à depressão de forma protetiva ao praticante, o bem-estar religioso mostrou-se vinculado a maiores chances de episódios depressivos. Assim, pôde-se notar que os vários domínios da religiosidade e espiritualidade são diferencialmente associados à presença de depressão severa. Essa complexidade na interação entre os fatores deve ser levada em conta, durante uma pesquisa, para que uma abordagem demasiado simplista, ou uma que se concentre, apenas, em um único domínio de forma isolada - como, por exemplo, só o comparecimento ao culto - não leve a conclusões incorretas sobre a verdadeira relação entre religiosidade, espiritualidade e depressão.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, em que a religiosidade e a espiritualidade não devem ter suas abordagens centradas em um conceito unidimensional (para sua análise), considerando que estas sejam fenômenos distintos, apesar de relacionados e conceituando o bem-estar psicológico como um construto multidimensional, foi que Greenfield, Vaillant e Marks, em 2009, examinaram se a freqüência dos indivíduos na participação religiosa formal e as percepções espirituais estavam independentemente associadas com diversas dimensões do bem-estar psicológico - afeto negativo, afeto positivo, propósito na vida, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, auto-aceitação, domínio do ambiente, e autonomia. Este estudo adotou uma abordagem sistemática à análise multidimensional, a medida que dois aspectos específicos da religiosidade/espiritualidade - freqüência de participação religiosa e percepção espiritual - estão, independentemente, associados a um conjunto diversificado de dimensões teoricamente derivadas do bem-estar psicológico. O foco recaiu sobre a freqüência dos indivíduos na participação religiosa e

percepção espiritual, porque, em contraste com os outros, estes aspectos da religiosidade/espiritualidade representam mais dimensões distintas de envolvimento religioso-institucional e as experiências espirituais individuais. Fez-se também, uma análise para que se comprovassem as associações entre a participação religiosa formal, a percepção espiritual e o bem-estar psicológico diferem por gênero e idade. O termo religiosidade foi empregado em uma abordagem mais interpessoal e institucional, derivando de um engajamento a um grupo religioso formal, em contraste com a espiritualidade que foi utilizada para experiências psicológicas do indivíduo, ligando-o a um senso de conexão com o transcendente, consigo e com sentimentos de admiração, gratidão, compaixão e perdão. Os dados desse estudo vieram dos 1.564 entrevistados do 2005 *National Survey Of Midlife in the U.S.* (MIDUS) (Pesquisa Nacional da Meia-Idade nos EUA de 2005). Os resultados indicaram que maior frequência na percepção espiritual era consistente e, independentemente, associada com melhor bem-estar psicológico, em todas as dimensões analisadas. Em contraste, embora a maior frequência na participação religiosa formal estivesse associada a altos níveis de propósito de vida, essa assiduidade não esteve, independentemente, relacionada com os outros construtos citados aqui, e ainda foi associada a baixos níveis de autonomia. Com relação ao gênero, a diferença nos níveis de propósito na vida foi 42% maior entre mulheres do que em homens; na auto-aceitação foi 47% maior para o sexo feminino. Do exposto, notavelmente, os resultados indicaram que os níveis mais elevados de percepção espiritual foram associados com melhores níveis de bem-estar psicológico em todas as oito dimensões investigadas e embora essa assertiva sugira a primazia da percepção espiritual sobre a frequência na participação religiosa formal, esse estudo não deve ser interpretado de modo a minimizar os potenciais benefícios psicológicos da participação religiosa formal.

Os efeitos da religião vêm sendo debatidos a longo tempo na literatura. Embora construtos de saúde mental tenham sido relacionados à religiosidade, poucos deles abordam um dos mais prevalentes, onipresentes e debilitantes índices de saúde mental: a ansiedade, que perde a dianteira somente para a depressão, em número de casos. Tentando preencher essa lacuna, Shreve-Neiger e Edelstein, em 2004, descreveram e sintetizaram 17 trabalhos publicados desde 1962, em uma revisão crítica, procurando por conexões entre índices de ansiedade e religião. Os cinco estudos que conectaram religiosidade com diminuição da ansiedade mostraram que a frequência à igreja foi relacionada com um menor percentual de ansiedade para diversas populações. Vários autores, também, concluíram que ter algum tipo de filiação religiosa estava ligado a baixos níveis de ansiedade e que a oração contemplativa foi associada a maior segurança e menor sofrimento; e quando a religiosidade era conceituada

como extrínseca ou intrínseca, essa última foi relacionada a menor preocupação e ansiedade. Quatro trabalhos não mostraram nenhuma relação entre ansiedade, estresse e religiosidade, e a maioria encontrou uma relação negativa entre a religiosidade e a ansiedade. A análise crítica dos autores, com relação aos levantamentos feitos, trouxe à tona resultados mistos e contraditórios, que foram atribuídos à falta de medidas padronizadas, amostragens escassas, falta de controle na validação e avaliação limitada da ansiedade, devido à utilização de medidas de auto-relato. A preocupação veio do fato de que os estudos revisados não examinaram a relação entre parâmetros fisiológicos, cognitivos e comportamentais da ansiedade generalizada. O uso do auto-relato foi uma limitação de todos os trabalhos revistos. Assim como a natureza multidimensional da religião foi adotada, as dimensões múltiplas ou o modelo tripartido (cognitivo, fisiológico e comportamental) da ansiedade não deviam ter sido ignorados. Embora os resultados tenham apresentado distorções, evidências preliminares sugeriram que a ansiedade e a religião relacionavam-se em alguns aspectos, e essa conexão pode apresentar relevância no tratamento e na prevenção de ansiedade em uma variedade de populações, especialmente aquelas em que algum aspecto da religião é de fundamental importância.

Outra desordem psiquiátrica importante que mostra relação com a espiritualidade e a religiosidade é a esquizofrenia. Fatores biológicos, sociais e psicológicos devem ser levados em conta para explicá-la e mediar os efeitos dos tratamentos. Por muitos anos, estudos envolvendo religião e esquizofrenia estiveram focados, apenas, nos delírios e alucinações de conteúdo religioso. Só recentemente o papel da religiosidade, como mecanismo de *coping* e recuperação de pacientes esquizofrênicos, começou a apresentar interesse crescente, mesmo sendo uma tarefa difícil, uma vez que a religiosidade pode ser ou uma manifestação de alguma psicose ou um comportamento de enfrentamento por parte dos pacientes para ajudá-los a lidar com os sintomas. E dada a relevância e prevalência da religião para muitos acometidos pelo transtorno, a mesma deveria ser integrada ao modelo biopsicossocial, a fim de proporcionar uma abordagem integral do tratamento (MOHR, 2006).

Sendo esse o motivo do trabalho proposto por Mohr e colaboradores, em 2006, em um coorte de 115 pacientes psiquiátricos ambulatoriais, com idade entre 18 e 65 anos, tratados em Genebra e que sofrem de transtornos psicóticos. Houve investigação sistemática dos papéis positivos e negativos da religião para lidar com a psicose e outros aspectos da vida desses pacientes. As entrevistas clínicas foram consideradas como método mais apropriado na condução desse estudo por permitir aos médicos adaptarem sua linguagem às crenças de cada um deles individualmente. Relações entre *coping* religioso e variáveis clínicas também foram

avaliadas. Por religião, no presente estudo, entenda-se ambos: espiritualidade e religiosidade. As entrevistas foram baseadas em questionários do tipo *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research* (Mensuração Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade para Uso em Pesquisa de Saúde) e o *Duke Religion Index* (Índice Religioso de Duke). Além da análise quantitativa das entrevistas, foi feita uma qualitativa, por dois dos autores, separando os pacientes em três grupos de acordo com suas estratégias de *coping*: *coping* positivo, negativo e sem *coping* religioso. Os resultados trouxeram que 85% consideravam a religião importante em suas vidas. Destes 45% afirmaram, ainda, que era o elemento mais importante, 76% classificaram a religiosidade como sendo essencial no dia-a-dia, 67% disseram dar um sentido a suas vidas e 60% disseram ajudar a lidar com a doença. Cinquenta e dois por cento disseram, também, que a religião ajudava-os a obter controle sobre a enfermidade e 63% que lhes dava conforto. Quanto às práticas religiosas: 56% nunca participaram delas com outras pessoas; 14% só ocasionalmente e 30% no mínimo uma vez por mês; 20% disseram receber grande apoio da sua comunidade religiosa e 10% recebiam algum apoio; 24% nunca se engajaram em nenhuma prática religiosa sozinhos, 14% ocasionalmente o faziam, 10% toda semana e 52% todos os dias. Alguns pacientes percebiam um antagonismo entre sua religião e a medicação (12%) ou o suporte terapêutico (10%). E a maioria dos entrevistados se sentia a vontade para falar sobre religião com seu psiquiatra (80%). Quanto ao *coping* religioso, 71% usavam o *coping* positivo e para três quartos destes, a religião dava significado à doença, sobretudo, através da aceitação do sofrimento espiritual, ou da crença de que a doença era uma prova divina para o crescimento espiritual, ou uma graça, ou um dom; 14% utilizavam o *coping* o negativo, que para eles significava fonte de desespero e sofrimento, podendo aumentar a desilusão, a depressão, o risco de suicídio e o abuso de drogas; enquanto o grupo que não utilizava o *coping* religioso, apresentou maior probabilidade, quando comparado com os outros dois grupos, de possuir mais usuários de drogas, mais sintomas negativos da doença e maior duração da mesma. Do total da amostra, a religiosidade teve um efeito positivo em 90% dos entrevistados, que a utilizavam como *coping*; para 33% que a buscaram para serem curados e para 80% dos que se voltaram para a religião como um resultado positivo para seus sintomas psicóticos. No nível psicológico a religião proporcionou a esses pacientes um sentido positivo de si mesmo, em termos de esperança, conforto, significado de vida, auto-estima, autoconfiança e assim por diante. Socialmente, o aspecto religioso forneceu diretrizes para o comportamento interpessoal, proporcionando a redução da agressividade e a melhora nas relações sociais. Mas mesmo diante da importância subjetiva da religiosidade e do importante

apoio social promovido, apenas, um terço dos esquizofrênicos do grupo do *coping* positivo receberam suporte da comunidade religiosa, alguns, se quer, receberam apoio. A religião pode ainda desempenhar um papel positivo ou negativo na comorbidade que é frequentemente associada à esquizofrenia, proteger contra o suicídio, bem como aumentar ou diminuir a adesão ao tratamento por parte do paciente. Esses resultados contraditórios são justificados pelos próprios pacientes quando afirmam que a doença pode afetar sua religiosidade. Mesmo assim, para lidarem com a esquizofrenia e suas conseqüências sociais, 52% afirmaram usar do *coping* religioso.

Mohr, juntamente com seus colaboradores, no ano seguinte, considerando não haver um questionário validado que relacionasse espiritualidade e religiosidade à esquizofrenia, desenvolveram e testaram uma entrevista clínica semi-estruturada adaptada a uma variedade de crenças espirituais e vários tipos de *coping* religioso, em que apresentaram suas características em termos de validade de construto e confiabilidade e, em seguida, exploraram as relações transversais existentes entre religião e características clínicas. A pesquisa englobou, dentro da definição de religião, a espiritualidade e/ou a religiosidade. Cento e cinquenta pacientes internados em quatro ambulatórios psiquiátricos, em Genebra, participaram da pesquisa. A entrevista proposta pelos autores foi baseada em diferentes escalas e questionários, a saber: *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research* (Mensuração Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade para Uso em Pesquisa de Saúde), *Religious Coping Index* (Índice de Enfrentamento Religioso) e um questionário sobre a adaptação espiritual e religiosa para eventos da vida. Essa entrevista explorou a história religiosa e espiritual do paciente, suas crenças, suas atividades religiosas privadas e comunitárias, a importância da religião no seu dia-a-dia e como meio de lidar com a doença e suas conseqüências e o sinergismo ou incompatibilidade da religião com o tratamento psiquiátrico. Os resultados mostraram que quase metade dos pacientes (45%) tinham a religião na posição central de suas vidas, mas não sendo encontrada relação da religião com fatores sociodemográficos. Os doentes que abusavam de substâncias sentiam a medicação como antagonista da religião com frequência maior do que os outros (24% vs. 6%). Os entrevistados com melhor adaptação social e com sintomas mais gerais sentiam-se mais à vontade para falarem sobre o tema com seus psiquiatras. A análise fatorial tornou evidente que a religião não é um constructo único, mas multidimensional, que poderia ser central na vida de um paciente sem, contudo, ajudá-lo a lidar com a doença, ou apresentar, ao mesmo tempo, grande importância subjetiva e envolvimento em comunidades religiosas, ou seja, a associação entre a religiosidade intrínseca e extrínseca. Houve também a

confirmação da elevada prevalência da religiosidade e do *coping* religioso nos portadores de psicoses. No momento em que outras fontes de apoio falharam, além de terem sido pouco convincentes, o suporte espiritual ofereceu explicações promovendo um senso de controle e trazendo novos significados, quando os antigos já não eram suficientes. E a concepção transversal desse estudo mostra que a relação entre religião e psicopatologia não pode ser vista como índice de causalidade. Essa entrevista idealizada pelos autores apresentou aplicabilidade à diversidade de crenças religiosas, incluído as patológicas, com alta confiabilidade interobservadores e como um construto de validade, além de dispensar treinamento específico para seu uso.

Nesse mesmo ano de 2007, outro trabalho trazendo a esquizofrenia como tema central e utilizando o questionário citado foi realizado, dessa vez, por Borrás e colaboradores, que examinaram o impacto das crenças e práticas religiosas sobre a medicação e as representações da doença, em pacientes esquizofrênicos crônicos. Apesar das provas irrefutáveis sobre a efetividade da medicação antipsicótica na fase aguda e na manutenção do tratamento, uma significativa parcela dos pacientes não faz uso do medicamento e, portanto, apresentam um maior risco de recaída. A não aderência ao medicamento, por parte dos esquizofrênicos, varia entre 50% e 60% durante o primeiro ano após a alta hospitalar. Pesquisas mostraram que a satisfação em ser religioso aumentou a colaboração com o tratamento. A amostra era composta por 103 pacientes estáveis do ambulatório psiquiátrico de Genebra, na Suíça. As entrevistas seguiram o mesmo padrão do estudo anterior. Mais de dois terços dos pacientes disseram possuir práticas religiosas privadas constantes e um terço disse possuir práticas religiosas comunitárias regulares. A religião desempenhava um importante papel no dia-a-dia de cerca de três quartos deles e no enfrentamento de dificuldades em mais da metade. Os pacientes colaborativos tiveram mais práticas religiosas comunitárias, onde 34% deles ressaltaram a importância do apoio da comunidade. Já os não colaborativos, pareceram ter pouco contato com a comunidade religiosa. O perfil dos pacientes de difícil adesão ao tratamento medicamentoso era de homens jovens, com ausência de atividades, baixa condição socioeconômica, sem treinamento profissional, sob tratamento combinando a ingestão de diversos antipsicóticos. A religião não foi associada, somente, à adesão, mas também a características clínicas: quanto mais importante era a religião na vida do paciente, menos eles abusavam de substâncias ilícitas e possuíam mais sintomas de remissão. Com relação à representação da doença para os pacientes, 57% deles afirmaram ter o aspecto da enfermidade diretamente influenciado pela sua crença espiritual. Para 31% dos entrevistados a religião trouxe-lhes um sentido positivo no que se refere à doença, enquanto que para 26% a

religiosidade possuía conteúdo negativo e o restante da amostra (43%) pareceu se deter ao modelo médico, falando só em termos de fragilidade e vulnerabilidade genética, sem que suas crenças espirituais intervissem na imagem da doença; 31% dos pacientes não colaborativos e 27% dos parcialmente colaborativos frisaram incompatibilidade ou contradição entre a religião e a medicação, contra, apenas, 8% dos pacientes com total aderência, mostrando a clara associação entre a representação da doença e o tratamento, especialmente, entre aqueles que sentiam dificuldade de adesão. Assim, a espiritualidade, como recurso para encontrar significado e esperança no sofrimento, foi visivelmente identificada como um componente-chave do processo de recuperação psicológica, confirmando que religião e espiritualidade são importantes nos transtornos mentais.

As crenças religiosas têm sido associadas, constantemente, à diminuição nas taxas de depressão, assim como o *coping* religioso desempenha um papel-chave nos efeitos produzidos pela religiosidade. Diante desse quadro, Mitchell e Romans, em 2003, realizaram um estudo transversal com 81 pacientes possuidores de transtorno bipolar, para elucidar as características religiosas e espirituais dessa amostra, através de um questionário. Especificamente, investigaram os possíveis mecanismos de *coping* religioso e comportamento desses pacientes, focando o aspecto clínico. O questionário foi adaptado do *Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs* (Entrevista Real Livre para as Crenças Religiosas e Espirituais), que avaliou a compreensão do indivíduo sobre o mundo - no âmbito religioso, espiritual ou psicológico - e a maneira pela qual tal compreensão influenciava sua vida. Quase todos os resultados (94%), indicaram alguma forma religiosa, espiritual ou filosófica de compreensão do mundo. A maioria afirmou praticar sua fé frequentemente e mostrou uma forte crença, apesar de dois quintos terem relatado que sua doença resultou em diminuição da fé. Mais de um terço dos entrevistados via conexão entre sua condição mental e sua crença. Quem se identificou como tendo crenças religiosas, ao invés de espirituais ou filosóficas, mostrou maior intensidade de sua fé bem como uma prática mais assídua. Aqueles que praticavam a sua fé, através de uma instituição, relataram maior mal-estar nos últimos cinco anos, sugerindo haver dificuldade em praticar sua fé de forma privada e sem o apoio de uma organização, quando estavam em crise, talvez porque a sua concentração era prejudicada ou as suas idéias-chave sobre si e o mundo estivessem substancialmente alteradas devido aos sintomas do transtorno de humor. Já aqueles que praticavam sua fé de forma não-organizacional pareceram mais prováveis de relatar que suas crenças ajudaram a gerir a sua doença bipolar e estarem cientes de um poder de influência sobre suas vidas. Certas formas de cura espiritual como a meditação, a oração em grupo e ações físicas, também, eram,

significativamente, mais prováveis de serem associadas ao controle da doença. Dezenove por cento dos entrevistados indicaram passar por problemas frequentes com os pareceres conflitantes entre os conselheiros espirituais e os médicos, em que um terço desses pacientes afirmou receber instruções de seus líderes para interromperem a medicação, pois sua cura espiritual já tinha sido alcançada. Isso ocorria, provavelmente, com aqueles que possuíam uma relação mais estreita com seus conselheiros e, por isso recebiam mais recomendações dos mesmos e, nesse aspecto, os evangélicos se mostraram mais propensos a apresentarem divergências nas recomendações recebidas. Apesar desse conflito, o *coping* religioso e a busca pela melhora espiritual foram positivamente associados à visão de que as crenças podem ajudar a gerir melhor tal transtorno.

A Organização Mundial de Saúde estima para a próxima década um aumento considerável da participação dos transtornos mentais entre as principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade. O transtorno bipolar de humor (TBH) estará entre as dez principais causas (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Nos últimos 20 anos, estudos sistematizados têm identificado uma relação positiva entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde, notadamente saúde mental. Entretanto, como são escassas as informações sobre R/E e o transtorno bipolar de humor, Stroppa e Moreira-Almeida, em 2009, decidiram revisar as evidências disponíveis sobre estas relações encontrando 122 artigos publicados, entre 1957 e 2008. A maioria dos estudos realizados até a década de 70 vê na espiritualidade uma evidência de adoecimento mental. Os estudos mais relevantes foram distribuídos por temas. Os delírios místicos, como primeiro deles, trazia que os autores clássicos da primeira metade do século XX apontavam a esquizofrenia e a epilepsia como os transtornos mentais mais, frequentemente, relacionados a sentimentos e sintomas religiosos. O trabalho de Koenig (1998), citado pelos autores, diferenciou qualitativamente os delírios: pacientes bipolares possuíam delírios religiosos como intensificação de suas crenças normais, enquanto os esquizofrênicos tinham delírios místicos autistas e bizarros. No tema dedicado à R/E, os estudos evidenciaram a especial importância dos aspectos religiosos e místicos na vida de pacientes bipolares, bem como a maior frequência com que utilizavam suas crenças religiosas para lidarem com situações de estresse e com sua doença. O *coping* religioso e espiritual (CRE) foi, frequentemente, utilizado pelos pacientes. As estratégias de *coping* positivas resultam em bem-estar, confiança e calma, mas, também, negativas se encerram a culpa, medo e autodesvalorização, sentimentos desvantajosos para a saúde psíquica. E atividades psicoeducacionais foram citadas na orientação de estratégias de CRE com importante benefício para pacientes

religiosos. Recursos comunitários e intervenções religiosas também foram abordados, nas quais inúmeros autores ressaltaram a importância da associação do tratamento farmacológico com as abordagens psicossociais. A qualidade do suporte social, das atividades sociais e das relações interpessoais foi relacionada com amenor recorrência da doença. Outro tema citado dizia respeito a comunidades tradicionais como, por exemplo, a etnia maori (Nova Zelândia) ou os *Amish* (EUA), uma vez que as mesmas, frequentemente, relacionaram transtornos mentais a causas espirituais, não tendo suas crenças acerca de saúde e doença substituídas por conceitos médicos. Muitos pacientes bipolares relataram conflito significativo entre médicos e conselheiros religiosos sobre como entender e lidar com sua doença. Sendo comum que os profissionais de saúde mental ignorassem ou criticassem crenças religiosas de seus clientes, com também líderes religiosos sentissem reservas em relação aos tratamentos nessa área. Entretanto os pacientes psiquiátricos dão grande importância às suas crenças atribuindo-lhes um papel relevante no enfrentamento da doença. E esses conflitos de paradigmas entre pacientes e profissionais de saúde trazem uma repercussão negativa sobre o tratamento, mas também podem apontar para a possibilidade de conciliação de estratégias de tratamento associadas ao respeito a crenças e culturas locais. Então, diante da frequência com que os pacientes bipolares se dizem religiosos, estratégias de tratamento psicossocial de conteúdo espiritual poderiam constituir-se em uma forma de auxiliar e dar qualidade a terapêutica farmacológica.

O impacto mais amplamente estabelecido da religião na saúde mental é o papel protetor ou preventivo que ela desempenha, sendo, muitas vezes, medido através da presença nas atividades religiosas institucionais, mas pouco se falou em investigar sistematicamente a associação entre a crença na vida após a morte e aspectos da saúde mental, visto que tal crença é um axioma fundamental da maioria das principais religiões, sendo até proposto por alguns estudiosos que a religião surgiu, primeiramente, como uma forma de lidar com a morte. A teoria sociológica atual vê a crença na vida após a morte como o cerne de muitos sistemas de crenças religiosas, provendo sentido para a vida atual e a promessa de recompensa na próxima (FLANNELLY, 2006).

Diante do bálamo trazido e da escassa literatura sobre o tema, Flannelly e colaboradores, em 2006, decidiram examinar a associação entre a crença na vida pós-morte e seis categorias de sintomas psiquiátricos, a saber: ansiedade, depressão, obsessão-compulsão, ideação paranóica, fobia ansiosa, somatização. Sua primeira hipótese dizia que o serviço religioso poderia estar negativamente associado à gravidade dos sintomas psiquiátricos para todas as seis categorias analisadas; a segunda teoria afirmava que a frequência da oração seria

inversamente proporcional à severidade dos sintomas; e, finalmente, a terceira trazia, também, uma relação inversa, só que entre a crença na vida após a morte e as seis categorias psiquiátricas. A amostra foi composta por 1.629 americanos, que responderam a um questionário, via internet, com três variáveis: frequência em atividades religiosas institucionais, frequência da oração e crença na vida após a morte. Os resultados mostraram que altos níveis de estresse foram associados ao aumento da sintomatologia em todas as classes, enquanto o suporte social apresentou uma relação negativa com esse aumento, só que variando para cada categoria, sendo a depressão a maior beneficiária desse suporte. O status socioeconômico, também, foi inversamente relacionado ao atendimento religioso. Quanto às hipóteses, não houve suporte para a primeira, uma vez que a atividade religiosa organizacional foi positivamente associada à melhora na saúde mental em todas as seis categorias consideradas. Igualmente, não foi encontrado suporte para a segunda: a associação estatisticamente significativa e positiva entre a oração e a gravidade dos sintomas psiquiátricos de cinco categorias, com exceção da depressão, foi encontrada, mostrando que pessoas com níveis mais elevados de sintomas rezavam como maior frequência. Já na hipótese três, houve a confirmação de que a crença na vida após a morte leva os pacientes a baixos níveis sintomatológicos nas seis categorias psiquiátricas. Tal crença pode ajudar a colocar as experiências do paciente em um contexto mais amplo. Se esta vida é apenas uma pequena parte do que está por vir, os problemas diários e até traumas graves podem ser vistos como meramente temporários ou etéreos. A sensação de que a vida é significativa e gerenciável é um importante recurso que permite às pessoas verem experiências estressantes como menos ameaçadoras e lidar com eles de forma mais eficaz. A crença na vida após a morte parece proporcionar essa perspectiva.

Além das principais religiões, doutrinas como o espiritismo também têm como base a crença na vida após a morte. E foi focado nessa doutrina que Leão e Lotufo Neto, em 2007, propuseram-se estudar os resultados terapêuticos da aplicação de práticas espirituais em pacientes portadores de deficiência mental e avaliar o impacto de uma reunião mediúnica na evolução clínica e comportamental dos mesmos. A instituição estudada, o Centro Espírita Nosso Lar Casas André Luiz (Cencal), oferece atendimento técnico multidisciplinar a 650 pacientes portadores de deficiências mentais e múltiplas, internados na Unidade Hospitalar de Longa Permanência das Casas André Luiz, e que passam a vida inteira no hospital, não interferindo, no entanto, nos procedimentos da medicina convencional. Os dados foram colhidos através da Escala de Observação de Pacientes Psiquiátricos Internados (EOIPPI) e da Escala de Observação Direta do Comportamento. Os pacientes da instituição foram

acompanhados por seis meses, sendo avaliados no início e no final desse período pela escala EOIPPI e constituindo-se em um estudo duplo-cego. A amostra foi formada por dois grupos: um grupo experimental formado por 20 pacientes que ao longo desse período participaram das reuniões mediúnicas. O grupo controle foi formado por 20 pacientes, por meio de pareamento (por idade, sexo e grau de deficiência mental), a partir dos outros 630 pacientes que não participaram da reunião mediúnica. Os resultados apresentaram melhora em 55% dos pacientes do grupo experimental, confirmando a hipótese defendida pelos autores. A princípio, as investigações foram conduzidas no sentido de verificar se pacientes que se comunicaram via reuniões mediúnicas apresentaram melhoras significativas em sua evolução clínica e comportamental. Como a população foi composta de portadores de retardo do desenvolvimento mental, não houve a preocupação de buscar-se possibilidades de cura, mas, tão somente, melhoras clínicas de intercorrências pontuais e, principalmente, melhoras comportamentais.

Os dados empíricos sobre as associações entre as variáveis religiosas e resultados de saúde são necessários para esclarecer a complexa interação entre eles, como vem sendo mostrado ao longo desse tópico. Desse modo, mais um estudo procura ratificar tal associação, dessa vez utilizando como sujeitos 345 pares de irmãos gêmeos presentes no *Vietnam Era Twin Registry* (Época do Registro de Gêmeos do Vietnã), um registro nacional nos quais ambos os irmãos serviram no exército durante a Guerra do Vietnã. O objetivo desse estudo, conduzido por Tsuang e colaboradores, em 2007, foi o de examinar se o envolvimento espiritual, o bem-estar religioso e o bem-estar existencial representavam, psicometricamente, construtos validados em uma amostra geograficamente diversificada, fora da clínica médica, em que havia uma variedade de crenças religiosas e não religiosas, bem como, verificar se tais construtos estavam associados à saúde física e aos diversos aspectos da saúde mental da amostra. A análise fatorial indicou que o bem-estar religioso e o bem-estar existencial se apresentavam, fenomenologicamente, distintos. Os resultados, também, sugeriram que as dimensões do bem-estar espiritual, do religioso e do existencial têm propriedades psicométricas aceitáveis e associações positivas com a saúde mental. Em contraste, as evidências de uma ligação positiva com a saúde física foram muito menos coerentes e convincentes. Não podendo ser esquecido que o bem-estar religioso é apenas um dos aspectos de atitudes religiosas, crenças e práticas que poderiam ter relevância científica no estudo da saúde física e mental. Sendo importante a distinção entre as variáveis explicitamente religiosas daquelas que apresentam uma dimensão essencialmente existencial ou psicológica de bem-estar pessoal, para que haja o correto dimensionamento do valor das práticas e crenças

religiosas na saúde, em que o maior desafio, talvez seja ir além dos estudos correlacionais e investigar as influências etiológicas do bem-estar espiritual na saúde.

O efeito do envolvimento religioso sobre a saúde física tem mostrado resultados positivos, mas também têm sido marcados por fatores de confusão. Em vista disso, Vaillant e colaboradores, em 2008, aproveitaram os dados do Estudo Prospectivo de Acompanhamento de 65 anos de Desenvolvimento do Adulto, nos EUA, para realizarem um levantamento, através da coleta sistemática de dados sobre o envolvimento religioso e espiritual e a saúde física e mental de 224 estudantes, do sexo masculino, do segundo ano da Universidade de Harvard, graduados entre 1940-1944, que foi monitorada durante 65 anos. Este estudo, historicamente, resultou em conclusões importantes sobre a saúde física, suporte social e abuso de álcool. Os resultados mostraram que na infância, a frequência à igreja foi associada à denominação religiosa dos pais e que os católicos apresentavam maior regularidade no comparecimento. Essa mesma frequência à igreja, na infância, foi relacionada com o envolvimento religioso na idade adulta. Contra a hipótese dos autores de que o envolvimento religioso poderia aumentar com a idade, 58% dos homens relataram pouca participação religiosa aos 65 anos, em contraste com apenas 28% quando adolescente. Vinte e cinco por cento dos 60 homens com pouco envolvimento religioso, quando jovens, estavam muito envolvidos, após 60 anos de idade. E 26% dos homens que freqüentavam a igreja regularmente, na adolescência, não tinham praticamente nenhum envolvimento após 60 anos de idade. Com relação à distinção entre religiosidade e espiritualidade, esses conceitos se sobrepõem de tal forma que não houve qualquer diferença de resultado significativo entre o efeito de ambos. A participação religiosa na idade adulta era completamente independente de qualquer medida da saúde física ou mental definida em uma ampla variedade de maneiras. Houve significativa associação entre o envolvimento religioso e eventos estressores da vida e a depressão, estes dois últimos, fortemente, associados à saúde mental deficiente. A expectativa de encontrar uma relação positiva entre saúde física e envolvimento religioso não foi correspondida. A descoberta de que o envolvimento religioso não aumentava com a idade foi atípico. O fato de que essa análise não esteve em concordância com numerosos estudos bem desenhados e sugestivos da contribuição do envolvimento religioso para a manutenção da saúde merece pesquisas mais extensas. No entanto, a fé, esperança e amor que os homens desse estudo, que desistiram do envolvimento religioso na meia idade, alegaram ter recebido de esposas, filhos e netos podem, eventualmente, ter servido como alternativa eficaz.

Além da aflição vivida pelos próprios portadores de desordens mentais, um dos eventos mais estressantes na vida de alguém é lidar com um familiar ou amigo próximo

possuidor de uma doença demencial. Stuckey, em 2001, procurou esclarecer o papel da religião e da espiritualidade como apoio para enfrentar tais tipos de experiências, procurando avaliar como pessoas de fé, quando confrontadas com eventos traumáticos, são capazes de atravessar a crise e de manterem um sentimento de esperança e propósito ao invés de cair no desespero. Um grupo de 20 católicos e protestantes idosos foi entrevistado, em um estudo qualitativo, em metade era de cuidadores de seu cônjuge com doença de Alzheimer e a outra metade era de não cuidadores. Esse estudo, também, propôs uma construção específica, *Reconciled Life Perspective* (RLP) (Perspectiva de Vida Reconciliada), para ajudar a explicar a ligação entre religião, espiritualidade e bem-estar. A RLP refere-se à conciliação das crenças e práticas espirituais e religiosas com eventos adversos da vida, onde aqueles com um forte RLP não se sentem abandonados por um ser supremo. Eles não esperam proteção contra acontecimentos traumáticos da vida por aderirem a uma determinada religião ou prática espiritual ou, ainda, crença em algo, mas por possuírem uma fé inabalável não se sentem desprotegidos e recorrem a sua entidade de apoio diante de tais situações. O estudo propôs que as fortes crenças espirituais e religiosas e suas práticas são recursos de adaptação eficazes de quem tem uma forte RLP, ou seja, elas são benéficas se as pessoas não se sentem abandonados por sua fé quando ocorrem eventos adversos. A religiosidade, a espiritualidade e a RLP foram avaliadas com o *Life Reflection Interview* (LRI) (Entrevista sobre Reflexão da Vida). A escolha de uma análise qualitativa se deveu ao fato da maior probabilidade dos entrevistados expressarem livremente suas opiniões. Nos resultados, cinco padrões foram encontrados entre os mesmos, a saber: atributos de Deus e da fé – estava relacionado à crença de que Deus cuida e tem um plano para cada um, sendo provedor e protetor ao mesmo tempo; crescimento espiritual – ocorria mais, quando os participantes estavam diante de eventos negativos por estarem mais propensos a recorrer às suas crenças; valores – o mais citado foi o humor, seguido da visão positiva da vida, da autoconfiança, do valor moral e da ajuda aos outros; definições e detalhes – para os entrevistados a religião abrangeu o aspecto comum do culto e adoração, enquanto a espiritualidade dizia respeito a um relacionamento pessoal com algo ou alguém superior a si mesmo, mas não havendo dúvidas quanto à existência de Deus; cuidado e outros eventos importantes na vida - todos os informantes afirmaram que utilizaram de suas crenças e práticas religiosas ou espirituais para lidar com eventos de vida importantes e estressantes. Nenhum entrevistado expressou sentimento de raiva contra Deus pelos momentos de dificuldade enfrentados. Para seis não cuidadores e quatro cuidadores, Deus não tinha responsabilidade por nenhuma circunstância infeliz vivida por eles. Não existindo, pois, significativas diferenças temáticas entre os dois grupos, e havendo uma concordância do

importante papel da religiosidade ou espiritualidade, como fonte de força e suporte, para lidar com as situações desafiadoras da vida.

2.3 Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares (DCV)

Doenças cardiovasculares são as causas mais freqüentes das mortes no mundo industrializado, respondendo por, aproximadamente, 50% destas, das quais a doença coronariana-cardíaca é a mais prevalente em ambos os sexos. Os fatores de risco clássicos para a DCV incluem hipertensão arterial, tabagismo, níveis de colesterol altos, diabetes *mellitus* e obesidade. Para alguns pacientes a fé é um meio eficaz de redução do estresse, mostrando-se capaz de reduzir a morbidade cardíaca. A oração pode proporcionar respostas fisiológicas, como diminuição da freqüência cardíaca, da pressão arterial e de episódios de anginas em pacientes cardiopatas, bem como o aumento da função imunológica (IKEDO *et al.*, 2007).

No primeiro dos trabalhos relatados, nesse levantamento, sobre as doenças cardiovasculares, têm-se como grupo avaliado as mulheres urbanas afro-americanas, de 40 anos ou mais, com risco elevado devido ao excesso de obesidade, sedentarismo e concomitante morbidade e mortalidade para DCV. Como as estratégias de saúde pública para reduzirem o risco do estilo de vida relacionado com DCV neste grupo obtiveram pouco sucesso em longo prazo e como nas sociedades afro-americanas, a comunidade religiosa continua a ser a principal fonte de apoio e liderança comunitária – especialmente, entre as mais velhas - foi concebido, por Yanek e colaboradores, em 2001, o *Project Joy* (Projeto Alegria), que testou várias estratégias de programas culturalmente integrados no cerne da igreja, centrado na mudança do estilo de vida, para reduzir o risco de DCV. O objetivo geral foi determinar o impacto da nutrição e da atividade física em um ano de medidas relacionadas com hábitos de vida e perfis de risco para doenças cardíacas em comparação com um grupo-controle. O estudo também foi arquitetado para definir a extensão do forte componente espiritual e dos elementos culturais da Igreja no impacto das intervenções no padrão comportamental do grupo avaliado. Um total de 529 mulheres, de 16 igrejas de Baltimore, EUA, foi recrutado para o estudo. Foram implementadas e comparadas três estratégias diferentes de intervenção no impacto das DCV: um modelo comportamental com base em estratégias de grupo padrão, com exercícios e aconselhamento nutricional semanais; o mesmo modelo acrescido do componente espiritual e religioso cultural, que incorporou orações e mensagens de saúde enriquecidas com as Escrituras e música gospel ou de louvor nas

atividades físicas aeróbicas e adoração com dança; um grupo-controle não espiritual e de auto-ajuda, que foi orientado com materiais provenientes da *American Heart Association* sobre alimentação saudável e exercícios físicos, além do recebimento de uma caixa personalizada contendo comentários sobre seus resultados de seleção pessoal, uma lista de seus objetivos pessoais para o ano e materiais para permitirem autocontrole, e panfletos educativos. Todas as participantes foram submetidas a uma sabatina médica: histórico médico, Índice de Massa Corpórea (IMC), pressão sanguínea, níveis de lipídeos e glicose, questionário alimentar, tabagismo e uma pesquisa de atividade física de Yale. Vale salientar que essas avaliações foram realizadas no início da pesquisa e na sua conclusão, um ano depois. Das igrejas recrutadas, 50% eram da Batista, enquanto os outros 50% eram formados por Católicos, Metodistas ou *Holiness*. Das mulheres que se inscreveram, 50,5% estavam no grupo espiritual, 35,5% estavam no grupo padrão e, apenas, 14% estavam no grupo de auto-ajuda. A maioria das participantes tinha concluído o ensino médio, três de cada quatro estavam empregadas e pouco mais da metade tinha hipertensão. O público variou de 65% na primeira sessão a 26,1% na última sessão em todas as igrejas, e a frequência por sessão foi de um terço a metade dos participantes no geral. Não houve nenhuma diferença real entre o grupo espiritual e o de intervenções padrão, assim os resultados apresentados mostraram esses dois grupos combinados e comparados com o de auto-ajuda. Dentro dos grupos de intervenção ativa (o espiritual e o padrão), na primeira e segunda avaliações houve uma variação estatisticamente significativa e favorável a 11 das 13 variáveis de fatores de risco cardiovascular medidos e uma mudança de modesta magnitude para o gasto de energia. No grupo controle houve uma variação estatisticamente expressiva de, apenas, um dos 13 resultados, na percentagem de gordura. Quanto à perda de peso os grupos de intervenção ativa, também, obtiveram melhores resultados: uma média de 20 libras/ano contra sete libras/ano do grupo de auto-ajuda. As participantes mais bem sucedidas foram aquelas com maior perda de peso, maior frequência nas sessões, mais idosas, maior referência do IMC e que estavam incluídas nos grupos de intervenção ativa - todos significantes preditores independentes. Ocorreu melhora significativa das medidas antropométricas, níveis de pressão arterial, dieta e, em menor escala, da atividade física, em um ano, nos grupos de intervenção ativa, indicando que quem possuiu maior motivação, conseguiu melhor benefício, embora a magnitude do efeito tenha sido modesto. Os resultados globais mostraram-se, comumente, semelhantes aos programas anteriores realizados pela Igreja. Mas o mais relevante, ao término de um ano, foi encontrar 10% de exuberante melhora clínica nos perfis de risco para DCV, e, a perda de peso ter sido acompanhada por mudanças de comportamento saudável na

alimentação e mudanças biológicas favoráveis - sugerindo melhora geral no estilo de vida pró-saúde em um grupo de risco muito elevado para doenças crônicas - mostrou que as intervenções comunitárias em nível de igreja, em que o apoio é permanente e reforçado, tem uma chance razoável de influenciar a saúde dos participantes.

Diante da escassez de estudos prospectivos e observacionais em pacientes com doença cardíaca estabelecida, Blumenthal e colaboradores (2007), dispuseram-se a examinar três componentes-chave da religião – experiências espirituais, oração e frequência à igreja – nos resultados de saúde de uma amostra de 503 pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, de centros clínicos em diversos estados americanos. Na verdade, essa foi uma subamostra de um ensaio clínico aleatório denominado *Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease* (ENRICHD) (Aumento da Recuperação da Doença Cardíaca Coronária), envolvendo 2.481 pacientes que passaram pela experiência do infarto. As mensurações da religiosidade e espiritualidade foram adaptadas a partir do *Daily Spiritual Experience Scale* (DSE) (Escala de Experiência Espiritual Diária), a depressão foi avaliada pelo *Beck Depression Inventory* (BDI) (Inventário de Depressão de Beck) e o suporte social foi medido pelo *ENRICHD Social Support Inventory* (ESSI) (ENRICHD Inventário de Suporte Social). Um terço dos pacientes disse ser praticante do catolicismo, em torno de um quarto era batista e outro quarto protestante de outras denominações. Os entrevistados apresentaram menor média de pontuação no BDI e maior no ESSI. Na frequência aos serviços religiosos, a categoria semanal mostrou o menor comparecimento (9%), enquanto a ida uma ou duas vezes mensais teve o maior (21%). Com relação à frequência da oração, as mais elevadas taxas de eventos como morte ou recorrência do infarto, ocorreram entre os pacientes que relataram rezar muitas vezes por dia (20%) e a menor entre os pacientes que nunca oraram (6,6%). Houve uma modesta relação inversa entre o BDI e EED na pontuação total, mas não se observou relação entre ESSI e os escores DSE total. Os resultados, afinal, mostraram discreto apoio à idéia de que a religião e a espiritualidade podem melhorar os resultados na saúde física da população estudada. Os pacientes que freqüentavam a igreja regularmente tendiam a ter menor depressão e maior suporte social quando comparados com quem nunca foi a um templo religioso; e níveis mais altos de espiritualidade foram associados com menor depressão também. Embora nem a espiritualidade nem a frequência a igreja tenham sido associadas com eventos adversos durante os 18 meses pós-infarto, pacientes com alta pontuação para espiritualidade ou oração, tinham a mesma probabilidade de morrerem ou de sofrerem um novo infarto que não resultasse em morte do que aqueles menos espiritualizados ou que raramente ou nunca rezavam. O questionário que mensurou as práticas religiosas e

espiritualidade não esteve relacionado a eventos cardíacos e mortalidade por qualquer causa. Além disso, a análise de dois itens – frequência à igreja/culto e oração - a priori também não estiveram relacionados a desfechos clínicos. E embora esse estudo tenha medido três aspectos relevantes na religião existem outras variáveis relacionadas a experiências espirituais que podem ser relevantes para o construto saúde/doença. Por exemplo, existe uma literatura emergente destinada a demonstrar os benefícios do perdão, da sensação de paz e do *coping* religioso.

Das cardiopatias, a insuficiência cardíaca é uma das doenças crônicas mais ameaçadoras e incapacitantes, tipicamente associada com a limitação funcional e o comprometimento da qualidade de vida, afetando doentes e seus familiares, podendo, até, ser acompanhada de prejuízos psicológicos como depressão, ansiedade, incertezas e raiva que afetam todos os aspectos da vida de seu portador, incluindo as dimensões físicas, mentais e espirituais. As associações entre essas dimensões e sua relação com o estado geral de saúde, ainda, não estão bem esclarecidos (GRIFFIN *et al.*, 2007).

Neste sentido, Griffin e colaboradores, em 2007, decidiram abordar o tema, através de um estudo quantitativo e descritivo, em que exploraram as diferenças entre espiritualidade (aqui inclusas as experiências e bem-estar espiritual), sintomas depressivos e qualidade de vida entre 44 idosos, acima de 65 anos, com insuficiência cardíaca e 40 sem tal desordem. O estudo foi conduzido em um grande hospital-escola urbano. Os instrumentos utilizados para avaliação dos construtos foram: *The Daily Spiritual Experiences Scale* (DSES) (Escala do Diário de Experiências Espirituais), *The Spirituality Index of Well-Being* (SIWB) (Escala do Bem-Estar Espiritual) e SF-12TM *Health Survey* (Pesquisa de Saúde SF-12TM). Mais da metade da amostra foi composta por mulheres, sendo que, entre os pacientes com insuficiência cardíaca, 68,2% eram homens. O grupo acometido pela doença reportou mais experiências espirituais diárias, maior bem-estar espiritual, que pode estar relacionado com a experiência da doença, mais sintomas depressivos e menor qualidade de vida (com relação à função física) quando comparado com o grupo sadio, embora não tenha havido diferença entre os sintomas depressivos nem no componente mental do questionário de qualidade de vida.

Sobre a associação da insuficiência cardíaca crônica e a depressão, ainda, pode-se afirmar que esta última, acometendo em torno de 14% a 37% dos portadores da insuficiência cardíaca, esteve associada com má qualidade de vida, hospitalizações mais frequentes e mortalidade mais alta, isso devendo-se ao fato da evolução imprevisível, perda da função em longo prazo e freqüente oscilação dos sintomas dessa doença. Diante desse quadro, a

espiritualidade pode desempenhar um papel importante no funcionamento, estado de saúde e qualidade de vida desses pacientes, pois as preocupações espirituais são relevantes e significativas na forma como eles vêm e lidam com a doença (BEKELMAN, 2007).

No tocante a este tema, Bekelman e colaboradores (2007), realizaram um estudo transversal com o fim de identificar a relação entre o bem-estar espiritual e a depressão em um grupo formado por 60 pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca e idade maior ou igual a 60 anos, em hospitais acadêmicos de Baltimore, EUA, no contexto de outros fatores de risco comuns a depressão, como baixo suporte social, precárias condições de saúde e número de sintomas físicos. A depressão foi avaliada através do *Geriatric Depression Scale – Short Form* (GDS-SF) (Escala de Depressão Geriátrica – Forma Curta), para o bem-estar espiritual utilizou-se o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) *scale* (Escala de Avaliações Funcionais do Tratamento de Doenças Crônicas e Bem-Estar Espiritual) e, finalmente, o estado de saúde foi mensurado pelo *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) (Questionário de Cardiomiopatia da cidade de Kansas). Trinta e sete por cento dos entrevistados eram mulheres e 58% possuíam ensino médio ou superior. Trinta e dois por cento tiveram recente depressão clinicamente significativa, sendo o sexo feminino com maior propensão a sintomas depressivos mais severos. Nem raça, idade, escolaridade, estado civil ou abuso de substância foram associados com a depressão. Bem-estar espiritual elevado (30%), suporte social (19%), estado de saúde (49%) e poucos sintomas físicos (3%) estavam significativamente associados a menores níveis de depressão. Particularmente, índices maiores de propósito e/ou paz (subescala da medida do bem-estar espiritual) foram fortemente relacionados com menor depressão, enquanto a fé (outra subescala da medida do bem-estar espiritual) apresentou fraca afinidade. Ter profundo senso de significado e propósito na vida pode dar conforto, permitindo a superação das limitações e mudanças de vida associadas com doenças crônicas. Os aspectos religiosos e existenciais da espiritualidade se mostraram benéficos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes analisados. Houve algumas limitações durante o estudo, relacionadas a pequena amostra e à sobreposição dos construtos bem-estar espiritual e psicológico. Trabalhos anteriores verificaram também que os fatores de risco para depressão em pacientes com insuficiência cardíaca abrangem os domínios físicos e psicossociais. Uma abordagem para enfrentar os múltiplos fatores associados à depressão e à baixa qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca poderia ser a incorporação precoce de cuidados paliativos endereçados ao bem-estar espiritual, bem como a outros domínios associados à

depressão apontados neste trabalho, em que tais cuidados podem estar subutilizados no atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca.

O interesse pela insuficiência cardíaca congestiva (ICC) tem sua razão de ser, já que vem a ser uma das principais causas de morte no mundo ocidental. Mesmo com os avanços no tratamento, o prognóstico continua a ser sombrio e poucos estudos avaliaram a carga da doença para o indivíduo em estágio adiantado. A literatura existente traz sintomas angustiantes e aumento do sofrimento físico e psicológico nos últimos seis meses de vida, diminuindo consideravelmente a qualidade de vida. Estudos que iluminem a complexa relação entre o estado da doença, sintomas, condição psicológica e funcional, preocupações espirituais e qualidade de vida global podem informar uma ampla gama de questões, incluindo aquelas que envolvem o alcance e o foco de cuidados clínicos e suas políticas. Estas relações foram exploradas em um estudo prospectivo observacional, conduzido por Blinderman e colaboradores, nos EUA, em 2008, em 103 pacientes com insuficiência cardíaca congestiva avançada, recrutados em dois centros médicos acadêmicos urbanos. Os pacientes foram convidados a preencherem vários instrumentos padronizados, a saber: *Charlson Comorbidity Index* (CCI) (Índice de Comorbidade de Charlson), *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (Questionário Breve e Portátil sobre o Estado Mental), *Memorial Symptom Assessment Scale* (MSAS) (Escala de Avaliação de Sintomas Crônicos), *Mental Health Inventory-5* (MHI-5) (Inventário de Saúde Mental), *Sickness Impact Profile* (SIP) (Perfil do Impacto da Doença), *Multidimensional Index of Life Quality* (MILQ) (Índice Multidimensional da Qualidade de Vida), *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spirituality Scale* (FACIT-Spirituality) (Escala de Avaliação Funcional de Doenças Crônicas e Terapia Espiritual). A idade média dos pacientes incluídos no estudo era de 67,1 anos; aproximadamente, metade deles, tinha história prévia de infarto do miocárdio e 16% de acidente vascular cerebral (AVC). Além da elevada prevalência dos sintomas físicos, bem como os altos níveis de intensidade, frequência e angústia com relação aos mesmos, dentre os psicológicos os mais citados foram: preocupação (43,7%), tristeza (42,7%), nervosismo (35,9%), dificuldade de concentração (33%) e irritabilidade (33%), embora a maioria dos pacientes tenha apresentado nível relativamente elevado de bem-estar psicológico, com exceção de 24% que se encontravam no limite ou abaixo do corte para a depressão. A FACIT-Spirituality mostrou um elevado nível de espiritualidade neste grupo, sugerindo capacidade de obter conforto e força em sua fé. A qualidade de vida, medida pelo MILQ, apresentou forte associação negativa com os índices relacionados ao sofrimento global, estando moderadamente comprometida nesta população. As análises multivariadas indicaram que a

angústia foi um dos principais contribuintes para a variabilidade nesse fenômeno. Além disso, os sintomas físicos específicos - falta de energia, irritabilidade, sonolência – foram, independentemente, preditivos da precária qualidade de vida. Embora os dados correlacionais não permitam atribuições de causalidade, provavelmente os esforços para diminuir a angústia, melhorar o bem-estar emocional e amenizar o prejuízo funcional implicariam uma melhor qualidade de vida e, por conseguinte, em maior atenção aos cuidados paliativos para a obtenção dessa qualidade de vida.

Dada a importância da insuficiência cardíaca, já ressaltada nos artigos supracitados, mais uma vez ela é tema de reentrante preocupação e interesse. Como a sua prevalência aumenta com a idade, em que mais ou menos 80% das admissões hospitalares ocorrem em pacientes acima de 65 anos, e os sintomas depressivos são recorrentes, a espiritualidade mostra uma particular importância para essa população específica. Dadas às ligações que foram identificadas entre depressão e espiritualidade e a presença de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca, Whelan-Gales e colaboradores, em 2009, propuseram-se, através de um estudo exploratório e descritivo, com uma amostra de 24 pacientes idosos hospitalizados e diagnosticados com insuficiência cardíaca, a descrever o bem-estar espiritual e práticas espirituais desses pacientes e relacionar bem-estar espiritual com depressão. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram os seguintes: *Spirituality Index of Well-Being* (SIWB) (Índice do Bem-Estar Espiritual) e suas duas subescalas *Self Efficacy* (Auto Eficácia) e *Life Scheme* (Estilo de Vida), *Spiritual Practices Checklist* (SPC) (Lista de Práticas Espirituais) e *Center Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Escala do Centro de Estudos Epidemiológicos de Depressão). A média do escore total no SIWB foi 36, em um intervalo de pontuações entre 18 e 58; a pontuação média na subescala *Self Efficacy* foi 17, de uma escala de 8 a 28; e no *Life Scheme* a média foi de 19, na escala de 10 a 30. Todos os participantes relataram que utilizaram mais de uma prática espiritual; exercícios, especialmente, a caminhada eram praticados por 91% deles; recordar boas lembranças e ficar em um lugar tranquilo foi citado por 83% dos componentes; 79% ouviam música ou praticavam relaxamento; 11% liam sobre espiritualidade e participavam de atividades familiares; enquanto 37% relataram orar em conjunto com outras pessoas; 25% recorreram à meditação e 12,5% ao serviço voluntário; mas nenhum participante utilizou a ioga como recurso. A porcentagem de pacientes com sintomas depressivos foi da ordem de 79%. A correlação entre a pontuação total SIWB e CES-D indicou acentuada correlação negativa: com o aumento da depressão, as perspectivas do idoso com relação à vida - que se refletem no bem-estar espiritual – diminuíram. Pesquisas, também, mostraram que metade dos pacientes

cardíacos possuidores de sintomas depressivos não recebem tratamento e 25% dos que apresentam os sintomas mais severos, sequer são diagnosticados. A avaliação desta condição e da espiritualidade nos pacientes cardíacos idosos é apropriada e deveria ser incorporada à prática clínica. A atenção às questões psicológicas nessa população específica pode aprimorar sua qualidade de vida e conduzir a melhores resultados nos seus cuidados, onde os pacientes poderiam ser incentivados a utilizar mecanismos, como os citados mais acima, que aumentem sua qualidade de vida e bem-estar espiritual.

A realização de um procedimento cirúrgico, especialmente, da magnitude de uma cirurgia cardíaca e o ambiente hospitalar trazem consigo grande carga de ansiedade, especialmente porque até chegar na etapa cirúrgica pacientes e familiares já lidaram com muitas situações estressantes devido à doença. E embora a cirurgia sirva para melhorar a qualidade de vida e diminuir a sintomatologia, a experiência pode exigir um alto preço psicológico tanto no pré, quanto no pós-operatório para o doente e seus familiares. Durante os procedimentos cirúrgicos, apesar de os pacientes pensarem não terão nenhuma lembrança do evento, existe a possibilidade de percepção subconsciente, com a memória implícita, de eventos intra-operatórios, mesmo sob anestesia geral – embora haja controvérsias sobre o tema. A memória implícita pode ser mantida, juntamente com a capacidade de processar os estímulos auditivos subconscientes, como consequência, o comportamento pós-operatório pode ser modificado e sua evolução influenciada pela utilização da informação auditiva durante a anestesia (IKEDO *et al.*, 2007).

Diante de tal possibilidade e sabendo-se que em situações de crise as pessoas recorrem, muitas vezes, a sua espiritualidade, através, por exemplo, da oração, foi que Ikedo e colaboradores, em 2007, decidiram avaliar o efeito da oração e de técnicas de relaxamento durante procedimentos cardíacos cirúrgicos, sob anestesia geral. Muitos já examinaram a possibilidade de usar esse fenômeno para benefício dos pacientes através, por exemplo, de sugestões verbais positivas, som do mar ou música relaxante. Usando um estudo randomizado, controlado, duplo-cego foi avaliado o efeito da oração e da técnica de relaxamento aplicadas durante a cirurgia (por meio de fones de ouvido), sendo analisada qualquer eventual correlação com os resultados médico-cirúrgicos e alterações no estado de humor antes do evento e após ele. A amostra possuía 78 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, admitidos no Centro Médico de Nebraska, EUA. O *Profile of Mood States* (POMS) (Perfil dos Estados de Humor) foi aplicado 24 horas antes da cirurgia e cinco dias após a realização desta. Durante a cirurgia os pacientes usaram fones de ouvido conectados a um tocador de CD e foram divididos em três grupos: um grupo de 24 pacientes ouviu oração

durante a cirurgia (CD A), outro com 27 pacientes escutou técnicas de relaxamento (CD B) e um terceiro, também, com 27 pacientes utilizou um placebo (CD C), que não tinha som. Os pacientes do grupo do CD A (61%) foram os menos propensos a crerem que a oração poderia ajudar no tratamento médico convencional na luta contra a doença cardíaca quando comparados com os do CD B (89%) e do CD C (84%). Com relação ao teste do humor (POMS), não houve diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito à tensão, ao humor, à depressão, à raiva, ao vigor, à fadiga e à confusão. O estudo não encontrou dados significativos, mas não faltam razões para estudar a importância das crenças pessoais e outras formas de lidar com eventos estressantes, como uma cirurgia dessa extensão.

Um dos mecanismos que vem representando um importante papel no desenvolvimento das patologias cardiovasculares são os fatores psicossomáticos. Já é sabido que uma ampla gama de variáveis psicológicas e comportamentais podem exercer poderosa influência no controle autonômico e, até mesmo, nos controles distintos de regulação dos sistemas nervosos simpático e parassimpático. Mas o papel específico desempenhado por essas variáveis psicológicas na saúde e na doença, ainda, precisa ser esclarecido. Por isso um foco mais recente vem sendo dado à resiliência e aos mediadores potenciais de impacto positivo na saúde. E embora limitações e ressalvas existam com relação ao tema, uma crescente literatura vem sugerindo que a religiosidade e/ou espiritualidade podem estar relacionadas com resultados positivos na saúde, especialmente na cardiovascular. Alguns mediadores da relação entre espiritualidade e saúde cardiovascular, como tabagismo, dieta e outros comportamentos saudáveis, não precisam de explicações teóricas. Outros mecanismos, porém podem necessitar de uma base mais teórica e modelagem conceitual das dimensões fisiológicas que sustentam as relações de saúde, como é o caso de possíveis mediadores do sistema nervoso autônomo, sua provável relação com a espiritualidade e a regulação cardiovascular. Práticas espirituais ou de meditação foram associadas ao aumento do controle cardíaco parassimpático e diminuição do simpático, mostrando a capacidade do sistema nervoso autônomo de ser flexível, o que permite ao organismo adaptar-se a novas exigências. Tal padrão de controle autonômico pode ser um mediador potencial de espiritualidade e resultados de saúde (BERNTSON *et al.*, 2008).

Perante essa possível conexão, o estudo, conduzido por Berntson e colaboradores (2008), em Chicago, EUA, analisou as relações entre um aspecto específico da espiritualidade - a satisfação com o relacionamento com Deus - e padrões de controle autonômico cardíaco, em uma amostra de base populacional, composta por 229 sujeitos de meia-idade. Os participantes passaram por avaliações que incluíam pesquisas psicológicas padrão,

entrevistas e um protocolo cardiovascular que os avaliava com o eletrocardiograma e registro da pressão arterial. Os questionários utilizados foram: *Religious Well Being* (RWB) (Bem-Estar Religioso), *Multi-Dimensional Relationship Satisfaction* (Satisfação no Relacionamento Multidimensional), *Aggregate Measure of Spirituality* (Medida Agregada de Espiritualidade), *Big Three* (Big3). Dos participantes, mais de 95% professaram a crença em Deus. Quanto à capacidade de a espiritualidade ser um preditor da regulação autonômica cardíaca, as análises iniciais examinaram a relação entre espiritualidade e dois modelos gerais de controle autonômico cardíaco: a regulação autonômica cardíaca (CAR – soma dos valores do controle parassimpático e simpático) e o balanço autonômico cardíaco (CAB – diferença entre os valores do controle parassimpático e simpático). Para o primeiro modelo, a espiritualidade se mostrou um forte preditor mesmo após todos os ajustes das variáveis na equação de regressão; o mesmo não ocorrendo com o segundo padrão, em que não houve significância. O índice global de espiritualidade também foi, positivamente, correlacionado com o controle parassimpático e simpático cardíaco, sugerindo que a espiritualidade pode ser associada com controle autonômico cardíaco aumentado, independentemente de sua origem parassimpática e, considerando que o controle simpático e parassimpático do coração diminui com a idade, esses resultados indicaram haver um efeito protetor da espiritualidade no controle neurorregulador do coração. Uma significativa correlação negativa foi observada entre a espiritualidade e o infarto do miocárdio, assim como entre o controle cardíaco autônomo e o infarto. E porque este foi um estudo transversal, as relações de causalidade entre a espiritualidade, CAR e infarto do miocárdio, ainda, não foram determinados. Em suma, mostrou-se que a espiritualidade foi associada com padrões específicos de controle e regulação autônoma. Este padrão de auto-regulação pode ser um mediador dos efeitos da espiritualidade ou religiosidade na saúde.

E apesar desse crescente interesse no campo da espiritualidade e saúde, a maioria dos estudos é endereçada para a população judaico-cristã. Tais pesquisas nas sociedades muçulmanas são escassas e centradas, principalmente, em associações com bem-estar emocional, havendo pouco conhecimento de relatos sobre as doenças cardiovasculares ou resultados de mortalidade. Por isso o interesse de Burazeri, Goda e Kark (2008) em realizar um estudo de caso-controle em uma população de grande representatividade muçulmana como é o caso da Albânia. Iniciada em 1991, a Albânia passou por uma grande transição social e política do comunismo stalinista xenofóbico para uma economia de livre mercado e com uma instituição democrática. No contexto desta transição, da experiência comunista talhada na impiedade e com uma população predominantemente muçulmana, avaliou-se a

associação da prática religiosa, em termos de participação nas instituições de cunho religioso, a frequência de oração e jejum ritual, com doença cardíaca coronária entre os habitantes de Tirana, capital albanesa. Foram recrutados 467 pacientes consecutivos, portadores da síndrome coronária aguda (SCA) e admitidos no Centro de Hospital Universitário, único hospital de Tirana e o grupo-controle foi composto por uma amostra aleatória estratificada de 300 indivíduos também oriundos da capital. Um questionário estruturado, incluindo características demográficas e socioeconômicas, fatores de risco coronarianos e variáveis de observância religiosa, foi aplicado, através de entrevistas, nos pacientes e no grupo-controle. A observância religiosa foi avaliada por três itens: frequência do comparecimento dos participantes nas instituições religiosas, a frequência de orações e a frequência de jejum durante o Ramadã ou a Páscoa. Na população do grupo-controle 67% de muçulmanos e 55% dos cristãos eram totalmente não-observantes, com base na escala dos autores. O comparecimento regular às instituições religiosas (pelo menos uma vez a cada duas semanas) foi baixo em ambas as denominações (6% para os muçulmanos e 9% para os cristãos), assim como o jejum no Ramadã ou na Páscoa (5% e 6% respectivamente), a frequência de oração foi maior nos cristãos (29% contra 17% dos muçulmanos). A pontuação composta dos cristãos excedeu a dos muçulmanos (26% versus 17%). Quanto aos fatores de risco para a doença coronária, a observância religiosa foi associada ao menor ato de fumar, com menos exercícios (nos cristãos) e pequeno risco familiar (nos cristãos). A relação da observância religiosa com a síndrome coronária aguda, quando controlado o fator para a idade nos modelos de logística, revelou associações de proteção com suas variáveis: houve associação inversa da SCA com a regularidade da oração e com o jejum em ambos os grupos religiosos; não houve associação da SCA com o comparecimento às instituições religiosas, embora tenha sido percebida associação protetora para a não assiduidade – o que foi incomum. A observância religiosa esteve relacionada com a idade, afiliação religiosa, baixo status educacional e renda, mais emigração de familiares próximos e menos fumo. Não houve associação consistente com a participação em instituições religiosas, ao invés disso forte afinidade com a oração e, especialmente, com o jejum foram encontrados. Os resultados, particularmente entre os muçulmanos, resistiram ao ajuste para fatores de confusão em potencial e variáveis mediadoras, sugerindo que a qualidade associada à observância religiosa poderia, realmente, ser protetor em uma sociedade em transição, como a estudada. A explicação mais intuitiva para o efeito protetor da observância religiosa foi a promoção de comportamentos saudáveis, mas não sendo este o único; recursos psicossociais mediados pelos rituais religiosos, da mesma maneira, possuem resultado benéfico, bem como o

fornecimento de amparo durante mudanças rápidas e estressantes. Relataram, ainda, que aspectos da religiosidade/espiritualidade são favoravelmente associados a fatores de risco já bem estabelecidos para DCV tais como pressão arterial, lipídeos sanguíneos, obesidade, tabagismo e atividades físicas.

Um fator de risco bastante conhecido, estudado e freqüente para as DCV, ataque cardíaco, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doença renal é a hipertensão. Os pesquisadores têm, ao longo dos anos, estabelecido o papel da hereditariedade e do estilo de vida na ocorrência da hipertensão, mas o papel potencial dos fatores psicossociais, entre eles a religiosidade, é pouco conhecido. A idéia da existência de uma relação entre religiosidade e hipertensão não é nova. Um dos primeiros estudos sobre o tema, conduzido por Scotch, data de 40 anos atrás. A dimensão de religiosidade de maior constância e associação com a pressão arterial e a hipertensão é a frequência ao serviço religioso. Provavelmente o relacionamento salutar entre essas variáveis origine-se nas crenças dos indivíduos sobre os benefícios espirituais e sociais do comparecimento a igreja ou culto, já que o ato simbólico e ritual de assistir aos serviços religiosos pode contribuir para sentimentos de paz interior e capacitação. Outra explicação para o envolvimento da religiosidade com a hipertensão pode ser o *coping* religioso, por oferecer um contexto significativo para entender e lidar com os desafios da vida. O suporte social, o perdão e a crença na vida após a morte, também, são citados como coadjuvantes do bem-estar e na redução do risco de hipertensão (BUCK et al, 2009).

Tendo isso em mente, Buck e colaboradores, em 2009, analisaram a relação entre múltiplas dimensões da religiosidade (crenças espirituais e assistência social, coping religioso positivo e negativo, crenças e significado, apoio da congregação, o perdão de si e do outro) e a pressão sanguínea sistólica, a diastólica e a hipertensão, utilizando-se dos dados extraídos do *Chicago Community Adult Health Study* (Estudo da Saúde da Comunidade Adulta de Chicago) – uma amostra probabilística de 3105 adultos acima de 18 anos e moradores da cidade de Chicago, EUA. Foram aferidas medidas da pressão arterial e uma medida binária da hipertensão. Quanto à religiosidade, a dimensão utilizada para análise foi a assiduidade ao serviço religioso, cuos entrevistados diziam com que frequência participavam de atividades religiosas públicas, rezavam e o grau de espiritualidade. Outras dimensões adicionais de religiosidade também foram medidas e utilizadas na análise: crenças espirituais, assistência social, *coping* religioso positivo e negativo, crença na vida após a morte, significado ou propósito de vida, suporte congregacional e perdão aos outros e a si. Para as variáveis de religiosidade primária (frequência, oração, participações públicas e espiritualidade) os resultados indicaram que os níveis mais elevados dessas atividades estiveram associados com

maior pressão sanguínea sistólica e diastólica e aumento da probabilidade de hipertensão. Para as dimensões adicionais de religiosidade medidas, houve, também, alguns padrões inesperados, por exemplo, as crenças espirituais não foram significativamente relacionadas com as pressões sistólica ou diastólica, enquanto a crença na assistência social foi expressivamente associada ao aumento da pressão sistólica, um ligeiro aumento da diastólica, e uma probabilidade 13% maior de hipertensão. A estimativa sugeriu que aqueles que apresentaram maior espiritualidade tiveram níveis mais elevados da pressão diastólica. Com relação à pressão sistólica a espiritualidade e a assistência social apresentaram-se positivamente relacionadas à mesma. O resultado mais marcante do estudo foi que a frequência religiosa não esteve significativamente relacionada à hipertensão nem com as pressões sistólica e diastólica, provavelmente, porque os integrantes da amostra eram relativamente jovens - idade média de 43 anos. E nenhuma das relações observadas entre as variáveis primárias (frequência, oração individual, atividades religiosas públicas e espiritualidade) e os resultados são explicados pelas dimensões adicionais de religiosidade considerados na análise. O significado e o perdão obtiveram associações notáveis à pressão diastólica e à hipertensão: seu aumento esteve relacionado com menor pressão diastólica. Esses achados foram, particularmente, interessantes, uma vez que tais medidas não são estritamente religiosas. Enquanto as outras dimensões adicionais da religiosidade apresentaram associação negativa à pressão sanguínea e à hipertensão. É possível que a heterogeneidade não observada ou fatores de confusão não mensurados possam ter afetado os resultados. E embora este estudo revele que muitas variáveis primárias e adicionais da religiosidade, não foram significativas ou não tiveram associações com a pressão arterial e hipertensão, o estudo em questão foi o primeiro a analisar as múltiplas dimensões da religiosidade, usando uma amostra representativa de pessoas adultas, sendo só o primeiro passo na tentativa para desembaraçar os caminhos complexos, em que a religiosidade influencia a pressão arterial e hipertensão.

2.4 Espiritualidade e AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)/HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

A AIDS (sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) está entre as mais devastadoras doenças da atualidade, implicando profundos efeitos em todos os aspectos, sejam eles biopsicossociais ou bem-estar espiritual (TUCK; McAIN; ELSWICK Jr., 2001). Essa enfermidade apresenta um conjunto único de desafios existenciais para os

pacientes quer o enfrentamento de questões como perda, sofrimento, morte, quer a esperança e propósito/significado de vida (COTTON *et al.*, 2006). Sendo uma condição que vem acompanhada por múltiplos fatores estressores inclusive a gestão de regimes de tratamento que requerem, muitas vezes, modificações significativas do estilo de vida e adaptação das atividades diárias, embora recentes avanços no tratamento venham amenizando sua evolução, transformando-a, em muitos casos, em uma modalidade crônica (TUCK; McAIN; ELSWICK Jr., 2001). A espiritualidade, nesse contexto, é incorporada como forma de lidar com essa doença, muitas vezes, avassaladora, ajudando a reestruturar e dar significado e propósito à vida de seus portadores. Tem sido visto que altos níveis de espiritualidade são associados à melhora na qualidade de vida, status de saúde e satisfação (COTTON *et al.*, 2006).

A espiritualidade parece reforçar a resiliência, o bem-estar e a habilidade de enfrentar os eventos negativos relacionados à confirmação do diagnóstico para HIV (sigla em inglês para Vírus da Imunodeficiência Humana) (BOUDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002) e, associada, de forma integrada, com o bem-estar psicológico e o bem-estar social pode melhorar a qualidade de vida e prolongar a existência (TUCK; McAIN; ELSWICK Jr., 2001). Mesmo que os efeitos positivos da espiritualidade sejam encontrados em qualquer estágio da doença, tornam-se mais importantes nos estágios finais, quando esta passa a ser sintomática (BOUDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002). Nesta fase, os pacientes relatam que práticas espirituais aliviam os sintomas e, em alguns casos, chegam a mudar os resultados da doença (TUCK; McAIN; ELSWICK Jr., 2001).

Pesquisas sugerem relações entre vários fatores psicológicos e espirituais. Em uma crescente literatura, a imunossupressão é, cada vez mais, associada ao estresse psicossocial, sugerindo que a trajetória do HIV pode ser influenciada pelo grau de experiências estressantes do indivíduo. Maior depressão e sofrimentos psíquicos, também, têm sido diretamente relacionados com a população soropositiva. Assim como, a espiritualidade, também, foi vista como importante contribuidora para a saúde e o bem-estar, podendo, até, servir como ponte entre a desesperança e o significado de vida. Para conhecer mais sobre estas relações entre espiritualidade e medidas psicossociais, Tuck, McCain e Elswick Jr., em 2001, conduziram um estudo descritivo-correlacional, em uma amostra de 54 adultos, portadores do vírus HIV, na Virginia, EUA. O quadro teórico para esta pesquisa integra o modelo cognitivo-transacional de estresse dentro do paradigma da psiconeuroimunologia. Nele, o estresse, o funcionamento psicossocial, a qualidade de vida e a saúde são psicologicamente mediados por estratégias de *coping*. A espiritualidade foi medida em termos da perspectiva espiritual, do bem-estar e da saúde através de três ferramentas:

Spiritual Perspective Scale (SpS) (Escala de Perspectiva Espiritual), *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS) (Escala de Bem-Estar Espiritual) e *Spiritual Health Inventory* (SHI) (Questionário de Saúde Espiritual). Os instrumentos utilizados para a mensuração psicossocial foram cinco: *Mishel Uncertainty in Illness Scale* (MUIS) (Escala de Incerteza da Doença de Mishel), *Dealing with Illness Scale* (DIS) (Escala Lidar com a Doença), *Social Provisions Scale* (SPS) (Escala de Disposições Sociais), *Impacto of Events Scale* (IES) (Escala Impacto de Eventos) e *Functional Assessment of HIV Infection Scale* (FAHI) (Escala de Avaliação Funcional da Infecção pelo HIV). Nesse estudo, a amostra foi composta por homens com idade média de 39 anos, dos quais 61% eram afro-americanos e 55% solteiros. Houve elevada intercorrelação entre as três medidas da espiritualidade, especialmente, da SWBS com a SHI e da SWBS com a SpS. A análise correlacional utilizada examinou a natureza das relações entre espiritualidade e os fatores psicológicos de estresse, incerteza, sofrimento psicológico, apoio social, estratégias de *coping* focadas no problema e qualidade de vida; por exemplo, a qualidade de vida foi positivamente relacionada ao suporte social, ao bem-estar físico, social e funcional e ao *coping* e, negativamente, ligada à incerteza, ao estresse e ao sofrimento psicológico; já o suporte social teve conexão positiva com as estratégias de *coping* e com a qualidade de vida, e relação negativa com a incerteza. Os achados indicaram que a espiritualidade, medida pelo *Emotional Well-Being* (EWB) (Bem-Estar Emocional), subescala de SWBS, foi positivamente relacionada com a qualidade de vida, apoio social, estratégias de *coping* e negativamente relacionada ao estresse, incerteza, sofrimento psíquico e *coping*, focalizado no emocional. As outras medidas de espiritualidade tiveram pouca ou nenhuma relação expressiva com as medidas psicológicas. Os resultados do estudo embasaram a inclusão da espiritualidade como uma variável da análise dos fatores psicossociais e da qualidade de vida dos soropositivos, tendo o EWB como a medida da avaliação espiritual que melhor captou tais relações.

A situação do soropositivo torna-se, ainda, mais dramática quando associada a algum vício e conquanto a incorporação da espiritualidade no foco de investigação da psicologia da saúde seja um campo investigativo emergente e já exista uma substantiva literatura examinando várias dimensões da espiritualidade, no que diz respeito a uma gama de transtornos mentais e físicos, pouca atenção foi dada à incorporação da mesma no tratamento de viciados portadores do HIV. Essa falta de atenção representa uma considerável lacuna no conhecimento científico, dada a importância da espiritualidade, por exemplo, na orientação de grupos como os Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, cujos programas de 12 passos têm seu fundamento no conceito de vício como transtorno, que engloba aspectos espiritual,

psicológico e médico. A espiritualidade parece ter um papel, especialmente, relevante na recuperação de usuários de drogas soropositivos, uma vez que esses pacientes são confrontados com o estresse de uma doença crônica, potencialmente fatal e com os desafios diários de tornar-se e permanecer abstinentes. Apesar destes resultados animadores, existem, atualmente, poucas pesquisas, que incorporem a espiritualidade no tratamento do vício. Uma razão para isso pode ser a dificuldade inerente de definir a espiritualidade, devido a sua complexidade conceitual. Por isso, antes de iniciar o desenvolvimento de um tratamento concebido para incorporar práticas espirituais e fé religiosa dos pacientes no tratamento da dependência e comportamentos de risco do HIV, entre usuários de drogas injetáveis, faz-se *mister* obter-se uma melhor compreensão do conceito de espiritualidade, a partir da perspectiva dos pacientes (ARNOLD *et al.*, 2002).

Por isso, Arnold e colaboradores, em 2002, propuseram-se, em um grupo de pacientes soropositivos, explorarem como a espiritualidade era definida pelos usuários de drogas HIV-positivos; examinarem como eram as relações entre espiritualidade e abstinência, redução de danos e promoção da saúde; e avaliarem a utilidade da espiritualidade baseada na presença ou não de alterações nos vários aspectos de recuperação, considerando sexo, raça e nível sorológico do HIV. Vinte e um participantes HIV-positivos e dependentes de opióides, todos inscritos em um programa de manutenção com metadona (tratamento para abuso de substâncias), foram divididos em três grupos de discussão, que se encontraram regularmente, por cerca de um mês, para debaterem sobre abstinência e cuidados com a saúde. Na fase seguinte, que foi a do questionário, além dos 21 pacientes soropositivos já participantes do grupo de discussão, mais 26 sujeitos, que também faziam parte do mesmo programa com metadona foram acrescentados, totalizando 47 indivíduos na pesquisa. Todos responderam ao questionário *Perceived Helpfulness of Spirituality* (PHS) (Percepção da Utilidade da Espiritualidade). Os 21 participantes dos grupos de discussão pareciam dispostos e ansiosos para falar sobre o seu entendimento da espiritualidade e o seu papel na sua recuperação, em que pese os temas prevalentes de como eles concebiam ou expressavam a espiritualidade, em suas vidas cotidianamente, recaíram sobre o aspecto protetor/auxiliar para si e a visão altruísta/útil para com os outros. Tiveram como principais estratégias de *coping* a oração e a crença em um poder maior, e muitos alegaram que devido a sua crença em Deus tinham alcançado a abstinência no passado ou permaneciam “limpos” atualmente. Foram compartilhados também relatos de casos de quase morte e preocupações com o fim da vida, sendo que tais experiências pareceram fortalecer a espiritualidade deles. Preocupações com as pessoas que amavam e desejo de não contaminar ninguém foram as principais motivações

para o sexo seguro e o não compartilhamento de seringas. A maioria dos que vinham tomando corretamente a medicação não atribuíam tal fato a sua fé espiritual e sentiam-se gratos por estarem vivos. Globalmente, ficou evidente o interesse do grupo de discussão em ter um componente espiritual/religioso em seu tratamento da toxicodependência. O resultado global do questionário PHS, com os 47 entrevistados, foi similar ao encontrado só para o grupo de discussão, no que concerne ao desejo da integração de sua fé religiosa e/ou espiritual no tratamento da dependência, por acreditarem que seria útil na recuperação, ficando evidente que a espiritualidade como uma dimensão da experiência humana, justifica a investigação científica.

Uma vez que outros estudos prévios apresentaram amostras pouco significativas, Cotton e colaboradores, em 2006, decidiram caracterizar as diversas facetas da espiritualidade/religião em uma larga e diversa amostra, composta por 450 pacientes provenientes de quatro clínicas; examinar as associações entre a espiritualidade/religião e demografia, características clínicas, estado de saúde e variáveis psicossociais, como o apoio social, a auto-estima, o otimismo e os sintomas depressivos; e avaliar mudanças no nível geral de espiritualidade ao longo de 12 a 18 meses. Os pacientes foram recrutados de clínicas em Cincinnati, Washington e Pittsburgh, EUA. As mensurações foram feitas a partir dos seguintes questionários: *Duke Religion Index* (DUREL) (Índice Religioso de Duke), *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spirituality-Expanded* (FACIT-SpEx) (Escala de Avaliação Funcional de Doenças Crônicas e Terapia Espiritual), *Brief RCOPE*, *HIV/AIDS – Targeted Quality of Life* (HAT-QoL) (Objetivos na Qualidade de Vida – HIV/AIDS), *Brief Interpersonal Support Evaluation List* (Breve Lista de Avaliação do Apoio Interpessoal), *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CESD-10) (Centro Epidemiológico de Estudos de Depressão) e *HIV Symptom Index* (HSI) (Índice de Sintomas do HIV). Um total de 358 (80%) dos pacientes indicaram pertencer a uma religião específica, sendo as denominações mais comuns o catolicismo romano e a batista do sul. Com relação às atividades religiosas não organizacionais, as mais citadas foram a oração, a meditação e o estudo de textos religiosos. A maioria afirmou ter a espiritualidade como um importante fator em sua vida. Quando da utilização do FACIT-SpEx, na subescala de propósito/paz, 94% dos pacientes afirmaram ter, pelo menos, um pouco de senso de propósito em suas vidas; e na subescala da fé, 88% deles encontraram, pelo menos, um pouco de conforto em sua fé ou crenças espirituais e 75% disseram que a doença havia fortalecido sua fé ou crenças espirituais. Participantes utilizaram estratégias de enfrentamento religioso positivo com maior frequência do que eles usaram o manejo religioso negativo, sendo este associado com mais

sintomas depressivos e relacionados à doença em si. Nas análises bivariadas, as atividades religiosas organizacionais, as não organizacionais e a religiosidade intrínseca foram associadas, cada uma, com menor nível de alcoolismo, e maior otimismo. Com relação ao item de propósito/paz, seus altos índices foram inversamente relacionados a sintomas depressivos e sintomas da doença. Este estudo foi um dos primeiros, com um design longitudinal, a analisar mudanças nos níveis de espiritualidade em pessoas com uma doença crônica. No período de duração do estudo, compreendido entre 12 e 18 meses, os níveis médios da espiritualidade, o uso de estratégias de *coping* religioso e a participação em atividades religiosas organizacionais ou não organizacionais não se alterou de forma significativa para a coorte, indicando que a espiritualidade/religião era uma construção relativamente estável na vida desses pacientes, por outro, o aumento na aceção do propósito/paz foi evidente, talvez devido à reavaliação da vida e seu significado em face da doença grave. A elevação nos níveis de espiritualidade foi associada com certas mudanças positivas de vida: satisfação com a vida, apoio social, auto-estima, otimismo, menos sintomas depressivos e longo tempo desde o diagnóstico, ficando evidente que a espiritualidade/religião foi importante para os sujeitos desse estudo, juntamente, com as estratégias de *coping* positivo, podendo a avaliação do nível de bem-estar espiritual do paciente ser útil na sua abordagem como um ser por inteiro.

Utilizando-se da mesma amostra representativa e questionários desse trabalho realizado por Cotton e colaboradores (2006) e com o intuito de replicar e expandir esse estudo prévio, visto que as duas pesquisas possuíam o mesmo coordenador e só diferiam nos objetivos, Szaflarski e colaboradores, em 2006, testaram um modelo conceitual, em que espiritualidade/religião são conceituadas a partir de duas dimensões: distal e proximal. A medida distal tornea, principalmente, comportamentos individuais (por exemplo, a frequência de participação em serviços religiosos, a oração ou meditação, etc); enquanto a proximal avalia as funções da religião e da espiritualidade para o indivíduo (por exemplo, suporte, *coping*, significado, etc) e tendem a ser mais ligadas com a saúde e o bem-estar. A hipótese sugerida pelos autores diz que espiritualidade/religião iriam influenciar o sentimento de melhora da vida, quer diretamente quer através de quatro mecanismos de mediação: estilo de vida saudável (através de adesão à medicação), suporte social, auto-percepção ou auto-estima e crenças saudáveis (otimismo). As medidas utilizadas partiram dos mesmos questionários do estudo supracitado, como foi mencionado no início do parágrafo, acrescido apenas do 12-item *Life Orientation Test* (Teste de Orientação da vida). Quando comparada a vida antes e depois da aquisição da doença, 32% dos pacientes disseram que a vida estava melhor agora; 29% que

estava pior; 26% consideraram igual e 13% não souberam responder. O perfil de quem achou que a vida tinha melhorado após o diagnóstico incluiu quem frequentou faculdade, estava empregado e possuía uma religião. Os mais altos escores do HAT-QoL estiveram associados a esse grupo e eles apresentaram os menores índices de sintomas incômodos da doença, menor depressão e níveis mais altos de auto-estima e suporte social. No modelo bivariado adotado no estudo, todas as correlações foram positivas e significativas, quando se comparou com a concepção de que a vida estava melhor: crenças saudáveis vieram em primeiro lugar, seguido da espiritualidade/religião e das preocupações e estado da saúde; o suporte social e a auto-estima tiveram um efeito moderado sobre a concepção de que a vida tinha melhorado. Com relação às dimensões distal e proximal, elas não foram consideradas representativas de dimensões diferentes da espiritualidade/religião e sim contributivas mutuamente. Os resultados adicionam à literatura atual um novo dado: a confirmação da hipótese de que a espiritualidade está, positivamente, associada com a sensação de que a vida melhorou desde o diagnóstico, oferecendo esperança, a quem contraiu o vírus, de ter uma vida mais plena após a descoberta. Servindo, também, aos médicos, que poderão usar esses resultados no aconselhamento de pacientes recém-diagnosticados com HIV, bem como útil como ferramenta de sensibilização desses profissionais e conscientizando-os da importância do construto espiritual-religioso no cotidiano dos soropositivos.

Ironson, Stuetzle e Fletcher (2006), decidiram, através de um estudo longitudinal de 100 soropositivos, determinar em que medida as mudanças, na religiosidade/espiritualidade, ocorrem após o diagnóstico de uma enfermidade da seriedade do HIV e se as alterações prevêm a progressão da doença, bem como determinar se alguma relação existente entre o curso da doença e o nível de espiritualidade/religião poderia ser explicada por comportamentos de saúde, depressão, desesperança, otimismo, *coping* ou apoio social. Os participantes eram entrevistados, respondiam a questionários e faziam teste sanguíneo (para o linfócito T auxiliar-CD4 e carga viral) a cada seis meses, por quatro anos. Os questionários utilizados foram os seguintes: a depressão foi avaliada pelo *Beck Depression Inventory* (BDI) (Inventário de Depressão de Beck). Para a desesperança, utilizou-se *Beck Hopelessness Scale* (Escala de Desesperança de Beck); o otimismo foi analisado pelo *Life Orientation Test* (LOT) (Teste de Orientação da Vida); o *coping* foi descrito pelo COPE; o suporte social pelo *Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease* (ENRICH) (Aumento da Recuperação da Doença Cardíaca Coronária) e pelo *Social Support Inventory* (ESSI) (Inventário de Suporte Social). Os resultados mostraram que 45% dos entrevistados afirmaram ter aumentado sua religiosidade/espiritualidade após a descoberta da doença, 42%

mantiveram o mesmo grau e, apenas, 13% disseram ter diminuído a espiritualidade. Maior espiritualidade implicou menor queda no nível de células CD4 e houve melhor controle da carga viral durante os quatro anos da pesquisa, assim como quem mostrou menor espiritualidade teve uma diminuição de células CD4 4,5 vezes mais rápida do que os mais espiritualizados/religiosos; a frequência à igreja, também, foi relacionada com menor diminuição da contagem de células CD4. Outro dado importante, no que diz respeito ao aumento da espiritualidade/religiosidade e a progressão da doença, foi a independência com relação a outras variáveis conhecidas, como por exemplo, a depressão. Estes resultados sugerem que uma forma de enfrentamento voltado para a espiritualidade ou religiosidade pode trazer benefícios à saúde.

Um grupo que merece especial atenção por causa da vertiginosa contaminação pelo HIV é o feminino, especialmente, as negras e moradoras em cidades grandes. A OMS estima que metade das 37,2 milhões de pessoas que convivem com a AIDS são mulheres. Elas normalmente são as maiores cuidadoras de idosos, crianças e doentes e tendem a deixar sua saúde em segundo plano. Além do mais, diversas vezes, são dependentes economicamente e estigmatizadas em suas próprias comunidades, quando portadoras do HIV. Essa confluência de fatores pode retardar a procura por cuidados. Entender a percepção feminina, no que concerne ao seu bem-estar e práticas espirituais, pode ser um importante passo nos programas de intervenção em saúde para elas, visto que para muitas portadoras do HIV, a espiritualidade é um importante recurso utilizado para lidar com o estresse e as exigências associadas à infecção pelo HIV, assim como pode servir de complemento ao apoio, quando recebido, pela assistência mental, família e amigos (DALMIDA *et al.*, 2009; SCARINCI *et al.*, 2009).

O estudo concebido por Scarinci e colaboradores, em 2009, visou descrever duas dimensões da espiritualidade: as práticas espirituais e de bem-estar espiritual, e determinar as relações entre essas dimensões em mulheres infectadas pelo HIV. A meta em longo prazo é a concepção de intervenções que possam ser usadas com mulheres portadoras de uma doença crônica, ajudando-as a melhorar o sentido de suas vidas e alcançarem níveis mais elevados de bem-estar. O estudo foi do tipo quantitativo-descritivo, conduzido em uma clínica para HIV, em Jersey, EUA, e contando com 83 participantes. Os instrumentos de mensuração utilizados foram os seguintes: *Spirituality Index of Well-Being* (SIWB) (Índice de Bem-Estar Espiritual) e *Spiritual Practices Checklist* (SPC) (Lista de Práticas Espirituais). A idade média do grupo avaliado foi de 43 anos, das quais 63% eram afro-americanas e tinham, em média, 11 anos de educação. Quanto às práticas espirituais, todas faziam uso de algum tipo. Das mais utilizadas 89% de ajudarem aos outros, 89% de ouvirem música, 87% de rezarem sozinhas, 84% de

participarem de atividades familiares, 78% de praticarem exercícios, 69% de lerem materiais espirituais e 54% de visitarem um lugar tranquilo ou uma casa de culto. Embora não tenha sido o foco principal deste estudo, foram realizadas análises adicionais para determinar a relação entre a contagem de células CD4, os valores totais do SIWB e número de práticas espirituais usados. Uma relação positiva significativa foi demonstrada entre as contagens de CD4 e bem-estar espiritual, sendo este, ainda, expressivamente relacionado ao número de práticas espirituais utilizadas, sugerindo que o bem-estar espiritual aumenta concomitantemente ao aumento do número de práticas espirituais, o que implicou uma modulação positiva do sistema imune.

Dalmida e colaboradores (2009), também, procuraram avaliar a relação entre bem-estar espiritual, sintomas depressivos e status imunológico em um grupo, do sudeste americano, composto por 129 afro-americanas, em sua maioria, soropositivas, dando continuidade à busca já iniciada pelos autores supracitados, vindo corroborar seus achados. As mensurações feitas para o estudo foram baseadas em dados demográficos, na escala *Spiritual Well-Being* (SWB) (Bem-Estar Espiritual) e suas duas subescalas – *Emotional Well-Being* (EWB) (Bem-Estar Emocional) e *Religious Well-Being* (RWB) (Bem-Estar Religioso) – na contagem das células CD4 e na aderência à medicação contra o HIV e na medição da depressão, através do *Center for Epidemiological Studies Depression scale* (CES-D) (Escala do Centro Epidemiológico de Estudos de Depressão). A idade média do grupo foi de 42 anos. A maioria não era casada e encontrava-se desempregada. Menos da metade (41%) da amostra nunca ou raramente frequentava um serviço religioso - uma das prováveis explicações para a baixa frequência ao culto seja devido à estigmatização da doença, agindo como uma barreira; um pouco mais de um terço (38%) frequentava algum templo uma vez por semana ou atémais; quase metade disse rezar ou meditar diariamente (49%) ou quase todos os dias (21%); aproximadamente um terço lia algum material religioso ou espiritual diariamente (23%) ou quase todos os dias (11%); e só uma pequena porção afirmou nunca rezar, meditar (2%), ou ler algo religioso (5%). A maioria do grupo reportou que sua crença religiosa ou espiritual era importante ou muito importante (81%) para elas, indicando que escores de moderado a alto para o SWB. As análises da correlação bivariada mostraram que altos níveis de adesão à medicação retroviral, bem-estar espiritual, bem-estar religioso e bem-estar emocional estiveram relacionados a baixos níveis de sintomas depressivos. A correlação entre o bem-estar espiritual e contagem de células CD4 representou uma fraca, mas significativa correlação positiva, indicando que a maior pontuação, no componente bem-estar espiritual, foi associada com maior contagem de células CD4, o que representou melhor estado

imunológico. Ocorrendo o mesmo com o bem-estar religioso e o bem-estar emocional, mostrando que altos escores do SWB, como um todo, estiveram relacionados à melhora imunológica. Não foi observada associação significativa entre a frequência aos serviços religiosos e os sintomas depressivos, embora uma relação positiva tenha sido vista entre oração/meditação e sintomas depressivos: duas em cada três mulheres (68%), que reportaram nunca ou raramente rezarem/meditarem tiveram mais sintomas depressivos quando comparadas com quem rezava/meditava diariamente ou quase sempre (36%) – isto parece mostrar uma relação significativa entre tais variáveis e o importante papel que a espiritualidade pode desempenhar no benefício do bem-estar psicológico e imunológico. Os resultados também sugeriram que a espiritualidade e a capacidade de encontrar significado e propósito na vida poderiam fornecer o apoio necessário para ajudar as mulheres com HIV a lidar com os desafios da doença e da vida em geral.

2.5 Espiritualidade e Câncer

Muito do que se sabe sobre o papel da espiritualidade na cura veio da literatura sobre o câncer. Os temas espirituais surgem frequentemente em conjunto com o diagnóstico da doença, no qual as questões mais importantes enfrentadas normalmente estão relacionadas à perda de controle da saúde, do futuro e da identidade, mudanças nas relações com os outros e busca de sentido em suas vidas e em sua doença. Como esses tipos de problemas são comuns, não se deve estranhar que os pacientes queiram discutir com os profissionais de saúde questões espirituais no decorrer da progressão da doença (BOUDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002).

Muitos pacientes com câncer confiam em suas crenças espirituais como uma fonte de força, rebelião ou esperança. Eles não esperam respostas ou soluções espirituais dos oncologistas e sua equipe, mas desejam sentirem-se confortáveis o suficiente para levantarem questões espirituais e não encontrarem como resposta medo, atitudes críticas ou comentários desconcertantes. A espiritualidade é uma dimensão com a qual os doentes podem combater sentimentos de medo e alienação durante todo o curso da enfermidade, em que alguns pacientes classificam a fé como um fator significativo na tomada de decisões e consideram o bem-estar espiritual importante para uma melhor qualidade de vida durante e após o tratamento do câncer (SURBONE; BAIDER, 2009).

Não há estudos, ainda, mostrando que a espiritualidade afeta realmente a cura clínica do câncer. Pesquisas, repetidamente, mostram que a espiritualidade pode melhorar a

qualidade de vida e ajudar na recuperação psicológica. O câncer, na maioria das vezes, está associado ao desconforto, tensão, agitação interna e sentimento de isolamento. A espiritualidade pode funcionar como um amortecedor contra alguns desses sentimentos. Pacientes portadores de câncer e que apresentam forte espiritualidade têm excelentes sentimentos de conforto, paz e suporte, menos efeitos debilitantes de fadiga e de dor interna e menos ansiedade. Dentre as estratégias utilizadas pelos mesmos para lidar com a enfermidade, a oração e a fé na cura são as comumente empregadas (BOUDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002).

Pesquisas têm mostrado que a espiritualidade pode desempenhar um importante papel na gestão do processo de adoecer e da doença em si. Mas muito, ainda, precisa ser feito para esclarecer como a espiritualidade e a religião contribuem para o processo de enfrentamento da doença. Bowie, Sydnor e Grant, (2003), iniciaram uma análise da experiência de saúde do homem e do papel que as crenças religiosas desempenham em lidar com a doença. Especificamente, analisou-se, através de métodos quantitativos e qualitativos, o papel da espiritualidade no *coping* da doença entre 14 afro-americanos diagnosticados com câncer de próstata. A média de idade foi de 62 anos e a educacional foi de 13 anos; 91% eram casados e metade estava empregada. Dez deles disseram ser protestantes, 13 afirmaram serem membros de alguma igreja e dez responderam que freqüentavam sua igreja, pelo menos, uma vez na semana. Quando perguntados sobre quanto da sua recuperação do câncer de próstata dependia da sua espiritualidade ou relacionamento com Deus/poder superior – no qual o código 01 significava não depender de forma nenhuma e o código 10 significava depender muito – a média das respostas foi de 8,86. Isso é consistente com os resultados qualitativos do estudo, que encontraram um forte efeito benéfico da religião e da espiritualidade no enfrentamento do câncer. No que concerne à relação médico-paciente, os números indicaram que a maioria dos pacientes (64%) reportou suas crenças espirituais e religiosas aos seus médicos e que a metade destes havia perguntado sobre sua espiritualidade/crenças religiosas no enfrentamento da doença. Se esses achados forem replicados em outros trabalhos, haverá um incentivo à abertura do diálogo em torno das questões da vida espiritual na relação médico-paciente, que beneficiaria o processo de tratamento do câncer de próstata e de outras enfermidades de tamanha gravidade.

A religiosidade desempenha um relevante papel na vida de milhares de pessoas, podendo ser ainda parte importante da personalidade. Sua influência se estende pela cognição, afeto, motivação e comportamento. Inúmeros estudos têm mostrado sua influência protetiva sobre a saúde, redução de internações, reforço da capacidade do paciente de se recuperar de

uma doença física e aumento da sobrevida em idosos. Existe um crescente corpo de evidências de que a religiosidade pode servir como amortecedor da depressão e apoiar o processo de cura. Porém, poucos estudos tinham avaliado a associação da religiosidade com a depressão em pacientes com câncer de mama, já que na maioria dos trabalhos envolvidos com câncer, a religiosidade foi, sobretudo, avaliada em conexão com construtos de qualidade de vida, bem-estar e adaptação à doença. Há que se lembrar que mulheres portadoras de câncer de mama estão mais propensas à depressão devido às alterações metabólicas e hormonais, tratamento com modificadores da resposta imune, quimioterapia, dores crônicas e extensas intervenções cirúrgicas (AUKST-MARGETIC *et al.*, 2005).

Aukst-Margetic e colaboradores (2005), procuraram investigar a associação entre a religiosidade - definida como a força da fé religiosa, depressão e dor em um estudo transversal com 115 pacientes do sexo feminino com câncer de mama. As pacientes foram recrutadas em uma unidade de radioterapia de um hospital universitário, na Croácia, ao longo de seis meses. Os questionários usados na avaliação foram os seguintes: *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSORF) (Questionário da Força da Fé Religiosa da Santa Clara) para monitoramento da religiosidade, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos) para mensuração da depressão e *Visual Analogue Scale* (VAS) (Escala Analógica Visual), esta última serviu para avaliação da percepção da dor. A idade média das pacientes era de 61,8 anos, 32% delas tinham histórico prévio de problemas psiquiátricos, 12,2% possuíam histórico familiar de desordens mentais, 40% estavam desempregadas ou eram donas-de-casa e 16,5% estavam trabalhando. Os resultados mostraram que 23,4% das mulheres entrevistadas apresentaram pouca religiosidade, 13% religiosidade moderada e 62,6% alta taxa de religiosidade, de acordo com o SCSORF. A religiosidade esteve principalmente associada à idade mais avançada, desemprego, donas-de-casa e menor escolaridade. O CES-D estabeleceu que 36,5% da amostra preencheram os critérios clínicos para depressão. E o cruzamento dessas duas variáveis trouxe que 71,2% das mulheres que não possuíam sintomas depressivos estavam no grupo com maior religiosidade, confirmando que a depressão foi menos prevalente em quem era mais religiosa. No que concerne à dor, a diferença na sua percepção entre as três categorias de religiosidade (baixa – moderada - alta) não foi estatisticamente significativa, mas a sua percepção teve diferença estatística significativa em quem apresentava ou não depressão. A relação entre dor e religiosidade é complexa, elas apenas podem ser associadas indiretamente: alta religiosidade foi ligada a menores níveis de depressão, que esteve relacionado com a dor. Deste modo, a religiosidade pôde amenizar os

efeitos da depressão que evocavam dor. Os resultados aqui relatados, além de sua contribuição teórica, sugeriram que investigações deveriam ser realizadas, a fim de elucidarem a utilidade clínica de incorporar as crenças e práticas religiosas na abordagem terapêutica. Isto pode incluir a abertura para se discutirem questões existenciais e espirituais no aconselhamento psicológico.

Os efeitos potenciais de um diagnóstico de câncer de mama no bem-estar psicossocial das mulheres, também, têm sido estudados e relatados na literatura. Recentemente, o papel da religião e da espiritualidade para lidarem com tal experiência está, cada vez mais, recebendo atenção. E como as afro-americanas continuam a ter a maior taxa de mortalidade no câncer de mama entre todos os grupos de minoria racial e étnica nos EUA e é a segunda maior taxa de incidência, superada apenas por mulheres brancas, o interesse por esse grupo étnico começou a ser despertado. Os poucos estudos que examinaram as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres afro-americanas com diagnóstico de câncer de mama identificaram a espiritualidade como um fator significativo que justifica uma investigação mais aprofundada. O trabalho realizado por Simon, Crowther e Higgerson (2007), analisou o papel da espiritualidade, por meio de entrevistas qualitativas, em 18 mulheres afro-americanas cristãs durante a experiência do câncer, do diagnóstico à sobrevivência. A média de idade entre elas foi de 53 anos, a maioria concluiu o ensino médio e 12 delas tinham ensino superior. Doze mulheres encontraram o nódulo por si, durante o auto-exame da mama. Todas as entrevistadas, já se auto-identificaram como cristãs e reconheciam Deus como poder maior mesmo não sendo questionadas sobre o tema, ainda, e consideravam a espiritualidade como sendo um fator importante durante a experiência com o câncer de mama. O papel da espiritualidade foi dividido em três etapas: durante o diagnóstico, durante o tratamento e após o tratamento. Durante o diagnóstico, 11 delas afirmaram que a espiritualidade deu-lhes suporte na reação e aceitação do diagnóstico, quatro pediram orientação divina nas opções de tratamento e três disseram que a espiritualidade proporcionou suporte para a família. No decorrer do tratamento, 13 dessas mulheres usaram a espiritualidade por meio do *coping* para lidar com os efeitos terapêuticos; dez também se valeram da espiritualidade para encontrar significado e vontade de viver. No pós-tratamento, todas viram na espiritualidade um motivo para a sobrevivência. As mulheres expressaram variados métodos de lidar com o câncer de mama e a espiritualidade em geral foi um elemento fundamental durante todo o processo. Nenhuma das participantes relatou diminuição na espiritualidade ou raiva de Deus por apresentarem câncer. É possível que a experiência da doença tenha resultado em aumento ou reforço da fé, como muitas relataram. É provável,

também, que houvesse um receio de que em se reconhecendo a falta ou perda da fé ou raiva diante de Deus, isto poderia resultar em morte ou desfavor de Deus. Elas também se mostraram satisfeitas, em geral, com o apoio espiritual recebido da família e dos profissionais de saúde, indicando o quanto era importante esse amparo para enfrentar toda a experiência. Os resultados sugeriram que o relacionamento com Deus proveu uma fonte constante e confiável de suporte e que o apoio espiritual das famílias e dos profissionais de saúde foi geralmente útil quando recebido.

Sobre minorias étnicas e câncer, um outro estudo foi conduzido no Reino Unido, por Koffman e colaboradores (2008), com o objetivo de explorar como a religião e a espiritualidade influenciavam a experiência auto-relatada do câncer. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com 26 negros do Caribe e 19 brancos ingleses, que viviam com câncer avançado e moravam em bairros do sul londrino. A média de idade para os caribenhos foi de 68 anos e para os britânicos 77 anos. Com relação às crenças, com exceção de um negro, todos os outros do seu grupo ofereceram pontos de vista sobre o significado da fé religiosa e de Deus nas suas vidas. Isso em relação a 13 dos 19 participantes brancos. Nenhum participante se referiu a outras religiões além do cristianismo. Os significados que foram identificados como forma dos participantes conectarem sua fé religiosa, a crença em Deus e sua experiência com o câncer foram reduzidas a três aspectos: compreendendo o câncer – 7 negros e 3 brancos que estavam nessa categoria diziam entender a doença como um evento explicável e não algo desordenado, possuindo uma confiança deliberada em Deus que era quem controlava suas vidas; convivendo com o impacto físico e psicológico de seu câncer e sua progressão – 11/25 negros e 4/13 brancos argumentaram estarem envolvidos em comunidades de base religiosa proporcionando-lhes apoio social, emocional e prático; a crença de que o câncer e sua progressão amplificaram a fé religiosa e a conexão com Deus – foi composto por um pequeno grupo de negros, que acreditava em uma vida melhor após a doença e possuíam profunda crença em Deus. Os resultados mostraram que dentro de qualquer grupo étnico, sempre haverá diversidade de crenças, que alertam contra os estereótipos. Ao realizar uma entrevista de avaliação com os pacientes de diferentes origens culturais, os profissionais de saúde devem fazer perguntas, que possam ir além de uma descrição detalhada dos sintomas, facilitando uma sequência de oportunidades para os pacientes expressarem informações que podem incluir as crenças religiosas e espirituais e como estes dados podem alterar a sua percepção da doença e dos sintomas e, assim, influenciar as decisões dos profissionais sobre os cuidados e tratamento.

Muitos pacientes acometidos por um câncer apresentam problemas mentais associados à enfermidade. Recentes revisões trouxeram uma média de 15% de quadro de depressão severa em pacientes cancerígenos terminais, ademais muitos outros também apresentam sintomas depressivos mais brandos, que não deixam de estar associados à aflição significativa. A ansiedade, apesar de menos estudada, também, tem sido encontrada com relativa frequência entre os portadores de câncer. Esses transtornos mentais estão agregados a um acentuado prejuízo na qualidade de vida, especialmente, nos cuidados paliativos, quando do avançado estágio da doença, podendo dificultar o controle dos sintomas físicos e afetando até o bem-estar existencial e social nesse momento crítico (WILSON *et al.*, 2007).

Dada à necessidade de tornar esses momentos finais mais confortáveis ao paciente, Wilson e colaboradores, em 2007, no *Canadian National Palliative Care Survey* (NPCS) (Pesquisa Nacional Canadense de Cuidados Paliativos), aplicaram entrevistas semi-estruturadas de diagnóstico em um grande grupo de pacientes, 381 ao todo, que estavam recebendo cuidados paliativos para o câncer, com o objetivo de investigar a prevalência e a comorbidade (coexistência de transtornos ou doenças) da depressão e ansiedade entre os participantes do NPCS e determinar associação desses distúrbios com outros aspectos da qualidade de vida relacionados à saúde. A busca por informações foi feita a partir dos seguintes questionários: *Palliative Performance Scale* (PPS) (Escala de Desempenhos Paliativos) para verificação do estado funcional da saúde, *Structured Interview of Symptoms and Concerns* (SISC) (Entrevista Estruturada sobre Preocupações e Sintomas) e a versão modificada do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) (Avaliação da Atenção Primária nos Transtornos Mentais), que serviu como guia clínico. Dentre as características dos participantes, sua média de idade foi de 67 anos, a maioria feminina e em fase terminal. Com relação às desordens depressivas e de ansiedade, 24% dos participantes preencheram os critérios para, pelo menos, um transtorno, sendo a depressão severa o problema mais freqüente. A comorbidade entre as desordens foi comum: 39 pacientes foram diagnosticados com duas ou mais perturbações. Os participantes diagnosticados com alguma desordem mental eram mais jovens, possuíam menos convívio social, menor frequência a serviços religiosos organizacionais, menores escores no PPS e maior associação com outros sintomas e preocupações específicos – isolamento social, ser uma carga para os outros, dor, fraqueza, perda da resiliência, perda da dignidade, crises espirituais, dificuldade de aceitação e insatisfação com a vida, sofrimento e desejo de morrer - sugerindo que o estado psicológico contribui para a deficiência do paciente, além da causada pela doença e que o impacto de tais desordens, nas preocupações sociais e existenciais dos pacientes, pode ser ainda mais forte do

que a experiência de sintomas físicos. Os resultados deixaram claro que os transtornos depressivos e de ansiedade estão relacionados a uma considerável diminuição da qualidade de vida de quem está morrendo de câncer e que as medidas, quer sejam medicamentosas, através de antidepressivos, quer de cunho espiritual ou psicológico devem ser utilizadas para amenizar esse sofrimento último.

Um diagnóstico de câncer pode levar a sentimentos de pânico, ansiedade, depressão e desesperança, desafiando, ainda, os planos para o futuro. Para alguns indivíduos, tal diagnóstico não é uma questão a qual suas vidas se resumem, enquanto outros acham que tal diagnóstico redefine o seu sentido para melhor ou pior, tendo, ainda, os que pensam ser um ponto de virada para mover-se em novas direções e, também, outros podem achar que os leva a um processo de transformação espiritual. Eventualmente uma dessas reações iniciais pode estar envolvida e o sobrevivente muitas vezes encontra significado na sua doença, levando a um aprofundamento da espiritualidade e foco no bem-estar (VACHON, 2008).

Diante dessa nova concepção a que os sobreviventes do câncer podem estar sujeitos, Vachon (2008), decidiu explorar as concepções sobre significado, espiritualidade e bem-estar de quem passou por essa experiência, através da revisão de livros, artigos de pesquisa e da sua experiência pessoal como enfermeira psicoterapeuta e, também, sobrevivente de um câncer. A natureza e a extensão da vulnerabilidade psicossocial, diante de uma doença da magnitude do câncer, é individual e depende do sentido pessoal dado ao evento. As crenças individuais e dos familiares podem determinar a forma de lidar com a doença, embora, muitas vezes, a própria enfermidade desafie ou mude tais crenças, por exemplo, afetando os pressupostos fundamentais do indivíduo sobre trajetória de vida, crenças sobre si mesmo, de controle e auto-estima e o espiritual/existencial. A espiritualidade foi tida como um construto composto por fé e significado em uma tentativa de fazer contato ou conhecer o profundo do ser, enquanto a religião foi considerada uma expressão da espiritualidade, podendo ser entendida como os valores e as práticas que as pessoas adotaram para atender às necessidades espirituais. Foi, justamente, por causa dessa tênue separação entre esses construtos que a autora encontrou, no decorrer de sua pesquisa, problemas metodológicos e, ainda, o controle de variáveis influentes, tais como o estágio da doença e a percepção do suporte social, havendo dificuldade em se tirarem conclusões consistentes por exemplo sobre *coping* religioso e seus efeitos benéficos ou prejudiciais. Outro ponto importante levantado foi a necessidade de se estenderem os estudos para além dos limites da denominação religiosa e frequência ao serviço religioso como formas de medir o papel da religião e da espiritualidade, não significando que não existam trabalhos promissores, como

mostrou, por exemplo, Fitchett (2007), (citado pela autora) que encontrou evidências suficientes de que religião e espiritualidade estão associadas a melhor adaptação emocional ao câncer, bem como um crescente número de trabalhos qualitativos têm sido consistente em mostrar a importância da espiritualidade no enfrentamento e adaptação à doença. As pessoas que apresentam câncer passam por uma metamorfose e, na maioria das vezes, desenvolvem um foco mais espiritual em suas vidas, o senso de conexão com o amor divino fica mais profundo, convicções éticas mais fortes e maior necessidade de cura emocional. Sobre o bem-estar, este tem sido descrito como uma abordagem deliberada e consciente do indivíduo de participar e promover seu desenvolvimento físico, psicológico e espiritual. Programas de bem-estar incentivam o auto-atendimento para ajudar os sobreviventes a recuperarem algum controle sobre sua saúde e cuidados com ela. Esses princípios de promoção de bem-estar foram baseados em provas subjetivas e apoiados pela investigação nas áreas da psicologia, psiconeuroimunologia e medicina comportamental. A autora mostra, ainda, as implicações do tema para os enfermeiros, uma vez que muitos enfermeiros que prestam cuidados espirituais o fizeram com algum desconforto, por isso estes devem ser encorajados a iniciar as discussões sobre o significado da doença e da espiritualidade com pacientes. Podendo ser útil para compreender como o paciente está motivado para viver e que mudanças podem ser possíveis, como conhecer sua situação pessoal, socioeconômica e cultural. Ao discutir esses tópicos, os enfermeiros mostram ao paciente que estão dispostos a abordar estas questões desafiadoras. Em suma, a autora afirmou que atenção deve ser dada à ligação corpo-mente-espírito, integrando a reflexão sobre o significado do câncer na vida do sobrevivente, analisando como suas crenças religiosas e/ou espirituais foram afetadas pelo diagnóstico e como mudaram a partir desse ponto e aproveitando o momento de reflexão do mesmo para incentivá-lo a participar de atividades de promoção do bem-estar.

CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO

A doença é cultural e socialmente moldada como um construto, em que a percepção e a experiência da enfermidade são afetadas pelas explicações que são dadas sobre ela e o pelo sistema de significados usados para se compreender tal experiência (DAALEMAN; COBB; FREY, 2001). Crenças e processos cognitivos influenciam as pessoas no que se refere ao lidarem com o estresse, o sofrimento e os problemas da vida (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Sendo assim, a religiosidade pode prover suporte através de inúmeros caminhos, aumentando a aceitação, a resistência e a resiliência, gerando paz e autoconfiança e perdão para as próprias falhas (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). E a espiritualidade tem sido considerada um recurso individual para lidar com doenças e adaptação às incertezas associadas à cronicidade da enfermidade, especialmente quando mecanismos habituais para lidarem com a mesma são ineficazes (DALMIDA *et al.*, 2009).

Vários mecanismos têm sido propostos para explicar a influência da religião sobre a saúde humana. O primeiro deles, diz respeito aos comportamentos saudáveis e estilos de vida prescritos ou proibidos pela maioria das religiões, como manter o dia de descanso, ter o corpo como templo sagrado, manter relações pacifistas; bem como proibidos pelas mesmas, como as transfusões sanguíneas, as vacinações ou o uso de medicamentos, além de poderem ter atitudes violentas para com os não-crentes. O suporte social também é citado, à medida que o pertencimento a um grupo pode trazer apoio psicossocial, promover a coesão social, facilitar a adesão a programas de promoção de saúde, oferta de companheirismo em momentos de estresse, sofrimento ou tristeza, diminuindo o impacto da ansiedade, anomia e outras emoções, melhorando assim, a saúde (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

As pessoas espiritualizadas estão menos propensas a maximizarem os problemas que possuem, ao contrário, as dificuldades são vistas como possuidoras de significado ou utilidade no contexto de suas vidas, em que a espiritualidade mantém, ainda, a paz interior, ajudando a superar as dificuldades. Tais pessoas tendem a experimentar sentimentos de realização e profunda comunhão com Deus. É possível, também, que essas experiências emocionais positivas, além de ajudarem a superar as vicissitudes da vida, dêem-lhes força espiritual e consolo que previnem os sentimentos de ansiedade ou desespero. A motivação do crescimento espiritual pode, ainda, fornecer foco e orientação inabaláveis para enfrentarem

dificuldades ou irritações. Embora os problemas cotidianos possam prejudicar outros objetivos, a manutenção e o desenvolvimento da espiritualidade podem estar menos sujeitos a perturbações externas (KIM; SEIDLITZ, 2002).

A espiritualidade também está intimamente relacionada com a saúde fisiológica e/ou psicológica de uma pessoa e pode manter o tripé cérebro-psique-corpo em equilíbrio, especialmente durante épocas de estresse, facilitando o uso de estilos mais adaptáveis de enfrentamento e de emoções positivas (DALMIDA *et al.*, 2009). Espiritualidade elevada tem sido associada a uma menor taxa de cortisol, menor depressão, menor desesperança, menos fumo e contribuírem para o sexo seguro (IRONSON; STUETZLE; FLETCHER, 2006), sendo mais do que apenas um mecanismo de enfrentamento, mas uma resposta ativa e dinâmica e um resultado psicológico positivo (VACHON, 2008).

Dessa maneira, quando outras fontes de apoio faltam, o apoio espiritual torna possível explicações, trazendo consigo uma sensação de controle, através do sagrado, quando a vida parece fora de controle, fornecendo, ainda, novos significados quando os antigos já não mais convencem (MOHR *et al.*, 2006). Um exemplo marcante para tal assertiva é o apoio dado pela espiritualidade às mulheres para suportarem o sofrimento psicológico que acompanha o diagnóstico do câncer de mama, fornecendo-lhes ajuda para lidar com sua auto-imagem, aumentar a sua sensação de controle e criar sistemas de apoio (SIMON; CROWTHER, HIGGERSON, 2007).

O otimismo, constatação feita Mofidi e colaboradores (2007), também pode ser gerado através de crenças e experiências espirituais, tais como a noção de que Deus recompensará devoção e fé, com melhor saúde. As pessoas podem até acreditar que coisas boas vão acontecer-lhes no futuro, como resultado de um sentimento ou convicção de que Deus está disponível em tempos de aflição.

Parte do impacto positivo sobre o bem-estar alimentado por crenças religiosas ou espirituais poderia ser a influência de uma visão otimista da vida. Duas pessoas podem estar passando as mesmas circunstâncias, mas, provavelmente, aquela que lidará melhor com a circunstância será a possuidora de um sistema de crença religiosa ou espiritual, que incentiva um quadro otimista em sua mente (STUCKEY, 2001).

O aumento desse otimismo gerado pela fé está negativamente relacionado com sintomas depressivos, direta e indiretamente ligado a um maior apoio social. É plausível que uma visão otimista, em parte, influenciada pela espiritualidade permita aos indivíduos iniciarem laços sociais e, com isso, cada um tornar-se atraente para os colegas associados, que por sua vez aumentam seu círculo de amizade e apoio social; e a espiritualidade pode ainda

ser uma importante fonte de otimismo por oferecer às pessoas um senso de direção, propósito e certeza (MOFIDI *et al.*, 2007).

Evidências, também, sugerem uma conexão empírica da esperança com a expressão da dimensão religiosa. Entre indivíduos religiosos, a oração e as crenças espirituais na cura são associadas com altos níveis de esperança, através do uso da oração como estratégia de *coping* (MANSFIELD; MITCHELL; KING, 2002; LEVIN, 2009). Isso acontece porque a oração reforça o sentido religioso da energia mental pela recarga da mente e do corpo no processo de tornar-se calmo e limpar a mente de outros pensamentos durante a oração (ou meditação - uma das práticas religiosas mais estudadas). A pessoa desliga-se do processo de absorção dos vários fatores estressantes do dia-a-dia, diminuindo o esgotamento de energia mental (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; SNYDER, 1994 *apud* LEVIN, 2009).

Kim e colaboradores (2000) encontraram ainda que a forte crença na fé e a frequência da participação em atividades religiosas ou espirituais, tanto públicas quanto privadas, podem ser importantes fatores na qualidade de vida. E Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) acrescentam que as práticas religiosas públicas e privadas ajudam a manter a saúde mental e prevenir doenças mentais, por contribuírem como o suporte da ansiedade, frustração, medo, raiva, anomia, sentimento de inferioridade, desânimo e isolamento. No entanto, um viés de seleção pode obscurecer esta associação, pois os pacientes deprimidos podem estar demasiado debilitados para assistirem aos cultos religiosos. Não obstante, incentivar a participação adequada nas atividades espirituais ou incorporação de imagens religiosas em um esquema terapêutico podem trazer benefício para pacientes carentes, cujas pressões da vida podem ser graves e, os níveis de depressão, altos (DOOLITTLE; FARRELL, 2004).

A religião pode, ainda, proporcionar significado à vida e uma representação para a compreensão do mundo, explicando em parte sua influência salutar sobre a depressão (FLANNELLY *et al.*, 2006), assim como diferentes aspectos da religiosidade e espiritualidade foram, independentemente, associados com as várias dimensões do bem-estar psicológico do indivíduo (GREENFIELD; VAILLANT; MARKS, 2009). Mostrando que a satisfação com a vida, o bem-estar espiritual, o bem-estar emocional e o estado funcional estão relacionados, entre si, e com a contribuição ímpar que podem fornecer à qualidade de vida (KIM *et al.*, 2000).

A crença na vida após a morte, embutida em muitas religiões, também, oferece muitas possibilidades de apoio que podem aliviar a tensão da vida cotidiana, e assim ajudar a

prevenir o desenvolvimento de sintomas depressivos ou de vários outros sintomas psiquiátricos. Se a vida transcende a morte, sua essência pode ser vista como espiritual e para além do mundo material. Assim, os problemas de saúde, financeiros e de relacionamento podem parecer menos ameaçadores (FLANNELLY *et al.*, 2006).

O bem-estar espiritual pode conduzir a menor depressão, através do reforço psicológico do *coping*. Estes caminhos incluem as associações do compromisso religioso com comportamentos relacionados à saúde (prevenção do tabagismo e uso de drogas), transmissão da hereditariedade, o apoio social (permitindo proteção e adaptação ao estresse), os rituais (por exemplo, a oração ou meditação que podem gerar emoções positivas), as crenças (associação entre visões de mundo espiritual e as crenças de saúde e comportamentos), a fé (otimismo e expectativa positiva que podem levar a um efeito placebo), a força e o sobrenatural (a obra de Deus) (BEKELMAN *et al.*, 2007).

Levin (2009) propôs que a fé então pode curar, através de mecanismos comportamentais, interpessoais, cognitivos, afetivos e psicofisiológicos. Primeiro, a fé pode curar, motivando comportamentos saudáveis que fortalecem a resistência do organismo; segundo, através de ligações interpessoais que podem oferecer apoio concreto, emocional e encorajamento. Terceiro, a fé pode promover a cura, através da criação de um quadro mental que afirma uma habilidade inata de cura – mecanismo cognitivo. No quarto aspecto, o afetivo, a fé age por engendrar emoções suaves que protegem ou atenuam os efeitos nocivos do estresse. E em quinto lugar, a cura pela fé vem através do provimento de esperança no futuro ao permitir que os encargos possam ser suportados e a dor tolerada, pelo mecanismo psicofisiológico. Entretanto, a fé sozinha não é a única determinante da cura, ela opera em conjunto com o ambiente e os agentes terapêuticos.

O envolvimento religioso também pôde ser associado positivamente com a adesão à medicação de pacientes esquizofrênicos, tendo também influência em uma melhor recuperação por incutir, no paciente, esperança, propósito e significado na vida. A espiritualidade também pode trazer influências negativas, como por exemplo, quando o tratamento médico ou comportamento recomendado pelo psiquiatra entra em conflito com certos ensinamentos de grupos religiosos. Alguns religiosos estão propensos à cura espiritual, exclusivamente. Cuidar de si mesmo, aprender a dizer não e aspirar auto-realização podem entrar em conflito com certos ensinamentos religiosos, muitos dos quais incentivam a subserviência a comunidade e a subordinação das próprias necessidades pessoais. Sofrimento e benevolência podem ser percebidos como salutareos (BORRAS *et al.*, 2007).

Um dado inesperado foi encontrado no estudo realizado por (MASELKO, GILMAN, BUKA, 2009): alto nível de bem-estar religioso associado com maior chance de depressão severa, indicando que um indivíduo que está deprimido confia mais fortemente nos métodos de *coping* religioso que, por sua vez, poderiam levá-lo a um aumento nos níveis de bem-estar religioso. Em alguns casos, os níveis mais altos de religiosidade poderiam servir de marcador da insegurança, que é um forte fator de risco para problemas de saúde mental.

Outros mecanismos pelos quais o *coping* espiritual age são: a esperança quer seja na cura, no tempo suficiente para concluir projetos importantes, no perdão aos entes queridos ou em uma morte pacífica; um senso de controle, no qual o enfermo entrega suas preocupações a Deus ou a um poder superior; aceitação e/ou força para lidar com a situação e senso de significado ou propósito diante da enfermidade (PUCHALSKI, 2004). E apesar da constatação, em muitos trabalhos, dos efeitos positivos gerados pelas crenças religioso-espirituais, não pode ser esquecido, em alguns casos, um efeito deletério que pode conduzir o paciente à culpa, ansiedade, dúvida, dependência excessiva, depressão (através de uma maior autocrítica), inflexibilidade cognitiva e intolerância (MILLER; THORESEN, 2003; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Ainda sobre a fé, Levin (2009) citando as palavras da Dra. Esther M. Sternberg, diretora do programa de integração neural imunológica do *U.S. National Institutes of Health* (NIH) (Institutos Nacionais de Saúde dos EUA), afirma que se as orações curam e, pelo menos, uma parte do seu efeito deve ser placebo. Dizer que a parte da cura provocada pelo ato de orar pode vir através do efeito placebo, não quer dizer que é falso, mas sim de lhe dar uma explicação muito real, uma vez que, o efeito placebo tem ação através de vias nervosas bem definidas e moléculas que podem ter efeitos profundos na ação das células imunológicas. A outra parte do efeito da prece poderia vir da remoção do estresse, revertendo essa explosão de hormônios que podem suprimir a função imune.

Assim, o impacto religioso sobre a saúde psíquica, pode ser compreendido no âmbito dos novos avanços nas investigações da psicoimunoendocrinologia. Os estatus psíquico, imunológico e endócrino tem que estar equilibrado para que haja a manutenção da homeostasia e prevenção de doenças. Altos níveis de estresse e depressão estão associados à liberação de hormônios, como o cortisol, que prejudicam a função imune. Diante disso, supõe-se que o compromisso religioso melhora o controle do estresse, podendo até funcionar como imunomodulador (LISSONI *et al.*, 2001; KIECOLT-GLASER *et al.*, 2002 *apud* AUKST-MARGETIC *et al.*, 2005).

Algumas outras hipóteses para se explicarem biologicamente a espiritualidade foram levantadas em uma publicação de King e Koenig, em 2009, na qual foi dito, por exemplo, que a predisposição biológica à crença espiritual pode ter sido selecionada, durante a evolução humana. Outra hipótese levantada por Gillespie *et al.*, (2003) e Hamer (2004), ambos mencionados nesse trabalho de King e Koenig, alega que a auto-transcendência - definida como um conjunto de características de personalidade, tais como sentir-se ligado ao mundo e ter uma disposição para aceitar as coisas que não podem ser objetivamente demonstrada - pode ser hereditária. Citou-se, também, que a função cerebral está sujeita a emoções como alegria, raiva ou medo, os quais podem ser parte da experiência do êxtase, bem como as drogas recreativas, como a cocaína e as anfetaminas, podem ativar neurotransmissores e levar a experiências que imitam o espiritual (KING *et al.*, 2006; BERTHOZ *et al.*, 2006; SINGER *et al.*, 2006 *apud* KING; KOENIG, 2009).

O aumento do interesse sobre o tema da espiritualidade na saúde traz, ao mesmo tempo, consigo maior abordagem na clínica médica. Assim, o papel da religião na clínica médica dependerá das necessidades de cada paciente em particular, sendo uma matéria essencialmente privada e a ser negociada entre ambos, visto que a religião pertence ao grupo das questões de limites, tais como a confidencialidade, privacidade e a questão da relação afetiva entre médico e paciente - todos estes dizem respeito aos limites e a estrutura de que um paciente ou um médico deve ser capaz de esperar de um encontro clínico (SCHEURICH, 2003).

A equipe de saúde deve estar ciente de sua própria espiritualidade, a fim de oferecer um melhor atendimento à saúde e às necessidades espirituais dos pacientes (BOERO *et al.*, 2005). A tendência dos médicos em usarem mecanismos de enfrentamento religioso de uma forma positiva em suas vidas parece ser preditiva de suas atitudes para favorecer seu uso com os pacientes, como, por exemplo, discutindo sobre suas crenças ou rezando com ele (LUCKHAUPT *et al.*, 2005).

Os resultados sobre uma amostra de trabalhadores de saúde, no qual quem possuía fortes crenças pessoais apresentava, também, escore mais elevado para a qualidade de vida, estão em conformidade com aqueles de pacientes, que podem ser encontrados na literatura que serviram de embasamento teórico aos autores desse estudo. Isto pode ser devido ao fato de que a espiritualidade é um aspecto que se refere ao homem, em geral, e pode melhorar a qualidade de vida tanto de pacientes quanto de profissionais da saúde (BOERO *et al.*, 2005).

Os médicos poderiam avaliar o grau de envolvimento religioso em seus clientes, como parte do procedimento padrão de uma entrevista de admissão e durante a avaliação

médica, o psiquiatra deve tentar determinar o quanto a religião é importante na vida do seu paciente, se é ativa ou não e, por fim, se lhe é útil ou prejudicial (SHREVE-NEIGER; EDELSTEIN, 2004; MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006).

Através da investigação científica continuada, um terapeuta pode ser informado sobre o modo de validar ou discutir o papel da religião na vida do paciente, mantendo a objetividade. Este não é um apelo para os médicos praticarem a religião na terapia ou para deixarem a terapia ser influenciada pela religião, mas sim para se reconhecer e se discutir o papel que ela pode desempenhar na vida do cliente e seu potencial no tratamento, uma vez que a mesma parece ser importante para um considerável número de pessoas. Então, incluí-la como uma variável no estudo de situações clínicas pode contribuir, significativamente, para o entendimento da sua interação com a saúde mental em boa parte da população clínica (SHREVE-NEIGER; EDELSTEIN, 2004).

Uma maior disposição para concordar em perguntar aos pacientes sobre suas crenças espirituais e religiosas é vista entre os residentes de medicina mais novos e pode ser explicada pela maior ênfase dada ao tema nas escolas de formação médica nos últimos anos (LUCKHAUPT *et al.*, 2005): padrões de *copping* espirituais/religiosos e tipos de programa de formação - especificamente medicina familiar (contra outros programas de cuidados primários) - parecem ter sido fatores importantes nas atitudes dos residentes sobre como incorporar o assunto nos encontros clínicos (LUCKHAUPT *et al.*, 2005). Sandor e colaboradores (2006) ressaltam, porém, que o desenvolvimento da espiritualidade, da consciência superior, valores e maturidade pluralista não podem ser forçados nem acelerados.

Outra elucidação, para a maior atenção dos novatos à questão viria do fato que os residentes mais antigos são, provavelmente, menos meticolosos em tomar a história do paciente, quando comparados aos mais novos, pois aqueles são, geralmente, responsáveis por mais pacientes e têm menos tempo para gastar com cada um deles (LUCKHAUPT *et al.*, 2005). Quanto aos médicos já formados e mais antigos, os psiquiatras estão entre os mais propensos a interagirem com os pacientes sobre religião/espiritualidade, mostrando uma atitude positiva em relação à influência desse tema na saúde, embora reconheçam que, em alguns casos, também, pode haver influência negativa da religião sobre os pacientes (CURLIN *et al.*, 2007).

Curiosamente, esses mesmos autores encontraram menor religiosidade entre os psiquiatras em comparação com outras especialidades médicas. Uma possível razão para os psiquiatras serem menos religiosos do que os outros médicos, é que sua abertura ao tema está

relacionada à apreciação dos efeitos da religião ao invés de seu valor ontológico (CURLIN *et al.*, 2007).

E com relação aos cuidadores de pacientes graves e/ou terminais, Boston e Mount (2006) afirmam que os significados de termos como espiritualidade e sofrimento existencial podem afetar a maneira cujas relações cuidador-paciente estão estruturadas. Preocupações espirituais e existenciais são determinantes importantes da qualidade de vida - principal objetivo dos cuidados paliativos. Criar aberturas para um diálogo neste nível tão íntimo é o cerne da arte do cuidador e a chave para a assistência eficaz à pessoa como um todo. Isso requer uma compreensão da importância das questões existenciais/espirituais e o discernimento para incluí-las no diagnóstico diferencial das causas do sofrimento e sensibilidade na comunicação. Essas discussões são facilitadas quando há maior experiência pessoal do cuidador com o sofrimento e quando da iminência da morte do paciente (BOSTON; MOUNT, 2006).

Outro ponto delicado diz respeito aos problemas que surgem quando o paciente mental possui um modelo de enfrentamento da doença divergente daquele proposto pelo seu médico, levando-o a um cumprimento precário das recomendações do profissional. Convém àqueles que trabalham com tais pacientes demandarem certo tempo para explorarem os conceitos da doença, reduzirem a confusão e a incerteza que podem surgir, para haver uma reconciliação médico-paciente e o efetivo sucesso do tratamento (MITCHELL; ROMANS, 2003).

Diante da inegável constatação da relação da espiritualidade com os sentimentos positivos e, conseqüentemente, com a melhora na saúde, muito, ainda, precisa ser esclarecido na conexão da saúde com a espiritualidade. Provavelmente porque e como as questões relacionadas ao impacto da religião e da espiritualidade sobre a condição humana transcendam a validação empírica completa (STUCKEY, 2001). Estudos empíricos têm tido um sucesso limitado com relação aos mecanismos psicossociais que agem na promoção de saúde através do envolvimento religioso. A explicação dos mecanismos pelos quais a religião afeta a saúde tem sido um desafio intelectual e metodológico (HALL; CURLIN, 2004; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

As falhas metodológicas e limitações da literatura consultada fazem com que mais pesquisas - os estudos prospectivos, longitudinais e randomizados - sejam necessárias antes de conclusões definitivas sobre o benefício biológico das práticas espirituais (BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002). A soberania, em relação à eficiência, dos estudos longitudinais reside no fato dos mesmos ajudarem a explorar em grandes detalhes

como os eventos ocorrem, permitindo-se chegar a conclusões mais precisas sobre a natureza causal, por requerem monitoramento constante dos pacientes, em que a relação entre práticas espirituais, enfrentamento e índices objetivos e subjetivos são de grande valia. E como suplemento dos estudos longitudinais, que são mais observacionais e naturalísticos, têm-se os estudos randomizados controlados que aumentam a confiança e a especificidade no entendimento do tema pesquisado (BOURDREAUX; O'HEA; CHASUK, 2002).

A limitação do desenho transversal e não experimental utilizado em inúmeros trabalhos é não poder estabelecer relações causais ou temporais entre os objetos pesquisados (espiritualidade/religiosidade e doenças mentais, cardíacas, câncer ou HIV), havendo a necessidade de estudos longitudinais com múltiplas avaliações das variáveis para que se determine mais claramente a relação causal entre os elementos estudados (AUKST-MARETIC *et al.*, 2005; COTTON *et al.*, 2005; SZAFLRSKI *et al.*, 2006; YI *et al.*, 2006; MOFIDI *et al.*, 2007; TSUANG *et al.*, 2007; YI *et al.*, 2007; DALMIDA *et al.*, 2009; GREENFIELD; VAILLANT; MARKS, 2009; MASELKO; GILMAN; BUKA, 2009; YOU *et al.*, 2009).

A interpretação de estudos transversais, também, deve ser vista com cautela. Um exemplo envolve a relação entre as práticas privadas de religiosidade e saúde: pessoas podem rezar mais, durante uma doença ou evento estressante e com isso resultar em falsa associação positiva entre religiosidade e saúde. Por isso, um estado pobre de saúde pode diminuir a capacidade de assistir a uma reunião religiosa, criando outro viés nessa relação e criando um artefato do uso de dados de estudos transversais (FLANNELLY *et al.*, 2006; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

O uso do auto-relato, por parte dos entrevistados, para medir a espiritualidade, também, foi outra limitação freqüente por poder tanto superestimar, quanto subestimar a relação da espiritualidade com a saúde (SZAFLRSKI *et al.*, 2006; BLUMENTHAL *et al.*, 2007; SIMON; CROWTHER; HIGGERSON, 2007; GREENFIELD; VAILLANT; MARKS, 2009; PÉREZ; LITTLE; HENRICH, 2009; YOU *et al.*, 2009). O emprego de apenas uma avaliação limitada da religiosidade tradicional, que poderia ter sido mais bem avaliada através de uma grande variedade de instrumentos multidimensionais também foi citado como obstáculo (BLUMENTHAL *et al.*, 2007; TSUANG *et al.*, 2007). E o enfoque em uma amostra não-clínica também teve sua parcela de influência na limitação (PÉREZ; LITTLE, HENRICH, 2009).

Com relação aos dados demográficos, um principal entrave, não permitiu que os estudos fossem representativos da população, em geral, o pequeno tamanho de algumas

amostras, que podiam variar de 24 a 103 participantes, e resultavam em insuficiente potência para detectar associações estatisticamente significativas (ARNOLD *et al.*, 2002; BEKELMAN *et al.*, 2007; BORRAS *et al.*, 2007; DALMIDA *et al.*, 2009; WHELANGALES, 2009). Algumas amostras podiam comprometer ainda a exploração adicional de relações e interações entre os fatores psicossociais, o bem-estar espiritual e a depressão (BEKELMAN *et al.*, 2007), assim como populações regionais com cultura distinta e o pesado fardo da pobreza (MANSFIELD; MITCHELL; KING, 2002) ou ainda sujeitos recrutados em, apenas, dois centros médicos acadêmicos urbanos que não poderiam ser considerados representativos (BLINDERMAN *et al.*, 2008). Finalmente, escolhas não-aleatórias de pacientes, em que os mesmos até se conheciam, sugerindo que eles poderiam ter se influenciado mutuamente, interferindo nas respostas mais do que o habitual (ARNOLD *et al.*, 2002).

É cada vez mais reconhecido que inúmeros trabalhos padecem de graves deficiências metodológicas, incluindo a incapacidade para ajustar comparações múltiplas, as avaliações imprecisas das práticas religiosas, a falta de controle de potenciais variáveis de confusão tais como idade, escolaridade e estado de saúde, e de outras variáveis influentes, tais como o estágio da doença e a percepção do suporte social (BLUMENTHAL *et al.*, 2007; VACHON, 2008). Mas há que se ter cautela, uma vez que a destituição de qualquer relacionamento entre essas variáveis seria prematura, pois se trata de um campo, relativamente, novo para investigações e muitos ajustes ainda serão necessários (BLUMENTHAL *et al.*, 2007).

Outra preocupação reside no fato de não haver consenso geral nas definições de religiosidade e espiritualidade, para a maioria dos pesquisadores, pois a variável da religião é um fenômeno multidimensional, amplo e fora dos limites estritos da ciência médica, e por mais que seja dada importância a religião e uma maior ou menor espiritualidade exista em todas as culturas, um único fato não pode explicar, por completo, suas ações e conseqüências (MITCHELL; ROMANS, 2003; VACHON, 2008).

A combinação de crenças, comportamentos e ambiente promovido pelo envolvimento religioso, provavelmente, agem de forma integral para determinarem os efeitos da religiosidade sobre a saúde (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Ignorando esse fato, por anos os pesquisadores têm confiado em medidas mais simplistas e fáceis de quantificarem e mensurarem as manifestações religiosas, como a frequência à igreja, a afiliação religiosa ou a auto-avaliação da religiosidade (SHREVE-NEIGER; EDELSTEIN, 2004; AUKST-MARGETIC *et al.*, 2005; FLANNELLY *et al.*, 2006; VACHON, 2008).

Por isso a inclusão ou exclusão das crenças pessoais nas avaliações da espiritualidade é uma decisão difícil de ser tomada, a menos que, a crença pessoal seja, especificamente, religiosa ou de algum modo transcendental ou sagrada, qualquer outra crença, não se mostra óbvia o suficiente para ser chamada de espiritual. Daí a necessidade de mensurar a espiritualidade usando-se questões que envolvam experiências místicas, busca de uma conexão com o sagrado/transcendente, atividades religiosas públicas ou privadas, práticas, rituais, cerimônias, atitudes, grau de comprometimento e nível de motivação - que são temas adequados às tradições de fé dos indivíduos em estudo, uma vez que a linguagem religiosa não deve ser utilizada para descrever conceitos puramente seculares, psicológicos ou humanísticos (KOENIG, 2008).

Como resultado, muito da religiosidade como construto pode ter sido perdido, mesmo quando estudos tentaram avaliar aspectos mais abstratos, por ter havido falha em se definirem construtos concisos e mensuráveis. Essa operacionalização deficiente dos construtos sugere uma fraqueza nessa área de pesquisa, uma vez que a religiosidade é um complexo multidimensional, as variáveis religiosas que são estudadas, especificamente, precisam do suporte de definições empíricas para se fazerem a medição e a conceituação dessas construções. As implicações para a falta de delimitações nessas definições pode causar ambigüidades entre o que o pesquisador busca e o que o pesquisado entende (SHREVE-NEIGER; EDELSTEIN, 2004).

Tal falha é que se vê, em grande parte das pesquisas, que têm negligenciado importantes distinções entre as diferentes dimensões do envolvimento religioso. Tendo em vista possíveis diferenças, várias afiliações religiosas podem resultar em diferentes recursos psicossociais e em diferentes resultados de saúde. Há muitas dimensões da religiosidade, e elas podem ser ligadas a resultados de saúde de formas variadas. É importante distinguir-se entre os fatores sociais envolvidos na observância religiosa e o papel pessoal de crença religiosa, para se esclarecerem quais facetas da religiosidade são potencialmente úteis. A força da fé religiosa, como uma das dimensões da religiosidade, tem sido associada ao ajustamento psicológico entre adultos clinicamente saudáveis, toxicodependentes e com a qualidade de vida na fase precoce e avançada do câncer (AUKST-MARGETIC *et al.*, 2005).

Com relação às preocupações sobre como medir a espiritualidade nos trabalhos científicos, são duas as recomendações de Koenig (2008): a primeira, é que não se devem utilizar medidas de espiritualidade que estejam contaminadas com itens que claramente estejam ligados a aspectos positivos da saúde psicológica, mental, ou características humanas; o contrário, também, é recomendado: medidas de saúde não devem ser corrompidas com itens

tocando a espiritualidade - este sim será o exame das relações entre religião, espiritualidade e saúde, sem confusão; em segundo lugar, o termo espiritualidade deve ser medido utilizando-se questionamentos a cerca das crenças religiosas e suas práticas públicas e privadas, rituais, cerimônias, atitudes, grau de comprometimento e o nível de motivação, os quais são apropriados para as tradições da fé dos indivíduos em estudo. O raciocínio é que, após a remoção de questões relacionadas à saúde mental, traços positivos de caráter e crenças pessoais inespecíficas, tudo o que fica está relacionado com a religião.

Além dos aspectos éticos e pessoais que podem promover vieses de análise e interpretação, os estudos científicos das relações entre as variáveis religiosas e espirituais e a saúde merecem, como todo e qualquer outro objeto de investigação, a aplicação sistemática e rigorosa do método científico para sua validação, independentemente de posturas preconcebidas a favor ou contra eventuais resultados, exigindo o desenvolvimento de medidas confiáveis e válidas dos vários componentes que hipoteticamente podem afetar a saúde (HILL; PARGAMENT, 2003; POWELL; SHAHABI; THORESEN, 2003).

É, naturalmente, muito fácil encontrarem-se falhas inerentes a estudos individuais, mas a ciência não procede principalmente através de estudos isolados, e sim através de padrões de replicação. Sendo assim, pode-se dizer que há um considerável volume e consistência nas evidências, embora a maioria seja correlacional no momento, apontando para efeitos salutarres da religião sobre a saúde (MILLER; THORESEN, 2003).

A utilização de adequado método científico, e o emprego dos princípios da medicina baseada em evidências, para a avaliação crítica da literatura e a condução de estudos pode, certamente, prover o caminho que moverá as hipóteses do promissor ao comprovado, modificando a percepção e conduta da sociedade atual, ante a correlação entre espiritualidade e saúde, em que o foco de pesquisas futuras talvez seja, considerado-se o efeito positivo, buscar possíveis mecanismos que possam justificar esses achados sob o ponto de vista fisiopatológico e, adicionalmente, por métodos estatísticos mais sofisticados, reavaliarem-se potenciais fatores de confusão, que incluam idade, etnia, sexo e saúde física prévia (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As investigações científicas realizadas pelos diferentes autores no decorrer desse levantamento sugeriram, mesmo diante dos entraves, que reconhecer e apoiar a espiritualidade do paciente pode melhorar o cuidado do mesmo de forma geral, o que implica atender às necessidades da pessoa como um todo.

O apoio religioso e espiritual infundido no âmago da condição humana, não é menos importante do que a necessidade de apoio físico, mental e social, uma vez que a maioria das pessoas quer possuir uma saúde melhor, menos enfermidade, maior paz interior, plenitude de propósitos, direção e satisfação em suas vidas. Religião e espiritualidade podem trazer de volta o sentido da vida, bem como proporcionar confiança em um futuro abençoado em meio a profundas perdas e sofrimentos, por isso seu papel no enfrentamento dos eventos estressantes da vida.

A fé e a espiritualidade são parte indissociável da condição humana e, portanto, estão presentes tanto no médico quanto nos pacientes por eles tratados e com os quais se preocupam; desse modo, o médico que, verdadeiramente, deseja considerar os aspectos biopsicossociais do paciente precisa avaliar, entender e respeitar sua crença religiosa como qualquer outra dimensão psicossocial que venha a ser considerada. Pois conforme avalia Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), aumentando o conhecimento sobre os aspectos religiosos do ser humano, pode-se aumentar a capacidade de honrar o dever de promover saúde, aliviar o sofrimento e ajudar as pessoas a viverem suas vidas mais plenamente.

As dimensões espirituais e religiosas da prestação de cuidados de saúde não são, sistematicamente, denegridas, mas havia uma tendência, da medicina ocidental, em evitá-las, alegando razões não-científicas, intimamente pessoais e potencialmente divisionistas em uma sociedade pluralista. Em estudos bem conduzidos, cabe o desafio de adequar os instrumentos de pesquisa, de modo que, mesmo os aspectos não-biomédicos e não-rationais dos pacientes não sendo ignorados pela medicina, estejam subordinados ao que é considerado rigorosamente científico, confiável e válido.

A implicação disso é que, para ser justa com todas as crenças, a medicina deve continuar a ser cuidadosamente neutra - mesmo nas origens de sua ética - em relação aos assuntos religiosos. E, dentro desse quadro de humanismo, é possível para um médico agnóstico ser tão ético, afetuoso e compreensivo quanto um devoto.

A investigação científica deste aspecto negligenciado da natureza humana pode levar a novas pistas importantes que ajudem as pessoas a viverem com mais saúde, maior riqueza de experiências positivas e maior significado e satisfação na vida, em que a palavra cura possa ser vista como conquista do equilíbrio do ser inteiro, ou seja, das dimensões física, emocional e espiritual.

É sabido que embora falhas metodológicas e limitações existam, fazendo com que mais pesquisas sejam necessárias antes de conclusões definitivas sobre o benefício biológico das práticas espirituais, essa salutar discussão não cessará tão cedo, visto que a busca do entendimento científico prossegue – desde laboratórios sofisticados de neurobiologia que buscam explorar no cérebro a presença de Deus, até o leito de doentes crônicos que clamam por saúde e cura, invocando a Deus sem exigir provas. Sendo esta a razão pela qual o presente levantamento não pretendeu ser uma investigação exaustiva do campo da espiritualidade e da saúde, mas visou fornecer ao leitor uma variedade de estudos que podem ser relevantes para clínicos e investigadores.

REFERÊNCIAS

ARNOLD, Ruth M.; AVANTS, S.Kelly; MARGOLIN, Arthur; MARCOTTE, David. Patients attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**. v. 23, p. 319-326, 2002.

ASTROW, Alan B.; PUCHALSKY, Christina M.; SULMASY, Daniel P. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. **The American Journal of Medicine**. v. 110, p. 283-287, Mar./2001.

AUKST-MARGETIC, Branka; JAKOVLJEVIC, Miro; MARGETIC, Branomir; BISCAN, Mirjana; SAMIJA, Mirko. Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. **General Hospital Psychiatry**. v. 27, p. 250-255, 2005.

BEKELMAN, David B.; DY, Sydney M.; BECKER, Diane M.; WITTSTEIN, Ilan S.; HENDRICKS, Danetta E.; YAMASHITA, Traci E.; GOTTLIEB, Sheldon H. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. **Society of General Internal Medicine**. v. 22, p. 470-477, 2007.

BERNTSON, Gary G.; NORMAN, Greg J.; HAWKLEY, Louise C.; CACIOPPO, John T. Spirituality and autonomic cardiac control. **Annals of Behavioral Medicine**. v. 35, n. 2, p. 198-208, Apr./2008.

BLINDERMAN, Craig D.; HOMEL, Peter; BILLINGS, J. Andrew; PORTENOY, Russell K.; TENNSTEDT, Sharon L. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. **Journal Pain Symptom Manage**. v. 35, n. 6, p. 594-603, June/2008.

BLUMENTHAL, James A.; BABYAK, Michael A.; IRONSON, Gail; THORESEN, Carl; POWELL, Lynda; CZAJKOWSKI, Susan; BURG, Matthew; KEEFE, Francis J.; STEFFEN, Patrick; CATELLIER, Diane. Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. **Psychosomatic Medicine**. v. 69, p. 501-508, 2007.

BOERO, M.E.; CAVIGLIA, M.L.; MONTEVERDI, R.; BRAIDA, V.; FABELLO, M.; ZORZELLA, L.M. Spirituality of health workers: a descriptive study. **International Journal of Nursing Studies**. v. 42, p. 915-921, 2005.

BORRAS, L.; MOHR, S.; BRANDT, P.-Y.; GILLIÉRON, C.; EYTAN, A.; HUGUELET, P. Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. **Schizophrenia Bulletin**. v. 33, n. 5, p. 1238-1246, 2007.

BOSTON, Patricia H.; MOUNT, Balfour M. The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 32, n. 1, July/2006.

BOURDREAUX, Edwin D.; O'HEA, Erin; CHASUK, Robert. Spiritual role in healing an alternative way of thinking. **Primary Care Clinic Office Post Practice**. v. 29, p. 439-454, 2002.

BOWIE, Janice; SYDNOR, Kim Dobson; GRANOT, Michal. 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.

BUCK, Ann C.; WILLIAMS, David R.; MUSICK, Marc A.; STERNTHAL, Michelle J. An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. **Social Science and Medicine**. v. 68, p. 314-322, 2009.

BURAZERI, Genc; GODA, Artan; KARK, Jeremy D. Religious observance and acute coronary syndrome in predominantly Muslim Albania: a population-based case-control study in Tirana. **Annals of Epidemiology**. v. 18, p. 937-945, 2008.

BÜSSING, Arndt; OSTERMANN, Thomas; MATTHIESSEN, Peter F. Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 3, n. 10, 2005.

CARTER, James H. Religion/spirituality in African-American culture: an essential aspect of psychiatric care. **Journal of the National Medical Association**. v. 94, n. 5, May/2002.

CHEN, Yung Y.; KOENIG, Harold G. Do people turn to religion in times of stress?: an examination of change in religiousness among elderly, medically ill patients. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 194, n. 2, p. 114-120, Feb./2006.

CHUENGSA TIANSUP, Komatra. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. **Environmental Impact Assessment Review**. v. 23, p. 3-15, 2003.

COTTON, Sian; LARKIN, Elizabeth; HOOPES, Andrea; CROMER, Barbara A.; ROSENTHAL, Susan L. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. **Journal of Adolescent Health**. v. 36, p. 529.e7-529.e14, 2005.

COTTON, Sian; PUCHALSKI, Cristina M.; SHERMAN, Susan N.; MRUS, Joseph M.; PETERMAN, Amy H.; FEINBERG, Judith; PARGAMENT, Kenneth I.; JUSTICE, Amy C.; LEONARD, Anthony C.; TSEVAT, Joel. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. **Journal of General Internal Medicine**. v. 21, p. 5-13, 2006.

CURLIN, Farr A.; LAWRENCE, Ryan E.; ODELL, Shaun; CHIN, Marshall H.; LANTOS, John D.; KOENIG, Harold G.; MEADOR, Keith G. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observation, interpretations, and clinical approaches. **The American Journal of Psychiatry**. v. 164, p. 1825-1831, 2007.

DAALEMAN, Timothy P.; COBB, Ann Kuckelman; FREY, Bruce B. Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. **Social Science & Medicine**. v. 53, p.1503-1511, 2001.

DALMIDA, Safiya George; HOLSTAD, Marcia McDonnell; DILORIO, Colleen; LADERMAN, Gary. Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. **Women Health**. v. 49, n. 2, p.119-143, Mar./2009.

DOOLITTLE, Benjamin R.; FARRELL, Michael. The association between spirituality and depression in an urban clinic. **Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry**. v. 6, n. 3, 2004.

EMERY, Erin E.; PARGAMENT, Kenneth I. The many faces of religious coping in late life: conceptualization, measurement, and links to well-being. **Ageing International**. v. 29, n. 1, p. 3-27, winter 2004.

FLANNELLY, Kevin J.; KOENIG, Harold G.; ELLISON, Christopher G.; GALEK, Kathleen; KRAUSE, Neal. Belief in life after death and mental health – findings from a national survey. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 194, n. 7, July/2006.

GREENFIELD, Emily A.; VAILLANT, George E.; MARKS, Nadine F. Do formal religious participation and spiritual perceptions have independent linkages with diverse dimensions of psychological well-being? **Journal of Health and Social Behavior**. v. 50, n. 2, p. 196-212, June/2009.

GRIFFIN, Mary T. Quinn; LEE, Yi-Hui; SALMAN, Ali; YAEWON, Seo; MARIN, Patricia A.; STARLING, Randall C.; FITZPATRICK, Joyce J. Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure. **Clinical Interventions in Aging**. v. 2, n. 4, p. 669-675, 2007.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n. 34, suplemento 1, p. 88-94, 2007.

HALL, Daniel E.; CURLIN, Farr. Can physicians' care be neutral regarding religion? **Academic Medicine**. v. 79, n. 7, July/2004.

HEBERT, Randy S.; JENCKES, Mollie W.; FORD, Daniel E.; O'CONNOR, Debora R.; COOPER, Lisa A. Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. **Journal of General Internal Medicine**. v. 16, p. 685-692, 2001.

HILL, Peter C.; PARGAMENT, Kenneth I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality - implications for physical and mental health research. **American Psychologist**. v. 58, n. 1, p.64-74, Jan./2003.

IDLER, Ellen L; MUSICK, MARC A.; ELLISON, Christopher G.; GEORGE, Linda K.; KRAUSE, Neal; ORY, Marcia G.; PARGAMENT, Kenneth I.; POWEELL, Linda H.; UNDERWOOD, Lynn G.; WILLIAMS, David R. Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: conceptual background and findings from 1998 general social survey. **Research on Aging**. v. 25, n. 4, July/2003.

IKEDO, Fabio; GANGAHAR, Deepak M.; QUADER, Mohammed A.; SMITH, Lynette M. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. **Complementary Therapies in Clinical Practice**. v. 13, p. 85-94, 2007.

IRONSON, Gail; STUETZLE, Rick; FLETCHER, Mary Ann. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. **Journal of General Internal Medicine**. v. 21, p. S62-68, 2006.

JOHNSON, C.P. Assessment tools: are they an effective approach to implementing spiritual health care within the NHS. **Accident and Emergency Nursing**. v. 9, p. 177-186, 2001.

JOHNSON, Mark R. D. Faith, prayer, and religious observances. **Clinical Cornerstone**. v. 6, n. 1, p. 17-24, 2004.

KATERNDAHL, David A. Impact of spiritual symptoms and their interactions on health services and life satisfaction. **Annals of Family Medicine**. v. 6, n. 5, Sept./Oct. 2008.

KIM, Jo; HEINEMANN, Allen W.; BODE, Rita K.; SLIWA, James; KING, Rosemarie B. Spirituality, quality of life, and functional recovery after medical rehabilitation. **Rehabilitation Psychology**. v. 45, n. 4, p. 365-385, 2000.

KIM, Youngmee; SEIDLITZ, Larry. Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. **Personality and Individual Differences**. v. 32, p. 1377-1390, 2002.

KING, Michael B.; KOENIG, Harold G. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. **BMC Health Services Research**. v. 9, n. 116, 2009.

KOENIG, Harold G. - Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice [Essay]. **JAMA**. v. 284, n. 13, p. 1708, Oct./2000.

_____. Spirituality, wellness, and quality of life. **Sexuality, Reproduction and Menopause**, v. 2, n. 2, p. 76-82, June/2004a.

_____. Taking a Spiritual History. **JAMA**. v. 291, n. 23, June/2004b.

_____. Concerns about measuring “spirituality” in research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v.196, n.5, p.349-355, May/2008.

KOFFMAN, Jonathan; MORGAN, Myfanwy; EDMONDS, Polly; SPECK, Peter; HIGGINSON, Irene J. “I know he controls cancer”: The meanings of religion among black Caribbean and white British patients with advanced cancer. **Social Science and Medicine**. v. 67, p. 780-789, 2008.

KOVÁCS, Maria Júlia. Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. **Mundo da Saúde**. São Paulo. v. 31, n. 2, p. 246-255, abr./jun. 2007.

LEÃO, Frederico Camelo; LOTUFO NETO, Francisco. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n. 34, suplemento 1, p. 54-59, 2007.

LEVIN, Jeff. How Faith Heals: A Theoretical Model. **Explore**. v. 5, n. 2, Mar./Apr. 2009.

LUCKHAUPT, Sara E.; YI, Michael S.; MUELLER, Caroline V.; MRUS, Joseph M.; PETERMAN, Amy H.; PUCHALSKI, Christina M.; TSEVAT, Joel. Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a midwestern U.S. teaching institution. **Academic Medicine**. v. 80, n. 6, June/2005.

MANSFIELD, Christopher J.; MITCHELL, Jim; KING, Dana E. The doctor as God's mechanic? Beliefs in the southeastern United States. **Social Science and Medicine**. v. 54, p. 399-409, 2002.

MARQUES, Lúcia Fernandes. A saúde e o bem-estar espiritual em pacientes adultos porto-alegrenses. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 23, n. 2, p. 56-65, 2003.

MASELKO, J.; GILMAN, S. E.; BUKA, S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. **Psychological Medicine**. v. 39, n. 6, p. 1009-1017, June/2009.

MESSIKOMER, Carla M.; DE CRAEMER, Willy. The spirituality of academic physicians: an ethnography of a scripture-based group in an academic medical center. **Academic Medicine**. v. 77, n. 6, June/2002.

MILLER, William R.; THORESEN, Carl E. Spirituality, religion, and health - An Emerging Research Field. **American Psychologist**. v. 58, n. 1, p. 24-35, Jan./2003.

MITCHELL, Logan; ROMANS, Sarah. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. **Journal of Affective Disorders**. v. 75, p. 247-257, 2003.

MODJARRAD, Kayvon. Medicine and Spirituality. **JAMA**, v. 291, n. 23, June 16/2004.

MOFIDI, Mahyar; DEVELLIS, Robert F.; DEVELLIS, Brenda M.; BLAZER, Dan G.; PANTER, A.T.; JORDAN, Joanne M. The relationship between spirituality and depressive symptoms. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 195, n. 8, Aug./2007.

MOHR, Sylvia; BRANDT, Pirre-Yves; BORRAS, Laurence; GILLIÉRON Christiane; HUGUELET, Philippe. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. **The American Journal of Psychiatric**. v. 163, p. 1952-1959, 2006.

MOHR, Sylvia; GILLIÉRON Christiane; BORRAS, Laurence; BRANDT, Pierre-Yves; HUGUELET, Philippe. The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 195, n. 3, Mar./2007.

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

MOREIRA-ALMEIDA, Alexandre; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and Mental Health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-16, set./dez. 2005.

_____. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, suplemento 1, p. 126-135, 2007.

PÉREZ, John E.; LITTLE, Todd D.; HENRICH, Christopher C. Spirituality and depressive symptoms in a school-based sample of adolescents: a longitudinal examination of mediated and moderated effects. **Journal of Adolescent Health**. v. 44, p. 380-386, 2009.

PESSINI, Leo. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 187-195, abr./jun. 2007.

PESUT, Barbara; REIMER-KIRKHAM, Sheryl. Situated clinical encounters in the negotiation of religious and spiritual plurality: a critical ethnography. **International Journal of Nursing Studies**, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.014, 2009.

PIERCE, Linda L.; STEINER, Victoria; HAVENS, Heidi; TORMOEHLLEN, Karen. Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. **Western Journal of Nursing Research**. v. 30, n. 5, p. 606-619, Aug./2008.

POWELL, Lynda H.; SHAHABI, Leila; THORESEN, Carl E. Religion and spirituality - Linkages to physical health. **American Psychologist**. v. 58, n. 1, p. 36-52, Jan./2003.

PUCHALSKI, Christina. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. **Critical Care Clinics**. v. 20, p. 487-504, 2004.

PUCHALSKI, Christina M.; DORFF, Rabbi Elliot; HENDI, Iman Yahya. Spirituality, religion, and healing in palliative care. **Clinics in Geriatric Medicine**. v. 20, p. 689-714, 2004.

RIPPENTROP, A. E. A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. **Rehabilitation Psychology**. v. 50, n. 3, p. 278-284, 2005.

SAAD, Marcelo; MASICRO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade Baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**. v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SANDOR, M. Kay; SIERPINA, Victor S.; VANDERPOOL, Harold V.; OWEN, Steven V. Spirituality and clinical care: exploring developmental changes in nursing and medical students. **Explore**. v. 2, n. 1, Jan./2006.

SCARINCI, Eileen G.; GRIFFIN, Mary T. Quinn; GROGORIU, Adriana; FITZPATRICK, Joyce J. Spiritual well-being and spiritual practices in HIV-infected women: a preliminary study. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**. v. 20, n. 1, Jan./Feb. 2009.

SCHEURICH, Neil. Reconsidering spirituality and medicine. **Academic Medicine**. v. 78, n. 4, Apr./2003.

SEEMAN, Teresa E.; DUBIN, Linda Fagan; SEEMAN, Melvin. A critical review of the evidence for biological pathways. **American Psychologist**. v. 58, n. 1, p. 53-63, Jan./2003.

SHREVE-NEIGER, Andrea K.; EDELSTEIN, Barry A. Religion and anxiety: a critical review of the literature. **Clinical Psychology Review**. v. 24, p. 379-397, 2004.

SIMON, Cassandra E.; CROWTHER, Martha; HIGGERSON, Hyoun-Kyoung. 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.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexandre. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 36, n. 5, p. 190-196, 2009.

STUCKEY, Jon C. Blessed assurance the role of religion and spirituality in Alzheimer's disease caregiving and other significant life events. **Journal of Ageing Studies**. v. 15, p. 69-84, 2001.

SURBONE, Antonella; BAIDER, Lea. The spiritual dimension of cancer care. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**. doi: 10.1016/j.critrevonc.2009.03.011, 2009.

SZAFLARSKI, Magdalena; RITCHEY, P. Neal; LEONARD, Anthony C.; MRUS, Joseph M.; PETERMAN, Amy H.; ELLISON, Christopher G.; McCULLOUGH, Michael E.; TSEVAT, Joel. Modeling the effects of spirituality/religion on patients' perceptions of living with HIV/AIDS. **Journal of General Internal Medicine**. v. 21, p. S28-38, 2006.

TANG, T.S.; WHITE, C.B.; GRUPPEN, L.D. Does spirituality matter in patient care? Establishing relevance and generating skills. **Academic Medicine**. v. 77, n. 5, May/2002.

TSUANG, Ming T.; SIMPSON, John C.; KOENEN, Karestan C.; KREMEN, William S.; LYONS, Michael J. Spiritual well-being and health. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 195, n. 8, Aug./2007.

TUCK, Inez; MCCAIN, Nancy L.; ELSWICK Jr. Ronald K. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. **Journal of Advanced Nursing**. v. 33, n. 6, p. 776-783, Mar/2001.

VACHON, Mary L. S. Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. **Seminars in Oncology Nursing**. v. 24, n. 3, p. 218-225, Aug./2008.

VAILLANT, George; TEMPLETON, Janice; ARDELT, Monika; MEYER, Stephanie E.; The natural history of male mental health: health and religious involvement. **Social Science and Medicine**. v. 66, p. 221-231, 2008.

WHELAN-GALES, Mary Ann; GRIFFIN, Mary T. Quinn; MALONI, Judith; FITZPATRICK, Joyce J. Spiritual well-being, spiritual practices, and depressive symptoms among elderly patients hospitalized with acute heart failure. **Geriatric Nursing**. v. 30, n. 5, 2009.

WILSON, Keith G.; CHOCHINOV, Harvey Max; SKIRKO, Merika Graham; ALLARD, Pierre; CHARY, Srini; GAGNON, Pierre R; MACMILLAN, Karen; De LUCA, Marina; O'SHEA, Fiona; KUHL, David; FAINSINGER, Robin L.; CLINCH, Jennifer J. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 33, n. 2, Feb./2007.

YANEK, Lisa R.; BECKER, Diane M.; MOY, Taryn F.; GITTELSON, Joel; KOFFMAN, Dyann Matson. Project Joy: faith based cardiovascular health promotion for African American women. **Public Health Reports**. v. 116, supplement 1, 2001.

YI, Michael S.; LUCKHAUT, Sara E.; MRUS, Joseph M.; MULLER, Caroline V.; PETERMAN, Amy H.; PUCHALSKI, Christina M.; TSEVAT, Joel. Religion, spirituality, and depressive symptoms in primary care house officers. **Ambulatory Pediatrics**. v. 6, n. 2, p. 84-90, Mar./Apr. 2006.

YI, Michael S.; MRUS, Joseph M.; MULLER, Caroline V.; LUCKHAUT, Sara E.; PETERMAN, Amy H.; PUCHALSKI, Christina M.; TSEVAT, Joel. Self-rated health of

primary care house officers and its relationship to psychological and spiritual well-being. **BMC Medical Education**. v. 7, n. 9, May/2007.

YOU, Kwang Soo; LEE, Hae-Ok; FITZPATRICK, Joyce J.; KIM, Susie; MARUI, Eiji; LEE, Jung Su; COOK, Paul. Spirituality, depression, living alone, and perceived health among Korean older adults in the community. **Archives of Psychiatric Nursing**. v. 23, n. 4, p. 309-322, Aug./2009.