

Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber?*

Spirituality in clinical practice: what should the general practitioner know?

Giancarlo Lucchetti¹, Alessandra Lamas Granero², Rodrigo Modena Bassi³, Rafael Latorraca⁴, Salete Aparecida da Ponte Nacif⁵

*Recebido da Associação Médico-Espírita de São Paulo, SP

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Estudos têm demonstrado que a espiritualidade pode promover efeitos positivos e negativos na saúde do paciente. Entretanto, os médicos possuem grande dificuldade para a abordagem deste assunto. O objetivo deste estudo foi rever o tema, focando nas necessidades dos clínicos.

CONTEÚDO: Realizou-se um apanhado geral dos conhecimentos que o clínico deve possuir sobre os aspectos espirituais do paciente, dividindo-se nas seguintes partes: introdução, contexto histórico, conceitos básicos, por que o clínico deve abordar a espiritualidade do paciente, pesquisas e bases científicas, espiritualidade no meio acadêmico, quando e como deve ser abordada a espiritualidade/religiosidade, bar-

reiras para o médico e os aspectos negativos da religião.

CONCLUSÃO: O clínico deve saber o momento certo e a forma correta de se abordar essa dimensão, sem ofender ou julgar as preferências religiosas de cada paciente, de forma a exercer a Medicina de forma mais humana e integral possível.

Descritores: Clínica Médica, Espiritualidade, religião e Medicina,

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Studies have shown that spirituality can promote positive and negative effects on health of the patient. However, doctors have great difficulty in approaching this issue. The objective of this study was to review the matter, focusing on the needs of general practitioners.

CONTENTS: This is an overview of the knowledge that the clinician should have on the spiritual aspects of the patient, divided into the following parts: Introduction, Historic context, basic concepts, why the general practitioner must address spirituality with the patient, researches and scientific bases, spirituality in academic medicine, when and how spirituality should be addressed, physician barriers and the negative aspects of religion.

CONCLUSION: The general practitioner must know the right time and right way of addressing the spiritual dimension, without judging and offending the religious preferences of each patient in order to make medicine more humanistic and integrative.

Keywords: Internal Medicine, Spirituality, religion and Medicine.

INTRODUÇÃO

No dia 17 de outubro de 2009, véspera do dia do médico (escolhido por ser o dia de São Lucas, conhecido como "médico de homens e de almas"), ocorreu no X Congresso Brasileiro de Clínica Médica a mesa redonda: "Espiritualidade na Prática Clínica".

A iniciativa inédita da Sociedade Brasileira de Clínica Médica foi agraciada com a lotação do auditório no evento e alertou para a necessidade da abordagem deste tema nos

1. Médico Especialista em Clínica Médica pela Santa Casa de São Paulo; Doutorando em Neurologia/Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Coordenador do Núcleo de Pesquisas da Associação Médico-Espírita de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

2. Médica Especialista em Geriatria pelo Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Coordenadora do Núcleo de Inserção da Espiritualidade na Prática Clínica da Associação Médico-Espírita de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

3. Médico Especialista em Clínica Médica pela SBCM; Especialista em Geriatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Presidente da Associação Médico-Espírita de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

4. Graduando de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Coordenador do Departamento Acadêmico da Associação Médico-Espírita de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

5. Médica Especialista em Clínica Médica pela SBCM; Assistente da Disciplina de Clínica Médica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Membro da Associação Médico-Espírita de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Apresentado em 06 de novembro de 2009

Aceito para publicação em 01 de fevereiro de 2010

Endereço para correspondência:

Dr. Giancarlo Lucchetti

Av. Pedro Severino Júnior, 323/1A – Jabaquara

04310-060 São Paulo, SP.

Fone: (11) 5052-1298

E-mail: g.lucchetti@yahoo.com.br

congressos médicos e na prática clínica.

O objetivo deste estudo foi traçar um panorama do uso da espiritualidade na prática clínica e quais os conhecimentos básicos necessários para o clínico abordá-la na sua prática diária.

CONTEXTO HISTÓRICO

A ligação entre religião e Medicina faz-se desde os tempos mais remotos. Os egípcios (2000-1800 A.C.) já exorcizavam espíritos usando o nome do Deus Horus¹, os cientistas gregos (500-300 A.C.) já discutiam sobre a origem da alma² e nos tempos medievais (1000-1200 D.C) as autoridades religiosas eram as responsáveis pelas licenças para a prática da Medicina³. Entretanto, a partir da Renascença, houve uma separação entre a ciência e a religião que se manteve até o século XX⁴, período em que Sir William Osler, professor de Medicina da Universidade Johns Hopkins publicou no *British Medical Journal* o artigo: “The faith that heals” (A fé que cura)⁵. Finalmente na década de 1960, começaram a ser publicados diversos estudos epidemiológicos demonstrando a relação entre espiritualidade e religiosidade com a saúde do paciente⁴, no mesmo período que foi iniciado o *Journal of Religion and Health* (Jornal de Religião e Saúde) indexado até o presente momento no PubMed.

Nas décadas seguintes cresceu o conceito da chamada “Espiritualidade baseada em evidências”⁶, o estudo dos mecanismos pelo qual a fé levaria a esses desfechos clínicos⁷ e de que forma os médicos deveriam abordar esse assunto na prática clínica.

CONCEITOS BÁSICOS

Para facilitar a compreensão do assunto, inicialmente faz-se necessária discussão pormenorizada sobre os conceitos básicos de religião, religiosidade e espiritualidade. Segundo Koenig, McCullough e Larson no livro “Handbook of Religion and Health”⁴:

- Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema ...);
- Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão);
- Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao 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 que o clínico deve abordar a espiritualidade do paciente?

Uma das perguntas mais realizadas pelos médicos em geral é qual a razão para abordar a espiritualidade do paciente. Inicialmente vale lembrar que muitos pacientes são religiosos e suas crenças os ajudam a lidar com muitos aspectos da vida⁸. Além disso, as crenças pessoais dos médicos influenciam nas suas decisões, tanto por parte do paciente (tendo como exemplo o paciente que é Testemunha de Jeová que não aceita o uso de hemoderivados), como por parte dos próprios médicos (tendo como exemplo, médicos que se recusam a prescrever anticoncepcionais devido aos seus princípios religiosos)⁹. Mais do que isso, atividades e crenças religiosas estão relacionadas à melhor saúde e qualidade de vida¹⁰, assim como os médicos que falam sobre as necessidades espirituais não são novidades, tendo suas raízes na história e muitos pacientes gostariam que seus médicos comentassem sobre suas necessidades espirituais¹¹. Estudos demonstram que a maioria dos pacientes gostaria que seus médicos abordassem sobre sua religião e espiritualidade^{12,13}, e relataram que sentiriam mais empatia e confiança no médico que questionasse esses temas¹¹, proporcionando o resgate da relação médico-paciente, com uma visão holística e mais humanizada.

Torna-se claro na prática clínica que, na grande maioria das vezes, não é possível fragmentar o paciente em várias partes como social, biológica, psíquica e espiritual, afinal todas são interligadas e podem ser responsáveis pelas comorbidades, aderência aos medicamentos, sucesso ou fracasso no tratamento.

PESQUISAS E BASES CIENTÍFICAS

As pesquisas científicas sobre o assunto são numerosas. No banco de dados da PubMed, foram relacionados 4.202 estudos à palavra “spirituality” e para a palavra “religion” 41.314. Esse número de estudos foi equivalente ao número relacionado à palavra “physical activity” na mesma data.

Os estudos têm demonstrado maior relação entre espiritualidade e religiosidade com a saúde mental, incluindo menor prevalência de depressão¹⁴, menor tempo de remissão da depressão após o tratamento¹⁵, menor prevalência de ansiedade¹⁶ e menor taxa de suicídio¹⁷. Da mesma forma, estudos demonstram uma relação da espiritualidade com melhor qualidade de vida¹⁸ e maior bem estar geral¹⁹.

Alguns desfechos clínicos também têm sido avaliados de forma consistente. Os pacientes mais religiosos tiveram menores níveis de hipertensão diastólica²⁰, índices menores de mortalidade por causas cardiovasculares²¹ e menor mortalidade em geral²²⁻²⁴.

Autores têm relacionado ainda a espiritualidade com marcadores de imunidade, como interleucinas e marcadores

de inflamação como proteína C-reativa. Recentemente, Lutgendorf e col.²⁵ mostraram que a frequência religiosa levaria à diminuição na IL-6 e esta levaria à diminuição da mortalidade. Este estudo seria a primeira pesquisa a demonstrar uma participação de um fator imunológico mediando um fator comportamental com a mortalidade. Seguiram-se então, estudos voltados às populações específicas como no caso de mulheres com câncer de mama, em que a maior espiritualidade esteve diretamente relacionada ao número total de linfócitos, de células Natural Killer (NK) e de linfócitos T-helper e T-citotóxicos²⁶. Quanto às pesquisas com marcadores inflamatórios, há evidências de menores níveis de proteína C-reativa²⁷ e menores níveis de cortisol²⁸ nos pacientes que possuem maior frequência religiosa.

Periódicos de alto impacto na literatura médica têm vinculado publicações científicas na área como é o caso do *The Journal of the American Medical Association* (JAMA)²⁹, *New England Journal of Medicine*³⁰ e *Annals of Internal Medicine*³¹, dentre outros.

O clínico deve ter conhecimento das evidências que suportam este campo, de forma a entender suas repercussões na saúde do paciente.

Espiritualidade no meio acadêmico

Antes renegados ao segundo plano, os cursos de espiritualidade passaram a ser vinculados na maioria das universidades norte-americanas. Em 1993, menos de cinco escolas médicas dos Estados Unidos possuíam a disciplina de religião/espiritualidade em Medicina, valor que subiu para mais de 100 nos últimos 15 anos³². Seguindo esta tendência, 59% das escolas médicas britânicas já possuem cursos relacionados à espiritualidade³³.

Diversos centros universitários no mundo têm se interessado e pesquisado sobre o assunto, podendo-se citar, dentre outros: *Duke University's Center for Spirituality, Theology and Health*; *The George Washington Institute for Spirituality and Health*; *Center for Spirituality and Health – University of Florida* e *Center for the Study of Health, Religion and Spirituality Indiana State University*.

Cursos têm sido vinculados, inclusive nos programas de residência médica interna nos Estados Unidos da América, como foi o caso de estudo publicado na conceituada revista *Academic Medicine* em 2002³⁴. Foi instituída na Universidade de Massachusetts, uma disciplina de Medicina e espiritualidade compulsória para os residentes do programa de Medicina interna. Por meio de aulas teóricas e práticas, o residente aprendia a reconhecer problemas espirituais, obter a história espiritual, participava de atendimentos com líderes da pastoral local e aprendia princípios básicos sobre todas as religiões. A disciplina foi tão bem sucedida que permanece no programa até hoje.

QUANDO DEVE SER ABORDADA A ESPIRITUALIDADE?

O momento certo para abordar a espiritualidade de um paciente poupa mal entendido, segundo o livro “Espiritualidade no Cuidado com o Paciente”³⁵ escrito por Harold G. Koenig (médico da Universidade de Duke – Estados Unidos da América), o bom senso deve imperar. A abordagem em situações extremas como acidentes e eventos isquêmicos coronarianos, pode levar ao sentimento de medo no indivíduo.

Entretanto, a avaliação ambulatorial de um novo paciente, uma internação por descompensação de alguma doença, os cuidados paliativos e pacientes que serão acompanhados pelo mesmo médico podem ser momentos ideais para a obtenção da história espiritual.

Na anamnese médica, a história social, o questionamento da atividade física, os hábitos e vícios podem preceder a abordagem da espiritualidade de forma natural. Desta forma, pode-se incluir o assunto na estruturação da anamnese, no segmento que aborda os hábitos de vida e condições socioeconômicas do paciente.

Barreiras para o médico

Algumas barreiras são colocadas pelos médicos para não abordarem o tema³⁵. Pode-se citar a falta de conhecimento sobre o assunto, falta de treinamento, falta de tempo, desconforto com o tema, medo de impor pontos de vista religiosos ao paciente, pensamento de que o conhecimento da religião não é relevante ao tratamento médico e a opinião de que isso não faz parte do papel do médico. Essas barreiras são quebradas à medida que o médico se aprofunda no tema e desvencilha-se de seus próprios medos e preconceitos.

Como deve ser abordada a espiritualidade e religiosidade

Não existe uma só forma de abordar a espiritualidade, assim como não existe uma forma correta. Muitas vezes, a sua abordagem faz-se de forma natural e tranquila, o que depende das próprias heranças culturais de cada médico.

Entretanto, pesquisadores têm criado formas de facilitar a abordagem da espiritualidade para os médicos que ainda possuem dificuldades com o tema. Esses instrumentos servem de norteador para a obtenção da história espiritual, sendo os principais instrumentos utilizados³⁶⁻³⁸ dispostos no quadro 1.

No caso de pacientes não religiosos³⁵, ao invés de focar na espiritualidade, o médico pode perguntar como o paciente convive com a doença; o que promove um significado e propósito à sua vida e quais crenças culturais pode ter impacto no seu tratamento.

Quadro 1 – Instrumentos para obtenção de história espiritual

<p>Questionário FICA³⁶</p> <p>F – Fé / crença</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você se considera religioso ou espiritualizado? • Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas? • Se não: o que te dá significado na vida? <p>I – Importância ou influência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida? • A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? • Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento? <p>C – Comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? • Ela te dá suporte, como? • Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você? • Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante? <p>A – Ação no tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religiosidade / espiritualidade no seu tratamento? • Indique, remeta a algum líder espiritual / religioso. 	<p>Questionário HOPE³⁷</p> <p>H - Fontes de Esperança (<u>H</u>ope), significância, conforto, força, paz, amor e relacionamento social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz? • Ao que você se apegou em tempos difíceis? • O que o sustenta e o faz seguir adiante? <p>O – Religião organizada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? Ela o ajuda? Como? • Em que aspectos a religião o ajuda e em quais não o ajuda muito? <p>P – Espiritualidade pessoal e prática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião organizada? • Quais aspectos de sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que são mais úteis à sua personalidade? <p>E – Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente? • Como médico, há algo que eu possa fazer para ajudar você a acessar os recursos que geralmente o apóiam? • Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?
<p>História espiritual do ACP³⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • A fé (religião/espiritualidade) é importante para você nesta doença? • A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida? • Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos? • Você gostaria de tratar de assuntos religiosos com alguém? 	<p>CSI—MEMO³⁸</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suas crenças religiosas/espirituais lhe dão conforto ou são fontes de estresse? 2. Você possui algum tipo de crença espiritual que pode influenciar suas decisões médicas? 3. Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa? Ela lhe ajuda de alguma forma? 4. Você possui alguma outra necessidade espiritual que gostaria de conversar com alguém?

Aspectos negativos da religião

Nem todos os efeitos da religião são positivos. É importante que os médicos estejam atentos quando a religião pode desencadear problemas³⁵ (principalmente no caso da religião punitiva em que há uma sensação de que Deus está punindo ou abandonando o paciente) e causar conflitos quanto às condutas médicas. No caso de dificuldades para lidar com relações conflitantes a figura da capelania do hospital ou do líder religioso do paciente é essencial, conjuntamente com o Serviço de Psicologia Hospitalar.

CONCLUSÃO

O clínico deve estar atento à dimensão espiritual do paciente, seja ela positiva ou negativa. O conhecimento científico e prático do assunto pode evitar conflitos na relação

médico-paciente, beneficiar os desfechos clínicos e facilitar o atendimento médico.

O clínico deve saber o momento certo e a forma correta de se abordar essa dimensão, sem ofender ou julgar as preferências religiosas de cada paciente, de forma a exercer a Medicina de forma mais humana e integral possível.

REFERÊNCIAS

1. Pioreschi P. A History of Medicine. Omaha: Horatius; 1995.
2. Crivellato E, Ribatti D. Soul, mind, brain: Greek philosophy and the birth of neuroscience. Brain Res Bull 2007;71(4)327-36.
3. Gelfand T. The history of the medical profession. In: Bynum WF, Porter R, editors. Companion encyclopedia of the history of Medicine. New York: Routledge, Chapman & Hall; 1993.
4. Koenig HG, McCullough M, Larson DB, editors. Handbook

- of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxford University Press; 2001.
5. Osler W. The faith that heals. *Br Med J* 1910;1(2581):1470-2.
 6. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiatr* 2001;8(3):107-12.
 7. Newberg A, Lee B. The neuroscientific study of religious and spiritual phenomena: or why God doesn't use biostatistics. *Zygon* 2005;40:469-89.
 8. Koenig HG. Religion and medicine I: historical background and reasons for separation. *Int J Psychiatry Med* 2000;30(4):385-98.
 9. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, et al. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med* 2007;356(6):593-600.
 10. Koenig HG. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *Int J Psychiatry Med* 2001;31(1):97-109.
 11. Oyama O, Koenig HG. Religious beliefs and practices in family medicine. *Arch Fam Med* 1998;7(5):431-5.
 12. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2004;2(4):356-61.
 13. Ehman JW, Ott BB, Short TH, et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 1999;159(15):1803-6.
 14. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003;129(4):614-36.
 15. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):536-42.
 16. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, et al. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15(5):755-61.
 17. Rasic DT, Belik SL, Elias B, et al. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. Swampy Cree Suicide Prevention Team. *J Affect Disord* 2009;114(11):32-40.
 18. Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Soc Indic Res* 2005;72(2):153-88.
 19. Levin JS, Markides KS, Ray LA. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: a panel analysis of three-generations data. *Gerontologist* 1996;36(4):454-63.
 20. Gillum RF, Ingram DD. Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med* 2006;68(3):382-5.
 21. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, et al. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography* 1999;36(2):273-85.
 22. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom* 2009;78(2):81-90.
 23. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, et al. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol* 2000;19(3):211-22.
 24. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol* 2003;58(1):36-52.
 25. Lutgendorf SK, Russel D, Ullrich P, et al. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychol* 2004;23(25):465-75.
 26. Sephton SE, Koopman C, Schaal M, et al. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *Breast J* 2001;7(5):345-53.
 27. King DE, Mainous AG 3rd, Pearson WS. C-reactive protein, diabetes, and attendance at religious services. *Diabetes Care* 2002;25(7):1172-6.
 28. Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *J Health Psychol* 2005;10(6):753-66.
 29. Koenig HG. MSJAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA* 2000;284(13):1708.
 30. Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, et al. Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med* 2000;342(25):1913-6.
 31. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 2000;132(7):578-83.
 32. Benson H, Puchalski CM. Spirituality and healing in Medicine. Disponível em: <<http://cme.med.harvard.edu/cmeups/custom/00271464/00271464.htm>>. Acesso em 05 abr. 2009.
 33. Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Med Educ* 2008;42(2):176-82.
 34. Pettus MC. Implementing a medicine-spirituality curriculum in a community-based internal medicine residency program. *Acad Med* 2002;77(7):745.
 35. Koenig HG, (editor). *Espiritualidade no cuidado com o paciente. Por quê, como, quando e o quê*. São Paulo: Editora FE; 2005.
 36. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 2000;3(1):129-37.
 37. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001;63(1):81-9.
 38. Koenig HG. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *JAMA* 2002;288(4):487-93.