

EDITORIAL

“Saúde e Espiritualidade”: das evidências científicas para a prática clínica

“Spirituality and Health”: from scientific evidence to clinical practice

Giancarlo Lucchetti *

A relação entre “Saúde e Espiritualidade” (S/E) é de longa data, estando presentes nos tempos mais remotos pelos curandeiros, passando pela abertura de hospitais e cuidados a enfermos pelas instituições religiosas, até a era da “Espiritualidade baseada em evidências” a partir das décadas de 70 e 80 (KOENIG, 2012). Apesar de que, ao longo desses anos, muito se tenha evoluído nesse campo, muitas discussões permanecem ainda em aberto, como por exemplo as definições e conceitos. Embora não exista um consenso, religião costuma ser definida como “sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema ...)” (KOENIG, 2012).

Já o termo espiritualidade possui um significado mais amplo. Dois autores importantes do campo de S/E trazem visões diferentes sobre essas definições (BRITO SENA et al, 2021). De acordo com Harold Koenig (2012), espiritualidade “é uma busca pessoal para entender questões relacionadas o fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas”. Por outro lado, Christina Puchalski (et al., 2009) traz um conceito

* Professor Associado, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. País de origem: Brasil. E-mail: g.lucchetti@yahoo.com.br

ainda mais ampliado, incluindo não só o sagrado ou transcendente, mas ampliando para outros aspectos, conforme vemos adiante: “é um aspecto da humanidade que lida com a maneira que os indivíduos procuram e expressam significado e propósito, assim como, com o modo com que eles expressam sua conexão com o momento, com si próprio, com os outros, com a natureza e com o sagrado”. Independente do conceito adotado, fica claro que um indivíduo pode ter uma espiritualidade, mas não ser religioso.

No contexto brasileiro, as crenças religiosas e espirituais são muito importantes, influenciando na saúde e permeando as decisões médicas e as questões éticas do processo saúde-doença (LUCCHETTI et al, 2014). Uma breve busca no banco de artigos do Pubmed realizada em novembro de 2022, utilizando-se a expressão (spiritual* OR religio*), resultou em 88555 artigos, demonstrando a magnitude e o crescimento das pesquisas no campo. O campo de S/E vem crescendo de forma considerável nos últimos anos, impulsionado pelas evidências científicas crescentes e pela publicação de diretrizes de sua incorporação na prática clínica (G. LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014).

As evidências apontam para uma influência grande das crenças do indivíduo tanto para saúde física e mental, quanto para o bem-estar e para outros marcadores positivos em saúde. Uma revisão sistemática conduzida em 2012 (KOENIG, 2012) avaliou 3300 artigos e encontrou que cerca de 80% da evidência científica na área está relacionada à saúde mental. A maioria dos estudos, de fato, mostra que a religiosidade e/ou espiritualidade (R/E) estão geralmente associadas a maior bem-estar, qualidade de vida, felicidade, esperança, otimismo, significado e autoestima. Por outro lado, R/E estão associadas a menores níveis de sintomas depressivos, ansiosos e menor prevalência de uso de substâncias e delinquência (KOENIG, 2012; G. LUCCHETTI, KOENIG, & LUCCHETTI, 2021).

Com relação aos estudos que abordam a saúde física, embora menos numerosos, mostram que pessoas com maiores níveis de R/E geralmente possuem menor risco cardiovascular e (menor prevalência de tabagismo e etilismo, dietas mais saudáveis, maiores níveis de atividade física), menores níveis pressóricos, menor prevalência de doenças cerebrovasculares, menor

progressão de declínio cognitivo, melhor função imunológica, menor sensação de dor e maior sobrevida (KOENIG, 2012).

Apesar da maioria das evidências serem positivas e promissoras, é importante salientar que cerca de 15% dos indivíduos utilizarão suas crenças de forma negativa (ou seja, de forma disfuncional), questionando o amor de Deus e nutrindo um sentimento de que Deus está castigando e punindo (HEBERT, ZDANIUK, SCHULZ, & SCHEIER, 2009). Esse sofrimento religioso/espiritual pode, por outro lado, levar a piores desfechos em saúde, estando associado a maior mortalidade e piores marcadores de saúde mental, devendo ser considerado pelo profissional de saúde (PARGAMENT et al, 2001).

São sugeridos diversos mecanismos pelos quais a crença de um indivíduo pode influenciar sua saúde. De fato, R/E influenciam no suporte social, nos comportamentos saudáveis em relação a saúde, nos pensamentos positivos, na saúde mental e, isso acaba por impactar em marcadores inflamatórios (como fibrinogênio, proteína C reativa, Interleucina-6), marcadores imunológicos (CD4, carga viral, imunoglobulinas), marcadores cardiovasculares (como controle autonômico e reatividade pressórica) e marcadores de estresse (como o cortisol). Esses marcadores vão, finalmente, resultar nos diferentes desfechos observados pelos estudos referentes à saúde física (KOENIG, 2012; G. LUCCHETTI et al., 2010).

Baseado em todas as evidências mostradas acima, diversas organizações internacionais (Organização Mundial de Saúde, American College of Physicians, World Psychiatry Association, North American Nursing Diagnosis Association, American Medical Association) e brasileiras (Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Associação Brasileira de Educação Médica) já incluem esse assunto em seus eventos e/ou publicações, que irão nortear a prática clínica dos profissionais de saúde.

Apesar desses avanços, ainda existe uma lacuna entre a importância dada pelos pacientes com relação a esse assunto, em que 70,5% gostariam que seus médicos abordassem suas crenças na prática clínica (BEST, BUTOW, OLVER, 2015) e a pequena abordagem dos profissionais de saúde (cerca de 1 em cada 10)

em relação ao tema (BEST; BUTOW; OLVER, 2016). Grande parte dessa evidente dicotomia ocorre pela falta de um maior esclarecimento dos profissionais de saúde com relação ao tema e a ausência de um treinamento apropriado. Apesar de 90% das escolas médicas norte-americanas, 59% das britânicas e 40% das brasileiras terem conteúdo de S/E em seus currículos (G. LUCCHETTI et al., 2012), a maior parte ainda é feita de forma eletiva e sem aplicabilidade prática, tornando o profissional muitas vezes incapaz de fazer tal abordagem e perpetuando as barreiras que impedem essa abordagem como o “medo de ofender o paciente”, “medo de impor as crenças” e a “falta de conhecimento” (G. LUCCHETTI et al., 2013).

O treinamento para abordar o assunto é fundamental para que o estudante e o profissional de saúde tenham confiança e sintam-se confortáveis com a abordagem. Essa abordagem é benéfica ao paciente e pode resultar em melhor relação profissional de saúde-paciente, maior aderência ao tratamento, maior enfrentamento à doença e melhor resposta ao tratamento (ASTROW; SULMASY, 2004; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2014). Entretanto, ela deve ser pautada em alguns cuidados, devendo ser centrada no paciente, sem imposição das próprias crenças e proselitismo, apresentando interesse genuíno e respeito pelas crenças do paciente e quando o paciente levantar o assunto, evitar reações muito frias, como por exemplo, “desviar de assunto” (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2014).

Não existe um momento único nem somente um momento certo para abordagem as crenças de um indivíduo. Geralmente ela deve ser feita quando o paciente está sendo acompanhado, quando é internado ou quando alguma decisão médica ou ética pode ser influenciada pelas crenças do indivíduo. Nesse sentido, a história espiritual (também conhecida como anamnese espiritual), pode estar inserida dentro da anamnese geral ou ainda ser conduzida de forma isolada (G. LUCCHETTI; BASSI; LUCCHETTI, 2013).

Na literatura científica, existem vários instrumentos para facilitar a abordagem da espiritualidade na prática clínica, como o FICA, SPIRITual History, FAITH e HOPE, dentre outros. Uma revisão sistemática prévia apontou para o FICA como o instrumento mais adequado, curto, rápido e inclusivo (G. LUCCHETTI, BASSI, et al., 2013). FICA é um acrônimo que é dividido da seguinte

maneira: (F): Faith, Belief, Meaning (Fé, Crença e Significado), (I) Importance or Influence (Importância ou Influência), (C) Community (Comunidade) e (A) Address/Action in Care (Abordagem/Ação no tratamento). Para cada uma dessas dimensões, existem perguntas propiciatórias que são feitas ao paciente. Uma das grandes vantagens do FICA é que ele pode ser aplicado em indivíduos sem crenças religiosas ou espirituais como ateus, uma vez que, nesses casos, busca-se compreender o que dá significado na vida da pessoa (natureza, ciência, amigos, família, etc) (BORNEMAN; FERRELL; PUCHALSKI, 2010).

Em conclusão, o campo de “Saúde e Espiritualidade” vem crescendo nas últimas décadas, impulsionado por evidências e pelo interesse das comunidades de profissionais de saúde e científicas que desejam um cuidado mais ampliado da saúde. As evidências são sólidas em relação a influência da R/E em desfechos físicos e mentais e, na grande maioria das vezes, os resultados são positivos ao paciente. Os profissionais de saúde devem conhecer tais evidências e serem treinados para abordar o assunto na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- ASTROW, A. B., SULMASY, D. P. (2004). **STUDENTJAMA. Spirituality and the patient-physician relationship.** *Jama*, 291(23), 2884. doi:10.1001/jama.291.23.2884
- BEST, M., Butow, P., & OLVER, I. (2015). **Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review.** *Patient Educ Couns*, 98(11), 1320-1328. doi:10.1016/j.pec.2015.04.017
- BEST, M., Butow, P., & OLVER, I. (2016). **Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review.** *Palliat Med*, 30(4), 327-337. doi:10.1177/0269216315600912
- BORNEMAN, T., Ferrell, B., & PUCHALSKI, C. M. (2010). Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. **Journal of pain and symptom management**, 40(2), 163-173.
- BRITO SENA, Marina Aline de, et al. Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. **Frontiers in Psychology**, 12, 756080. 2021. doi:10.3389/fpsyg.2021.756080

- HEBERT, R., ZDANIUK, B., SCHULZ, R., & SCHEIER, M. (2009). **Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer.** *J Palliat Med*, 12(6), 537-545. doi:10.1089/jpm.2008.0250
- KOENIG, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. doi:10.5402/2012/278730
- LUCCHETTI, G., BASSI, R. M., & LUCCHETTI, A. L. (2013). Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (NY)*, 9(3), 159-170. doi:10.1016/j.explore.2013.02.004
- LUCCHETTI, G., et al.. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAME. *BMC Med Educ*, 2013. 13, 162. doi:10.1186/1472-6920-13-162
- LUCCHETTI, G. et al., 2010. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 2010, 8(2), 154-158.
- LUCCHETTI, G., KOENIG, H. G., & LUCCHETTI, A. L. G. (2021). Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases*, 9(26), 7620-7631. doi:10.12998/wjcc.v9.i26.7620
- LUCCHETTI, G., LUCCHETTI, A. L. (2014). Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *Int J Psychiatry Med*, 48(3), 199-215. doi:10.2190/PM.48.3.e
- LUCCHETTI, G., LUCCHETTI, A. L., ESPINHA, D. C., de OLIVEIRA, L. R., LEITE, J. R., Koenig, H. G. (2012). Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ*, 12, 78. doi:10.1186/1472-6920-12-78
- MOREIRA-ALMEIDA, A., KOENIG, H. G., & LUCCHETTI, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Braz J Psychiatry*, 36(2), 176-182. doi:10.1590/1516-4446-2013-1255
- PARGAMENT, K. I., et al.. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med*, 2001. 161(15), 1881-1885. doi:10.1001/archinte.161.15.1881
- PUCHALSKI, C., FERRELL, B., VIRANI, R., OTIS-GREEN, S., BAIRD, P., Bull, J., . . . SULMASY, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*, 12(10), 885-904. doi:10.1089/jpm.2009.0142.