

RELIGIOSIDADE E SAÚDE

André Stroppa e Alexander Moreira-Almeida

Capítulo Publicado em:
Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina
Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire (Orgs.).
Belo Horizonte: Inede, 2008. (pp.: 427-443)

INTRODUÇÃO

Durante o século XX, cientistas e intelectuais de grande influência no meio acadêmico, principalmente na área de saúde mental, atribuíram à religiosidade um efeito negativo para o funcionamento psicológico. Partindo basicamente de teorias e opiniões pessoais, sem base em investigações epidemiológicas sistematizadas, contribuíram para a disseminação da idéia de que a religiosidade teria um impacto negativo sobre a saúde mental^{1,2}.

Atualmente as investigações sobre a relação entre religiosidade e saúde buscam testar e avaliar como crenças e comportamentos religiosos se relacionam ou interferem na saúde, assim como em outros aspectos da vida do indivíduo. Do ponto de vista clínico e epidemiológico, importa avaliar o impacto que religião, religiosidade e espiritualidade possam ter sobre a saúde física e mental de uma pessoa ou uma comunidade^{1,2,3}.

A influência da religião e religiosidade sobre a saúde e, em especial, a saúde mental, é um fenômeno resultante de vários fatores. Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual².

A ampla maioria dos estudos de boa qualidade realizados até o momento, aponta que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, melhor saúde física e mental. O nível de envolvimento religioso tende a estar inversamente relacionado à depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso e abuso de álcool e outras drogas. Habitualmente, 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. Os mecanismos teóricos da conexão entre religiosidade e saúde e as implicações clínicas desses achados serão discutidos a frente. Atualmente, duas áreas desta conexão necessitam de maiores investigações: a compreensão dos fatores mediadores dessa associação e a aplicação desse conhecimento na prática clínica^{1,2}.

Apesar da importância da religião e da espiritualidade para a população, até recentemente esses temas não eram incluídos no currículo de profissionais de saúde e nem tinham lugar na prática clínica. Nos últimos vinte anos, várias centenas de artigos têm sido publicados na literatura acadêmica médica e psicológica sobre a relação entre religião e saúde. Recentemente, foi publicado um suplemento especial de uma revista psiquiátrica brasileira inteiramente dedicado à “Espiritualidade e Saúde”¹. Muitas escolas médicas já começam a integrar espiritualidade ao currículo. Nos Estados Unidos, 84 entre as 126 escolas médicas oferecem cursos sobre espiritualidade e medicina². No Brasil, iniciativas pioneiras de oferecimento de disciplinas sobre medicina e espiritualidade partiram das Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Ceará e da Universidade Federal de Minas Gerais².

HISTÓRICO

Intelectuais e cientistas importantes do século passado previram que a religiosidade desapareceria ou decresceria ao longo do século XX, resultando em completo laicismo da sociedade. Porém, o que ocorreu nas últimas décadas foi um aumento do interesse dos cientistas pela religiosidade e a manutenção de altos percentuais de pessoas que se consideram religiosas ou espiritualizadas em suas várias formas em todo o mundo, especialmente no continente Americano. No Brasil, o censo de 2000 apontou que apenas 7% dos

recenseados se declararam sem religião. Mesmo entre esses 7%, provavelmente se incluíram pessoas com alguma expressão de espiritualidade, porém não ligada a uma religião organizada².

A idéia de que religião e psiquiatria sempre estiveram em conflito é senso comum. Ainda hoje, por exemplo, muitas pessoas pensam que, na Idade Média, as doenças mentais eram habitualmente consideradas feitiçaria ou possessão demoníaca. Esse ponto de vista sofre sérias limitações e carece de adequado embasamento histórico. Na “longa noite medieval”, causas naturais para transtornos mentais eram amplamente aceitas. Vários outros mitos são tidos como verdade até hoje: a de que a idade média foi a “idade das trevas”, quando se acreditava que a terra era plana, que os transtornos mentais tinham apenas causas demoníacas e que o surgimento da ciência moderna se deu a partir da negação da religiosidade/espiritualidade^{1,2,4}.

A alegada oposição entre a iluminada medicina e a teologia obscurantista, assim como entre o médico humanista e o religioso cruel, são mitos. Na realidade, a história da religião e a atenção a pessoas sofrendo de doenças físicas ou mentais têm muitos pontos em comum. Na civilização ocidental, cuidados a pessoas enfermas surgiram dentro dos mosteiros medievais e organizações religiosas proveram alguns dos primeiros e melhores cuidados aos portadores de sofrimento mental^{1,2}.

Da Idade Média ao século passado, ordens religiosas criaram e mantiveram a uma parcela dos hospitais da Europa e América. O primeiro hospital destinado aos cuidados de enfermos mentais foi construído em Valência, na Espanha em 1409, dirigido por religiosos. No Brasil, a grande maioria dos primeiros hospitais foi construída e mantida por grupos religiosos.^{5,6}

A partir dos séculos XIX e XX, alinhados com alguns intelectuais anti-religiosos, que consideravam a religiosidade um estado social e intelectual primitivo, alguns médicos como Charcot e Maudsley desenvolveram críticas e tomaram como patológicas várias experiências religiosas. Freud, ao adotar evidente postura anti-religiosa, teve uma grande influência sobre a comunidade médica e psicológica. Em “Futuro de uma Ilusão” propôs a influência irracional e neurótica da religiosidade sobre a psique humana. Em 1930, escreveu que religião resultava em desvalorização da vida e distorção da visão do mundo real, pressupondo uma subestimação da inteligência. Embora alguns psiquiatras tivessem uma visão positiva da religiosidade, como Carl Gustav Jung, a postura negativa era predominante^{2,5}.

Mesmo no final dos anos 1980, o psicólogo Albert Ellis, fundador da Terapia Racional Emotiva, que teve uma grande influência sobre a Terapia Cognitiva, apontava a religiosidade como equivalente ao pensamento irracional e ao distúrbio emocional. Defendia que a solução adequada para problemas emocionais era tornar-se não religioso, pois quanto menos religiosas as pessoas fossem, mais emocionalmente saudáveis elas seriam. No entanto, essas enfáticas declarações acerca da espiritualidade e religiosidade em saúde mental não eram baseadas em estudos bem controlados, mas somente em experiência clínica e opinião pessoal².

Alguns autores defendem que a existência de um “abismo religioso” entre profissionais de saúde mental e seus pacientes pode ter contribuído para essa atitude negativa em relação à religiosidade. Psiquiatras e psicólogos tendem a ser menos religiosos que a população em geral. Além disso, profissionais de saúde não recebem treinamento adequado para lidar com questões religiosas na prática clínica. Por esse motivo, têm maiores dificuldades em entender pacientes com comportamentos e crenças religiosas².

Somente nas últimas duas décadas, pesquisas científicas rigorosas têm sido realizadas e publicadas em grande número nas literaturas médica e psicológica. Tais pesquisas têm conduzido a uma série de estudos voltados para a investigação da relação entre envolvimento religioso e saúde no adulto, vivendo em comunidade ou hospitalizado por doenças. Desde então, a maioria dos estudos bem conduzidos tem apresentado uma associação positiva entre saúde e envolvimento religioso. Há uma tendência favorecendo à reaproximação de religião e psiquiatria em socorro a profissionais de saúde mental, desenvolvendo habilidades para compreensão de fatores religiosos que influenciam a saúde física e psíquica. David B. Larson, Jeffrey S. Levin e Harold G. Koenig são alguns dos pioneiros que abriram uma nova etapa para a investigação científica a respeito de religiosidade e saúde. Harold G. Koenig e colaboradores, em seu *Handbook of Religion and Health*, examinaram os achados de mais de 1200 pesquisas realizadas no último século a respeito da relação entre religião e saúde^{1,2,5}.

RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

As definições dos termos “religião”, “religiosidade” e “espiritualidade” têm gerado debates e divergências. Já no início do século XX, foram identificadas dezenas de definições diferentes de religião. Nesse capítulo, utilizaremos as definições dadas por Koenig e colaboradores⁵ e Hufford⁷.

Segundo Koenig et al, espiritualidade é uma busca pessoal pela compreensão das questões últimas acerca da vida, do seu significado, e da relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não conduzir ou originar rituais religiosos e formação de comunidades⁵. Preocupado com os possíveis problemas gerados por definições muito vagas de espiritualidade, Hufford busca uma definição mais objetiva e ligada à origem etimológica da palavra espiritualidade, a noção de espírito. Segundo ele, “espiritualidade se refere ao domínio do *espírito*”, ou seja, à dimensão não material, extrafísica da existência que pode ser expressa por termos como: “Deus ou deuses, almas, anjos e demônios”. Habitualmente se refere a “algo invisível e intangível que é a essência da pessoa”⁷.

Para Koenig et al, religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Deus, força superior ou verdade absoluta)⁵. Segundo Hufford, Religião “é o aspecto institucional da espiritualidade”, “religiões são instituições organizadas em torno da idéia de espírito”²⁰. O termo religião aqui usado refere-se ao Cristianismo, Judaísmo, Islamismo, Hinduísmo, Budismo e outras tradições religiosas com suas diversas vertentes. Religiosidade diz respeito ao nível de envolvimento religioso e o reflexo desse envolvimento na vida da pessoa, o quanto isso influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua relação com o mundo⁵.

A religiosidade de uma pessoa, de acordo com Gordon Allport, pode ser intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade intrínseca, as pessoas têm na religião seu bem maior. Outras necessidades são vistas como de menor importância, e, na medida do possível, são colocadas em harmonia com sua orientação e crença religiosa. Na religiosidade extrínseca, a religião é um meio utilizado para obter outros fins ou interesses, para proporcionar segurança e consolo, sociabilidade e distração, status e auto-absolvição. Nesse caso, abraçar uma crença é uma forma de apoio ou obtenção de necessidades mais primárias. A orientação intrínseca está habitualmente associada à personalidade e estado mental saudáveis^{2,5}.

RELIGIOSIDADE E *COPING*

Coping tem um papel central na relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. A palavra não possui uma tradução exata para a língua portuguesa. Alguns estudos traduzem *coping* como enfrentamento, o que não reflete a complexidade do seu significado. *Coping* pode ser melhor definido como o conjunto de estratégias utilizadas por uma pessoa para se adaptar a circunstâncias de vida adversas ou estressantes. Na perspectiva da Psicologia da Religião, Pargament define *coping* como “uma busca por significado em tempos de estresse”, “um processo através do qual os indivíduos procuram entender e lidar com as demandas significativas de suas vidas”⁸

A tradição religiosa ocidental dá ênfase a uma relação pessoal com Deus e com o próximo. Essas relações podem ter importantes conseqüências sobre a saúde mental, especialmente com respeito ao enfrentamento de circunstâncias difíceis de vida que acompanham a doença e suas limitações. Crenças e práticas religiosas podem reduzir a sensação de desamparo e perda do controle que acompanham doenças físicas. A percepção de uma relação com Deus pode oferecer uma visão de mundo que proporciona socorro e sentido ao sofrimento e à doença. Pessoas enfermas podem colocar suas habilidades a serviço da comunidade proporcionando-lhes um sentido para a vida².

A religião oferece uma variedade de métodos ou estratégias de *coping*, que, contrariando o estereótipo de que seriam meramente defensivos, passivos, focados na emoção ou formas de negação, se mostram cobrindo toda uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações. Pargament e colaboradores elaboraram uma escala de *coping* religioso e espiritual para avaliar esse aspecto. Deste modo, em relação aos resultados, os estilos de *coping* religioso e espiritual podem ser classificados em positivos e negativos. Evidências apontam um uso consideravelmente maior de *coping* religioso positivo do que negativo para diferentes amostras sob diferentes situações estressantes de vida. Estratégias de *coping* positivo estiveram associadas

Saúde e Espiritualidade
Cap. 20 - Religiosidade e Saúde

com melhor saúde mental (menos depressão e melhor qualidade de vida); a maioria das estratégias de *coping* negativo estiveram associadas com pior saúde mental e física. Exemplos de coping positivo e negativo são apresentados na tabela 1:

Tabela 1

Estratégias de *Coping* Religioso Espiritual

Coping Positivo	Exemplos
Reavaliação religiosa benevolente	“Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu.”
<i>Coping</i> religioso de colaboração	“Senti que Deus estava atuando junto comigo”. “Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus”
Foco religioso	“Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos”. “Pensei sobre como minha vida é parte de uma força espiritual maior” “Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida”
Ajuda através da religião	“Ofereci ajuda espiritual a amigos e familiares”. “Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas”.
Apoio espiritual	“Procurei em Deus conforto e orientação”. “Procurei o amor e a proteção de Deus”.
Apoio de membros da instituição religiosa	“Me juntei a outros que tivessem a mesma fé”. “Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa”.
Perdão religioso	“Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas”. “Busquei ajuda espiritual para superar minhas mágoas e ressentimentos”.
Conexão espiritual	“Busquei proteção e orientação de entidades espirituais”. “Procurei realizar tratamentos espirituais”.
Coping Negativo	Exemplos
Reavaliação de Deus como Punitivo	“Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado”. “Culpei Deus pela minha situação”.
Reavaliação demoníaca ou malévola	“Convenci-me que forças do mal atuaram para isso acontecer”.
Reavaliação dos poderes de Deus	“Questionei se Deus tem limites”.
<i>Coping</i> religioso por delegação	“Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora”.
Descontentamento espiritual	“Questionei se Deus realmente se importava”.
Descontentamento religioso espiritual	“Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando”.
Intervenção divina	“Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas para mim”.

Adaptado de Pargament e colegas (1998), Pargament e colegas (2001), Panzini (2004)

RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL

Crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. Por outro lado, dependendo do tipo e uso das crenças religiosas, podem gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica. A importância da relação entre religiosidade e saúde mental é reconhecida teoricamente, porém profissionais de saúde mental têm dificuldades ao lidar com a religiosidade e espiritualidade de seus pacientes. Um treinamento adequado é necessário para integrar espiritualidade e prática clínica. Religiões podem tanto orientar a pessoa de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca de cuidados médicos, como podem ajudá-la a integrar-se a uma comunidade e motivá-la para o tratamento².

Bem-estar psicológico e social

De 100 estudos publicados acerca da associação entre comportamento, prática religiosa e indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo, auto-estima elevada), 79 estudos encontraram uma correlação positiva e significativa entre essas variáveis. Embora as correlações sejam modestas, elas igualam ou excedem as encontradas entre bem-estar e outras variáveis de suporte social consideradas importantes, como estado conjugal ou renda, que têm sido freqüentemente investigadas. Essas associações positivas entre prática religiosa e bem-estar pessoal têm sido semelhantes em amostras de diferentes centros de pesquisa, envolvendo uma diversidade de religiões, raças e idades. Em sua maioria, essa associação entre religiosidade e bem-estar se mantém mesmo após controle de possíveis variáveis de confusão como situação conjugal, idade, gênero, nível educacional e sócio-econômico².

Tem havido uma grande discussão sobre os vários mecanismos que ligam religiosidade e bem-estar social. Duas questões devem ser aqui consideradas:

- A primeira é a integração social, representada pelo vínculo e suporte social promovidos pelo envolvimento na comunidade religiosa. A participação religiosa freqüente parece estar ligada não somente a um aumento do número de vínculos e interações sociais, mas também a melhor qualidade dessas relações.

- Uma outra questão importante é a regulação social. Uma das funções-chave das comunidades religiosas é estabelecer normas que regulamentam o comportamento e que são especificadas no ensino do sagrado, reforçadas por líderes eclesiais e sedimentadas através da interação social dentro da comunidade religiosa. Pessoas freqüentes a serviços religiosos são menos suscetíveis a iniciar ou continuar fumando, fazer uso considerável de álcool e drogas, quando comparado com pessoas que freqüentam menos regularmente ou que não têm freqüência religiosa⁵.

Práticas religiosas como a oração pessoal, a confissão, o perdão, a liturgia, o exorcismo e estados alterados de consciência podem ser efetivos em promover bem-estar espiritual, estabilidade emocional, autoconhecimento, reduzir tensão e ansiedade, influenciar o humor e modificar o comportamento, necessitando também mais estudos a esse respeito. Sua aplicação clínica merece maiores investigações^{2,5,9}.

RELIGIOSIDADE E PROBLEMAS MENTAIS COMUNS

Religiosidade e Depressão

Depressão é o mais comum e tratável dos problemas mentais. Apesar de observações clínicas há mais de um século já sugerirem uma relação entre depressão e religiosidade, o envolvimento religioso ainda é uma variável pouco incluída em estudos epidemiológicos de sintomas e transtornos depressivos. As pesquisas mais recentes têm procurado investigar a relação existente entre depressão e diversos grupos religiosos, níveis de envolvimento religioso e o quanto esse envolvimento pode influenciar como as pessoas lidam com eventos de vida negativos^{1,2}.

A maioria desses estudos tem apontado que o nível de envolvimento religioso está inversamente associado ao nível de sintomas depressivos. O tamanho dessa associação, embora modesto, é similar ao encontrado na

relação entre depressão e gênero, uma das variáveis mais significativas nos transtornos do humor. A associação entre religiosidade e depressão se mantém entre as diferentes faixas etárias, gêneros ou etnias^{1,2}.

Vários autores têm examinado os efeitos de atividades religiosas específicas sobre a depressão. Pargament identificou elementos cognitivos e comportamentais específicos e inversamente relacionados com a ocorrência e intensidade de sintomas depressivos, como *coping* religioso colaborativo, socorro religioso e suporte proporcionado por membros de sua comunidade religiosa. Koenig, Pargament e Nielsen também encontraram alguns tipos de *coping* religioso relacionados diretamente com depressão, como a crença em um Deus punitivo, religiosidade passiva e submissa, insatisfação com sua religião ou com sua comunidade religiosa. Também a interpretação das circunstâncias do estresse como evidência da ausência, castigo e conflito com Deus. Tais formas de *coping* podem aumentar o estresse psicológico^{2,5}.

Religiosidade e Abuso de Substâncias

Mais de 80% dos 120 estudos publicados até 2000 relacionando religiosidade e uso e abuso de álcool e outras drogas apresentaram uma correlação inversa entre essas variáveis, tanto entre adolescentes quanto em adultos⁵.

Um estudo brasileiro envolvendo 2.287 estudantes de Campinas (SP), da mesma forma, indicou que fatores religiosos estão fortemente associados com menor uso de drogas durante o mês anterior à entrevista. Estudantes que não receberam educação religiosa na infância apresentaram um maior uso de ecstasy e abuso de medicamentos, comparados com estudantes que tiveram educação religiosa. A falta de afiliação religiosa estava associada com abuso de cocaína e medicamentos⁹

Outro estudo brasileiro, envolvendo uma amostra representativa de 2.410 estudantes de Pelotas (RS), mostrou que a ausência de práticas religiosas estava associada a um aumento de 30% no uso de drogas, em comparação com estudantes com práticas religiosas¹⁰.

Indivíduos frequentes a serviços religiosos são menos suscetíveis a iniciar ou continuar fumando, fazer uso pesado de álcool e drogas, comparado com pessoas que frequentam menos regularmente ou que pertencem a denominações religiosas menos conservadoras ou a nenhuma delas².

Além de uma maior compreensão dos mecanismos pelos quais a religiosidade está associada a um menor uso de drogas, uma área que carece de mais investigações é sobre o papel da religiosidade e dos tratamentos religiosos para o abuso e dependência de substâncias¹¹.

RELIGIOSIDADE E SUICÍDIO

Diversos estudos apontam a religião como importante fator protetor contra pensamentos e comportamentos suicidas. Os clássicos trabalhos de Durkheim foram o ponto de partida para os estudos sociológicos entre religião e suicídio, ao propor um método que investigava as relações entre afiliação religiosa e taxas de suicídio em um determinado grupo. Entretanto, a relação entre religião professada e taxas de suicídio tem se mostrado instável e controversa ao longo do tempo¹².

Koenig e cols. (2001) resumiram os principais achados ao longo de um século de pesquisas sobre o assunto. Não conseguiram encontrar associações seguras entre afiliações religiosas específicas e risco de suicídio. Por outro lado, um achado consistentemente replicado foi a associação entre maior religiosidade e menor frequência de comportamento suicida. Muitos estudos indicam que o nível de envolvimento religioso em uma dada área é inversamente proporcional ao número de mortes por suicídio. Além de propiciar uma rede social de apoio, outros mecanismos são propostos para explicar o efeito protetor do envolvimento religioso contra o suicídio. São eles: crenças na vida após a morte, auto-estima e objetivos para a vida, modelos de enfrentamento de crises, significado para as dificuldades da vida, uma hierarquia social que difere da hierarquia sócio-econômica da sociedade, além de desaprovação enfática ao suicídio^{5,12}.

Neeleman e cols. (1997) encontraram, em 19 países ocidentais, que religiosidade apresentou uma relação inversa com tolerância ao suicídio e taxas de suicídio. Para os homens, a convicção religiosa dependeu principalmente de viver em ambiente religioso, além de suas próprias crenças. Para as mulheres dependeu

mais de suas crenças pessoais que das crenças dominantes no meio. Os mesmos autores identificaram uma menor taxa de suicídio entre negros norte-americanos em relação a brancos. Investigando suas causas, detectaram que o alto nível de crenças e a importância da religião entre os negros explicaram as diferenças de modo mais consistente que variáveis sócio-econômicas, raciais e mesmo a frequência a grupos religiosos. A participação religiosa pode trazer benefícios além daqueles advindos meramente do apoio social¹².

O que se sabe hoje é que não basta relacionar simplesmente as taxas de suicídio com a religião de uma pessoa ou predominante em certa região. Mais importante que isso é o significado e a importância que a religião tem para a vida daquela pessoa, o que pode variar muito entre indivíduos da mesma religião. Além disso, mesmo pessoas ou grupos pouco religiosos podem sofrer forte influência das crenças religiosas de gerações anteriores. A cultura de nossos antepassados forma a base sobre a qual formamos nossas atitudes e crenças frente à morte, suicídio, padrões familiares, estilos de vida, papéis de gênero, etc.¹³

RELIGIOSIDADE, DOENÇAS FÍSICAS E MORTALIDADE

Religiosidade e Doença Física

Doenças graves estão frequentemente relacionadas a comportamento e estilo de vida. Religiosidade desestimula comportamentos e hábitos nocivos como tabagismo, uso excessivo de álcool, consumo de drogas e comportamento sexual de risco. Estudos têm revelado que atividades religiosas, como envolvimento em cultos ou atividades voluntárias, estão associadas a melhor saúde física, particularmente quando ocorrem no ambiente da comunidade. Quando atividades religiosas não modificam o curso de doenças físicas ou prolongam a vida, elas podem melhorar a qualidade de vida e o propósito de viver⁵.

Os principais artigos publicados entre os anos de 2001 e 2005 correlacionando religião e saúde foram revisados por Weaver e Koenig. A maior parte desses estudos confirma a conexão positiva entre envolvimento religioso e saúde física e mental, além de bem-estar social, qualidade de vida, atitudes e comportamentos saudáveis. Crenças religiosas influenciam também decisões médicas como indicação de quimioterapia, “estados de não-ressuscitação” e cuidados no final da vida. Alguns estudos, em menor número, têm apontado uma associação negativa. “Religião mobiliza alguns dos mais profundos e apaixonados sentimentos humanos, e não se constitui surpresa o fato de influenciarem a saúde”. Por essa razão, médicos devem ter conhecimento dos principais avanços do conhecimento nessa área¹⁴.

Religiosidade e Mortalidade

Nas décadas de 1970 e 1980, o foco das investigações a respeito de religião e mortalidade recaiu sobre membros de subgrupos religiosos com normas e estilos diferentes de vida, como mórmons e adventistas. Membros dessas denominações, principalmente aqueles ativos, apresentavam menor risco de mortalidade quando comparados com a população geral. Comunidades rurais com predomínio de católicos e evangélicos conservadores, nos Estados Unidos, têm taxas de mortalidade por câncer menores que comunidades rurais com predomínio de protestantes liberais e pessoas sem envolvimento religioso, mesmo que estatisticamente controladas por numerosas co-variáveis. Mais recentemente, a ênfase tem sido dada ao estudo do grau de envolvimento religioso sobre a mortalidade, enfatizando-se menos as diferenças entre as diversas denominações religiosas. Uma revisão sistemática com meta-análise envolvendo 42 amostras e mais de 125 mil indivíduos concluiu que um maior envolvimento religioso foi associado com menor mortalidade^{15,16}.

O mecanismo pelo qual o envolvimento religioso poderia influenciar a mortalidade parece incluir aspectos de integração e regulação social e recursos psicológicos. Muitos desses trabalhos sugerem que religiosidade e espiritualidade podem ter um impacto significativo sobre a saúde física. Isso se faz tanto como recurso de prevenção em pessoas saudáveis quanto de coping por pessoas enfermas¹⁸. Por outro lado, crenças e atividades religiosas extremadas podem produzir efeitos negativos sobre a saúde de uma pessoa, como proibição de vacinas, medicamentos, transfusões de sangue e ênfase em casamentos endogâmicos¹⁷.

CONCLUSÃO

É importante que profissionais de saúde investiguem a influência da religiosidade e espiritualidade na vida seus pacientes, e saibam lidar adequadamente com tais sentimentos e comportamentos. Um treinamento adequado é necessário para integrar espiritualidade e prática clínica. Profissionais de saúde devem identificar tais aspectos em sua avaliação. Na prática clínica, quatro questões são fundamentais para a investigação acerca do papel da religiosidade na saúde do paciente^{2,9}:

- O paciente tem alguma forma de religiosidade ou espiritualidade? Qual a importância que o paciente atribui a estes aspectos da vida?
- O paciente usa a religião ou a espiritualidade para ajudá-lo a lidar com sua doença ou essas são fontes de estresse?
- Pertence a uma comunidade religiosa? Caso afirmativo, esta tem sido fonte de apoio ou de conflitos?
- Tem alguma crença espiritual que possa influenciar nos cuidados médicos? Apresenta algum conflito ou questão espiritual que o preocupa? Tem alguém com quem conversar sobre estes tópicos? (p.ex.: um padre ou um pastor).

Uma limitação importante no momento é que a maioria desses estudos tem sido feita com cristãos e judeus, em contexto cultural anglo-saxão. Estudos examinando técnicas de meditação de tradição oriental e práticas religiosas islâmicas encontraram resultados semelhantes, apesar de serem ainda em muito menor número. Investigações adicionais em outras culturas e manifestações religiosas são necessárias, principalmente além do eixo América do Norte – Europa¹.

Estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas apontam de modo consistente uma relação entre religiosidade e melhores indicadores de saúde. Esses benefícios parecem estar relacionados a hábitos de vida, suporte social e capacidade de coping. Em razão da vivência religiosa, pessoas estão menos expostas a situações de agravo à saúde como uso de tabaco, álcool e outras drogas, comportamento sexual de risco e envolvimento em situações de violência física. Também parecem compartilhar uma vida social caracterizada por vínculos que possibilitam maior suporte em situações de estresse e adoecimento. Pessoas religiosas freqüentemente apresentam maior capacidade de lidar com circunstâncias adversas de vida com a utilização de *coping* religioso positivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revista de Psiquiatria Clínica. Edição Especial - Espiritualidade e Saúde. V.34 (supl.1); 2007. Disponível em www.hcnet.usp.br/ipq/revista
2. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28 (3):242-50.
3. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol.* 1967; 5(4):432-43.
4. Kroll J. A reappraisal of psychiatry in the middle ages. *Arch Gen Psychiatry.* 1973; 29(2): 276-83.
5. Koenig HG, McCullough M, Larson DBB. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxford University press; 2001.
6. Figueiredo GR, Toledo Ferraz MP. Hospício, caridade e psiquiatria. *Revista ABBP-APAL.* 1998;20(1):1-8.
7. Hufford, David J. An Analysis of the Field of Spirituality, Religion and Health (S/RH). Disponível em <http://www.metanexus.net/tarp/pdf/TARP-Hufford.pdf>
8. Panzini RG. Tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. Dissertação [mestrado em psicologia]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. 2004. Disponível em: www.hoje.org.br/site/artigos
9. Tavares BF, Beria JU, Lima MS, Factors associated with drug use among adolescents in southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):787-96.
10. Sanchez ZV, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Cienc Saúde Coletiva.* 2004;9(1):43-45.
11. Sanchez ZM, Nappo SA. Religious intervention and recovery from drug addiction. *Rev Saude Publica* 2008; 42(2):265-72.
12. Almeida AM, Lotufo Neto F. Religião e comportamento suicida. In: Meleiro AM, Teng CT, Wang IP, eds. *Suicídio: Estudos Fundamentais.* São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 53-60.
13. Dalgalarondo P. Relações entre duas dimensões da vida: saúde mental e religião. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):177-8.
14. Weaver AJ, Koenig HG. Religion, spirituality and their relevance to medicine: an update. *Am Fam Physician.* 2006 73(8):1336-7.
15. Hummer AR et al. Religious involvement and adult mortality in the United States: review and perspective. *Southern Medical Journal* 2004(97)12, 1223-30.
16. McCullough ME, Larson DB, Hoyt WT, et al. Religious involvement and mortality a meta-analytic review. *Health Psychology* 2000;19:211-22.

Saúde e Espiritualidade
Cap. 20 - Religiosidade e Saúde

17. Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy* 2001(35)352-58.