

ZEN

Review

Espiritualidade & Saúde Mental

Espiritualidade na prática clínica

Franklin Santana Santos

4

Espiritualidade & Saúde Mental: Espiritualidade na prática clínica

Franklin Santana Santos

CRM-SP 70649

Médico geriatra, doutor em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), pós-doutor em Psicogeriatria pelo Instituto Karolinska, Suécia, com formação complementar em Saúde e Espiritualidade pela Faculdade de Medicina da Duke University, Estados Unidos, e professor da disciplina de Tanatologia – Educação para a Morte na pós-graduação em Ciências Médicas na FMUSP

Introdução

Desde que o homem se entende como ser pensante, ele vem usando a espiritualidade para entender o significado da vida e da morte, de sua presença no mundo, melhorar sua saúde e como ferramenta para lidar com (*coping*) as adversidades e a dor, seja ela física, moral ou espiritual.

As grandes civilizações do passado sempre usaram os conhecimentos religiosos para tratar as doenças, seja isoladamente ou como coadjuvantes às práticas médicas incipientes. Além disso, utilizava-se a espiritualidade, também, para obter melhor qualidade de vida na saúde mental, garantindo paz e harmonia. Estudos arqueológicos nos mostram que os sacerdotes, considerados os primeiros terapeutas, egípcios, hindus e chineses incluíam uma série de rituais espirituais na obtenção da cura de muitas moléstias que acometiam a humanidade (Koenig *et al.*, 2001). Entretanto, somente na Grécia antiga, com o advento da medicina hipocrática, o homem vai tentar racionalizar essas crenças e práticas, retirando-as do mundo mítico e criando um sistema que pudesse entender de forma racional o impacto que atitudes, crenças, hábitos, ambientes ou ervas causavam no

organismo humano (Reale, 2002). Platão combina ciência com elementos espirituais, enfatizando a necessidade de tratar a “alma” bem como o corpo físico. Nasce aí um esboço do que viria a ser a propedêutica e a medicina baseada em evidências.

A despeito desse progresso inicial, a espiritualidade vai continuar a ser usada durante milênios mais como uma forma de cuidar, de forma não científica, especialmente dos doentes e moribundos, do que uma forma terapêutica como conhecemos modernamente.

Durante a Baixa Idade Média, por volta do ano 370 d.C., na Ásia Menor, surge o primeiro hospital no mundo ocidental organizado por cristãos ortodoxos orientais, em virtude da insistência do bispo São Basílio, bispo de Cesárea, especializado nos cuidados de pacientes portadores da lepra, modernamente chamada de hanseníase (Koenig *et al.*, 2001).

Essa associação entre espiritualidade e cuidados em saúde perpassa toda a Idade Média, Moderna e mesmo a Idade Contemporânea, em que a religião controla o exercício da medicina, tanto que a Igreja era responsável pela liberação dos diplomas daqueles que queriam exercer a medicina e muitos monges eram médicos e vice-versa.

Ainda hoje, em pleno século XXI, instituições religiosas dirigem vários hospitais, casas de saúde, programas de saúde e asilos.

Entretanto essa associação entre saúde e espiritualidade começará a ser questionada e mesmo separada com o avanço das ciências, especialmente com o aparecimento de um medicina baseada, exclusivamente, em biologia, física e química orgânicas.

Com o aparecimento da psicanálise de Freud, a ciência nascente, especialmente as ciências biológicas, que embasam grande parte da medicina, começará um processo de cisão entre essas duas áreas do conhecimento que sempre caminharam juntas: a medicina e a espiritualidade. Essa separação será perpetuada e fortalecida por uma visão hegemônica do atual paradigma científico que acredita que tudo que se refere à religiosidade/espiritualidade seja presuposto de fé e não científico.

Somente no final dos idos de 1980 que epidemiologistas americanos começam a cruzar dados relacionando práticas da espiritualidade/religiosidade, tais como frequência religiosa e de orações, com indicadores de saúde, doença e longevidade. Para surpresa geral da comunidade médica, encontraram que espiritualidade/religiosidade estavam associadas com melhor qualidade de vida, mais longevidade, menos doença física e mental. Os epidemiologistas da Universidade da John Hopkins, George Comstock e Kay Partridge, na década de 1960, publicam no *Journal of Chronic Disease* que os fiéis que apresentavam uma alta frequência a serviços religiosos mostravam taxas de mortalidade menores. Desde então, milhares de artigos vêm sendo publicados em revistas médicas especializadas de todas as áreas da medicina, mostrando, em sua maioria, uma associação positiva entre práticas espirituais e saúde, sejam elas físicas ou mentais.

É bem verdade que muitas dessas associações podem ser explicadas por outras variáveis que já são reconhecidamente impactantes no *modus operandi* da saúde, como menor consumo de álcool e tabaco, de carne vermelha, maior apoio social, prática de exercícios, entre outros. Entretanto tem-se reconhecido que mesmo esses fatores ou estilos de vida são, na maioria das vezes, influenciados por diretrizes religioso-espirituais.

Além disso, tais fatores, se tomados isoladamente, não conseguem explicar completamente todas as correlações positivas encontradas, mesmo após usar procedimentos estatísticos que filtram essas covariâncias e também os hi-

potéticos mecanismos pelos quais a espiritualidade/religiosidade favoreceriam a saúde.

A constatação de que existe, aparentemente, uma associação positiva entre práticas espirituais e saúde nos faz naturalmente pensar em por que, como, quando e o que devemos abordar em espiritualidade na prática clínica.

Por que abordar espiritualidade – razões clínicas

Muitos profissionais da área da saúde devem se perguntar por quais razões deveriam abordar a espiritualidade na prática clínica. Enumeramos, a seguir, apenas algumas que já nos apontam para essa necessidade:

- Muitos pacientes são religiosos e gostariam de abordar isso nos cuidados em saúde (King e Bushwick, 1994).
- Muitos pacientes têm necessidades espirituais relacionadas a doenças que poderiam afetar sua saúde mental, mas elas não são atendidas.
- Pacientes, particularmente quando hospitalizados, são frequentemente isolados de suas comunidades religiosas.
- Crenças religiosas afetam decisões médicas e podem conflitar com tratamentos (Coakley e McKenna, 1986).
- As religiões influenciam cuidados de saúde na comunidade (Koenig e Larson, 1998).
- A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, uma entidade internacional de acreditação de hospitais, tem como um dos pré-requisitos para dar o certificado de qualidade a exigência de abordar espiritualidade.

Outra pergunta que a grande maioria dos médicos e profissionais da área da saúde deve se fazer é esta: crenças religiosas influenciam as decisões dos pacientes sobre seu tratamento?

E a resposta para essa pergunta é: crenças religiosas influenciam dieta, cooperação com o tratamento médico, receber químio ou radioterapia, aceitar transfusão de sangue, vacinar crianças, cuidado pré-natal, tomar antibióticos e medicamentos, mudar o estilo de vida, aceitar o encaminhamento a um psicólogo ou psiquiatra, bem como retornar à

consulta médica. Fé em Deus ficou em segundo lugar de sete fatores que mais comumente influenciaram a decisão de aceitar quimioterapia. Crenças religiosas podem conflitar com tratamentos médicos e psiquiátricos, afetar tomadas de decisões no fim da vida, como doação de órgãos ou retirada de alimentação ou suporte ventilatório. Certos grupos fundamentalistas não acreditam em medicações antidepressivas ou psicoterapia. Muitos religiosos podem buscar apenas tratamentos religiosos e recusar um tratamento médico concomitante (Koenig, 2007; Pargament, 1997).

Como abordar a espiritualidade na prática clínica

Uma vez que reconhecemos existirem razões para abordarmos a espiritualidade em nossa prática diária, a pergunta seguinte é como faremos isso? As recomendações incluem, mas não estão limitadas exclusivamente a estas: ouvir com o objetivo de entender, mostrar respeito pelas (des)crenças religiosas/espirituais do paciente, apoiar essas crenças e encaminhá-lo de maneira apropriada para o especialista quando indicado.

Mas talvez a maneira mais importante, eficaz e segura de abordar essa temática seja por meio da coleta da história espiritual.

Instrumentos e aplicações

Sugerimos que o profissional colha uma história espiritual antes de se aventurar a apoiar o paciente em suas necessidades espirituais. Isso em geral não leva mais que cinco minutos. Os seguintes passos deveriam ser tomados antes de se obter uma história espiritual (Koenig, 2007; Kristeller *et al.*, 2005; McCord *et al.*, 2004):

- Profissionais da saúde devem colher uma história espiritual de todos os pacientes com doenças sérias, crônicas e quando da perda de pessoas amadas.
- O médico deve tirar a história espiritual; na ausência ou desinteresse deste, outro profissional poderá fazê-lo.
- Uma explicação breve deve preceder a história espiritual.
- Informação que precisa ser obtida durante a história espiritual (centralizadas nas crenças do paciente

– o objetivo é entender as crenças do paciente e qual sua participação na saúde e na doença, sem julgamento ou tentativa de modificar crenças ou a falta delas).

- Informações da história espiritual devem ser documentadas no prontuário para que outros profissionais tenham acesso a elas.
- Deve-se fazer referência para o capelão ou outro líder religioso se forem identificadas necessidades espirituais.

Hoje já contamos com várias escalas que nos ajudam a abordar a espiritualidade/religiosidade dos pacientes. Anexamos aqui as que, de nosso ponto de vista, são as mais simples, práticas e fáceis de usar na clínica.

O médico Harold G. Koenig, coordenador do Duke Center for Spirituality, Theology and Health, Duke University, School of Medicine-Durham, NC-USA, um dos maiores especialistas e pesquisadores nessa questão, criou uma escala de fácil memorização e aplicação:

A história espiritual – CSI-MEMO (Koenig, 2007)

- Suas crenças religiosas/espirituais oferecem conforto ou são fontes de estresse?
- Você tem crenças espirituais que podem influenciar suas decisões médicas?
- Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa, e ela oferece apoio? Qual?
- Você tem outras necessidades espirituais que gostaria que alguém as atendesse?

Além dessa escala, temos também outra escala idealizada e validada por uma grande pesquisadora na área da espiritualidade/religiosidade e responsável pelo George Washington Institute of Spirituality and Health, George Washington University, School of Medicine, Washington, DC, USA:

A história espiritual – FICA (Puchalski, 2006)

1. Fé e crença

- Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?
- Você tem crenças espirituais que o ajudam a lidar com o estresse?

Se o paciente responder não, então o profissional da saúde deve perguntar:

- O que dá significado a sua vida?
- Às vezes o paciente responde: família, carreira ou natureza.

Se o paciente responder sim, é importante perguntar se o sistema de crenças dá um significado ou propósito na vida.

Se não, o que dá à pessoa significado?

2. Importância

- Que importância tem sua fé ou crença em sua vida?
- Suas crenças influenciam a maneira como você se cuida nessa doença?
- Que participação suas crenças têm na recuperação de sua saúde?

3. Comunidade

- Você faz parte de alguma comunidade espiritual ou religiosa?
- Ela lhe apoia e de que maneira?
- Existe um grupo de pessoas que realmente o amam ou que são importantes para você?

Comunidades, tais como igrejas, templos, mesquitas, entre outras, ou um grupo de amigos, podem servir como forte apoio para alguns pacientes.

4. Ação no cuidado

O médico e os outros profissionais da saúde deveriam pensar sobre o que fazer com as informações compartilhadas pelo paciente: conduzir a um capelão, outro cuidador espiritual ou outros recursos, tais como ioga, meditação ou aconselhamento pastoral. Alguns pacientes usam rituais ou jornadas/retiros, rezas, sacramentos, música, arte, leitura de material religioso, filmes etc.

Certamente você deve se perguntar: e se o paciente não tem uma religião? Se ele é agnóstico ou mesmo ateu, de que maneira se pode acessar informações relevantes concernentes a crenças culturais que possam influenciar minha prática clínica? É importante termos em mente

que não só crenças religiosas/espirituais influenciam e impactam condutas médicas, mas também as culturais como um todo.

Como abordar significado existencial em um paciente não religioso (Koenig, 2007)

- Como o paciente está lidando com a doença?
- O que dá significado ou propósito na atual situação da doença?
- O que ou quais crenças culturais são usadas e que podem influenciar o tratamento?
- Quais são os recursos sociais disponíveis para apoiá-lo em casa ou no hospital?

O organizador desse artigo sugere que os profissionais que queiram abordar a espiritualidade do paciente apliquem primeiro a si mesmos o FICA profissional, objetivando maior segurança na abordagem desse assunto e consequentemente na assistência ao paciente.

FICA – Profissional (Puchalski, 2006)

F – Eu tenho crenças espirituais que me ajudam a lidar com o estresse e com o fim da vida? Eu sou religioso? Espiritual? O que dá à minha vida significado e propósito?

I – Essas crenças são importantes para mim? Elas influenciam a maneira como eu cuido de mim mesmo? Minhas crenças são mais ou menos importantes? Quais são as prioridades mais importantes em minha vida? Elas coincidem com minhas crenças espirituais? Está a minha vida espiritual integrada com minha vida pessoal ou profissional? Se não, por que não?

C – Eu pertenço a uma comunidade espiritual? Qual é meu comprometimento com essa comunidade? Ela é importante para mim? Eu preciso achar uma comunidade? Eu preciso mudar de comunidade?

A – Eu preciso fazer algo diferente para crescer em minha espiritualidade? Para crescer em minha comunidade? Eu tenho uma prática espiritual? Eu preciso de uma?

O que eu deveria fazer em minha prática com o objetivo de crescer espiritualmente? Eu preciso fazer algo diferente? De que maneira eu integraria melhor minha vida espiritual em minha vida pessoal e/ou profissional?

Quando abordar a espiritualidade com o paciente

Os profissionais da área da saúde não deveriam colher história espiritual de pacientes ambulatoriais que vêm para realizar procedimentos de curta duração, tais como fazer um Papanicolau, tratar um resfriado, uma dor de cabeça ou outro problema menor, e nem deveriam colher na sala de emergência e na admissão em uma UTI. Os melhores momentos para colher uma história espiritual seriam:

- Durante a entrevista clínica de um paciente novo.
- Em pacientes com doenças crônicas e graves, bem como quando tenha havido morte e o luto estiver presente.
- Quando o paciente recorre ao hospital por um problema novo ou exacerbação de uma condição antiga.
- Quando da admissão em uma casa de repouso ou instituição de longa permanência, bem como em *hospice*.
- Durante a realização de um *check-up* para manutenção da saúde.
- Especialmente quando decisões médicas precisam ser feitas e que poderiam afetar as crenças religiosas/espirituais do paciente.

O que pode resultar na abordagem da espiritualidade na prática clínica

Identificar e ficar atento para as necessidades espirituais como parte dos cuidados em saúde dos pacientes pode resultar em grande número de benefícios, até mesmo impactando na qualidade de vida (Kristeller *et al.*, 2005; Pargament, 1997; Koenig, 2007). Mas também pode apresentar consequências negativas para ambos, pacientes e profissionais da saúde, se realizado sem sensibilidade, respeito ou bom senso. Por outro lado, identificar necessidades espirituais pode reforçar a habilidade do paciente em lidar melhor com a doença, melhorar a relação paciente-profissional,

fortalecer a adesão e a crença no tratamento e aumentar o apoio e a monitoração na comunidade, portanto, aumentando a satisfação com o cuidado e acelerando a recuperação da doença.

É importante, por isso, entender as regras e as responsabilidades dos profissionais da saúde, bem como as limitações de quão intensa e profundamente eles deveriam fazer essa abordagem em assuntos espirituais. Obter o consentimento do paciente é o primeiro e mais importante passo. É natural, também, que o profissional não familiarizado em abordar essas questões encontre dificuldades e desconfortos. Entre as maiores barreiras e medos descrevemos estes:

- Falta de conhecimento sobre o assunto.
- Falta de treinamento.
- Falta de tempo.
- Desconforto com o assunto.
- Medo de impor visões religiosas ou ofender o paciente.
- Acreditar que o conhecimento sobre religião não seja relevante aos cuidados médicos.
- Achar que não seja de sua competência a abordagem de tais assuntos.

Objetivando tentar diminuir esses medos, anseios e falta de conhecimento e treinamento, urge que as faculdades da área da saúde e humanas insiram essa temática na grade curricular.

Educação e treinamento de como aplicar a espiritualidade na prática clínica

A American Association of Medical Colleges endossa a necessidade de treino sobre espiritualidade aos estudantes de medicina, e mais de 100 das 141 escolas médicas americanas têm cursos eletivos ou obrigatórios em religião, espiritualidade e medicina, incluindo escolas como John Hopkins, Harvard, Stanford e Duke. Infelizmente, a maioria das faculdades de medicina, enfermagem e psicologia no Brasil ainda não tem a espiritualidade como temática na grade curricular da graduação. Consequen-

temente, a imensa maioria desses profissionais que estão saindo das faculdades, bem como os já formados, não têm capacitação nem treinamento suficiente para abordar a espiritualidade na prática clínica diária, seja no hospital ou no consultório. Restam, pois, muitas dúvidas (por que, como, o que, quando, os resultados positivos e negativos) dessa abordagem.

A despeito dessa precariedade, algumas iniciativas importantes começam a aparecer no cenário acadêmico brasileiro. Valeria apenas citar as iniciativas das faculdades de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, da Universidade Federal de Goiás, da Universidade Federal de São Paulo, da Universidade Federal do Ceará, do Triângulo Mineiro e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo oferece disciplina optativa na graduação, *workshop* de treinamento de aplicação na prática clínica e uma disciplina na pós-graduação. Além disso, as faculdades de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade de São Paulo dispõem de linhas de pesquisa nessa área por intermédio dos núcleos NUPES, NIEPES e PROSER.

Conclusões

Até agora, a medicina só conseguiu levantar uma pequena ponta do véu que encobre essa instigante e aparentemente frutífera relação entre espiritualidade e saúde. Muito mais pesquisas são necessárias para esclarecer melhor como a espiritualidade pode afetar positiva e negativamente a saúde

física e mental das pessoas. A despeito da necessidade desse avanço, já dispomos, no momento, de farto material científico que nos permite integrar a espiritualidade em nossa prática clínica com um mínimo de segurança e, o que parece ser mais animador, com potenciais benefícios na saúde dos pacientes.

Referências

- Coakley DV, McKenna GW. Safety of faith healing. Lancet. 22 Feb. 1986;444.
- Comstock G, Partridge K. Church attendance and health. Journal of Chronic Diseases. 1965;25:665-72.
- King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. Journal of Family Practice. 1994;39:349-52.
- Koenig HG, Larson DB. Use of hospital services, church attendance, and religious affiliation. Southern Medical Journal. 1998;91:925-32.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press; 2001.
- Koenig HG. Spirituality in patient care. Why, how, when and what. West Conshohocken: Templeton Foundation Press; 2007.
- Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist assisted spiritual interventions study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. Int J Psychiatry in Medicine. 2005;35(4):329-47.
- McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. Annals of Family Medicine. 2004;2(4):356-61.
- Pargament KI. The psychology of religion and coping-theory, research, practice. New York: The Guilford Press; 1997.
- Puchalski CM. A time for listening and caring-spirituality and the care of the chronically ill and dying. New York: Oxford University Press; 2006.
- Reale G. Corpo, alma e saúde. O conceito de homem de Homero a Platão. São Paulo: Paulus; 2002.

O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade de seu(s) autor(es).
Produzido por Segmento Farma Editores Ltda., sob encomenda de Mantecorp em agosto de 2009.
Material de distribuição exclusiva à classe médica.
