

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA¹ E
ANDRÉ STROPPA²

ARTIGO

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL: O QUE AS EVIDÊNCIAS MOSTRAM?

SPIRITUALITY AND MENTAL HEALTH: WHAT EVIDENCE SHOWS?

Resumo

Religiosidade e Espiritualidade (R/E) têm se tornado um tema de crescente interesse entre clínicos e pesquisadores na área de saúde. Entretanto, devido à falta de treinamento em temas ligados à relação entre R/E e saúde, grande parte das evidências disponíveis ainda são desconhecidas por muitos profissionais de saúde e muitos têm dificuldades em lidar com a R/E em situações da prática clínica. Este artigo visa oferecer uma breve e prática revisão dos principais conceitos em R/E que são relevantes para o clínico, bem como das principais evidências disponíveis sobre o impacto da R/E na saúde mental. Existe um amplo, diversificado e robusto corpo de evidências indicando a relevância e o impacto da R/E sobre a saúde. Os estudos demonstram que a R/E é um elemento importante na vida da maior parte da população mundial, principalmente entre aqueles enfrentando adversidades como o adoecimento. Pessoas com maiores níveis de R/E tendem a apresentar maior bem estar e menores níveis de depressão, abuso/dependência de substâncias e de comportamentos suicidas. Embora necessitando de maiores estudos, a R/E é algo importante na vida de pacientes com transtornos bipolar e esquizofrenia, havendo evidências sugestivas de impacto benéfico sobre a evolução destes transtornos mentais. Atualmente, a tendência das pesquisas não é mais em investigar se há relações entre R/E e saúde, mas em identificar os mecanismos desta relação e como aplicar estes conhecimentos na prática clínica.

Palavras chave: religião, espiritualidade, psiquiatria

Abstract

Religiosity and spirituality (R/S) have become a topic of growing interest among clinicians and health researchers. However, due to lack of training on issues related to the relationship between R/S and health, much of the evidence available is still unknown by many health professionals and many have difficulties in dealing with R/S during clinical practice. This paper presents a brief and practical review of key concepts in R/S that are relevant to the clinician as well as the main evidence on the impact of R/S on mental

health. There is a broad, diverse and robust body of evidence indicating the relevance and impact of R/S on health. Studies show that R/S is an important element in the lives of most of the world population, especially among those facing struggles like illness. People with higher levels of R/S tend to have higher well-being and lower levels of depression, substance abuse/dependence, and suicidal behaviors. Although requiring further study, R/S is an aspect in the lives of patients with bipolar disorder and schizophrenia, with evidence suggesting a beneficial impact of R/S on the evolution of these mental disorders. Currently, the research trend is no longer to investigate whether there are relationships between R/S and health, but in identifying the mechanisms of this relationship and how to apply this knowledge in clinical practice.

Keywords: religion, spirituality, psychiatry

1. INTRODUÇÃO

T em havido um crescente reconhecimento por clínicos e pesquisadores em relação à importância da religiosidade e espiritualidade (R/E) em questões ligadas à saúde^{1,2}. O número de pesquisas tem crescido rapidamente, chegando à casa dos milhares de estudos publicados. Estes estudos indicam que a R/E tem marcantes implicações em aspectos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além do fato de que a maior parte da população mundial tem alguma forma de R/E³. Além disso, diversos estudos indicam que a maioria dos pacientes desejam que a R/E seja abordada por seus clínicos durante o encontro médico-paciente⁴. Entretanto, a maioria dos clínicos não recebeu treinamento sistemático, ou mesmo treino algum, sobre as evidências disponíveis na área, bem como sobre como lidar com a espiritualidade na prática clínica⁵. Entretanto, como há implicações da R/E sobre a saúde e como os pacientes trazem estes temas nos encontros clínicos, há um problema ético, pois grande parte dos clínicos pode estar atuando em situações para as quais



ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA

1 Professor de Psiquiatria e Coordenador do NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde da Faculdade de Medicina da UFJF (www.ufff.br/nupes), Doutor pela USP e Pós Doutor pela Duke University.

não receberam treinamento adequado. Nestes casos, podem ser comuns duas situações: o clínico ignorar o tema, mesmo quando é algo relevante e o paciente o traz na consulta, ou então buscar abordar a R/E do modo que, pessoalmente, julgar mais apropriado. Este último modo, embora muitas vezes resulte em uma abordagem adequada, pela falta de conhecimento da literatura na área e de treinamento adequado, pode resultar em práticas inadequadas baseadas nas convicções do profissional. Nestes casos, podem ocorrer tanto a desqualificação das crenças dos pacientes como a tentativa de imposição, sutil ou direta, das crenças, ideologias e práticas do clínico, sejam elas religiosas ou materialistas⁶. Alguns autores alertam para o fato de que pesquisas, ao menos as realizadas nos EUA, indicam que os profissionais de saúde mental tendem a ser bem menos religiosos que a população geral. Devido a este fato e ao de não receberam treinamento adequado em R/E, parte dos clínicos tem dificuldade em empatizar com a experiência religiosa dos pacientes e em compreender sua importância na vida destes^{7,8}.

Entretanto, do mesmo modo que em outras vivências culturais e sociais, não é preciso que o clínico seja religioso para abordar de modo adequado a R/E. Há evidências que profissionais não religiosos podem abordar o tema na prática clínica de modo tão adequado quanto os religiosos⁹. O reconhecimento da importância da R/E na área de saúde mental se reflete na criação de seções ou departamentos sobre R/E nas seguintes influentes associações: Mundial de Psiquiatria (www.religionandpsychiatry.com), Americana de Psiquiatria, Britânica de Psiquiatria (www.rcpsych.ac.uk/college/specialinterestgroups/spirituality.aspx) e Americana de Psicologia (www.division36.org).

Com o intuito de colaborar neste sentido, este artigo visa oferecer uma breve e prática revisão dos principais conceitos em R/E que são relevantes para o clínico, bem como das principais evidências disponíveis sobre o impacto da espiritualidade na saúde mental. No próximo número desta revista, esta revisão será completada por outra que abordará implicações que este conhecimento tem para a prática clínica, para o atendimento dos pacientes que confiam em nós na busca do alívio de seus sofrimentos.

2. RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Há várias discussões sobre as definições de “religião” e “espiritualidade”, adotaremos as definições expostas na tabela 1.

Tabela 1: Definições de Espiritualidade e Religião

Espiritualidade	Religião
Relação com o sagrado, o transcendente (Deus, poder superior, realidade última) ^a	Sistema organizado de crenças e práticas desenvolvidos para facilitar a proximidade com o transcendente ^a
Referente ao domínio do espírito, à dimensão não material ou extrafísica da existência (Deus ou deuses, almas, anjos, demônios) ^b	É o aspecto institucional da espiritualidade. Religiões são instituições organizadas em torno da idéia de espírito ^c

^a Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2a. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

^b Hufford DJ. Visionary spiritual experiences in an enchanted world. Anthropology and Humanism. 2010; 35 (2) 142-58.

^c Hufford DJ. Online An Analysis of the Field of Spirituality, Religion and Health (S/RH). Disponível em <http://www.metanexus.net/tarp>

De um modo geral, pode-se conceber a religiosidade como uma forma de manifestação, um subconjunto da espiritualidade. Por sua maior facilidade de mensuração, a maioria dos estudos na área investiga aspectos da religiosidade. Entre as dimensões de religiosidade mais estudadas estão¹⁰:

- Orientação religiosa: pode ser intrínseca, onde as pessoas têm na religião seu bem maior, outras necessidades são vistas como de menor importância e colocadas em harmonia com sua crença religiosa. A orientação intrínseca está habitualmente associada à personalidade e estado mental saudáveis^{2,4}. Ou pode ser extrínseca, onde a religião é um meio utilizado para obter outros fins ou interesses, para obter segurança e consolo, sociabilidade e distração, status e auto-absolvição. Nesse caso, abraçar uma crença é uma forma de apoio ou obtenção de necessidades imediatas ou mais primárias^{2,4}. Como afirmou Gordon Alport, psicólogo de Harvard que criou estas categorias, enquanto na religiosidade intrínseca o indivíduo busca servir a Deus, na extrínseca ele busca ser servido por Ele¹¹.

- Organizacional: frequência aos serviços e eventos religiosos pú-

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA¹** E
ANDRÉ STROPPA²

ARTIGO

blicos como missas, cultos, reuniões espíritas. Uma das medidas de religiosidade mais usadas em pesquisas e que demonstra consistente associação com indicadores de saúde.

- Privada ou não organizacional: orações e leituras religiosas individuais^{2,4}.

- **Coping**: estratégias R/E utilizadas por uma pessoa para se adaptar a circunstâncias adversas ou estressantes de vida. O coping pode ser positivo ou negativo, conforme estiver associado a indicadores de melhor ou de pior saúde (ver tabela 2). Diversos estudos mostram que o Coping religioso positivo é usado bem mais frequentemente que o negativo.

Embora seja muitas vezes senso comum que religião sempre esteve em conflito com a ciência e com a medicina, rigorosos estudos históricos das últimas décadas têm modificado drasticamente esta visão. Tem sido demonstrado que grande parte dos casos famosos de conflitos entre religião e ciência são mitos criados no século XIX¹².

Isso inclui mitos ligados à medicina como a suposta proibição de dissecação de cadáver pela igreja medieval e o alegado combate sistemático feito pelas instituições religiosas cristãs ao uso da anestesia, especialmente por mulheres em trabalho de parto¹³.

Em resumo, os estudos indicam que as relações entre ciência e religião têm sido, ao longo da história, muito mais complexas e habitualmente positivas do que se pensava. Um maior distanciamento, e mesmo hostilidades mútuas, é um fenômeno historicamente recente, surgido na segunda metade do século XIX e que prevaleceu ao longo da maior parte do século XX.

Nas últimas décadas tem havido fortes sinalizações de busca de retorno a um diálogo e interações mais construtivas entre ciência e religião¹⁴.

Em relação à medicina, há também uma longa história de relações entre R/E e os cuidados em saúde. Os sacerdotes e xamãs, que talvez sejam representantes da primeira profissão a existir, eram indivíduos em que os papéis de médico e religioso se sobrepunham

Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



**CLÍNICA
JORGE
JABER**
www.clinicajorgejaber.com



Atendimentos

INTERNAÇÃO
HOSPITAL - DIA
INDIVIDUAL
GRUPO
PROGRAMA FAMILIAR
AMBULATORIAL
DOMICILIAR

Tratamentos

PSIQUIÁTRICO
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PSICOLÓGICO
TABAGISMO
TRANSTORNO ALIMENTAR

CENTRO DE RECUPERAÇÃO
Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ
Rua Elisio de Araújo, 263
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442- 4354
CEP: 22783 - 360

CONSULTÓRIOS
Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056
CEP: 22440-034
e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Convênios

AMAFRERJ
AMIL
BNDES
BRADESCO SAÚDE
CABERJ
CNEN
ELETROBRAS
ELETRONUCLEAR
EMBRATEL
FURNAS
GAMA SAÚDE
GOLDEN CROSS
INB
IRB
MEDSERVICE
MÚTUA DOS MAGISTRADOS
SULAMÉRICA
PETROBRAS
REAL GRANDEZA
UNAFISCO
UNIMED
VALE DO RIO DOCE

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ



ANDRÉ STROPPA

2 Membro do NUPES, Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFJF, Mestre pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

ou se confundiam. Grande parte das faculdades de medicina, dos hospitais gerais e mesmo os direcionados para os problemas mentais surgiram a partir de iniciativas de grupos religiosos cristãos e muçulmanos. Também no Brasil, ainda hoje, grande parte dos hospitais gerais e de psiquiatria existentes estão ligados a instituições religiosas católicas, protestantes e espíritas^{15, 16}.

Seguindo uma tendência maior da comunidade científica da época, na transição entre os séculos XIX e XX, nomes importantes da medicina defenderam e disseminaram visões bastante negativas da R/E. Experiências espirituais tenderam a ser vistas como causas ou consequências de doenças mentais, bem como a R/E passou a ser muitas vezes entendida como decorrente de imaturidade de personalidade, falta de cultura ou alguma neurose. Embora estas visões tenham prevalecido ao longo do século XX, geralmente se baseavam em observações não sistemáticas e em certos pressupostos teóricos e/ou ideológicos^{10, 16}.

Nas últimas três décadas tem havido uma investigação muito mais ampla, rigorosa e sistemática das relações entre R/E e saúde. Atualmente há milhares de estudos epidemiológicos na área, sendo boa parte de boa qualidade. Koenig et al.¹⁷ realizaram uma revisão sistemática dos estudos sobre R/E e saúde publicados ao longo do século XX, obtendo 1.200 estudos. Ao revisarem a literatura produzida entre 2001 e 2010, Koenig et al.¹⁶ encontraram outros 2.100 estudos originais com dados quantitativos, o que aponta para o significativo aumento do interesse e da importância da produção científica de pesquisadores pelo tema. Estes dois livros se constituem nas mais amplas e sistemáticas revisões já feitas sobre as evidências disponíveis das relações entre R/E e saúde e serão frequentemente referenciados ao longo deste artigo.

A maioria dos estudos de boa qualidade indica que maiores níveis de envolvimento religioso estão habitualmente associados a indicadores de bem-estar, e a indicadores de saúde física e mental. O impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse ou em situações de fragilidade, como idosos, pessoas com deficiências e doenças clínicas, o que aumenta sua importância para a prática médica^{1, 2}. Por outro lado a R/E também pode se associar a piores desfechos em saúde quando há uma ênfase na culpa, punição, intolerância, abandono de tratamentos médicos etc. A existência de conflitos religiosos internos ao indivíduo ou em relação à sua comunidade religiosa também está associada a piores indicadores de saúde¹⁰. Além do impacto na saúde mental, R/E também influencia aspectos da saúde física¹⁸. Por exemplo, mais de 120 estudos investigaram a relação entre níveis de R/E e mortalidade. As três meta-análises já realizadas neste tema indicam que, após controle para variáveis de

confusão como estado de saúde, a frequência a serviços religiosos está associada a um aumento em média 37% na probabilidade de sobrevida durante o período de seguimento dos estudos¹⁶. Um estudo recente comparou o impacto do envolvimento religioso sobre a mortalidade em relação aos resultados de 25 meta-análises de intervenções bem utilizadas na prevenção de mortalidade. O impacto da R/E sobre a mortalidade foi maior que a maioria das intervenções (como tratamento medicamentoso da hipertensão arterial ou o uso de estatinas) e similar ao rastreamento com mamografia em mulheres acima de 50 anos e ao consumo de frutas e vegetais¹⁹.

Embora já exista atualmente um consenso sobre o impacto da religiosidade na saúde, tem havido uma grande discussão sobre os mecanismos que explicariam esta influência. Normalmente se propõe um conjunto de mediadores (ver tabela 2), mas os testes empíricos destas hipóteses têm apresentado resultados inconclusivos²⁰. A investigação destes mecanismos de relação entre espiritualidade e saúde é uma das principais agendas de pesquisa na área.

Tabela 2 – Mecanismos propostos para a relação R/E – Saúde^{10,17,20}

Hábitos de saúde: melhor dieta, menor uso de substâncias e envolvimento com situações violentas e de risco	
Suporte Social: maior e mais profunda rede social, trabalho voluntário	
Estratégias cognitivas: crenças que promovem a auto-estima e provém significado à vida e às situações estressantes	
Psico-neuro-imuno-endocrinologia: baixos níveis de interleucina-6 e cortisol	
Práticas religiosas: oração, perdão, meditação, transe	
Coping Religioso (estratégias para lidar com problemas)	
Positivo	Negativo
Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu	Questionei o poder de Deus
Fiz o que pude e coloquei o resto nas mãos de Deus	Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado
Pensei como minha vida é parte de uma força espiritual maior	Questionei o amor de Deus por mim
Busquei dar apoio espiritual a outras pessoas	Questionei-me se minha comunidade religiosa tinha me abandonado
Me foquei na religião para parar de pensar em meus problemas	Pedi a Deus para que faça tudo ficar bem
Orei para encontrar uma nova razão para viver	Imaginei o que teria feito para Deus me punir
Pedi perdão pelos meus erros	Não fiz nada, apenas esperei que Deus resolvesse os problemas para mim

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA¹** E
ANDRÉ STROPPA²

ARTIGO

3. RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL

3.1. Bem-estar e emoções positivas

Tem havido um crescente interesse da medicina e demais áreas da saúde no que se tem chamado de saúde positiva, buscando não apenas combater o sofrimento e incapacitação, mas almejando também uma vida feliz, produtiva e com significado. Isto se deve ao fato de que as pessoas não buscam apenas não ficar doentes, mas almejam ter uma vida plena. De 326 estudos identificados por Koenig et al (2012) acerca da associação entre envolvimento religioso e indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo, auto-estima elevada), 256 estudos (78,5%) encontraram uma correlação positiva e significativa entre essas variáveis. Analisando-se apenas os 120 estudos de alta qualidade metodológica, 98 (82%) encontraram relações positivas. Em sua maioria, essa associação entre religiosidade e bem-estar se mantém mesmo após controlar para possíveis variáveis de confusão como situação conjugal, idade, gênero, nível educacional e sócio-econômico¹⁰.

3.2. Abuso/dependência de álcool e outras substâncias

Em uma ampla revisão sobre religião e saúde mental, Dalgalarondo afirma que o achado de associações entre maior religiosidade e menor abuso ou dependência de álcool ou drogas “é o mais consistente de todos os fenômenos estudados no campo ‘saúde mental-religião’” (p.182)¹. Envolvimento religioso se associou a menor uso/abuso de álcool em 240 (86%) dos 278 estudos identificados por Koenig et al (2012), subindo para 90% entre os 145 com melhor qualidade metodológica. Um padrão semelhante foi encontrado em relação a abuso de drogas: 84% dos 185 estudos encontraram relação inversa entre religiosidade e uso de drogas. Estes resultados têm sido observados tanto em adolescentes quanto em adultos, bem como em diversos países pelo mundo¹⁶.

No Brasil, em um estudo com amostra de 3.007 pessoas, representativa da população brasileira, indivíduos que não frequentavam atividades religiosas tinham taxas de uso de álcool ao longo da vida, de intoxicação no último ano e de abuso/dependência que eram o dobro dos que frequentavam semanalmente. Protestantes tinham as menores frequências de uso/abuso de álcool e indivíduos que se declararam sem religião tinham uma prevalência de abuso/dependência de álcool que era mais de duas vezes a dos católicos²¹.

Em uma investigação de 2.287 estudantes de Campinas, a religiosidade esteve fortemente associada e menor uso de drogas

no último mês, mesmo após controlar para variáveis sociodemográficas. O jovem não religioso tinha 2.9 vezes mais chance de ter usado cocaína no último mês que o que declarava ter religião. Outra variável que se destacou foi ter recebido educação religiosa na infância, que se associou com quatro vezes menos uso de êxtase e três vezes menos uso de medicação para “dar barato”²².

3.3) Religiosidade e Depressão

Dos 443 estudos identificados, 271 (61%) encontraram que maior R/E estava associada com menos depressão, recuperação mais rápida da depressão ou que intervenções que envolvem R/E têm melhores resultados em depressão que intervenções sem tais elementos. Vinte e dois por cento não encontraram associação, 6% relataram associação entre R/E e maior depressão e 11% tiveram resultados mistos. Assim, embora de um modo geral R/E se associou a menos depressão, este não é sempre o caso. O uso de coping religioso negativo, assim como problemas em áreas com implicações morais como uso de drogas, questões sexuais ou conflitos conjugais parece explicar parte destes resultados ligando R/E e depressão¹⁶.

Os efeitos positivos da R/E sobre a depressão são mais intensos em populações sob risco e vivenciando situações de estresse. Este ano dois artigos foram publicados sobre uma investigação longitudinal (com até 20 anos de seguimento) do impacto da R/E sobre o risco de transtornos mentais. Um grupo sob alto risco de depressão (filhos de pais com depressão moderada a grave em tratamento farmacológico) foi comparado com outro de baixo risco (filhos de pais sem histórico de transtornos mentais). Somando os dois grupos, filhos que frequentavam regularmente um grupo religioso aos 10 anos de idade, tinham metade da chance de apresentarem transtornos mentais no período entre os 10 e 20 anos de idade em comparação com os que não frequentavam. O tamanho deste efeito foi ainda maior entre o grupo de alto risco para depressão onde a frequência a serviços religiosos aos 10 anos reduziu em 64% a chance de um transtorno mental nos 10 anos seguintes²³. Em relação especificamente à depressão, a frequência a serviços religiosos aos 10 anos não se associou a menos episódios de depressão entre os 10 e 20 anos de idade. Por outro lado, as crianças que, aos dez anos, referiam que religião ou espiritualidade era muito importante para eles tinham ¼ do risco de depressão nos 10 anos seguintes em comparação aos outros. Entre os filhos de pais com depressão, o risco de um episódio de depressão entre os 10 e 20 anos de idade era apenas 1/10 dos que não consideravam a religião como algo importante. Este efeito protetor se verificou principalmente contra recorrência de depressão²⁴.



3.4) Religiosidade e Transtorno Bipolar (TB)

Dentre os principais transtornos mentais, o TB está entre aqueles que contam com menos estudos sobre R/E na literatura, talvez pelas controvérsias e dificuldades diagnósticas, que perduraram por algumas décadas. Uma revisão sobre o tema encontrou 122 artigos publicados sobre o tema, mas a maioria se tratava de relatos de casos ou artigos de discussão. Há poucos estudos epidemiológicos de qualidade. Os existentes apontam que pacientes bipolares tendem a apresentar maior envolvimento religioso/espiritual, maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação e uso mais frequente de coping religioso e espiritual (CRE) que pessoas com outros transtornos mentais. Indicam ainda, uma relação frequente e significativa entre sintomas maníacos e experiências místicas. Emerge destes estudos que o TB e a R/E possuem intensa e complexa inter-relação que precisa ser melhor explorada²⁵.

Recente estudo realizado no Brasil com 168 pacientes bipolares em tratamento ambulatorial encontrou alto nível de envolvimento religioso, que não se associou a sintomas maníacos, mas se relacionou fortemente com menores níveis de depressão e maior qualidade de vida²⁶.

3.5) Transtornos Esquizofrênicos

As relações entre espiritualidade e psicose são bastante complexas, envolvendo o nível de crenças religiosas entre os pacientes, a diferenciação entre experiências religiosas e transtornos mentais de conteúdo religioso, bem como o uso e impacto do *coping* religioso.

Embora até em torno de 30% das psicoses possam ter sintomas com conteúdo religioso, isso não implica que as experiências religiosas sejam geralmente psicóticas²⁷. Na realidade, experiências religiosas que se assemelham a sintomas psicóticos como alucinações e vivências de influência podem se associar a bons indicadores de saúde, o que torna essencial a realização de um adequado diagnóstico diferencial²⁸.

Estudos recentes têm demonstrado que é muito comum a utilização da R/E como um recurso de coping entre pacientes com esquizofrenia. Embora este *coping* possa ser positivo e negativo, a grande maioria dos pacientes utiliza formas positivas de coping religioso, o que se associou com melhor evolução após três anos de seguimento²⁹. Em resumo, está clara a importância da R/E espiritualidade para pacientes com transtornos esquizofrênicos, mas ainda há muitos aspectos que merecem ser melhor investigados.

3.6) Comportamento suicida

Além das principais religiões do mundo condenarem enfa-

ticamente a interrupção voluntária da vida, a R/E também está associada a menor frequência de vários dos fatores de risco para suicídio (p.ex.: depressão, uso de álcool e drogas, isolamento social, falta de sentido na vida etc.). Isso faz com que seja natural investigar o impacto da R/E sobre o comportamento suicida^{10, 30}. Dos 144 estudos quantitativos que investigaram o tema, 106 (75%) encontraram menor ideação e comportamento suicida entre os indivíduos mais religiosos¹⁶.

4. CONCLUSÕES

R/E tem se tornado um tema de crescente interesse entre clínicos e pesquisadores na área de saúde. Entretanto, devido à falta de treinamento em temas ligados à relação entre R/E e saúde, grande parte das evidências disponíveis ainda são desconhecidas por muitos profissionais de saúde e muitos têm dificuldades em lidar com a R/E em situações da prática clínica. Atualmente já há um amplo, diversificado e robusto corpo de evidências demonstrando a relevância e o impacto da espiritualidade sobre a saúde. Os estudos demonstram que a religiosidade é um elemento importante na vida da maior parte da população mundial, principalmente entre aqueles enfrentando adversidades como o adoecimento. Dentre os impactos da R/E sobre a saúde, tem sido bem documentado o impacto sobre a saúde mental. Há evidências robustas de que pessoas com maiores níveis de R/E apresentam maior bem estar e menores níveis de depressão, abuso/dependência de substâncias e de comportamentos suicidas. Embora necessitando de maiores estudos, a R/E é algo importante na vida de pacientes com TB e outras psicoses, havendo evidências sugestivas de impacto benéfico sobre a evolução destes transtornos mentais. Atualmente, a tendência das pesquisas não é mais em investigar se há relações entre R/E e saúde, mas em identificar os mecanismos desta relação e como aplicar estes conhecimentos na prática clínica¹⁶.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA¹** E
ANDRÉ STROPPA²

ARTIGO

Fontes de financiamento: Não existem fontes de auxílio à pesquisa ou financiamentos relacionados ao trabalho.

Conflito de interesses: Inexistente.

Alexander Moreira-Almeida
Rua Itália Cautiero Franco 497
Granville
36036-241 - Juiz de Fora – MG
alex.ma@uff.edu.br

Referências

1. Dalgarrondo, P. Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2008.
2. Moreira-Almeida, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. Rev. psiquiatr. clín. 2007; 34 (supl.1):3-4.
3. Moreira-Almeida, A ; Pinsky I ; Zaleski MJB ; Laranjeira R .Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. Rev. psiquiatr. clín. 2010; 37:12-5.
4. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? Rev Bras Clin Med 2010; 8(2):154-8.
5. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. BMC Med Educ. 2012; 12 (1):7-8.
6. Committee on religion and psychiatry – American Psychiatric Association. Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists’ religious commitments and psychiatric practice. Am J Psychiatry.1990; 147: 542.
7. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. J Nerv Ment Dis.1992; 180 (11): 673-82.
8. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD, Meador KG, et al. The relationship between psychiatry and religion among U.S. physicians. Am J Psychiatry. 2007; 164 (12):1825-31.
9. Worthington EL, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. In: Norcross JC (Org). Psychotherapy relationships that work. 2a. ed. New York: Oxford University Press; 2011:402-19.
10. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiosity and mental health. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28 (3):242-50.
11. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. J Pers Soc Psychol. 1967; 5 (4):432-43.
12. Numbes RL. Mitos e verdades em ciência e religião: uma perspectiva histórica. Rev. psiquiatr. clín. 2009; 36 (6):246-51.
13. Numbers RL. Galileo goes to jail and other myths about science and religion. Cambridge: Harvard Uni-



versity Press, 2009.

- 14. Harrison, P. (Org). Compêndio Cambridge de ciência e religião. São Paulo: Ed. Idéias e Letras (no prelo).
- 15. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faith-based health organisations to public health. *International Psychiatry* 2011; 8(3):62-3.
- 16. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2a. ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- 17. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York: Oxford University Press, 2001.
- 18. Guimaraes HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. psiquiatr. clín.* 2007; 34 (supl.1), 88-94.
- 19. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Koenig HG. Impact of spirituality/religiosity on mortality: Comparison with other health interventions. *Explore* 2011; 7:234-8.
- 20. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry* 2002; 13:190-200.
- 21. Nagib MGS. Associação entre religiosidade e uso de álcool na população brasileira [dissertação de mestrado]. Juiz de Fora (MG): Pós-graduação em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora; 2009. Disponível em <http://www.hoje.org.br/bves>
- 22. Dalgarrondo P, Soldera MA, Correa Filho HR, Silva CA. Religion and drug use by adolescents. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26 (2):82-90.
- 23. Kasen S, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Weissman MM. Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychological Medicine*. 2012; 42:509-19.
- 24. Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2012; 169 (1):89-94.
- 25. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev. psiquiatr. clín.* 2009; 36 (5):190-6.
- 26. Stroppa ALPC. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor [dissertação de mestrado]

do] Juiz de Fora (MG): Pós-graduação em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011. Disponível em <http://www.hoje.org.br/bves>

- 27. Koenig, Harold G.. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev. psiquiatr. clín.* 2007; 34 (supl.1):95-104.
- 28. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011; 33 (supl.1):21-8.
- 29. Mohr S, Perroud N, Gillieron C, Brandt PY, Rieben I, Borrás L, Huguelet P. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Res.* 2011; 186 (2-3):177-82.
- 30. Moreira de Almeida A. Religião e comportamento suicida. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP (Eds). *Suicídio: Estudos Fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma – 2004. Disponível em <http://www.hoje.org.br/bves>