

Harold G. Koenig, M.D.

Espiritualidade no cuidado com o paciente

Por que, como, quando e o que.

INTRODUÇÃO	3
1. POR QUE INCLUIR A ESPIRITUALIDADE	5
2. COMO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE	13
3. QUANDO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE	20
4. O QUE PODE RESULTAR	27
5. LIMITES E BARREIRAS	35
6. QUANDO A RELIGIÃO É PREJUDICIAL	46
7. RECURSOS SOBRE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE	52
NOTAS	68

INTRODUÇÃO

Este livro propicia um pequeno curso para profissionais interessados em identificar e apontar as necessidades espirituais dos pacientes. É um guia para médicos, estudantes de medicina, residentes e para estudantes em outras áreas de saúde. O livro é destinado a médicos que desejam saber como integrar espiritualidade na prática clínica de uma forma efetiva, sensata e ao mesmo tempo sensível. Enfermeiros e capelães também podem achar úteis as informações neste livro, já que os mesmos interagem com médicos, outros profissionais de saúde e administradores hospitalares. Enquanto muitos outros guias existem para informar como lidar com assuntos espirituais, nenhum é de fácil e rápido uso e consulta^{1 2 3}.

Há a necessidade para este guia? Apesar do fato que quase dois terços das escolas médicas americanas em 2001 lecionaram cursos obrigatórios ou eletivos sobre religião, espiritualidade e medicina, poucos médicos hoje percebem as necessidades espirituais dos pacientes. Até mesmo nas áreas mais religiosas dos Estados Unidos, menos do que um terço dos médicos perguntam sobre a religiosidade dos pacientes e menos que um entre dez médicos levam em conta a história espiritual⁴. Muitos médicos dizem que se sentem desconfortáveis ao falar sobre assuntos religiosos ou que não tem tempo para lidar com isto. Outros, não vêem assuntos espirituais como parte de seus trabalhos, não entendem por que deveria sê-lo, não sabem como ou quando fazer e nem mesmo imaginar quais os resultados seriam se o fizessem. Este é um livro sobre os por quês, como, quando e o que falar sobre assuntos espirituais no tratamento dos pacientes.

Por quê? Por que falar sobre espiritualidade no tratamento dos pacientes? Por que identificar as necessidades espirituais? Por que isto deveria ser uma rotina no cuidado da saúde? No capítulo 1, eu apresento cinco razões pelas quais os médicos deveriam levar a espiritualidade em consideração: (1) crenças religiosas e necessidades espirituais são comuns entre os pacientes e têm funções distintas; (2) crenças religiosas influenciam as decisões médicas; (3) há uma relação entre religião e saúde física e mental; (4) muitos pacientes gostariam de conversar com seus médicos sobre estes assuntos; e (5) há uma história precedente para fazê-lo. Estas cinco razões também contam para a necessidade do treinamento médico nesta área.

Como? Como um médico pode identificar e falar sobre assuntos espirituais? No capítulo 2, eu descrevo o processo da avaliação espiritual, i.e., como levar em conta a história espiritual e instrumentá-la? Depois, eu apresento o papel do médico como maestro dos recursos, sustentado pelas crenças espirituais dos pacientes e participante nas atividades espirituais com pacientes (como orações). Eu também discorro sobre a importância do médico e dos sistemas de tratamentos junto às organizações religiosas (através de enfermeiras paroquiais ou membros religiosos) em apresentar o momento atual e o futuro da saúde de comunidades.

Quando? No capítulo 3, eu apresento um número de assuntos importantes relacionados ao tempo das avaliações espirituais e acompanhamento. Quando se deve levar em conta a história espiritual durante o tratamento – como parte da queixa principal,

história da atual doença, histórico familiar e/ou social, exames físicos, ou conclusão? São alguns pacientes mais apropriados do que outros (por exemplo, um adolescente para remoção de verrugas, uma grávida em seus exames pré-natais, uma pessoa mais idosa em visita rotineira, ou alguém entrando em um hospital, casa de repouso ou hospício)? Qual a frequência que o histórico espiritual deve ser feito: uma vez e nunca mais repetido, a cada visita, de tempos em tempos? Quando um médico pode dar apoio espiritual e quais os tipos permitidos? E sobre rezar com pacientes? É aceitável?

O quê? Quais resultados devem ser esperados desses cuidados espirituais? Eu discorro no capítulo 4 sobre o impacto que a avaliação espiritual pode ter na habilidade do paciente em lidar com a doença, no relacionamento médico-paciente, na obediência do paciente e mais amplamente no curso da doença e na resposta aos tratamentos. Alguns dos práticos benefícios de se comunicar, referir e interagir com o clero e a comunidade são enfocados.

Limites e barreiras. No capítulo 5 eu exploro limitações no papel que os médicos podem ter nesta área. Existem limites éticos que não devem ser ultrapassados? A especialidade médica faz diferença? Há áreas de sombra que devem ser comentadas caso a caso? Que tipos de problemas podem surgir quando médicos tentam falar sobre as necessidades espirituais com pacientes? Como se pode evitar estes problemas? Há outras armadilhas e perigos que se deve estar cientes quando falar sobre estes assuntos? Quais são algumas das resistências, medos e preocupações que os profissionais de saúde podem ter e como preveni-los e quão válidas são estas preocupações?

Quando religião é perigosa. Neste capítulo eu apresento os efeitos negativos que a religião pode exercer na saúde. Existem ocasiões em que as crenças espirituais podem interferir no tratamento médico, levando a problemas de saúde ou piorar doenças? Quais exemplos e qual frequência isto pode ocorrer? Como podem os clínicos lidar com estes casos de uma maneira sensível e efetiva? Podem as perguntas espirituais causar danos?

Mais fontes. No último capítulo eu apresento recursos onde os médicos podem ter mais base e informações sobre espiritualidade e saúde. Primeiro, diferentes métodos de análise sobre a história espiritual são descritos e discutidos. Depois, os dez melhores originais de estudos e pesquisa em espiritualidade e saúde mental, dez em saúde física e dez em saúde social são apresentados e brevemente resumidos. Também temos textos acadêmicos de religião e saúde e livros populares sobre o tópico. Finalmente, websites, jornais e revistas populares onde profissionais de saúde podem obter informações atualizadas sobre espiritualidade e saúde.

Embora este pequeno livro não propicie ao médico tudo o que ele ou ela precisa para saber como entrar em assuntos religiosos e espirituais no tratamento do paciente, é um bom começo e apontará para importantes caminhos para desenvolver mais habilidades nesta área.

CAPÍTULO 1

POR QUE INCLUIR A ESPIRITUALIDADE?

Por que incluir a espiritualidade no tratamento? Por que um médico deve apontar as necessidades espirituais ou sustentar as crenças religiosas de um paciente? Os médicos precisam estar aptos a responder estas questões de uma forma clara e objetiva antes de decidir comentar sobre assuntos espirituais com pacientes. Aqui estão cinco razões as quais os médicos devem considerar:

- Muitos pacientes são religiosos, e crenças religiosas os ajudam a lidar com muitas coisas.
- Crenças religiosas influenciam decisões médicas, especialmente quando os pacientes estão seriamente doentes.
- Atividades e crenças religiosas estão relacionadas a melhor saúde e qualidade de vida.
- Muitos pacientes gostariam que os médicos comentassem suas necessidades espirituais.
- Médicos que falam sobre as necessidades espirituais não são novidade, tendo raízes na longa história na relação religião, medicina e cuidados de saúde.

Muitos pacientes são religiosos

Talvez a melhor razão para se apontar os aspectos espirituais das doenças é que muitos de nossos pacientes são religiosos e têm necessidades espirituais. Não menos que 96% dos americanos acreditam em Deus, mais de 90% rezam, quase 70% são membros de igreja e mais de 40% têm freqüentado igrejas, sinagogas ou templos nos últimos sete dias¹. Então, ser espiritual é uma parte inerente de muitas pessoas – isso forma a raiz de suas identidades como seres humanos e dá à vida sentido e propósito. As necessidades espirituais tornam-se particularmente fortes em tempos que as doenças ameaçam a vida ou o modo de vida. Estudando 101 pacientes psiquiátricos e cirúrgicos em um hospital de Chicago, os pesquisadores descobriram que a grande maioria dos pacientes psiquiátricos (88%) e pacientes cirúrgicos (76%) apresentaram três ou mais necessidades espirituais durante o período de internação². Negligenciar a dimensão espiritual é como ignorar o ambiente social de um paciente ou seu estado psicológico, e resulta em falha ao tratar a pessoa “integralmente”³. Os cientistas estão se tornando cada vez mais conscientes dos caminhos biológicos pelos quais fatores sociais e psicológicos influenciam a saúde física e a suscetibilidade às doenças⁴, e influências similares podem ser logo identificadas também por fatores espirituais⁵.

Não apenas a religião é vital para a identidade de muitas pessoas, mas é também usada para lidar com circunstâncias difíceis da vida - especialmente doenças. Em certas partes do Estados Unidos quase 90% dos pacientes dizem que crenças religiosas e suas práticas são importantes formas pelas quais eles podem lidar e ter senso de suas doenças físicas, e mais de 40% indicam que a religião é o

mais importante fator que os ajudam nessas horas ⁶. De acordo com uma pesquisa nacional realizada pela Gallup, quase 80% dos americanos dizem que a frase “eu recebo uma boa quantidade de conforto e sustentação de minhas crenças religiosas” é completamente ou em sua maior parte verdadeira (especialmente de pessoas acima de 65 anos, 87% delas deram esta resposta)⁷. Lidar com religião é comum em pacientes com doenças coronárias ⁸, artrite ⁹, doenças renais ¹⁰, fibromas císticos ¹¹, diabetes ¹², câncer ¹³, câncer ginecológico ¹⁴, HIV/AIDS ¹⁵, dores crônicas ¹⁶, doenças terminais ¹⁷ e também em pacientes que recebem cuidados em casa ¹⁸ e pessoas que tomam conta de pacientes com algum tipo de demência ¹⁹.

O que é exatamente “lidar com religião?” É o uso das crenças religiosas ou práticas que reduzam o estresse emocional causado por perdas ou mudanças. Os pacientes podem passar a responsabilidade de seus problemas para Deus, acreditando que Deus resolva as doenças, assim eles não precisariam ruminar-se ou preocupar-se com elas. Eles podem acreditar que Deus tenha um propósito em permitir que sofram algum tipo de dor ou doença, o que dará um significado ao sofrimento e o tornará mais suportável. As pessoas com conhecimentos religiosos são mobilizadas a reduzir a ansiedade, aumentar a esperanças ou o senso de controle. Em relação à prática religiosa, os pacientes podem rezar, meditar, ler escrituras religiosas, comparecer a serviços religiosos, tomar parte em rituais religiosos (receber os sacramentos ou ser untado com óleo, por exemplo), ou confiar no suporte religioso vindo do clero ou de outros membros da igreja, sinagoga, mesquita ou templo. As crenças religiosas e suas práticas são então usadas para regular a emoção durante os tempos de doenças, mudanças e circunstâncias que estão fora do controle pessoal dos pacientes.

CRENÇAS RELIGIOSAS INFLUENCIAM DECISÕES MÉDICAS

As crenças religiosas influenciam as decisões médicas quando os pacientes estão seriamente doentes. Um recente estudo entre 177 pacientes não internados vistos em uma clínica pneumológica no hospital da Universidade da Pensilvânia, mostrou que quase metade destes pacientes (45%) revelou que suas crenças religiosas influenciariam as decisões médicas caso se tornassem seriamente doentes ²⁰. Esta é uma poderosa razão pela qual os médicos devem saber sobre suas crenças e entender como os seus pacientes a utilizam.

As crenças religiosas podem influenciar a dieta do paciente tanto no hospital como depois que são dispensados para suas casas. Elas também podem influenciar se os pacientes irão aceitar os tratamentos médicos, aceitar doação de sangue, vacinar seus filhos, receber cuidados pré-natais, tomar antibióticos e outras drogas, alterar o estilo de vida, aceitar psicólogos ou psiquiatras, ou até mesmo voltar para a continuação do acompanhamento médico.

A religião pode influenciar o final das decisões médicas, caso o paciente se recuse a iniciar um agressivo tratamento em uma doença terminal ²¹. Por exemplo, um paciente e sua família podem estar rezando para um milagre em uma situação fútil. Esta crença pode manter a esperança viva e preveni-los de desistir (até mesmo quando a desistência é a coisa mais apropriada a fazer). Recusar a uma terapia agressiva pode significar “desistir” para o paciente ou sua família. Caso o médico

não saiba quais as crenças de seu paciente, como ele ou ela pode tratar adequadamente o seu paciente?

RELAÇÃO DA RELIGIÃO COM A SAÚDE

Durante o século XX, mais de 1.200 estudos examinaram a relação entre religião e saúde, sendo que a maioria encontrou uma significativa associação positiva²². Muitos destes estudos eram correlacionados e fracos em termos de metodologia. Houve também, muitos projetos bem feitos e até mesmo uma pequena quantidade de testes clínico que verificaram e comprovaram os resultados destes estudos correlacionados. Os resultados destas pesquisas foram os seguintes:

Sucesso e depressão. Pacientes hospitalizados que acreditam em alguma religião melhoraram mais rapidamente do que aqueles que não acreditam²³. Pacientes que confiaram na religião são os menos prováveis a desenvolver depressão²⁴, e até se ficarem deprimidos, recuperam-se mais facilmente do que os pacientes menos religiosos²⁵. Isto é também verdade para as pessoas que tomam conta de pacientes com mal de Alzheimer ou câncer, que pareceram se adaptar mais facilmente a seus papéis quando mais religiosos²⁶.

Muitos outros estudos em populações diferentes identificaram correlações inversas entre religiosidade e depressão. Mais do que 100 estudos examinaram esta relação durante o século XX, incluindo 22 estudos de acompanhamento e oito testes clínicos²⁷. Aproximadamente dois terços (65%) de estudos observacionais encontraram baixas taxas de desordem depressiva ou menos sintomas depressivos naqueles mais religiosos, e 68% dos estudos mostraram que, quanto maior a religiosidade, menor a depressão. Cinco dos oito testes clínicos apontaram que pacientes que receberam intervenções religiosas se recuperaram mais rapidamente do que aqueles que receberam intervenções não-religiosas ou nenhuma intervenção.

Suicídio e abuso de substâncias. Há ainda mais consenso quando as taxas de suicídio e abuso de substâncias são consideradas. Dos 68 estudos que examinaram suicídios, 84% mostrou baixas taxas de suicídio ou atitudes negativas entre os mais religiosos. De quase 140 estudos que examinaram o envolvimento religioso e o abuso de álcool ou drogas, 90% apresentou uma correlação estatisticamente inversa entre os dois²⁸. A consistência destes resultados é impressionante, dado que foram realizados em populações bem diferentes, por diferentes grupos de pesquisadores, e em diferentes áreas do mundo.

Emoções positivas. Bem-estar e emoções positivas como alegria, esperanças e otimismo também aparecem ser proporcionalmente comuns entre os religiosos. No século passado, dos 100 estudos que examinaram estas relações, 79 mostraram que as pessoas religiosas tinham melhor bem-estar, satisfação de vida ou felicidade do que aqueles menos religiosos. Dos 16 estudos que examinaram a associação entre religião e propósito ou significado da vida, 15 apontaram que pessoas religiosas tinham melhor propósito e significado de vida. Até o arquiinimigo da religião Sigmund Freud admitiu que “apenas a religião pode responder a questão do propósito da vida. As pessoas não podem estar erradas em concluir que a idéia da vida tenha um propósito cíclico de acordo com o sistema religioso”²⁹.

Apoio social. Quase todos os estudos examinando religião e apoio social encontram uma significativa correlação (19 de 20 estudos). Não apenas a pessoa religiosa tem uma melhor rede de apoio, mas também a qualidade desta rede é maior e mais durável do que fontes religiosas de apoio adquiridas apenas quando a doença crônica se instala ^{30 31}.

Saúde física. Há crescentes evidências no campo da psico-neuroimunologia que as emoções positivas e o apoio social são associadas com melhor funcionamento imunológico e sistema cardiovascular mais robusto, e que o resultado direto também parece ser verdade, ou seja, a depressão e isolamento social pioram a saúde e retardam a recuperação das doenças ³². Se isto é verdade e o envolvimento religioso é relacionado a melhor bem-estar, mais apoio social, e menos depressão, então as atividades religiosas também podem ser associadas a melhor saúde física.

Apesar das pesquisas que apontam a relação entre envolvimento religioso e imunidade estarem ainda no início, muitos outros estudos já publicados e outros não publicados sugerem uma conexão. Em um estudo entre mais de 1700 adultos moradores em uma certa comunidade, altos níveis de citoquina interleuquina 6 (IL-6) foram significativamente mais comuns naqueles que não participavam de serviços religiosos do que aqueles que participavam³³. Altos níveis de IL – 6 foram vistos em doenças como AIDS e linfoma e entre pessoas idosas, podendo ser um indicador de um sistema imunológico fraco e instável. Similarmente, em um estudo realizado entre 106 homens homossexuais HIV positivos, que tinham maior envolvimento religioso, tinham significantes contagens totais e porcentagem de CD4+, do que aqueles que eram menos religiosos ³⁴. Finalmente, em um estudo realizado entre 112 pacientes com metástase no câncer de mama, as mulheres que registraram maior importância da expressão religiosa tiveram um número alto de células de defesa do corpo (“*natural killers*”, *T-helper* e linfócitos totais) ³⁵.

Em relação à saúde cardiovascular, no mínimo 16 estudos mostraram a relação entre religiosidade e pressão sanguínea. Quase 90% (14 de 16) mostraram pressão arterial mais baixa entre os religiosos. Isto é especialmente verdade para a pressão arterial diastólica ³⁶, e pode explicar resultados espalhados de baixas taxas de derrame ³⁷ e menor taxa de mortalidade de doenças arteriais ³⁸ entre os mais religiosos.

Na verdade, há uma consistente relação entre o grau de envolvimento religioso e a baixa mortalidade em geral. Dos 52 estudos examinados, a relação entre religiosidade e mortalidade, 75% (n=39) mostraram que pessoas ativamente religiosas vivem mais tempo do que as menos religiosas. 19% (n= 10) encontraram nenhuma diferença, 4% (n= 2) mostraram resultados mistos (maior ou menor, dependendo do tipo de atividade religiosa), e 2% (n= 1) encontraram menor sobrevivência entre os mais religiosos ³⁹.

De fato, 12 dos 13 estudos mais recentes usando a melhor metodologia de pesquisa encontraram maior sobrevivência nos mais religiosos. Este resultado é particularmente bom quando religiosidade é medida em termos de envolvimento religioso da comunidade. A diferença na sobrevivência naqueles que participam de serviços religiosos semanais ou mais e aqueles que não participam é de aproximadamente sete anos ⁴⁰. Apontando esta diferença, a participação religiosa tem a mesma associação do que maior sobrevivência que os não fumantes têm sobre

os fumantes ⁴¹. Levando-se em conta que a maioria destes resultados estão baseados em uma saúde física básica, comportamentos saudáveis e apoio social. Apesar disto, uma vantagem significativa da sobrevivência continua sendo encontrada entre os mais religiosos ⁴². O envolvimento religioso pode também retardar o declínio do funcionamento físico comum no avanço da idade ⁴³.

Necessidade por serviços de saúde. As pesquisas sugerem que as pessoas religiosas passam menos tempo no hospital, talvez porque eles sejam mais saudáveis e tenham mais apoio na comunidade. Em um estudo de 542 pacientes (com idade de 60 anos ou mais) consecutivamente admitidos no Centro Médico da Universidade de Duke, aqueles que participaram de serviços religiosos uma vez por semana ou mais foram 56% menos prováveis de serem hospitalizados durante o ano anterior ⁴⁴. Este resultado permaneceu significativo após controlar severamente as doenças, nível do funcionamento físico, apoio social, sintomas depressivos, idade, sexo, raça e educação. Em termos de números atuais de hospitalizados, pacientes que participam de serviços religiosos várias vezes ao mês ficaram hospitalizados em média seis dias, comparado aos doze dias por aqueles que participam de serviços religiosos poucas vezes ao ano ou nenhuma vez.

Na parte prospectiva do estudo, pacientes que indicaram não ser afiliados a nenhum grupo religioso foram hospitalizados em Duke por uma média de vinte e cinco dias, comparado aos onze dias por pessoas que seguem alguma tradição religiosa. Esta grande diferença da duração da permanência entre pacientes afiliados e não-afiliados não pode ser explicado pela severidade de sua doença, nível de incapacidade, apoio social, ou sintomas depressivos. Na verdade, quando outras variáveis foram medidas, a força do relacionamento entre a falta de participação e a permanência hospitalar ficaram ainda mais forte.

Implicações. Há uma crescente evidência das pesquisas sistemática que as crenças religiosas e sua prática estão relacionadas a melhor saúde mental, melhor saúde física e menos necessidades por serviços de saúde. Esta pesquisa também ajuda a dispersar a noção existente entre os profissionais de saúde de que religião não é relacionada à saúde ou ainda que tenta piora-la. No entanto, muitas questões continuam sem resposta. Nós sabemos que religião ou envolvimento espiritual não tem *sempre* efeito positivo na saúde, e até quando tem os mecanismos biológicos são fracamente compreendidos. Há vários novos estudos sendo feitos em Duke, John Hopkins, Harvard e outras universidades que estão utilizando uma variedade de métodos de pesquisa, desde observação até testes clínicos para atestar rigorosamente as associações entre religião e saúde.

COMO OS PACIENTES SE SENTEM?

Antes dos médicos avaliarem e indicarem as necessidades espirituais, é importante aprender como os pacientes se sentem quando seus médicos tentam buscar mais informações nesta área pessoal. Os pacientes querem isto? Numerosas pesquisas entre a população geral e em grupos específicos de pacientes têm se perguntado isto.

Em março de 1996, a revista *USA Weekend* mostrou o resultado de uma pesquisa feita com mil adultos: se acreditariam que os médicos deveriam falar com seus pacientes sobre fé espiritual ⁴⁵. Quase dois terços (63%) das respostas

indicaram que sim. Esta opinião cresceu sutilmente para 67% entre as pessoas mais idosas (entre 55 e 64 anos). Quando perguntadas se o médico já falou com elas sobre fé espiritual, apenas uma em cada dez respondeu que sim.

Em uma pesquisa feita com pacientes não internados, investigadores entrevistaram 380 pacientes recebendo tratamento em clínicas na parte central do Texas e no centro-sul da Carolina do Norte ⁴⁶. Destes pesquisados, 73% acreditaram que os pacientes deveriam compartilhar suas crenças com seus médicos. Os pacientes que eram mais religiosos eram os mais propensos a discutir estes assuntos com os médicos.

Muitos estudos perguntaram a pacientes seriamente doentes e hospitalizados sobre suas preferências sobre este assunto. O primeiro feito em 1994 quando os pesquisadores entrevistaram 120 pacientes no hospital Pitt County Memorial, no leste da Carolina do Norte e 83 pacientes no York Hospital, em York, Pensilvânia ⁴⁷. A maioria dos pacientes (77%) indicou que os médicos deveriam considerar as crenças religiosas de seus pacientes e 37% que gostariam de comentar sobre estes assuntos com seus médicos. Apenas 20% revelaram que seus médicos já haviam feito isto. Em um artigo publicado em 1998, uma mostra de 90 pacientes HIV positivos internados no Yale-New Haven Hospital em Connecticut foram entrevistados sobre suas atitudes em relação a médicos que indicam as necessidades espirituais ⁴⁸. A maioria (53%) acredita que é importante para os pacientes discutir as necessidades espirituais com seus médicos. Na verdade, notáveis 46% indicaram que seria útil ter uma oportunidade de orar com seus médicos. (Veja mais detalhes sobre reza com pacientes nos próximos capítulos).

Em 1999, pesquisadores entrevistaram 177 adultos não internados em uma clínica pneumológica do Hospital da Universidade de Pensilvânia. Eles perguntaram como os pacientes se sentiam sobre os médicos que falavam sobre as suas necessidades espirituais ⁴⁹. No total, 66% concordaram que caso os médicos perguntassem sobre suas crenças religiosas ou espirituais aumentariam a confiança no médico, enquanto 17% discordaram. De 45% dos pacientes que afirmaram que suas crenças religiosas influenciariam as decisões médicas caso estivessem seriamente doentes, 94% concordaram que os médicos devem perguntar a seus pacientes sobre suas crenças. Até 45% dos entrevistados que negaram que tais crenças acham que os médicos devem fazer estes tipos de perguntas. Apenas 15% lembraram ter sido perguntados sobre crenças espirituais em seus tratamentos médicos.

Em resumo, muitos pacientes desejam que seus médicos saibam tanto sobre sua religião como de sua crença espiritual e comente estas necessidades como parte de seu tratamento clínico. As pessoas mais idosas, as pessoas com doenças mais graves e as mais religiosas são mais propensas a desejar este tipo de tratamento. Lembrando também que alguns pacientes não querem que seus médicos perguntem sobre suas crenças religiosas ou espirituais (especialmente durante visitas de rotina), baixando o número de sensibilidade para quando se entrar nos assuntos espirituais ⁵⁰. Há uma considerável disparidade entre o número de pacientes que relatam a vontade de discutir assuntos espirituais com seus médicos e pacientes que alguma vez já tiveram este diálogo, já que os médicos raramente entram nestes assuntos.

LIGAÇÃO HISTÓRICA ENTRE RELIGIÃO E MEDICINA

Enquanto uma razão para comentar sobre espiritualidade demora a aparecer, é importante entender a ligação histórica entre religião, medicina e cuidados de saúde. Embora a indicação das necessidades espirituais de um paciente como parte de um tratamento médico é visto hoje como algo novo e diferente, esta prática é na verdade muito antiga. Apenas dentro das últimas centenas de anos a medicina e a religião seguiram caminhos diferentes e os médicos passaram a ignorar estes assuntos. Por toda a história da humanidade, religião e medicina caminharam juntas. Para quem quiser mais detalhes sobre esta rica história, o *“Handbook of Religion and Health”* documenta exaustivamente estes fatos. Uma breve passagem dos últimos dois mil anos está a seguir.

Antes do século IV, pessoas doentes que não tinham família ou amigos que tomassem conta e que não podiam contar com cuidados médicos particulares, não tinham para onde ir. Não havia hospitais como conhecemos hoje. Isto mudou em 370 AD quando os cristãos ortodoxos fundaram um grande hospital para tratar as pessoas doentes em Caesarea (Turquia). O primeiro hospital no mundo ocidental providenciaria cuidados para quem precisasse e foi construído sob responsabilidade do comando bíblico conforme Matheus 25:36-40 para vestir os pobres e cuidar dos doentes. Depois de 1200 anos, a igreja cristã construiu e equipou hospitais por toda Europa e Inglaterra. Muito dos médicos desta época eram monges e pastores, que indicavam as necessidades espirituais a cada um.

Durante boa parte deste tempo, a igreja cristã controlou as universidades onde o treinamento médico era feito e dirigia a licença para que os médicos exercessem a medicina. No século XVI, o poder da igreja cristã sobre a medicina começou a diminuir já que o governo passou a ter uma função mais efetiva nas escolas e licenças. Como a revolução científica ganhou espaço nos séculos XVII e XVIII e a filosofia do Iluminismo veio à tona, o controle e a influência da igreja diminuía ainda mais, os hospitais mantiveram ligações com instituições religiosas até a atualidade. Por volta de 1950, quase mil hospitais católicos atendiam cerca de 16 milhões de pacientes por ano, apenas nos Estados Unidos. Hoje, hospitais relacionados a igrejas, muitos dos quais foram fundados no século XX, cuidam de mais de um quarto dos pacientes hospitalizados nos Estados Unidos.

Ainda mais forte do que a conexão entre medicina e religião é a ligação histórica entre religião e enfermagem. O ofício da enfermagem veio diretamente da igreja, com as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula começando a organizar freiras católicas para servir tanto hospitais religiosos e não-religiosos em 1617. Em 1789, havia mais de quatrocentos hospitais dirigidos por estas irmãs apenas na França. Em 1830, um pastor luterano iniciou uma escola de enfermagem em Kaiserwerh, na Alemanha, para treinar mulheres para cuidar de doentes. Estas “diáconas” como eram chamadas, tornaram-se o equivalente luterano para as irmãs católicas. Em 1803, as Irmãs de caridade oficialmente começaram o primeiro grupo organizado de enfermagem em Emmitsburg, Maryland. Elas se basearam nas práticas francesas, fazendo tanto enfermagem como caridade institucional. Depois de receber “um chamado de Deus” em 1837, Florence Nightingale procurou treinamento entre as irmãs de caridade e as diáconas protestantes, aplicando os princípios que ela havia aprendido a ajudar a encontrar uma prática moderna de enfermagem.

E sobre os cuidados psiquiátricos? Dado a grande divisão entre psiquiatria e religião hoje, poderia ter existido uma ligação mais próxima entre estas áreas? Na verdade, havia – e não há muito tempo. De fato, a primeira forma de tratamento psiquiátrico nos Estados Unidos foi chamado de “tratamento moral”⁵¹, um sistema desenvolvido em York, na Inglaterra pelo devoto Quaker William Turker. Acreditando que as práticas comuns de sangramento, eliminação de maus sentimentos e banhos gelados para tratar doenças mentais não curariam os pacientes, eles instituíram um regime de compassonado tratamento psicológico e espiritual baseado na idéia de que insanidade era uma quebra entre mente e espírito. Seu sucesso foi notável e esta forma de terapia rapidamente se espalhou pela Europa e então para os Estados Unidos com o estabelecimento de algumas instituições mentais pela Filadélfia, Hartford e Worcester, as quais eram dirigidas por superintendentes religiosos em sua maioria. O cuidado espiritual era uma boa parte do tratamento psiquiátrico recebido pelos pacientes naquela época; os capelães ficavam nestas instituições ministrando serviços religiosos para os pacientes, encorajados pela superintendência.

Dentre estes superintendentes estava Samuel Woodward, que em 1844 começou a Associação de Superintendentes Médicos de Instituições Americanas para os Insanos (que mais tarde tornou-se a Associação de Psiquiatria Americana). Não muito depois disto, Woodward (superintendente da casa de Worcester) e Amariah Brigham (superintendente da casa de Hartford e simpatizante da religiosidade) fundaram e tornaram-se co-editores do *American Journal of Insanity* (mais tarde renomeado para *American Journal of Psychiatry*). Durante os próximos cinquenta a setenta e cinco anos, as atitudes positivas entre religião e psiquiatria vagarosamente diminuíram, desaparecendo e então completamente sumindo. O ponto final desta relação foi dado por Sigmund Freud, que de 1908 até a sua morte em 1939 escreveu e falou sobre os aspectos neuróticos da religião. Seus ensinamentos mudariam dramaticamente a visão dos futuros psiquiatras em relação à religião.

RESUMO E CONCLUSÕES

Boas razões existem para identificar e indicar as necessidades especiais dos pacientes. Muitos pacientes são religiosos e usam as crenças e práticas religiosas para lidar com doenças. Por causa disto, as crenças religiosas geralmente influenciam as decisões médicas, especialmente as feitas quando a doença é grave ou terminal. Muitos pacientes queriam que seus médicos apontassem as suas necessidades espirituais e os apoiassem nesta área, especialmente quando a seriedade da doença aumentasse. E mais, crescentes dados nas pesquisas indicam que a maioria dos casos, crenças e práticas religiosas estão relacionadas a melhor qualidade de vida e saúde. Finalmente, há uma forte ligação histórica entre religião e cuidados de saúde que tem sido esquecidos. Indicar as necessidades espirituais dos pacientes não é nada novo, tanto na prática da psiquiatria ou da medicina.

CAPÍTULO 2 COMO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE

Como pode um médico incluir a espiritualidade no tratamento do paciente? Como pode um médico identificar e apontar as necessidades espirituais? A seguir, descrevo o processo de avaliação espiritual e como providenciar recomendações específicas para encontrar quais são estas necessidades. As recomendações incluem, mas não se limitam, a escutar e mostrar respeito, referências apropriadas, apoiar as crenças dos pacientes e rezar com e para os pacientes. Enquanto algumas destas recomendações são controversas, particularmente as relacionadas a orações, aproximações sensíveis são possíveis. Finalmente, este capítulo explora como os médicos e sistemas de saúde podem unir comunidades religiosas com enfermeiras paroquiais e membros religiosos.

Levar em conta uma breve história espiritual é necessário para (1) tornar-se familiar com as crenças de seus pacientes e como eles encaram as medidas de tratamento médico; (2) entender o papel que a religião tem em lidar com as doenças ou durante o estresse; (3) identificar necessidades espirituais que necessitem acompanhamento. Levar em conta a história espiritual é um ato poderoso e serve a muitos propósitos, em adição aos já mencionados. Primeiro, manda ao paciente uma mensagem que este aspecto da identidade pessoal é reconhecida e respeitada pelo médico. Segundo, junta importantes informações úteis para o entendimento e motivação dos comportamentos relacionados à saúde. Terceiro, porque proporciona informação sobre o sistema de apoio que o paciente tem e recursos dentro da comunidade que podem ajudar em seu tratamento. Finalmente, porque deixa o paciente saber que esta é uma área em que o médico está disposto a conversar no futuro, caso a necessidade apareça.

O capítulo 7 descreve muitas formas de levantar a história espiritual. Enquanto não é essencial para que o médico as utilizem, é importante que certas informações sejam obtidas de uma maneira sensível. Há cinco qualidades que devem ser consideradas. Primeiro, as questões devem ser breves e levar apenas alguns minutos para serem feitas. A brevidade é uma necessidade prática, dada a quantidade de outras informações que o médico precisa conseguir para uma avaliação. Segundo, as questões precisam ser fáceis de se lembrar já que é importante que nenhuma informação seja esquecida. Terceiro, deve ser efetivo o colhimento destas informações. Quarto, deve-se focar nas crenças do paciente. A informação obtida é sobre as crenças apenas do paciente e não deve ter relação às crenças do médico. O propósito é entender as crenças do paciente e o papel que elas têm junto à saúde e a doença, sem julgar ou tentar modificar estas crenças ou a falta delas. Finalmente, deve-se ter credibilidade e conhecimento válidos e apropriados.

Até mesmo se o clínico tem dificuldade em lembrar as exatas questões de se acessar esta história, há quatro áreas básicas que devem ser abrangidas ao levantar a história espiritual:

- O paciente usa a religião ou a espiritualidade para ajudá-lo a *lidar com a doença* ou é uma *fonte de estresse*, e como?
- O paciente é membro de uma *comunidade de apoio espiritual*?

- O paciente tem alguma *questão ou preocupação sobre problemas espirituais*?
- O paciente tem alguma crença espiritual que possa *influenciar o tratamento médico*?

Não importa como esta informação seja adquirida, desde que o médico ascolete de maneira sensível e respeitosa. Delegando estas questões a outros (enfermeiros, assistentes sociais ou capelães) não é suficiente. O médico precisa desta história espiritual para comunicar ao paciente que ele precisa entrar neste assunto assim que eles surjam no futuro. Mais, perguntar estas questões irá providenciar conhecimento em primeira mão das respostas as quais os médicos podem assegurar se as necessidades espirituais são conhecidas e quais as decisões médicas que possam ser feitas à luz delas.

PACIENTES NÃO RELIGIOSOS

O que o médico deve fazer quando um paciente indica no início de sua história espiritual que não há interesse em religião e que este fator não desempenha um papel em lidar com doenças? Assim que o paciente comunica esta mensagem ao médico, a história espiritual deve ter rumo diferente. Ao invés de focar na espiritualidade, o médico deve perguntar como o paciente lida com a doença, o que dá um significado e propósito a sua vida, quais crenças culturais podem ter impacto no tratamento da doença, e quais recursos sociais estão disponíveis para apoiá-lo em casa. Desta forma, informações vitais são colhidas sem ofender o paciente ou fazendo com que o mesmo se sinta pressionado ou desconfortável.

ALÉM DA AVALIAÇÃO

Tomar a história espiritual pode proporcionar ao clínico relevantes informações sobre a espiritualidade do paciente e suas necessidades espirituais levantadas pela doença. O que o médico deve fazer a seguir? Tendo identificado as necessidades espirituais, qual o papel do médico em indicar estas necessidades? Quase nenhuma pesquisa foi feita neste sentido para nos ajudar a determinar quais ações são mais ou menos apropriadas para os médicos, e há vestígios controversos sobre o quanto o médico deve fazer, além de saber a história espiritual. Algumas vezes, saber a história é suficiente; em outra, muito mais é necessário. A seguir, as recomendações são baseadas primeiramente em experiências clínicas e bom senso.

Recursos Orquestrados. Se as necessidades espirituais são identificadas, então uma decisão deve ser feita se o médico é capaz de ir ao encontro destas necessidades, ou se outras referências são necessárias. Os profissionais médicos podem variar seus interesses, treinamentos e experiências nesta área. É responsabilidade do médico se certificar que as necessidades espirituais são desenvolvidas, seja por um médico ou não. Um estudo entre 160 médicos revelou que 69% não concordavam com esta frase: “Apenas o clero deve cuidar de assuntos religiosos”¹. Algumas vezes, intervenções relativamente simples pelo médico podem resolver um assunto. Escutar com respeito e atenção pode ser tudo o que é necessário. Às vezes, um cuidado mais extensivo é requerido, mas poucos médicos

têm tempo ou treinamento adequado para cuidar de assuntos espirituais em qualquer profundidade (até mesmo aqueles motivados a fazê-lo). Por esta razão, quando assuntos espirituais complexos se fazem presentes, é importante encaminhar o paciente a pessoas com mais conhecimento nesta área.

Um capelão que é certificado pela Associação de Capelães Profissionais tem feito extensivo treinamento para saber mais sobre as necessidades espirituais dos pacientes no âmbito médico. Este treinamento envolve no mínimo quatro anos de estudos, três anos de estudos em escolas de teologia e, em qualquer outro lugar, de um a quatro anos de educação clínica pastoral. O treinamento formal é seguido de exames escritos e orais antes da certificação ser dada. Os capelães podem ser profundos conhecedores nesta área e devem ser utilizados sempre que possível. Se os capelães não estão disponíveis, conselheiros pastorais ou pessoas treinadas pela religião do paciente devem ser consultadas.

Contudo, alguns pacientes se recusam a procurar a religião. Ter uma relação duradoura com o médico pode fazer com que o paciente se sinta mais à vontade para discutir preocupações e dúvidas religiosas. Algumas vezes, membros religiosos não estão disponíveis em momentos críticos quando os problemas espirituais aparecem, como em uma sala de emergência ou em uma clínica. Nestas situações, é importante levar alguns minutos para conhecer estas preocupações iniciais (geralmente simplesmente ouvindo em uma maneira afetiva e de apoio), e então encaminhar o paciente para um tratamento definitivo.

Outros recursos que os pacientes podem precisar para tratar seus assuntos espirituais são leituras religiosas, ter acesso a serviços religiosos (capela do hospital ou televisão) e tempo para rezar com pastores ou membros de sua igreja ou família. Estas necessidades precisam ser honradas e o ambiente adaptado. Isto é particularmente verdadeiro em hospitais, onde a rotina pode prevalecer as reais necessidades dos pacientes, especialmente na área da espiritualidade.

Crenças e apoio espiritual. Como o médico leva em conta a história espiritual e aprende como as crenças espirituais afetam as doenças, é importante respeitar e dar apoio. Até mesmo se as crenças não são familiares para o médico, se são diferentes do que o médico costuma acreditar, ou são conflitantes com o tratamento, o propósito é entrar no mundo do paciente para entender porque o paciente acredita em determinadas coisas (Há mais informações sobre este tópico no capítulo 6.).

Se as crenças religiosas não interferem no tratamento médico e parecem ser usados pelo paciente para ajudá-lo a lidar com as doenças, então apoiar e encorajar a prática de serviços religiosos deve ser considerado. Este passo é ainda mais agressivo e alguns médicos podem se sentir desconfortáveis em fazer algo além de obter a história espiritual, conhecendo e respeitando as crenças dos pacientes e, se necessário, fazer algumas referências. Outros se sentirão mais confortáveis tomando este próximo passo. É apropriado para os médicos apoiar e encorajar crenças religiosas que tragam conforto ao paciente. O capítulo 1 sumariza evidências sugerindo que a crença e as práticas religiosas ajudam o paciente a lidar melhor com sua doença, associadas com menor depressão, podendo afetar o curso da doença.

O médico pode até apontar que há evidências de pesquisas científicas sugerindo que crenças religiosas realmente ajudam as pessoas a lidar com a doença e que isto pode afetar o resultado. Mostrar este fato para os pacientes não religiosos

não é sábio. Lembre-se que o médico está apoiando e encorajando crenças e práticas que já estão direcionadas pelo paciente, não introduzindo novas crenças ou encorajando práticas estranhas. Manter o apoio centrado no paciente é absolutamente crucial. O médico estará nutrindo e encorajando a fé do paciente, qualquer que ela seja e o quanto ele tem – o tempo todo sendo guiado pelas diretrizes do paciente.

Participação em atividades espirituais. O aspecto mais controverso de se comentar sobre assuntos espirituais no tratamento do paciente é se o médico deveria ele mesmo participar destas atividades com o paciente, ou se isto vai além do papel e das responsabilidades profissionais do médico. A atividade espiritual mais provável que surja aos médicos é se eles devem ou não orar com os pacientes. Não há controvérsia se o médico reza silenciosamente sem o conhecimento do paciente. Qualquer ação além desta pode acarretar algum risco – risco este que alguns médicos possam achar que vale a pena correr e outros não. Por um lado, quando um médico ora com um paciente, esta atividade pode propiciar um enorme conforto e apoio, além de fortalecer a relação médico-paciente. Por outro lado, ao médico conduzir a oração, o paciente pode sentir-se pressionado e desconfortável. Alguns acreditam que esta atividade nunca deve acontecer entre médico e paciente,² e há casos que os familiares dos pacientes processam e ganham casos contra médicos quando esta atividade é feita inadequadamente (veja capítulo 5). Outros acreditam que esta decisão sobre rezar com os pacientes deva ser feita num estudo caso a caso, dependendo da situação do paciente e do médico. (O capítulo 3 inclui uma discussão sobre quando a oração com o paciente pode ser aceitável e quando não.) Quem inicia tal atividade pode ser um fator importante.

Os pacientes podem estar mais dispostos a rezar com os médicos do que o contrário. De fato, muitos médicos podem não perceber se os pacientes querem isto. Um estudo realizado entre 160 médicos de primeiros socorros conduzido na metade dos anos 80, revelou que apenas um terço (37%) acreditavam que os pacientes queriam orar com seus médicos (isto foi referente aos pacientes idosos com doenças graves ou que ameaçavam a vida)³. Quando os pacientes da mesma área foram perguntados se gostariam que seus médicos orassem com eles, 29% indicaram “talvez sim” e 53% indicaram “sim, muito”; apenas 5% dos pacientes foram definitivamente contra⁴. Outros estudos entre a população médica teve semelhantes resultados onde 28% a 67% dos pacientes indicaram atitudes positivas em relação a orar com seus médicos,^{5 6 7 8} e 64% dos americanos acreditam que os médicos deveriam juntar-se aos pacientes às orações se o paciente pedir⁹. Isto é especialmente verdadeiro para pacientes com doenças sérias ou terminais, quando mais de 50% dos pacientes indicaram que gostariam que seus médicos rezassem com eles¹⁰.

Até meados da década de 80, uma porção significativa de médicos de primeiros socorros relatou ter orado com os pacientes. No estudo feito em Illinois mencionado acima, um terço indicou que já havia rezado com seus pacientes. Destes, apenas 10% (6 médicos) relataram que a oração não ajudou seus pacientes em nada, enquanto 34% indicaram que ajudou um pouco, e 55% que a oração ajudou bastante. Em um estudo realizado em 2001 com médicos do departamento de medicina intensiva, neurologia, cirurgia e medicina de família em um centro médico-acadêmico em St. Louis, 55% indicaram que pacientes pediram para orar

com eles em situações não-críticas ¹¹. (Se as situações críticas tivessem sido incluídas, é provável que os números seriam consideravelmente maiores). Logo, aparece uma significativa porção de pacientes que apreciariam (e pediriam a seus médicos) para orar com eles, e uma significativa porção de médicos já orou com seus pacientes, tendo bons resultados.

Há uma preocupação, contudo, de que se o médico diz uma oração a um paciente em voz alta em público haverá uma “aparente coação” (mesmo se o paciente pedir tal oração) ¹². Os médicos especialistas em ética com este pensamento acreditam que um médico que inicie uma oração só é aceitável caso não exista nenhum membro religioso disponível naquele momento. Um caminho para contornar este problema é encorajar o paciente a dizer a oração, enquanto o médico participa estando presente e dizendo “amém”, ao final. No entanto, alguns pacientes podem não estar satisfeitos com isto. Outros podem ficar tão confusos em situações críticas que mesmo que quisessem fazê-lo, não conseguiriam orar. Ainda, alguns pacientes podem não querer orar com uma pessoa estranha ao meio religioso, mas preferem rezar com seus médicos a quem conhecem e confiam.

Como um médico lida ao rezar com seu paciente? Assumindo todas as condições são encontradas para uma apropriada oração como descrita no capítulo 3, a oração deve ser curta, apoiadora e confortante e seu conteúdo consistente dentro das crenças do paciente. A oração deve durar menos que um minuto. Rezas longas e complicadas ditas por um médico a seu paciente não são recomendadas. Se o paciente acredita em um Deus pessoal, é apropriado enfatizar o amor de Deus a esta pessoa, pedindo paz, conforto e força para o paciente e a família para ajudá-lo durante a doença, e sabedoria e habilidade para o médico tratar o paciente de forma clínica ou cirurgicamente efetiva.

Há ainda alguma controvérsia sobre se deve ou não orar para uma intervenção divina durante a cura (dado o desapontamento que pode resultar se a cura não se estabelece), e pode ser melhor discutir com o paciente antecipadamente sobre esta questão. Muitos pacientes apreciam reza para a cura. Alguns médicos podem orar para a medicação que eles prescrevam surtam um efeito poderoso, ajudando o corpo e a mente a curar rápida e completamente. Dependendo do nível de conforto, o médico pode ou não desejar juntar as mãos com o paciente ou colocar a mão levemente sobre o ombro do paciente durante a oração. Isto também depende da idade e do sexo do médico e do paciente, e mais uma vez, o bom senso deve imperar.

Prescrever atividades religiosas. Se a crença e a prática religiosa têm um impacto na saúde equivalente a não fumar cigarros ou não fazer exercícios físicos, o médico deve prescrever atividades religiosas? ¹³ Os médicos devem recomendar que pacientes não religiosos tornem-se religiosos, rezem regularmente, estudem textos sagrados ou atendam serviços religiosos para manter ou melhorar sua saúde? Na maioria dos casos, isto vai além do que os médicos devem fazer. Primeiro, a religião é uma área sensível e profunda da vida pessoal do paciente e o médico não deve fazer pressão ou coação nesta área. Mais, não há evidências de que pacientes tenham se tornado mais religiosos apenas para ser mais saudáveis. Tal prescrição envolveria um uso extrínseco da religião para adquirir um final não-espiritual, e religiosidade extrínseca geralmente não é relacionada a melhor saúde. No entanto, ainda há áreas de sombra que precisam ser estudadas caso a caso (ver capítulo 5).

LIGAÇÃO ENTRE COMUNIDADES RELIGIOSAS

Enquanto nem todos os médicos decidem orar com pacientes, há outras poderosas estratégias espirituais pelas quais os médicos podem ajudar a melhorar a saúde de seus pacientes e a qualidade do tratamento que recebem. Como os cuidados começam a mudar mais e mais dentro da comunidade e longe de instituições caras, os médicos e os sistemas de saúde podem considerar ligações com comunidades religiosas através de enfermeiras paroquiais (ou membros religiosos) para melhor apontar as necessidades de saúde para os pacientes e seus familiares. Embora isto sirva para todos os americanos (70% participam de uma igreja, sinagoga ou templo), cujas ligações são particularmente importantes para o encontro dos objetivos da saúde-educação e prevenção de doenças das comunidades, as quais as pessoas são freqüentemente muito religiosas e ainda apresentam altas taxas de doenças e baixos resultados. Maus hábitos (fumo, álcool e uso de drogas), baixas taxas de exames de saúde (câncer de mama, cervical, próstata e colo; hipertensão e diabetes), falta de informação sobre dietas, exercícios e controle de peso e dificuldades no acesso a tratamento de saúde são responsáveis pelos baixos índices de saúde nestas comunidades. Os programas desenvolvidos dentro de comunidades religiosas para falar sobre estes assuntos têm se mostrado eficazes¹⁴.

Como os pacientes são liberados dos hospitais cada vez mais cedo, crescentes e instáveis problemas médicos devem ser considerados dentro da comunidade. Os médicos passam por mais e mais dificuldades em deixar os pacientes nos hospitais a não ser que os mesmos estejam muito doentes, pois na maioria das vezes eles encaminham os pacientes para suas casas por não ter onde acomodá-los. Estas tendências crescerão nos próximos trinta a quarenta anos já que a população acima de sessenta e cinco anos nos Estados Unidos crescerá do atual número de 35 milhões para um excessivo número 75 milhões, assim que a geração “*Baby Boomers*” atingirem sua aposentadoria por volta de 2011.¹⁵ De acordo com um artigo escrito no respeitado jornal *Science*, Ed Schneider (diretor do Centro de Geriatria Andrus da Universidade do Sul da Califórnia) indica que se simplesmente continuarmos nesta trajetória, muitos dos Baby Boomers passarão suas idades avançadas em parques municipais ou pelas ruas, porque não haverá onde tratá-los¹⁶.

As comunidades religiosas têm sido as primeiras a providenciar as necessidades dos pobres, destituídos e membros de camadas inferiores da sociedade e foram historicamente os primeiros a providenciar tratamentos de saúde para as pessoas da comunidade que não podiam pagar por seus tratamentos médicos. As comunidades religiosas podem ser uma fonte de voluntários de saúde que propiciarão serviços práticos para membros doentes e pessoas de suas famílias. Trabalhando com enfermeiras paroquiais (enfermeiras registradas que são membros de uma comunidade religiosas que providencia cuidados de saúde) pode ajudar a assegurar que o plano médico desenvolvido para o paciente é realizado, que a piora da doença é facilmente identificável e o acompanhamento apropriado são obtidos. As enfermeiras paroquiais também podem mobilizar e treinar voluntários, bem como iniciar programas de educação de saúde e realizar exames de saúde para manter o bem-estar. Trabalhar com comunidades religiosas ajuda a manter as

necessidades de saúde dos pacientes depois que são liberados para a comunidade, sendo benéfico num todo. E mais, mantendo a linha aberta com comunidades religiosas, os médicos podem atuar como conselheiros em programas de saúde ou participar promovendo palestras e dando aulas.

SUMÁRIO E CONCLUSÃO

Falar das necessidades espirituais dos pacientes significa que os médicos devem aprender a levar a história espiritual de uma maneira centrada no paciente e com respeito às crenças do paciente. Uma história espiritual propicia informações relevantes ao tratamento médico e comunica ao paciente que o médico está aberto a falar sobre as necessidades nesta área. As mais simples necessidades espirituais que aparecem em avaliações referentes a capelães ou conselheiros pastorais devem ser consideradas. Os médicos podem considerar apoiar e até mesmo encorajar as crenças religiosas relacionadas à saúde e atividades que os pacientes achem úteis. Em circunstâncias especiais, o médico pode rezar com o paciente, embora esta atividade seja mais controversa e arriscada do que avaliar as necessidades espirituais ou apoiar as crenças do paciente. Talvez até mais importante, as linhas de comunicação devem ser abertas entre os médicos e as comunidades religiosas para mobilizar recursos que ajudem os pacientes assim que sejam liberados de hospitais ou clínicas. Trabalhar com enfermeiras paroquiais e voluntariar parte do tempo para ajudar programas de saúde são outros caminhos que os médicos podem encontrar para as necessidades espirituais, psicológicas e médicas dos pacientes dentro e fora dos sistemas de saúde.

CAPÍTULO 3 QUANDO INCLUIR ESPIRITUALIDADE

O tempo da avaliação espiritual é essencial para que o médico providencie efetivo conforto, junte informações necessárias e mande a correta mensagem ao paciente. Quando é a melhor hora de considerar a história espiritual? Em que ponto durante a avaliação médica isto pode ser feito, e por quê? Qual a frequência que estas avaliações espirituais devem ser repetidas? Quando deve um médico apoiar ou encorajar as crenças religiosas dos pacientes? E sobre orar com os pacientes? Há tipos de pacientes e situações que pedem suporte espiritual e outros não? Mais uma vez, não há pesquisas sistemáticas neste sentido que seja base de recomendações, e a experiência clínica e o senso comum irão ser novamente nosso guia.

IMPORTÂNCIA DO TEMPO

Um paciente está na unidade de cuidados intensivos, voltando de uma anestesia seguida de uma operação cirúrgica com risco de perder a vida. Um outro paciente está em uma unidade de cuidados coronários se recuperando de um infarto do miocárdio. Um terceiro paciente está no pronto-socorro logo depois de sofrer um acidente de carro onde obteve vários ferimentos. Levantando assuntos espirituais nestas horas irá conseguir uma mesma resposta de todos estes pacientes – medo. Lembre que no passado (e mais recentemente também em algumas culturas), quando um padre ou um outro membro religioso visitava um paciente doente era para lhe ministrar a extrema unção, pois já estava perto da morte¹. Trazer assuntos espirituais à tona nestes momentos pode mandar uma mensagem errada ao paciente – que a condição em que se encontra é sem esperança e nada mais pode ser feito. Claro, se a morte é iminente ou assuntos espirituais surjam nestas horas, o médico deve estar pronto para falar sobre.

Um paciente saudável chega ao consultório para a retirada de uma verruga ou de uma pinta. Um paciente com resfriado vem ao médico para pedir remédios que melhorem os desagradáveis sintomas físicos. Uma mulher vem ao hospital para dar à luz. Estes não são momentos em que seja necessário levantar assuntos espirituais (assumindo, é claro, que a mulher que vai ganhar o bebê não seja testemunha de Jeová e não terá uma hemorragia durante o parto). Cada um destes pacientes tem um motivo específico para a visita. Tais pacientes não esperam uma avaliação espiritual e podem não apreciar o levantamento destas questões. Fazer isto, na verdade, pode até mesmo confundi-los.

Um médico está atendendo um paciente no pronto-socorro para suturar um corte obtido por bater sua mão contra um vidro. Um médico está cobrindo um de seus colegas que está de férias e vendo o paciente do colega em uma série de exames após a liberação do hospital. Um neurologista acompanha um paciente com mal de Parkinson, em sua primeira consulta. Na maioria destes casos, o médico e o paciente podem nunca ter visto um ao outro antes e provavelmente nunca mais verão um ao outro novamente. Não há relação estável (passada e futura) entre paciente e médico e não há razão real para que o médico esteja ciente das crenças espirituais do paciente.

O tempo de avaliação espiritual e sua intervenção são cruciais.

QUANDO REALIZAR UMA AVALIAÇÃO ESPIRITUAL

Há tempos específicos em que uma avaliação espiritual é indicada e pode ser feita de tal forma que o paciente não fique surpreso, pego desprevenido ou receba mensagens não intencionais, e há tempo suficiente para falar tanto sobre preocupações médicas ou espirituais. As melhores horas para se iniciar a história espiritual são (1) quando levantar a história médica durante a avaliação de um novo paciente; (2) quando levantar a história de um paciente que está entrando em um hospital, hospício ou ambulatório; e (3) quando estiver em vista de manutenção como parte da avaliação pessoal.

Avaliação de um novo paciente. Quando um novo paciente vem para uma consulta inicial com o médico, uma anamnese completa é geralmente feita no consultório. Parte da história médica é a história social. A história social geralmente vem depois da história médica e antes dos exames físicos. Tipicamente, consiste de perguntas sobre o emprego do paciente, educação e outros membros da família e sistema de apoio. Uma breve história espiritual se adequa muito bem a final da história social, explorando recursos para apoio. Questões sobre denominações religiosas, se o paciente é membro de uma igreja e se as crenças religiosas propiciam conforto ou afetam as decisões médicas – tudo fluindo de maneira bem natural após perguntar sobre a família e círculo de amizade. Informações obtidas da avaliação espiritual podem ser gravadas para que possam ser acessadas quando necessário. Levantar a história espiritual nesta hora, não irá alarmar o paciente como ocorreria se o assunto fosse comentado em situações mais agudas no âmbito médico (como descrito acima).

Entrada no hospital. Pacientes com doenças sérias onde é necessária a internação em um hospital devem ter a avaliação espiritual completa durante a sua entrada, particularmente se isto não foi feito dentro dos últimos seis meses. Geralmente, o médico que faz os procedimentos para a internação não é o médico oficial do paciente. O hospital pode contratar médicos especializados para providenciar tratamento especial para os pacientes internados. Já que os médicos não têm acesso ao prontuário realizado pelo médico principal deste paciente que contém a história espiritual, eles devem repetir a avaliação durante a admissão já que as informações podem afetar as decisões realizadas no hospital. Em caso de intervenção cirúrgica, o mesmo é verdadeiro para o cirurgião que será o médico principal e fará as decisões médicas. Se o paciente está sendo admitido para um diagnóstico ou procedimento terapêutico que necessite de uma estadia, a história espiritual é menos urgente, apesar de que isto dependa dos procedimentos tomados e por qual razão. A história espiritual também deve ser considerada para todos os pacientes admitidos em casa de repouso ou hospícios. Novamente, isto é mais bem feito quando parte da história social.

Visita de manutenção. Muitas pessoas realizam exames anuais focando a prevenção de doenças e a manutenção da saúde. Mais tempo na programação do médico é deixado para uma visita de manutenção do que para um problema agudo ou um acompanhamento de rotina. O médico pode perguntar sobre diferentes hábitos e sobre a família, emprego, e fatores estressantes. A história espiritual

quando tomada nesta hora flui perfeitamente após perguntas sobre familiares e estresse. Aqui, levantar assuntos espirituais é menos alarmante para o paciente do que feita quando o paciente está seriamente doente. Independente de quando a história espiritual é contada, assuntos médicos devem ser sempre competente e completamente analisadas antes de entrar em assuntos espirituais.

REPETINDO A HISTÓRIA ESPIRITUAL

Alguns cuidados devem ser tomados principalmente no ambiente hospitalar, para que muitos médicos e outros profissionais da saúde não repitam as perguntas de histórico espiritual na mesma internação. Por exemplo, se um médico, cirurgião, enfermeira e assistente social sentem-se obrigados a levar a história espiritual, então ficará mais propenso a embaralhar o paciente com questões repetitivas. Conseqüentemente, uma boa regra geral é aquela que, seja quem for que está tomando a responsabilidade inicial pelo paciente no hospital, deve ser a pessoa que levantará a história espiritual e a colocará nos registros médicos. Tais anotações não podem ser extensas, mas simplesmente indicar que a história espiritual já foi obtida, se a religião é importante ou não para o paciente, e como isso pode influenciar as decisões médicas. As enfermeiras, que com freqüência fazem suas próprias avaliações espirituais, devem estar cientes se o médico já fez alguma e se procedeu com cuidado (e vice-versa).

Com qual freqüência a história espiritual deve ser repetida pelo mesmo médico? Após conduzir e gravar uma completa avaliação espiritual, muitos anos podem passar antes desta história precisar ser revista ou atualizada, dependendo da saúde do paciente. A indicação primária para uma atualização é quando há uma mudança significativa na saúde da pessoa ou em suas condições sociais ou moradia (começo de uma doença séria ou acidente, perda do cônjuge ou do filho, internação em uma casa de repouso, etc). Novamente, a entrada em um hospital pode ser um sinal de que seja necessário revisar a história espiritual. Em geral, o bom senso e a necessidade de informação podem sempre ditar a freqüência das avaliações espirituais.

APOIANDO E ENCORAJANDO ATIVIDADES RELIGIOSAS

Além de considerar a história espiritual, o médico pode decidir apoiar ou encorajar as crenças ou atividades religiosas dos pacientes. O tempo aqui também é importante. Isto talvez seja mais bem feito como parte da avaliação espiritual quando o paciente está falando sobre o papel que a religião tem em sua vida. As respostas positivas verbais e não verbais dadas pelo médico são formas de mostrar apoio, encorajamento e respeito. Se o médico aprende que a religião é importante para o tratamento, esta informação pode ser utilizada em outras vezes no futuro ajudando o paciente a lidar com problemas médicos ou mudanças na vida.

Se o paciente expressa interesse passado ou atual em atividades e crenças religiosas, mas arrepende-se de não estar envolvido nestas atividades ou não pode participar delas por motivos de saúde ou problemas de locomoção, então o médico pode gentilmente explorar com o paciente se ele gostaria de aumentar seu

envolvimento nesta área e como superar eventuais barreiras. Lembre-se, contudo, é uma sutil linha para caminhar entre nutrir, apoiar e encorajar envolvimento religioso evitando a indução de culpa ou fazendo com que o paciente sinta-se desconfortável por falta de envolvimento. O médico pode em todas as horas reservar-se ou parar caso o paciente aparente estar respondendo de maneira negativa.

Se o paciente não mostra interesse em crenças ou atividades religiosas, provavelmente não há espaço para apoiar ou encorajar a religião. Ao invés disso, o médico pode decidir encorajar atividades sociais ou altruísticas gerais, sem referir-se a religião ou espiritualidade. Outra alternativa para o paciente não religioso é encorajar meditações não religiosas para atingir “relaxamento”, o qual tem sido associado com queda da pressão arterial, redução de ansiedade e melhor funcionamento imuno e neuroendócrino ².

REFERINDO AOS MEMBROS RELIGIOSOS

Se as necessidades espirituais são identificadas e não são prontamente comentadas pelo médico através de ouvir, apoiar e encorajar, então um capelão ou pastor é necessário. Isto é particularmente verdadeiro se o paciente vem de diferente cultura religiosa do médico. Algumas referências também podem ser indicadas cedo ou tarde, dependendo do conforto do médico, treinamento e experiência nesta área. Muitos médicos podem estar despreparados, sentir-se desconfortáveis e ter falta de tempo ou interesse para falar adequadamente sobre os interesses espirituais dos pacientes, e não devem se sentir culpados em encaminhar os pacientes a conhecedores no assunto. Como apontado antes, o médico não pode delegar toda a responsabilidade a membros religiosos e levantar a história espiritual é uma das responsabilidades que caem somente sobre o médico. O médico deve também tentar conhecer o pessoal da comunidade religiosa, que o ajudará a reconhecer suas forças e fraquezas e também adquirir informação sobre outros recursos pastorais na área.

ORAR COM OS PACIENTES

Orar com os pacientes pode ser dividido na reza que é iniciada pelo médico e aquela que é iniciada pelo paciente. Como apresentado no último capítulo, alguns experts aconselham que médicos não iniciem atividades religiosas com os pacientes e que deixem que o paciente dê o primeiro passo. Por causa da diferença no status entre médico e paciente, toda vez que o médico inicia tais atividades, um elemento de coação entra em cena. Isto porque o paciente pode ter dificuldades ao recusar tal pedido, particularmente se é feito onde os pacientes não estejam aptos a acompanhar seus médicos. Isto é especialmente verdadeiro já que pesquisas com pacientes indicam que muitos não querem orar com seus médicos. Por esta razão, se o médico decide iniciar atividades espirituais como orações com seus pacientes, eles devem proceder com cuidado e apenas se certas condições aparecem:

- O médico tem o mesmo conhecimento religioso que o paciente (Cristianismo, Judaísmo, Budismo, Islamismo, Hinduismo, etc.).
- Uma completa história espiritual foi obtida de modo que o médico *está certo* de que o paciente irá apreciar e receber bem tal ação.

- Há uma necessidade espiritual presente e a situação pede por uma oração.

O médico e o paciente devem ter o mesmo conhecimento religioso. Se o médico vem de uma tradição religiosa diferente do paciente, o risco de coação e indevida influência cresce (seja intencional ou não). O conteúdo da oração é sempre influenciado pela tradição religiosa daquele que a inicia. Por exemplo, orar a Deus pressupõe a existência de um Deus pessoal que escuta e responde à reza. Enquanto cristãos, judeus e muçulmanos podem não ter problemas com isto, um paciente budista pode. Até mesmo entre os cristãos há discordâncias sobre se alguém deve rezar pela intervenção divina para a cura física ou orar para a “vontade de Deus” em uma situação. Então, até mesmo quando o conhecimento religioso é semelhante, as diferenças doutrinárias podem influenciar o conteúdo da oração. Semelhantes doutrinas prévias, contudo, são relativas – não absoluta – contra-indicação para a oração.³

Uma completa história espiritual foi feita de modo que o médico saiba sem dúvidas que o paciente apreciaria uma oferta do médico para a oração. “Sem dúvida”. Em outras palavras, o paciente está tão certo de dizer “sim” (e realmente apreciaria isto) quanto um adolescente jogador de basquete diria “sim” para uma oferta de lançamentos com Michael Jordan, quanto um cientista concordaria em receber o prêmio Nobel, quanto um cidadão da Virginia aceitaria o bilhete premiado da loteria estadual.... O ponto é claro. O médico precisa saber a resposta antes da questão ser lançada. Se o paciente está muito dependente da crença religiosa e o médico apóia esta crença oferecendo a oração, então isto irá reforçar a habilidade do paciente em lidar com a doença e providenciar conforto. Se o paciente não usa a religião para lidar com seus problemas, isto aumenta o risco da oferta de orar com o paciente seja algo intrusivo e até aborrecedor. A não ser que uma completa história espiritual seja feita, o médico não tem como saber qual será a reação do paciente.

Há uma necessidade espiritual presente e a situação pede uma oração. Para a maioria dos médicos (a não ser que eles divulguem isto como parte de sua prática), iniciar a oração com um paciente não é algo que deve ser feito rotineiramente. As orações devem ser reservadas para situações de crises ou circunstâncias onde nem o paciente nem o médico têm o controle do resultado – e o resultado é serio (quando doença ameaça a vida ou estilo de vida).

Se as condições acima se apresentam, o médico deve continuar a manter a sensibilidade e dar pistas para o paciente durante a oração. O médico deve certificar-se que o paciente sente-se no controle durante todo o tempo. Se estas regras básicas são seguidas, a oração iniciada pelo médico irá sempre ser apreciada pelos pacientes.

A especialidade do médico também pode fazer a diferença em quão apropriada é iniciar uma atividade espiritual como a reza com pacientes. Um caso onde o médico está cuidando um paciente psicologicamente saudável e estável com um difícil problema médico pode sugerir uma oração com menos risco do que um psiquiatra tratando um paciente psicologicamente frágil com leves desordens de

personalidade. Embora todos os médicos precisem se preocupar com isto em alguma extensão, os psiquiatras devem ser mais cautelosos ao mencionar barreiras em relacionamentos com pacientes do que médicos gerais ou cirurgiões. Mais será dito sobre assuntos limites no capítulo 5.

A oração iniciada pelo paciente é menos controversa do que se o médico iniciá-la, embora como dito no último capítulo, éticos em medicina têm preocupações sobre orações conduzidas pelos médicos mesmo quando o paciente dá o primeiro passo ⁴. Há certamente menos riscos de coação se o paciente faz o primeiro movimento, e para estar inteiramente seguro, pode ser melhor que o paciente diga a oração. O médico deve sentar-se por perto, talvez juntar as mãos com o paciente e concluir a oração dizendo “amém”.

E se o médico for agnóstico ou ateu? É necessário aceitar o pedido do paciente mesmo se o médico não acredita em orações? Não é desonesto esconder do paciente a falta de crença do médico? Novamente, as opiniões dos conhecedores podem variar ⁵, mas parece que, se o médico pode trazer conforto a um paciente dizendo “amém” (assim seja) no final de uma reza conduzida pelo paciente, não há mal algum – apesar das crenças pessoais do médico. Nós precisamos de nossos médicos para nos curar algumas vezes, aliviar mais vezes e confortar sempre. Se uma criança pequena que está doente e com medo pede que seu médico examine seu ursinho de pelúcia para ter certeza de que ele está ok, o médico se recusaria? Não, porque ele quer confortar a garotinha. Mostrar simpatia e preocupação pelas coisas que são importantes para nossos pacientes é o que realmente importa.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

Os médicos não devem conduzir uma avaliação espiritual em um paciente não internado que vai submeter-se a uma extração de verruga, um resfriado, um Papanicolau de rotina ou outros pequenos problemas, nem em situações de cuidados intensivos – a não ser que a situação claramente indique que as necessidades espirituais são presentes. Da mesma forma, não é aconselhável encontrar mais informações em assuntos espirituais a não ser que o médico tenha uma relação duradoura com o paciente, exceto em casos onde um clínico geral, ou qualquer outro especialista ou cirurgião está responsável pelo paciente no momento de internação e há contato limitado com o médico oficial do paciente. Os melhores momentos para conduzir uma avaliação espiritual incluem o seguinte:

- Quando tomar a história inicial como parte da avaliação de um novo paciente
- Quando o paciente é admitido ao hospital por um novo problema ou exacerbação de um antigo
- Quando o paciente é admitido em uma casa de repouso ou outro instituto de problemas crônicos
- Quando o paciente é admitido em um hospício ou um ambulatório
- Durante uma visita de rotina de um paciente saudável
- Em qualquer época que as decisões médicas precisam ser feitas ou influenciadas por crenças religiosas

Ter conhecimento sobre os recursos espirituais do paciente antes de uma repentina piora ou aparecimento de alguma outra doença é sempre preferível do que iniciar uma avaliação espiritual nos momentos agudos (para evitar alarmar o paciente). O melhor local para levantar a história espiritual é ao final da história social.

O apoio espiritual pode ser providenciado durante uma avaliação espiritual ou em outras situações que peçam isto. Os médicos devem sentir-se livres para providenciar apoio simples para as crenças e atividades saudáveis que o paciente ache útil para lidar com a doença, embora eles devam estar sempre prontos para indicar o paciente a membros religiosos que tenham experiência com as necessidades espirituais. Alguns médicos podem decidir por situações claramente definidas a orar com pacientes, seja iniciando a oração ou concordando em rezar durante o pedido de um paciente. Para minimizar o risco de coação, é mais seguro quando o paciente inicia e conduz a oração, embora nem sempre isto seja possível.

Comentar assuntos espirituais é mais importante quando uma séria doença crônica ou aguda está ameaçando a vida ou a qualidade de vida, quando um fator estressante psico-social está presente e envolve perda ou mudança (i.e. divórcio, falecimento de parente ou amigo, membro doente na família e assim por diante), ou quando o paciente está prestes a submeter-se a uma cirurgia ou outro procedimento onde o resultado é incerto e o paciente tem dificuldade em lidar com isto. O tempo dispensado para falar sobre assuntos espirituais não deve tomar lugar do tempo necessário para explicar as necessidades médicas de forma compreensiva. Se o médico é pressionado, até uma simples questão de uma forma simpática e humana sobre como o paciente está indo espiritualmente irá mostrar que o médico se preocupa com o que para alguns pacientes é a fonte central de sentido e esperança da vida.

CAPÍTULO 4 O QUE PODE RESULTAR?

Em termos práticos, o que pode resultar do fato dos médicos comentarem sobre as necessidades espirituais dos pacientes – perguntar sobre uma história espiritual, apoiar e encorajar saudáveis crenças religiosas, ajudar a encontrar as necessidades espirituais e mobilizar apoio espiritual? Que diferença isto pode fazer na qualidade do tratamento médico que os pacientes recebem? Enquanto não há estudos sistemáticos examinando o que acontece quando os médicos falam sobre as necessidades espirituais, há informações suficientes para hipotetizar os efeitos na saúde que podem ser vistos. Isso pode fazer uma diferença (seja positiva ou negativa) em uma variedade de resultados relevantes à prática médica.

Conduzir uma avaliação espiritual e comentar as necessidades espirituais podem afetar (1) a habilidade do paciente em lidar com o problema, (2) a relação médico-paciente, (3) a obediência em relação ao tratamento por parte do paciente e (4) o curso da doença e a resposta ao tratamento. Comunicar, referir e interagir com membros religiosos no hospital e na comunidade pode influir na saúde afetando a qualidade de apoio e monitorando o que o paciente recebe de sua comunidade. O paciente pode não ser o único que se beneficia. Do ponto de vista médico, o médico pode experimentar a satisfação de tratar a pessoa como um todo e ver os pacientes mais felizes com o tratamento. Os resultados, contudo, podem não ser todos positivos – e o que também deve ser considerado.

HABILIDADE PARA LIDAR COM OS PROBLEMAS

Os efeitos das crenças não devem ser subestimados. Se for uma crença religiosa, crença no médico, crença no tratamento médico ou alguma convicção forte, a crença influencia motivação e emoção em formas poderosas. Esta idéia reforça a racionalidade pra uma das mais comuns formas de psicoterapia usada para tratar depressão e ansiedade nos Estados Unidos hoje: a terapia cognitiva. De acordo com este tipo de terapia, as crenças disfuncionais e os pensamentos pessimistas são a raiz de emoções negativas como depressão e ansiedade. A terapia cognitiva procura alterar as crenças disfuncionais e as cognições mal adaptadas de modo que as interpretações e as visões do mundo tornem-se mais positivas e realistas. A regra de acordo com a teoria é que emoções positivas seguem crenças positivas. As crenças religiosas são enraizadas em uma visão positiva, otimista¹. Por exemplo, a maioria dos membros de religiões com tradições monoteístas acreditam que um benevolente criador rege o universo e responde a orações humanas, que todas as coisas (até eventos negativos e situações de dificuldade na vida) têm sentido e propósito, e que depois da morte há a esperança de uma vida eterna, felicidade e fim de sofrimento. Tais crenças ajudam as pessoas a integrar e adaptar as circunstâncias negativas da vida com mais facilidade. Em particular, eles dão a pacientes doentes esperança e os ajudam a perseverar em momentos difíceis que não estão melhorando.

Se o paciente está confiando em crenças e práticas religiosas para melhorar, então qualquer ação feita pelo médico que reconhece e fortalece estas crenças irão impulsionar a habilidade do paciente a lidar com a doença. Estudos

mostram que as crenças e as práticas religiosas estão de fato associadas com melhor acompanhamento, menor depressão e melhor bem-estar em adultos mais idosos e naqueles com significantes problemas de saúde. As crenças religiosas predizem rápida melhora da depressão em pacientes com doenças médicas. As intervenções religiosas que utilizam e apóiam as crenças de um paciente resultam em resoluções mais rápidas da depressão e ansiedade. Novamente, o que quer que seja que fortaleça e reafirme a crença religiosa dos pacientes irá ajudá-los de forma mais efetiva a usar estas crenças para adaptações e mudanças na vida causada por problemas de saúde. Por outro lado, se a crença religiosa ou conflitos estão causando mais estresse do que providenciando apoio, ajudar o paciente nestes assuntos torna-se imperativo.

Como a história espiritual poderia influir o processo de cura? Primeiro, quando um médico pergunta sobre crenças religiosas, os pacientes religiosos têm uma oportunidade de contar ou testemunhar para o médico como a fé os têm ajudado a lidar com a doença. O uso da religião como comportamento de mudança é reforçado pelo ato de verbalizar os benefícios; isso faz com que a pessoa esteja mais atenta e consciente de seus benefícios. Segundo, a maioria dos pacientes sente que se o médico pergunta sobre alguma coisa, então isto deve ser importante – já que médicos não têm muito tempo e perguntam apenas coisas importantes. O fato de que as atividades e as crenças religiosas são suficientemente importantes para o médico perguntar sobre, manda uma poderosa mensagem que reforça a sua efetividade (e se estas crenças estão causando estresse, valida a necessidade de procurar ajuda nesta área). Se o médico também apóia e encoraja as crenças e as práticas que propiciam conforto, então isto dá a eles a “autoridade” de procurar a aprovação médica, fortalecendo ainda mais essas crenças. Ganhando este poder, as crenças têm mais e mais potência para afetar o ajuste e a forma de lidar com a doença.

Em 1910, William Osler (então na Universidade de Oxford) escreveu um pequeno artigo no *British Medical Journal* com o título “*The Faith that heals*”² (A fé que cura). Na primeira sentença, Osler escreveu, “Nada na vida é mais maravilhoso do que a fé – uma grande força motivadora a qual não podemos pesar na balança nem testar em um caldeirão”. Na verdade, o que nós como médicos podemos fazer para construir a fé de nossos pacientes, está nos melhores interesses dos mesmos em fazê-lo.

RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

O componente mais importante da relação médico paciente é a confiança. O reconhecimento médico e o apoio a crenças religiosas, como dito acima, ajuda a fortalecer estas crenças. E também faz algo mais. Ver que o médico reconhece e valoriza o que é central para a esperança do paciente ajuda o paciente a ter mais confiança no médico. Isto é especialmente verdade para os pacientes religiosos cujas crenças são importantes para a sua identidade. Para muitos pacientes (mais de 40% em alguns hospitais; ver capítulo 1), não há nada tão importante como ajudá-los a lidar com suas crenças. Estes pacientes colocam um grande valor e confiança nestas crenças, pois elas os ajudaram a atravessar situações difíceis no passado. Se um médico valoriza estas crenças, isto não apenas fortalece o

paciente, mas também facilita que o paciente deposite sua confiança no médico e na terapia médica indicada. A ligação entre médico e paciente torna-se mais forte, reforçada por uma crença comum, o que é importante na cura.

Nós sabemos que se um paciente acredita no médico e acredita no tratamento, o tratamento será mais eficaz. A resposta ao placebo é baseada na crença do paciente em relação ao tratamento. Combinar o efeito placebo com o presente efeito terapêutico e a efetividade do tratamento é aumentada. Embora a resposta ao placebo tenha maior efeito psicológico ou emocional (não é difícil ver que em tratamentos antidepressivos estudos mostram resposta ao placebo em mais de 40% dos casos), os placebos também afetam a forma de que a doença física responde ao tratamento. Conseqüentemente, a crença do paciente no tratamento pode causar reais mudanças fisiológicas que levam o paciente à melhora.

Ao perguntar sobre as crenças religiosas do paciente de forma respeitosa, o médico indica um desejo de entender uma importante parte pessoal. Se o médico apóia e encoraja estas crenças, a confiança do paciente em relação ao médico é ampliada. Se o médico vai ainda mais longe e ora com o paciente, isto irá confirmar ainda mais esta confiança. De fato, a autoridade médica pode até exercer um aspecto de autoridade espiritual. O médico tem agora se tornado médico e membro religioso, capaz de utilizar totalmente não só o poder das terapias médicas como também tem o poder da confiança do paciente. Isto se aplica principalmente aos pacientes religiosos.

OBEDIÊNCIA

Nós sabemos que a obediência é fortemente relacionada a confiança do paciente em seu médico. Em um estudo feito em 7.204 adultos em Massachusetts, o conhecimento pessoal do médico em relação ao paciente e a confiança do paciente em relação ao médico eram as variáveis mais associadas com a aderência ao tratamento.³ Com outros fatores semelhantes, a taxa de adesão era 2,6 vezes mais alta entre os pacientes cujos médicos conheciam mais detalhes de seus pacientes.

Levar em conta a história espiritual e comentar sobre as preocupações espirituais dos pacientes pode ter um impacto positivo no modo de seguir as recomendações médicas. Primeiro, comentar assuntos espirituais faz com os pacientes (especialmente os religiosos) se sintam mais à vontade com o médico tratando-os integralmente. Conseqüentemente, o paciente fica mais satisfeito e o médico aumenta sua credibilidade aos olhos do paciente. Como dito previamente, não apenas o doutor tem sua autoridade médica, mas também ganha autoridade espiritual já que o paciente passa a confiar mais no médico. Maior confiança aumenta também a probabilidade do paciente seguir as recomendações médicas⁴, tais como tomar o remédio prescrito, fazer mudanças comportamentais e seguir outras terapias médicas. Enquanto nenhum estudo tem mostrado o efeito de levar em conta a história espiritual ou comentar as necessidades espirituais no modo em que o paciente acata as recomendações médicas, pesquisas indicam que as pessoas religiosas tendem a ser mais obedientes em relação às medicações prescritas e manter o retorno ao médico.⁵ Os pacientes tratados integralmente, ou seja, aqueles que tem sua necessidade espiritual comentada, sentem-se mais obrigados a

continuar o tratamento, até mesmo quando isto precisa de um grande esforço e os benefícios não são tão evidentes.

Segundo, se os pacientes sentem que o médico entende suas crenças religiosas ou lutas e é receptivo para discutir estas crenças, eles se sentirão mais à vontade para falar com o médico sobre crenças que conflitam com tratamentos prescritos ou uso de terapia religiosa ao invés de tratamento médico. Por exemplo, um paciente vai a um serviço de cura em uma igreja e decide parar com toda a medicação porque agora acredita que está curado. Se o médico faz um esforço para entrar no ponto de vista espiritual do paciente, o paciente estará mais propenso a confiar no médico se trocam experiências nesta área. Tendo esta informação, possibilitará ao médico acompanhar o paciente mais cuidadosamente, com completo conhecimento sobre o que está acontecendo.

MOBILIZANDO APOIO COMUNITÁRIO

Comunicar e procurar ajuda religiosa no hospital e na comunidade pode influenciar o tratamento médico afetando a qualidade de apoio que os pacientes recebem após deixar o consultório médico ou ter alta de um hospital.

Primeiro, se os médicos tornam-se familiares com os membros religiosos quando estes visitam o hospital, eles perceberão que os membros religiosos estão mais propensos a apoiá-los e aos tratamentos que prescrevem. Os religiosos também estão estrategicamente posicionados para reforçar as necessidades para atenção médica regular. Se os pacientes estão conscientes de que o clero conhece e confia nos médicos, isto ajuda os pacientes a fazerem o mesmo.

Segundo, o corpo médico (com o consentimento do paciente) pode alertar o religioso que acompanha o paciente sobre as necessidades médicas que o paciente precisa após uma consulta ou recebe alta do hospital.. Isto possibilita que o clero mobilize recursos na comunidade religiosa para providenciar apoio emocional e espiritual bem como serviços para o paciente e sua família.

Terceiro, o clero estará mais apto a indicar membros da congregação religiosa ao médico para o tratamento de seus pacientes, melhorando a atenção aos problemas médicos. Os médicos que têm relacionamento com os pastores da comunidade também podem influenciar a detecção de doenças e práticas de estilo de vida saudáveis aos membros da igreja encorajando os programas de saúde em nível congregacional.

CURSO DA DOENÇA

Comentar assuntos espirituais pode ter impacto no decorrer da doença médica ou cirurgia e a resposta ao tratamento. Isto é acompanhado de cada um dos benefícios descritos acima: melhorar a habilidade do paciente em superar a doença, ajudar o paciente a combater o estresse através de sua crença religiosa, melhorando a relação médico-paciente e mobilizando apoio e monitorar as doenças da comunidade.

Primeiro, porque a poderosa influência que a crença tem em aliviar o estresse, diminuir a depressão e aumentar a esperança faz com que comentários sobre assuntos espirituais possam ajudar a ativar ou manter os sistemas naturais de

cura do corpo (sistemas endócrino, imunológico e circulatório). Os pacientes doentes que estão passando por estresse, ansiedade e depressão têm permanência mais longa e maior índice de mortalidade ⁶. O estresse psico-social tem sido relacionado à redução da velocidade de cura de feridas. Isto acontece por alterar a imunidade dos pacientes afetando os eventos fisiológicos necessários para o fechamento de feridas. ⁷ Conseqüentemente, o estresse psico-social pode prolongar a recuperação após acidentes ou cirurgias e até mesmo aumentar o risco de infecções. Qualquer coisa que melhore a capacidade do doente em lidar com a doença reduzirá a ansiedade e aumentará a esperança, logo um melhor resultado para a saúde surge. Apoiar crenças religiosas que ajude o paciente a lidar com doenças e ajudar o paciente a trabalhar problemas estressantes (geralmente com o apoio de profissionais religiosos treinados), o médico pode estar realizando importantes intervenções com conseqüências duradouras.

Segundo, tratando a pessoa integralmente, comentando os aspectos espirituais da doença, aumenta a satisfação do paciente com o tratamento e confiança no médico. O nível de confiança, como dito antes, leva a melhor fidelidade ao tratamento. Melhor adesão ao regime médico, por sua vez, melhora o resultado da doença.

Terceiro, tendo mais confiança no médico, o paciente terá mais fé na eficácia do tratamento que o médico prescreve aumentando o efeito placebo, como apresentado antes. As pesquisas mostram que quando um paciente acredita no tratamento, isto aumenta a possibilidade do tratamento ser mais eficaz (mesmo que o tratamento seja eficaz ou não) ⁸.

Quarto, aumentando o apoio que paciente recebe de sua comunidade religiosa em termos espiritual, psicológico, social e ajuda prática do cotidiano, ajudará mais o paciente e sua família a lidar com a doença. Isto também assegura que as terapias médicas serão seguidas e pronta atenção médica será procurada quando necessária. Conseqüentemente, comentando assuntos espirituais com os pacientes e começando um diálogo com os membros religiosos da comunidade, o médico estará direta e indiretamente afetando o curso da doença.

BENEFÍCIOS AO MÉDICO

Embora a razão primeira para incluir a espiritualidade no tratamento do paciente é o bem-estar do mesmo, os médicos podem se beneficiar dos comentários sobre as necessidades espirituais dos pacientes. Devido a demanda de pacientes internados e não-internados, há uma tendência de médicos muito atarefados atenderem rapidamente os pacientes – focando apenas em suas necessidades biológicas. Como os sistemas de saúde têm se preocupado mais e mais com esta situação, os médicos têm sido pressionados a aumentar sua eficiência ao atender pacientes. Esta eficiência aumentada tem um custo – um custo não apenas para os pacientes, mas também para os médicos.

O fato é que a maioria dos médicos não se tornam médicos pelo dinheiro. Se jovens altamente talentosos e inteligentes trabalhassem de doze a dezesseis horas por dia, sete dias por semana, entre sete e dez anos tornar-se-iam grandes executivos, eles ganhariam muito mais do que passar este tempo em uma escola e residência médica. Não, a maioria de nós nos tornamos médicos porque

queremos ajudar as pessoas, porque nós queremos fazer a diferença na vida destas pessoas e no mundo ao nosso redor. Algumas vezes, o treinamento médico e os rigores da prática clínica apagam este idealismo. Quando isto acontece, os médicos começam a sentir um vazio e falta de ânimo no que estão fazendo, o que pode levá-los a questionar a sua escolha de profissão.

Os médicos que começam a comentar os aspectos espirituais das doenças dos pacientes sentem um crescimento naquele sentimento adormecido que os levaram a tornar-se médicos. Não são mais simplesmente técnicos em “consertar” um corpo físico assim como um mecânico arruma um carro quebrado. Muito além disso, eles tornam-se médicos-pastores no real sentido da palavra. Como os médicos tratam do paciente como um todo, eles se encontram como médicos outra vez.

CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS

Esta discussão até agora mostrou os pontos positivos de comentar assuntos religiosos ou espirituais no tratamento do paciente. Haveria algum resultado negativo? Pesquisas neste tópico, ou casos publicados reportando resultados negativos em assuntos espirituais está em falta, mas existem histórias sobre o que pode acontecer se o médico não procede de forma inteligente, gentil e cautelosa nesta área. Abaixo há uma lista de conseqüências negativas que podem resultar de comentários sobre espiritualidade:

- Um paciente religioso pode sentir-se ofendido caso o médico tenha uma religião diferente e o acesso espiritual é feito de forma não adequada à fé do paciente.
- A família do paciente não é da mesma religião que o médico (ou do próprio paciente) e sente-se ofendida pelo fato do médico apoiar as atividades religiosas com o paciente.
- Um paciente religioso pode sentir-se incomodado porque suas crenças religiosas não são respeitadas durante a avaliação espiritual ou porque o médico lida com o assunto de forma não-séria.
- Um paciente não religioso fica preocupado, pois o médico faz perguntas que tocam uma área sensível em sua vida; o paciente questiona as intenções do médico e ressentido a implicação de que não é religioso “suficiente”.
- Levantar assuntos espirituais em tempos de doenças sérias cria uma indevida ansiedade no paciente, e isto o leva a pensar se a doença seria uma punição de Deus ou o que pode acontecer com ele após sua morte.
- Uma mensagem não-intencional é passada ao paciente de que ele está perto da morte e nada mais pode ser feito, criando ansiedade e levando o mesmo a perder esperanças e desistir do tratamento.
- Os assuntos espirituais aparecem em horas que o médico não está preparado para lidar ou que não tem tempo para comentá-

los, e não há membros religiosos para dar assistência ao paciente.

Estas preocupações afastam muitos médicos de lidarem com estes assuntos com seus pacientes. Como dito antes, nenhuma pesquisa mostrou como as conseqüências negativas podem ocorrer; no entanto, aparece, tanto na prática clínica e em estudos, que as conseqüências positivas de falar sobre assuntos espirituais se sobrepõe em relação às negativas, tanto em freqüência como em impacto.

O texto abaixo mostra quatro curtas estórias contadas por médicos. Elas enfatizam a necessidade de cautela e sensibilidade nesta área. (Os próximos dois capítulos falam sobre limites profissionais e prejuízos religiosos).

Recentemente, um psiquiatra orava com um paciente como parte de seu trabalho no sistema de saúde mental do Texas. Não está claro se o psiquiatra iniciou a oração ou o paciente pediu, ou se o psiquiatra tinha a história espiritual do paciente. Seja qual for o caso, a oração confundiu o paciente, que contou a sua família o fato. Quando a família processou o médico, o júri foi contra o psiquiatra e a favor da família. Infelizmente, este caso trouxe um “medo” local que levou muitos departamentos a aconselhar seus funcionários e residentes a não comentar sobre assuntos espirituais com pacientes.

Um segundo caso envolve uma mulher cujo médico fez um diagnóstico de metástase de câncer de pulmão. Ela ficou profundamente deprimida. Seu filho também tinha recebido um diagnóstico de AIDS. Sentindo o quão preocupada ela estava, seu médico perguntou se poderia orar por ela. Ela disse “Absolutamente não”, e abruptamente levantou-se e saiu do consultório. O médico nunca mais a viu. A história espiritual talvez pudesse ajudar nesta situação, revelando as experiências da paciente com religião. Isto talvez pudesse alertar o médico a não prosseguir com a sua oferta de oração (embora a paciente pudesse também ficar incomodada pela história espiritual). Há uma tendência natural aos pacientes para perguntar “Por que eu?” quando eles estão no meio de circunstâncias agonizantes. Eles podem sentir raiva de Deus para permitir que eles sofram tanto e por não responder às suas preces. Os médicos devem dispensar uma atenção extra ao aproximar-se de pacientes para intervenções espirituais.

Em outro caso, um médico cristão perguntou a uma paciente que era Testemunha de Jeová se a paciente gostaria de rezar com o médico. A paciente disse não. Quando o médico gentilmente perguntou por que esta paciente religiosa não queria orar, ela disse que caso o médico usasse a palavra “Deus” ao invés de “Jeová” na oração isso seria ofensivo a ela. Então, os médicos devem explorar minuciosamente o passado religioso do paciente e encontrar que tipo de oração seria adequado em determinada situação.

Um quarto caso, ocorrido em um hospital em Fort Worth, não envolve um médico, mas uma lição a ser aprendida. Um paciente estava na UTI após uma cirurgia e ainda não estava totalmente consciente. Uma assistente social do hospital colocou um panfleto encorajando a conversão ao Cristianismo na mesa de cabeceira do paciente. A família do paciente, que era Testemunha de Jeová, viu o panfleto ao visitar o paciente. Preocupados com isto, eles processaram a assistente social e o hospital. Este caso enfatiza a necessidade de ser sempre centrado no paciente quando levantar a história espiritual em ambientes médicos. É a crença espiritual ou

religiosa do paciente que deve ser apoiada e encorajada e não as crenças do médico ou de qualquer outro profissional da saúde.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

Falar sobre assuntos espirituais como parte do tratamento – acessando as necessidades espirituais, apoiando as crenças dos pacientes, validando as preocupações religiosas, fazendo as referências apropriadas para encontrar as necessidades espirituais e, em casos cuidadosamente selecionados, orar com os pacientes – pode ter um potencial número de benefícios. Isto também pode ter conseqüências negativas tanto para médicos como para pacientes se conduzido de modo incorreto. Por um lado, isto pode melhorar a capacidade do paciente lidar com a doença, melhorar a relação médico-paciente, aumentar a confiança e a crença no tratamento e motivar o apoio e o monitoramento da comunidade, aumentando a satisfação com o tratamento médico e aumentando a velocidade da recuperação. Do lado médico, praticar a medicina integral pode colher bons frutos, levando a maior preenchimento e o retorno de um idealismo perdido. Por outro lado, quando médicos lidam com assuntos espirituais sem sensibilidade, cautela ou treinamento, os resultados podem ser desastrosos – levando o paciente e sua família a uma insatisfação e até caros processos.

CAPÍTULO 5 LIMITES E BARREIRAS

Este capítulo explora as tarefas dos médicos e as limitações no papel que eles têm quando comentam sobre as necessidades espirituais dos pacientes. Quais os limites éticos que não devem ser ultrapassados? Há áreas de sombra que devem ser comentadas caso a caso? Há outras armadilhas que devem ser evitadas e perigos a ser alertados quando comentados estes casos? O texto a seguir explora algumas resistências, medos e preocupações que os médicos têm ao falar sobre religião com os pacientes.

PAPEL DO MÉDICO

A maioria das carreiras tem uma descrição. E sobre o médico? Quais são as responsabilidades de um médico? Famoso pela ética e pela prática médica, o doutor Edmund Pellegrino escreveu extensivamente por mais de duas décadas sobre o papel do médico.¹ Ele desenvolveu um modelo que cai sobre quatro palavras: profissão, paciência, compaixão e consentimento. Pela palavra “profissão”, ele aponta a obrigação de ser competente e habilidoso na prática, a necessidade de colocar o bem-estar do paciente acima do interesse próprio e a maneira voluntária pela qual os médicos oferecem suas habilidades aos pacientes que delas precisam. Pela palavra “paciência”, Pellegrino mostra que a pessoa que está procurando tratamento médico está sofrendo e em uma posição vulnerável e que o médico tem o poder de influenciar a vida e as decisões do paciente. Por “compaixão”, ele diz que o médico é convidado a sofrer com o paciente, dividindo a situação existencial em que o paciente se encontra (a qual também sugere um papel espiritual). Por “consentimento”, ele enfatiza que a relação médico-paciente é baseada em um consentimento de informações dadas livremente, pelas duas partes envolvidas e que este consentimento deve ser feito na ausência de pressão ou força de qualquer um dos lados.

Em adição a estas linhas gerais para a interação médico-paciente, códigos e juramentos que médicos geralmente fazem em suas formaturas, descrevem o que respeitados médicos historicamente acreditam ser o papel do médico. Dentre os códigos mais famosos estão o juramento de Hipócrates e o juramento de Maimonides. Escrito por volta do século V antes de Cristo, pelo filósofo grego Hipócrates, está a seguir:²

" Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de

todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça."

Alan Butler, um médico de Vineyard Haven, Massachusetts, nos traz esta versão atualizada do juramento de Hipócrates publicada no *New England Journal of Medicine*:

Nós médicos devemos re-enfatizar como fator básico da nossa profissão o princípio racional ético de minimizar o sofrimento. No curso de nosso treinamento e prática, que nós não fiquemos tão intrigados com as satisfações intelectuais de entender uma doença de modo que esqueçamos a prioridade do princípio humanitário e a consideração de pacientes como pessoas. Em nosso papel como especialistas, deixe-nos ter empatia com nossos pacientes. Possamos nós ver as potencialidades da saúde física, mental e espiritual [ênfase colocado] de cada pessoa e família e da sociedade. Nós tentaremos novas terapias e novos procedimentos nas áreas as quais somos conhecedores e em consulta a outros também conhecedores e apenas quando, na opinião de conhecedores, os possíveis benefícios se sobreponham aos possíveis riscos. Com a eficácia de nosso serviço aumentando, deixe crescer nossa responsabilidade. Como custo de nossa crescente eficácia nos serviços, deixe-nos tentar entregá-los com eficiência. A pretensão não irá entrar em nossa prática. Falta de habilidade de ajudar muitos de nossos pacientes evocará a nossa humildade. O sofrimento deles será atendido com nossa compaixão. Em nossa reverência pela vida, não nos deixe confundir minimização do sofrimento pela prolongação da vida nem dar prioridade a quantidade à qualidade de vida. Em praticar os princípios éticos benéficos ao

homem, possamos fazer aos outros o que gostaríamos que fizessem por nós, nossos filhos e a descendência humana.”³

Moses Maimonides, que viveu entre 1135 e 1204, foi talvez o mais importante filósofo judeu da idade Média. Nascido na cidade espanhola de Córdoba, Maimonides fugiu para o Cairo em razão do crescente anti-semitismo na Espanha. No Cairo, Maimonides trabalhou como médico e também como estudioso das leis judaicas e filósofo. Ele é responsável pelo juramento que carrega seu nome:

A Eterna Providência me escolheu para vigiar pela vida e saúde de de suas criaturas. Que o amor por minha arte me guie o tempo todo. Que nem a avareza nem a mesquinhez, nem a sede de glória nem de alta reputação tomem minha mente... porque os inimigos da verdade e da misericórdia poderiam facilmente me enganar e fazer-me esquecer de meus elevados objetivos de fazer bem a seus filhos. Que jamais veja no paciente outra coisa do que um companheiro em sofrimento. Conceda-me força, tempo e oportunidade para corrigir o aprendido, para fazê-lo sempre melhor porque a sabedoria é imensa e o espírito do homem pode sempre acrescentá-la infinitamente com novos esforços. Hoje pode descobrir seus erros e amanhã obter uma nova luz sobre aquilo que acha certo hoje. Ó Deus! Tu me escolheste para vigiar pela vida e pela saúde de tuas criaturas: aqui estou pronto a segui minha vocação!”⁴

As quatro palavras de Pelligrino e estes juramentos enfatizam que as responsabilidades dos médicos vão além das de um típico funcionário ou de um técnico altamente qualificado. Elas enfatizam que a prática da medicina é mais do que uma sagrada vocação e que a tarefa do médico é aliviar o sofrimento dos pacientes com experiência e compaixão. Elas também enfatizam que o relacionamento entre médico e paciente é livre, entrando em um consentimento mútuo sem coação e que o médico tem uma posição de poder sobre o paciente que está vulnerável à influência do médico. A versão de Butler para o juramento de Hipócrates inclui a responsabilidade do médico pela saúde integral da pessoa – física, mental e espiritual. O que, então, estas tarefas dos médicos nos diz sobre as limitações deste papel e os limites que devem ser observados ao comentar as necessidades espirituais dos pacientes?

LIMITAÇÕES NO PAPEL

Os médicos são limitados em seu nível de conhecimento. Os médicos não são membros religiosos, tampouco capelães treinados para ajudar pacientes a resolver problemas espirituais complexos relacionados a doenças físicas ou emocionais. Os médicos variam amplamente em conhecimento religioso e em conhecimento de crenças e práticas religiosas de seus pacientes, e muitos não estão familiarizados com explicações religiosas para as doenças até mesmos em suas próprias tradições religiosas. Então, enquanto muitos médicos podem tomar a história espiritual de forma respeitosa, aprendendo sobre as crenças religiosas dos pacientes, recursos religiosos e lutas religiosas perante a doença (como parte de tarefa para acessar a saúde do paciente integralmente), a maioria dos médicos não

pode providenciar explicações teológicas que vão adequadamente ao encontro às necessidades espirituais dos pacientes.

Similarmente, qualquer médico pode apoiar e encorajar as crenças que o paciente identifique como prestativa e confortante, mas poucos médicos têm experiência para dar conselhos sobre quais práticas ou crenças são mais adequadas para um paciente, com uma dada doença, em um dado sistema religioso. Os médicos podem até escolher se realiza o pedido para orar com um paciente, e se condições específicas aparecem, até iniciar uma simples oração em casos cuidadosamente selecionados. No entanto, a maioria dos médicos não tem treinamento para aconselhar pacientes a para que rezar, como rezar, ou quando e em qual frequência, mesmo se pedido pelos pacientes.

NECESSIDADE PARA CONSENTIMENTO

Levar uma história espiritual como parte da história social ou apoiar e encorajar as crenças do próprio paciente não requer detalhada discussão e consentimento antecipados. Isto é simplesmente parte de uma avaliação compreensiva e apoio integral das pessoas, sugerido quando o paciente procura o médico para ajuda. Fazer qualquer além de uma simples avaliação requer informação e livre consentimento do paciente. Devido ao fato do paciente estar em uma posição vulnerável em relação ao médico, a obtenção de um livre consentimento para uma intervenção espiritual pode ser muito difícil - não impossível, mas difícil. Iniciar uma oração com pacientes, por exemplo, pode acontecer apenas quando o médico sabe, sem dúvida alguma, que o paciente receberia bem esta idéia. Isto é real porque o paciente não está em uma posição de recusar o médico (que faz decisões sobre os tratamentos que influenciarão a vida do paciente). Além disso, o paciente não tem o poder de dar consentimento ou permitir que o médico providencie profundos conselhos espirituais a não ser que o médico tenha o treinamento e experiência para tais aconselhamentos.

O médico também precisa obter consentimento do paciente antes de pedir a um capelão ou a um pastor que veja o paciente. Isto acontece em hospitais. Da mesma forma, antes de discutir o caso de um paciente com uma enfermeira paroquial ou membros da congregação religiosa do paciente o médico deve obter esta permissão do paciente. O paciente deve controlar e aprovar completamente qualquer tipo de comunicação entre seu médico e membros religiosos da comunidade.

LIMITES

Aqui nos referimos às limitações no papel do médico e às limitações no papel do paciente. Os limites são necessários de modo que o médico possa ser o mais objetivo possível ao tratar o paciente e fazer decisões sobre o tratamento. A objetividade é importante para que assuntos emocionais não interfiram em julgamentos médicos. Os limites também são necessários do lado do paciente para limitar as expectativas que os pacientes têm em relação aos médicos.

As limitações no meio médico são colocadas dentro da especialidade médica, embora possa haver grandes variações entre elas. Por exemplo, as limitações colocadas por um psiquiatra são menores do que as de um médico de família, pediatra ou cirurgião. A razão é que geralmente os psiquiatras tratam de pacientes que não estão seguros de sua própria identidade e têm dificuldade em reconhecer seus próprios limites como pacientes. Isto ocorre principalmente com pacientes com desordens de personalidade (desordem de personalidade limítrofe são as mais severas). Se os psiquiatras ultrapassam estes limites ou falham ao tentar manter os pacientes controlados, o relacionamento terapêutico pode tornar-se alterado de modo que o tratamento torne-se impossível.

Aderir às limitações existentes no relacionamento é importante quando o psiquiatra está desenvolvendo uma psicoterapia mais internalizada. O psiquiatra deve manter o seu relacionamento com o paciente fortemente definido para que isto também seja utilizado como ferramenta terapêutica. “Transferência” é a projeção do paciente para o terapeuta das qualidades de outra pessoa significativa, geralmente um dos pais. A transferência que se desenvolve no curso da terapia pode ser usada para ajudar o paciente a desenvolver melhor entendimento e eventualmente trabalhar problemas habituais em relação a outras pessoas. Contra-transferência é o sentimento do psiquiatra em relação ao paciente como resultado de suas próprias necessidades emocionais e projeções, e deve ser cuidadosamente protegida. A transferência e a contra-transferência explicam a necessidade de limites.

Um psiquiatra está em perigo de ultrapassar os limites profissionais se ele trata o paciente de forma que encoraje uma amizade pessoal ou torna-se pessoalmente envolvido com o paciente ou problemas dos pacientes. Tal envolvimento ameaça o compromisso da objetividade do psiquiatra, o desenvolvimento de transferências e a habilidade do psiquiatra em usar a relação terapêutica para ajudar o paciente. Os pacientes geralmente não estão conscientes destes limites e podem testar estes limites querendo saber mais sobre a vida do psiquiatra, da família do psiquiatra, onde eles moram ou para onde vão de férias (como no popular filme “O que se passa com Bob? - *What about Bob?*”, com Bill Murray).

O paciente pode tentar conseguir informações pessoais sobre o psiquiatra para formar uma relação pessoal, mas geralmente da mesma maneira mal adaptada ele faz amizades com outras pessoas. Com frequência é este modo de relacionar-se com as pessoas que trouxe o paciente ao tratamento. A responsabilidade do psiquiatra em manter a relação terapêutica e reforçar os limites desta relação não dando informações pessoais ou alimentando um envolvimento pessoal com o paciente. Se o método terapêutico desenvolvido é puramente de apoio (proporcionando apoio emocional ao paciente), então um rígido seguimento dos limites é menos crucial – embora ainda necessário para manter a objetividade.

Limites entre cirurgiões e pacientes também são importantes para manter, embora em menor grau do que entre psiquiatras e pacientes. Se o cirurgião está operando um bom amigo, isto pode aumentar o estresse durante a operação. Por

esta razão, o cirurgião tenta ficar o mais objetivo possível em seus sentimentos em relação ao paciente para reduzir os riscos de erro cirúrgico. Limites entre médicos de primeiros cuidados (médico de família, pediatra) e paciente também são necessários, embora em um grau ainda menor do que o cirurgião ou o psiquiatra. Mais uma vez, quando o papel do médico é puramente de apoio, assuntos de limites podem ser relaxados (mas nunca descartados).

A avaliação espiritual e o apoio não ameaçam os limites entre médico e paciente. Uma exceção pode estar no psiquiatra fazendo uma terapia orientada para o entendimento do próprio paciente, onde o apoio e o encorajamento de crenças religiosas não seria apropriado. Os limites tornam-se mais evidentes quando o psiquiatra decide orar com o paciente ou oferecer aconselhamento espiritual. Devido à religião estar em uma área intensamente emocional e profundamente pessoal (tanto para médicos como para pacientes), é mais difícil manter objetividade após tais intervenções – não impossível, mas mais difícil. Novamente há menor risco para os médicos de primeiros cuidados quando lidam com estressantes circunstâncias médicas, onde providenciar apoio emocional é o objetivo primeiro. Estar consciente dos perigos do envolvimento em demasia ajudará os médicos seja qual for a especialidade a aumentar a eficácia terapêutica das intervenções espirituais.

ÁREAS DE SOMBRA

A importância de saber quais os limites e manter as fronteiras profissionais não podem ser exageradas, mas precisamos manter em mente de que sempre haverá áreas de sombra que devem ser lidadas caso a caso. Por exemplo, considerando um caso de um idoso que chamaremos de Bill. Bill tem muitas doenças de saúde crônicas, mora sozinho, e tem se tornado cada vez mais isolado socialmente desde que sua esposa faleceu dois anos atrás. A história social mostra que Bill não tem nenhum membro mais chegado de sua família na área. Uma história espiritual levantada pelo médico de primeiro socorro mostra que Bill é relativamente religioso e costumava ser ativo em sua igreja. Devido a um conflito pastoral há cinco anos, ele parou de ir aos encontros religiosos e nunca mais retornou. Ele diz estar arrependido e que sente falta dos amigos da igreja. Sentindo que Bill talvez tivesse um problema espiritual, o médico pergunta se ele gostaria de ver um pastor. Bill rejeita a idéia, dizendo que não quer falar com nenhum membro religioso. O médico prescreve um antidepressivo e providencia uma terapia religiosa (o que Bill também rejeita).

Quando Bill volta para seu retorno no médico após um mês, o médico percebe que seu humor melhorou, mas continua afastado da sociedade. Ao final da consulta, ele pergunta a Bill o que aconteceu cinco anos atrás quando ele parou de frequentar a igreja. Com grande emoção, o paciente lembra a discussão que ele teve com o responsável pela música do tipo de música tocada na igreja. O médico escuta atentamente por cinco minutos. Ao final ele sugere a Bill reconsiderar uma volta a sua igreja ou procurar uma nova. Quando o paciente volta um mês depois, sua depressão melhorou. Bill diz ao médico que tem frequentado a sua igreja por mais de duas semanas e está restabelecendo contato seus velhos amigos.

Neste caso, o médico identificou um problema espiritual levando em conta a história espiritual. Desde que este problema espiritual parecia complexo, ele tentou enviar o paciente a um profissional religioso. Vendo a necessidade de socialização, e percebendo que o paciente não procuraria um conselho pastoral nem algum outro membro religioso, o médico decidiu explorar gentilmente um pouco mais sua história e sugeriu que voltasse a igreja. Levando mais alguns minutos para escutar o paciente descrever o problema com mais detalhes, o médico ajudou-o a trabalhar com isto. Comentando o problema espiritual e sugerindo uma solução foi além da área de conhecimento do médico. No entanto, o médico tentou o caminho mais apropriado primeiramente, e vendo que a avenida estava bloqueada, ele decidiu resolver o problema. Sugerindo que Bill voltasse a freqüentar a igreja, o médico não estava apresentando ou recomendando nada novo a Bill, já que a história espiritual mostrou que isto tinha um lugar importante na vida dele. O caso teve um bom resultado porque Bill respondeu bem à intervenção espiritual, muitos outros resultados também são possíveis.

As situações reais são mais complexas e complicadas do que possa ser falada rapidamente ao aplicar uma seqüência de regras. As guias gerais apresentadas acima providenciam um caminho que ajudará médicos em diferentes situações, maximizando os resultados positivos.

O PODER DA AJUDA

O texto acima enfatizou a importância das limitações, a manutenção dos limites de relacionamento entre médicos e pacientes e a necessidade de ser flexível em termos de aplicar estas instruções. A apresentação estaria incompleta sem apontar que algumas vezes os médicos precisam correr riscos. Nós geralmente lidamos com pacientes que atravessam circunstâncias difíceis na vida, que estão solitários e carregam tremendas responsabilidades físicas e emocionais. Eles vêm a nós procurando ajuda, quase sempre desesperados e sem ter para onde ir. Algumas vezes não há como ajudá-los sem nos envolvermos em suas vidas, começando a cuidar deste paciente como se fosse um amigo e comunicando isso a eles. Isto envolve um auto-sacrifício e vai além das tarefas, arriscando o que possa comprometer a objetividade médica e suas decisões. É um risco a partir de ternura e compaixão. É um risco que alguns dos melhores médicos correm o tempo todo.

OUTRAS DIFICULDADES E PERIGOS

Muitos problemas que resultam de comentar assuntos espirituais ocorrem porque ou o médico não acompanha as necessidades espirituais para certificar-se de que são devidamente tratadas ou porque vai além dos limites de competência para comentar sobre assuntos que caem sob a responsabilidade de religiosos profissionais. A responsabilidade do médico fica em identificar as necessidades espirituais e procurar recursos para resolvê-los. Se tempo é um problema e delegar responsabilidades a outros (enfermeiros e assistentes sociais) torna-se necessário, o médico deve acompanhar o paciente para ver se os recursos mobilizados estão surtindo efeito.

Assumindo que o paciente seja religioso ou tenha um bom relacionamento com a comunidade religiosa, sem tomar uma adequada história espiritual, é uma armadilha a ser evitada. Isto é real se uma intervenção espiritual (como indicar um capelão, comentar assuntos com o membro religioso de confiança do paciente ou iniciar uma oração) está sendo considerada. Tais erros são feitos geralmente durante situações de emergência seja na sala de emergência ou no hospital, quando há pouco tempo para avaliação. O problema é a falha em obter consentimento devido à falta de informações adequadas. Leva pouco minutos para checar com o paciente ou um membro familiar sobre a orientação espiritual do paciente e se uma intervenção espiritual seria apreciada ou melhor evitada.

Providenciar aconselhamento espiritual aos pacientes é outra armadilha. Quando há similaridades no conhecimento religioso, o médico pode sentir-se tentado a resolver problemas ideológicos para os pacientes colocando sua visão religiosa. Isto pode piorar debates religiosos ou expor o médico em uma posição de ataque ou depreciação do paciente. Fazer questões para ajudar o paciente a clarear seus pensamentos sobre problemas espirituais é melhor do que aconselhar.

Quando comentar assuntos espirituais, os médicos devem estar conscientes de como suas crenças religiosas podem interferir em sua habilidade para avaliar uma situação objetivamente⁵. Por exemplo, um médico com visão conservadora religiosa pode ficar tentado a impor este modo de pensar a uma paciente tentando fazer aborto, fazer sexo antes do casamento ou se envolver em um relacionamento fora do casamento ou em um caso homossexual. Tais comportamentos podem incitar sentimentos de desdém ou desgosto em médicos religiosos em relação a estes pacientes, comprometendo a habilidade de sugerir um tratamento de saúde eficaz. Da mesma forma, médicos não religiosos podem tratar pacientes conservadores em termos de religião como regressivos ou Victorianos, e permitir que as visões religiosas deles possam influenciar a qualidade do tratamento que recebem. Os médicos devem estar constantemente alerta para tais reações “contra-transferenciais”.

BARREIRAS MÉDICAS

Enquanto é verdade que muitos médicos procedem com cautela e sensibilidade quando comentam sobre assuntos espirituais, muitos sequer tentam fazê-lo devido a resistências pessoais, medos ou preocupações injustificadas sobre esta área. O texto acima apresentou numerosas cautelas, armadilhas e perigos de modo que os médicos estejam preparados para comentar assuntos espirituais de uma maneira eficaz, equipados para lidar ou evitar problemas que surjam durante o processo. Isto não deve espantar ninguém – seja qual for a especialidade – de fazer uma avaliação espiritual e comentar assuntos espirituais tão logo eles surjam. Abaixo há algumas barreiras tanto reais como de atitude, que afastam alguns médicos de avaliar assuntos espirituais na prática clínica.

Falta de conhecimento – Muitos médicos não estão conscientes da importância das práticas e crenças religiosas para os pacientes doentes, nem sabem sobre as pesquisas que ligam práticas religiosas a melhor entendimento e melhor

saúde. Devido a muitos médicos serem menos religiosos que seus pacientes ⁶, eles geralmente não percebem que os pacientes – particularmente os religiosos – queiram que comentem assuntos espirituais ou que tenham crenças religiosas que possam afetar as decisões médicas. Finalmente, a maioria dos médicos não estão conscientes dos potenciais benefícios de comentar assuntos espirituais, em termos de relacionamento médico-paciente e até mesmo no decorrer da doença.

Falta de treinamento - Embora quase 80 das 126 escolas médicas nos Estados Unidos tenham cursos eletivos ou obrigatórios em religião/espiritualidade e medicina, a maioria dos médicos já formados não tem treinamento nesta área. Mais, a maioria dos estudantes que estão se formando nas escolas médicas também não tem este conhecimento, já que a maioria dos cursos são eletivos e têm pouca frequência. Muitos médicos não sabem como levantar uma história espiritual, nem quando fazer isto e nem o que fazer se as necessidades espirituais aparecem durante uma avaliação. Infelizmente, muitos estão contentes praticando a medicina do modo que fazem e não querem adicionar um fardo adicional fazendo este tipo de avaliação.

Falta de tempo – No final dos anos 90, um estudo entre 170 médicos de família mostrou que 71% apontava falta de tempo como barreira para comentar assuntos espirituais. ⁷ A falta de tempo apareceu em primeiro lugar no ranking de catorze barreiras apresentadas; a falta de treinamento ou experiência em tomar uma história espiritual foi a segunda colocada (quase 60%). De acordo com uma recente pesquisa na mesma localização geográfica ⁸, a falta de tempo não era um fator determinante. Apenas 26% indicaram que eles não tinham tempo para discutir assuntos religiosos com pacientes. Embora o tempo seja curto em um encontro de médico e paciente, perguntar algumas questões sobre como o paciente está indo espiritualmente não leva muito tempo (menos que cinco minutos e mais provavelmente dois ou três minutos). Se as necessidades espirituais são identificadas, uma consulta a um capelão ou conselheiro pastoral é facilmente feita. Estudos mostram que as pessoas com problemas emocionais preferem ver um religioso do que um conselheiro, psicólogo ou psiquiatra ^{9 10}.

Desconforto com o tema - Uma das razões mais comuns pela qual os médicos não perguntam sobre assuntos espirituais é o desconforto interpessoal. Em uma pesquisa ¹¹ investigadores concluíram que o desconforto interpessoal (i.e., responder sim a frase “eu me sinto desconfortável ao comentar assuntos religiosos com os pacientes”) foi o ponto chave desta pesquisa. Outros significantes fatores na análise - (especialidade médica, não relevante a saúde nem a descrição da carreira) - todas perdiam a significância quando o desconforto interpessoal era adicionada ao modelo. A falta de conforto não é uma boa razão para evitar perguntar sobre uma área importante na vida do paciente e é intimamente ligada a saúde física e decisões sobre o tratamento médico. Como esperado neste estudo, os médicos de família e médicos de primeiros cuidados estão mais propensos do que neurologistas e cirurgiões a perguntar sobre a história espiritual.

Medo de impor pontos de vista religiosos nos pacientes. – Enquanto isto é falado como um problema, muitos médicos em pelo menos um estudo não

concordam que esta é uma boa razão para não comentar assuntos religiosos com pacientes. Em *Chibnall e Brooks*, 75% dos médicos não concordam com a frase “Porque médicos podem impor seus pontos de vista religiosos aos pacientes, pacientes não devem discutir assuntos religiosos com eles.”

Conhecimento sobre religião não é relevante ao tratamento médico - Na metade de 1980, a maioria dos médicos não acreditava que práticas ou crenças religiosas dos pacientes tinham um impacto na saúde física ou resultados médicos.¹² Esse ponto de vista está mudando. No estudo de *Chibnall and Brooks* conduzido em 2001, 63% dos médicos indicaram que a religiosidade do paciente afeta a saúde. No mesmo estudo, 64% dos médicos concordaram com a frase “O conhecimento do médico e o apoio aos valores religiosos do paciente podem melhorar o processo e o resultado do tratamento de saúde”; apenas 8% discordaram desta frase.

Não faz parte do meu trabalho. – Em estudo realizado com 160 médicos de Illinois¹³ mostrou que 69% discordaram com uma frase que indicava que apenas o clero poderia comentar assuntos religiosos. Em um estudo feito com 115 membros ativos da Academia de Médicos de Família de Vermont, a maioria acredita que os médicos tem o direito (89%) e a responsabilidade (52%) de perguntar sobre fatores religiosos no tratamento do paciente¹⁴. O estudo de *Chibnall and Brooks* também reportou que a maioria dos médicos rejeitaram a idéia de que comentar sobre assuntos religiosos não fazia parte de seu trabalho.

ULTRAPASSANDO BARREIRAS

A falta de conhecimento dos efeitos da religião na saúde e a falta de treinamento sobre quando e como comentar assuntos religiosos são facilmente retificadas por treinamento e exposição dos médicos a pesquisas de religião e saúde. O medo de impor crenças religiosas aos pacientes não parece ser um assunto relevante e a maioria dos médicos acredita que é apropriado e de sua responsabilidade comentar assuntos espirituais como parte do tratamento do paciente. O que parece ser o impedimento maior das perguntas sobre assuntos religiosos é o desconforto pessoal em relação ao tema. O treino e a prática em comentar assuntos religiosos é a única forma de superar tais ansiedades.

O tempo inadequado também é uma barreira ao comentar assuntos religiosos, apesar do estudo de *Chibnall e Brooks* mostrar que apenas 24% dos médicos dão esta resposta como desculpa para não falar sobre estes assuntos. Enquanto nem todos os pacientes precisa de uma avaliação espiritual em cada consulta, leva tempo para conhecermos sua história espiritual e para apoiar nosso paciente comentando sobre assuntos espirituais assim que eles surjam. Os médicos podem simplesmente decidir se esta área é suficientemente importante para dispensar um tempo extra quando a situação pede. Como os sistemas de saúde conhecem a conexão entre religião e saúde e se estudos futuros demonstrarem que comentar sobre assuntos espirituais melhoram o resultado da saúde e reduz o uso dos serviços, talvez os médicos ganhem um tempo extra para falar sobre estes assuntos, uma prática a qual, a longo prazo, poderá resultar em melhor cuidado

aliado a baixos custos. Talvez algum dia, as companhias de seguros possam até reembolsar médicos pelo tempo extra que dispensem aos pacientes comentando sobre assuntos espirituais – talvez.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

É importante entender o papel e as responsabilidades dos médicos, tão bem quanto suas limitações quanto a até onde eles devem ir ao comentar assuntos religiosos. Obter o consentimento do paciente é essencial, assim como manter os limites entre médico e paciente ao tomar a história espiritual, apoiando crenças religiosas e até orando com os pacientes. As áreas de sombras devem ser conhecidas para evitar rígidos limites e manter a flexibilidade nestes assuntos. Há outras armadilhas e perigos que os médicos precisam reconhecer para evitá-los. Finalmente, os médicos precisam examinar e superar as preocupações ao tratar estes assuntos com seus pacientes.

CAPÍTULO 6

QUANDO A RELIGIÃO É PREJUDICIAL

E quanto aos efeitos negativos da religião ou espiritualidade na saúde? Artigos recentes escritos pelo psicólogo Richard P. Sloan no *Lancet*¹ e no *New England Journal of Medicine*² desafiam as pesquisas que unem religião e saúde como fracas e inconsistentes e enfatizam os prejuízos que podem resultar quando os médicos discorrem sobre assuntos espirituais. “*Nunca causar dano ou mal a alguém*” (do juramento de Hipócrates) é talvez a mais importante regra na ética médica. Há tempos em que as crenças espirituais ou religiosas podem realmente interferir no tratamento médico, levando a problemas de saúde ou piorar o resultado de uma doença? Quais exemplos e quando isto ocorre? Como podem os clínicos lidar com casos de uma forma sensível e eficaz? E os médicos que realmente causam danos ao perguntar sobre assuntos espirituais ou religiosos?

EFEITOS NEGATIVOS DA RELIGIÃO

Obviamente nem todos os efeitos da religião são positivos e é importante que os médicos estejam conscientes de quando crenças espirituais ou religiosas possam piorar os problemas ou causar conflitos com o tratamento médico apropriado. Por toda a história, a religião tem sido usada para justificar ódios, agressões e preconceitos. Até mesmo um detalhado exame nos eventos mundiais que acontecem hoje em dia revelam terríveis atrocidades cometidas em nome da religião. A religião pode fazer com que as pessoas julguem ou levem outras a alienação e até mesmo a exclusão daqueles que “não seguem as regras”. A religião pode tornar-se tão rígida e inflexível que acaba sendo excessivamente restritiva e limitadora. A religião pode encorajar pensamentos mágicos já que as pessoas rezam esperando uma cura como se Deus fosse um gênio gigante prestes a atender todos os desejos humanos. Se a cura física não acontece imediatamente, a pessoa pode ficar despondida e ressentida, dizendo que a oração não foi atendida e que Deus não liga para ela, ou, pior ainda, que a doença foi enviada como uma fúria, vingança de Deus para puni-la. Estes usos da religião são comuns no tratamento de saúde, causando estresse e tendo um potencial impacto negativo na doença e na sua resposta ao tratamento médico.

Igualmente preocupante, a religião pode ser usada *no lugar* do tratamento médico. Membros de certas seitas fundamentalistas podem falhar ao ministrar cuidados pré-natais ou obstétricos sob fundamentos religiosos, aumentando o risco de mortalidade infantil ou materna (exemplo da Assembléia de Fé em Indiana)³. As resistências ativas contra a vacinação na infância ocorrem em numerosos grupos religiosos por todo o mundo, resultando em recentes epidemias de pólio⁴, rubéola⁵, coqueluche⁶ e outras doenças infecciosas⁷. Os tratamentos que salvam vidas podem ser evitados ou até mesmo descontinuados devido a fundamentos religiosos. Os pacientes podem parar de tomar seus medicamentos após frequentar um serviço de cura para “demonstrar sua fé”. Isto é feito com as melhores

intenções e é completamente lógico dentro de um particular sistema de crenças. Os diabéticos podem parar de tomar insulina, os pacientes com hipertireoidismo podem parar seus hormônios para a tireóide, asmáticos seus broncodilatadores ou os epiléticos suas medicações anti-convulsivantes. Infelizmente, tais decisões são seguidas por conseqüências ^{8 9} negativas e ao médico é deixada a tarefa de “recolher os pedaços” (muitas vezes não sabendo porque a condição do paciente piorou). Isto é uma outra razão pela qual os pacientes devem sentir-se à vontade para falar com seus médicos sobre assuntos espirituais.

FREQÜÊNCIA DE CONFLITOS RELIGIOSOS

Há tempos em que a religião entra em conflito em relação ao tratamento médico dispensado e os pacientes decidem em favor da religião, preferindo arriscar-se do que alienar-se do sistema que lhes dão sentido à vida e esperança (ficando à parte de seu grupo social). Mas com que freqüência isto ocorre? Isto é uma ocorrência comum que os médicos confrontam em seus consultórios ou é um evento isolado sendo mais uma exceção do que uma regra? Baseado no que sabemos das pesquisas realizadas, os conflitos entre religião e tratamentos médicos não são muito comuns, mas ocorrem. Quando eles ocorrem, muita atenção é dispensada, comitês éticos são consultados, estórias em jornais são publicadas e assim por diante. Muitos de nossos pacientes são afiliados a grupos religiosos que mantêm políticas sensatas no que diz respeito aos tratamentos médicos.

Considerando o relatório de *Asser and Swan* de 1998 ¹⁰ na prestigiada revista *Pediatrics* 172 crianças morreram entre 1975 e 1995 devido ao fato de seus pais proibirem seus tratamentos médicos com base em fundamentos religiosos. Investigadores encontraram exemplos de crianças morrendo pela aspiração de comida, câncer, pneumonia, meningite, diabetes, asma e outras doenças tratáveis na infância. As 172 mortes foram distribuídas em 23 congregações localizadas em 34 estados. Um exame mais detalhado revelou que 83% das fatalidades vieram de cinco grupos religiosos: cinqüenta de Indiana (basicamente da Assembléia da Fé dita anteriormente), dezesseis da Pensilvânia (maioria do Tabernáculo da Fé – *Faith Tabernacle*) quinze de Oklahoma e Colorado (principalmente da *Church of the First Born*) cinco do Ministério dos Últimos Dias em South Dakota e vinte e oito de membros da Igreja da Ciência Cristã, espalhados pelo país. Estes são alguns grupos religiosos e é seguro dizer que o total de membros deste grupo não chega a 1% dos americanos.

A metodologia do estudo de *Asser and Swan* faz com que seja quase impossível determinar qual a freqüência que a recusa do tratamento médico a crianças com base em fundamentos religiosos ocorre. Até mesmo os autores admitem que “os cálculos sobre a incidência geral e as taxas de mortalidade não são possíveis neste estudo já que o número de crianças estudadas não está disponível e que os casos foram coletados de *maneira não-rigorosa*”. “Não-rigorosa” significa que a maioria dos casos foi coletado nos últimos quinze anos através de artigos de jornais, documentos públicos, resultado de julgamentos e comunicações pessoais obtidas dos arquivos do grupo advocatício da Swan. Também predizer se estas crianças sobreviveriam com tratamento médico foi

baseado no julgamento de um único pediatra (o autor principal deste estudo). A ciência neste estudo foi altamente subjetiva e os resultados e as conclusões fortemente influenciados pelo investigador.

Há também conflitos entre religião e medicina que afeta o tratamento de adultos. Muito mais exemplos, embora nenhuma pesquisa sistemática, existem pelos conflitos religiosos derivados de crenças contra o recebimento de transfusões de sangue (testemunhas de Jeová), procura de psicoterapia (muitos grupos cristãos fundamentalistas) ou formas mais sutis de recusa baseadas em crenças religiosas.¹¹ É seguro dizer que um grande número de problemas poderiam ser evitados ou minimizados se houvesse uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes em assuntos espirituais.

LIDANDO COM CONFLITOS RELIGIOSOS

A chave para lidar com situações onde as crenças religiosas entram em conflito com o tratamento médico ou psiquiátrico é para o médico entrar no ponto de vista do paciente e tentar entender a lógica da decisão. Há sempre uma clara razão na mente do paciente quando a saúde ou a vida esteja em risco, embora isto seja sempre escondido do médico. Infelizmente, a primeira e mais natural resposta da maioria dos médicos é ficar ofendido. O paciente escolheu o que parece ser um caminho totalmente irracional ao invés da terapia cientificamente provada pelo médico. Isto cria uma “raiva” no médico e algumas vezes rejeição de que o paciente retorne, levando a discussões e ao colapso da comunicação.

Entrando no ponto de vista do paciente, o médico entenderá o quão sério este assunto possa ser para o paciente. Por exemplo, as testemunhas de Jeová recusam sangue porque é da sua convicção religiosa que Deus (Jeová) irá virar as costas para qualquer um que receba transfusões de sangue. Para evitar uma condenação eterna, as testemunhas de Jeová evitam receber transfusões de sangue tanto para si como para seus filhos. Para os membros desta instituição, sofrer um pouco mais aqui na terra é melhor do que ser rejeitado pela família e amigos e talvez por toda a eternidade após a morte. Dentro do ponto de vista destes pacientes, não faz sentido *não* recusar produtos sanguíneos. Da mesma forma, os pacientes que freqüentam um serviço religioso e têm experiências que as convencem de que serão curadas colocam mais a fé em Deus do que na medicina. E fé em Deus pode significar muito mais do que fé nas palavras do médico.

O que é importante aqui é manter abertas as linhas de comunicação entre médico e paciente, apesar do que o paciente decida. Isto requer que o médico aceite as decisões religiosas do paciente para prosseguir o tratamento médico. Assim que os pacientes sintam que suas crenças e decisões são respeitadas, será muito mais fácil confiar no médico neste assunto e voltar a um tratamento caso as coisas não corram bem. De outra forma, os pacientes poderão sentir a necessidade de se defender e retardarão a procura por ajuda médica quando realmente precisarem.

Em situações onde as crenças religiosas entram em conflito com o tratamento médico, algumas vezes ajuda se o médico (com o consentimento do paciente) fala com membros da religião do paciente para obter um melhor entendimento da decisão do paciente. Esta ação ajudará o médico a aprender mais sobre o sistema de crenças religiosas do paciente, ajudará a alinhar o médico com a autoridade religiosa e ajudará a esclarecer qualquer mal-entendido que o paciente possa ter em relação às crenças religiosas. Os pacientes podem algumas vezes usar as crenças religiosas para justificar ações que as doutrinas religiosas nunca pretenderam justificar. Uma rápida conversa com membros da religião do paciente pode rapidamente identificar os usos neuróticos ou defensivos da religião e possibilitará que o médico explique a autoridade religiosa as necessidades para exercer a pressão no paciente para que este desista de não seguir o tratamento.

PERGUNTAS MÉDICAS PODEM CAUSAR DANOS

As perguntas que os médicos fazem sobre assuntos espirituais ou religiosos podem causar danos aos pacientes? Vamos examinar esta questão.

Aborrecendo pacientes. O argumento aqui é que uma avaliação espiritual possa aborrecer os pacientes seja porque eles não esperam isto, porque é algo muito pessoal ou porque eles não são religiosos. Os pacientes vão ver o médico para comentar sobre problemas de saúde, não sobre sua vida espiritual. A religião é algo muito pessoal para se falar em ambiente médico e os médicos não devem perguntar sobre esta área assim como não perguntariam sobre uma escolha de cônjuge (ou escolha de ficar solteiro) ou decisões sobre as finanças pessoais. Finalmente, o paciente que não é religioso pode aborrecer-se porque se o médico pergunta sobre assuntos religiosos, isto sugere que eles sejam importantes e que a falta de apego a estes assuntos seja algo anormal ou patológico.

Os pacientes esperam que os médicos comentem assuntos relacionados a saúde física ou mental. Se os assuntos religiosos não tem significado na saúde ou nenhum efeito nas decisões médicas, então fica certo que as perguntas sobre assuntos espirituais ficam além da tarefa do médico. Devido ao enorme papel que as crenças religiosas ou espirituais têm nestas áreas, é importante que o médico comente sobre elas.

Os médicos podem perguntar sobre muitos aspectos pessoais sobre a vida do paciente porque todas estas áreas afetam a saúde do paciente ou o tratamento médico. Como parte da história social, é imperativo que os médicos perguntem sobre o estado civil do paciente, quantos filhos eles têm, os tipos de apoio que recebem da comunidade, e sua situação financeira – tudo o que possa ser fonte ou de estresse ou de conforto. Os médicos não desvalorizam pacientes que sejam solteiros, sem amigos ou que sejam pobres, mas precisam saber sobre estas condições por causa da potencial relação entre saúde e o tipo de apoio que os pacientes terão ao voltar para casa. Os médicos também perguntam e fazem recomendações sobre muitas outras áreas particulares na vida dos pacientes *se estão relacionadas à saúde*. Isto inclui aconselhamento genético para aquelas pessoas que têm alguma desordem genética e estejam pensando em casar,

aconselhamento sexual para quem tem vários parceiros sexuais sob o risco que contrair algumas DSTs e aconselhamento sobre hábitos de saúde como alimentação, fumo, bebidas e outros comportamentos particulares, todos profundamente pessoais. Mais uma vez, devido ao relacionamento com saúde, estão todos dentro do domínio da responsabilidade médica.

As perguntas dos médicos sobre as práticas e crenças espirituais não devem ofender os pacientes sendo feito de forma sensível e com respeito. Como apresentado no capítulo 2, se os pacientes indicam que os assuntos religiosos ou espirituais não são importantes em suas vidas, então o médico deve simplesmente seguir explorando outros fatores providenciando significado, propósito e apoio. A religião não é a única fonte de preenchimento para as necessidades básicas existenciais e psicológicas durante as doenças. Tal transição de um foco religioso para um não-religioso deve ser feita suavemente de modo que o paciente não-religioso nem perceba isto.

Se o paciente tem algum conflito religioso, ele precisa vir à tona. De outra forma, estes conflitos poderão piorar no decorrer da doenças ¹² ou interferir no tratamento médico.

Induzir a culpa. É comum para pacientes que tenham questões existenciais sobre suas doenças perguntar “Por que eu?” quando recebem um diagnóstico devastador. Um paciente doente pode achar que a doença é uma punição de Deus. Mais uma vez, a lógica não é difícil de entender: Se a devoção à fé religiosa é relacionada a melhor saúde física e proteção contra as doenças, então a doença deve ser resultado da falta de fé. “Ligar atividades religiosas e melhor saúde pode ser prejudicial a pacientes, que já confrontam com a velha historia de que a doença é devida as falhas morais”. ¹³

O fato de questões como “Por que eu?” ser tão comum e poder afetar os resultados faz com que seja essencial que estas preocupações sejam levantadas e comentadas, justificando as perguntas dos médicos. Uma pesquisa recente mostrou que pacientes que se sentiam abandonados ou punidos por Deus, ou que questionavam o amor ou o poder de Deus, tinham aumentado as expectativas de que morreriam mais cedo do que pacientes sem este tipo de sentimento.¹⁴ Enquanto os médicos possam não ser a melhor pessoa para comentar complexos assuntos espirituais, alguém precisa fazê-lo. Como indicado antes, os capelães e os pastores são treinados para falar sobre tais questões, mas precisam ser alertados para o problema. Muitos pacientes com estas crenças são alienadas da religião devido a sentimentos negativos em relação a religião e não querem falar com membros religiosos deixando ao médico como o último recurso.

Também há o risco de induzir o paciente à culpa quando os médicos perguntam sobre assuntos religiosos ou espirituais. Os médicos arriscam-se o tempo todo quando perguntam sobre qualquer coisa relacionada ao estado de saúde – se está fumando, fazendo exercícios, dietas ou até apoio social. Se um paciente tem câncer de pulmão, o médico é obrigado a perguntar sobre o fumo mesmo que o paciente sinta-se culpado por ter fumado. O que o médico não

deveria perguntar sobre exercícios e dietas em um paciente obeso com doenças nas artérias coronárias, tendo o risco do paciente sentir-se culpado por levar uma vida sedentária e não seguir uma dieta de baixas calorias?

De fato, todo aconselhamento em relação a manutenção de saúde ou prevenção de doenças corre o risco de fazer com que os pacientes se sintam culpados se não seguem as recomendações e terminem doentes. Até recomendações para participar de um grupo de apoio ou atividade social pode causar culpa na pessoa que continua reclusa e então desenvolve uma doença recorrente. O medo de induzir uma pessoa à culpa faz com que os médicos evitem de comentar estes assuntos ou fazer perguntas? Não, não faz, nem deve pará-los de fazer as avaliações espirituais.

Há mais para ser dito sobre induzir um paciente doente à culpa por não ter fé suficiente. Até o mais baixo nível de inteligência ou bom senso obriga que os médicos não façam os paciente sentirem-se mal porque não são suficientemente inteligentes. As doenças físicas e mentais têm muitas causas – genética, desenvolvida, acidental, traumática – não tendo nada a ver com religião ou fé. Até o mais devoto religioso acaba morrendo. Não estão todos os santos e mártires mortos? Até o momento em que uma pessoa fique doente, passe por uma tragédia ou passe um período de grande sofrimento que uma forte fé religiosa surja repentinamente. Conseqüentemente, é impossível concluir que a saúde fraca de um paciente é devido à falta de fé – e os médicos nunca devem sugerir isto.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

Além dos efeitos positivos que a religião pode ter sobre a saúde, ela também pode ter efeitos negativos. As crenças religiosas podem fazer com que os pacientes adiem a tratamento médico, recusem procedimentos que salvem suas vidas e parem as medicações necessárias – escolhendo a fé ao invés da medicina como tratamento de sua escolha. Enquanto isto não ocorre com freqüência, quando ocorre cria muitos aborrecimentos e estresse para todos os envolvidos. Os médicos precisam aprender a respeitar as decisões que os pacientes fazem, nem sentir-se ofendidos ou rejeitados. Ao invés disso, eles precisam tentar entrar no ponto de vista religioso para melhor entender a lógica da decisão. Apenas desta forma a porta da comunicação entre médico e paciente pode ser mantida aberta. A idéia de que as perguntas que os médicos fazem sobre assuntos espirituais e religiosos possam ser prejudiciais aborrecendo os pacientes ou induzindo-os a culpa é algo que deve ser seriamente levado em consideração fazendo com que os médicos tenham treinamento nesta área. No entanto, esta idéia não é bem consistente de modo que evite com que os médicos falem sobre assuntos de uma área de vital importância para a saúde psicológica, social e física.

CAPITULO 7

RECURSOS SOBRE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Este capítulo final apresenta recursos para ajudar os médicos a comentarem sobre assuntos espirituais em sua prática clínica. Primeiro, incluímos ferramentas para levantar a história espiritual, que são baseadas em cinco qualidades: brevidade, conteúdo, centrada no paciente, credibilidade e fácil de memorizar, como comentadas no capítulo 2. Segundo, temos rápidas conclusões de trinta dos melhores estudos e pesquisas em espiritualidade e saúde, incluindo os melhores dez estudos nas áreas de saúde menta, física, social e comportamental. Terceiro, há resumos de alguns textos acadêmicos e livros populares que comentam de forma compreensiva o tópico de religião e saúde. A seção final descreve websites, jornais e revistas populares onde profissionais de saúde podem obter informações atualizadas sobre religião, espiritualidade e saúde.

LEVANTANDO A HISTÓRIA ESPIRITUAL

Lista espiritual de Kuhn – Clifford Kuhn, um dos professores responsáveis pelo departamento de psiquiatria da Universidade de Louisville, nos proporciona uma das primeiras listas espirituais que nos dá idéias para sete áreas: significado e propósito, crença e fé, amor, perdão, oração, meditação e devoção ¹. Cada área é explorada com cinco questões, resultando um total de trinta e cinco questões. Este modo leva aproximadamente meia hora para ser administrado, sendo por consequência, muito demorado. No entanto, se considerarmos apenas as cinco questões sobre crença e fé, torna-se mais fácil para administrá-las.

- Quais as coisas que você acredita ou tem fé?
- Esta doença influenciou sua fé?
- Como você exercita a fé em sua vida?
- Como a fé influenciou seu comportamento durante esta doença?
- Que papel a sua fé tem em restabelecer a sua saúde?

Este método é relativamente rápido, nos traz consideráveis conteúdos em relação a crenças religiosas que influenciam nossa saúde, é centrado no paciente e tem uma fonte confiável (publicada em uma revista profissional). É um pouco entediante para se lembrar-se.

História Espiritual de Matthews – Dale Matthews, professor de Medicina na Universidade de Georgetown, sugere que os médicos perguntem a seus pacientes três questões fundamentais como parte de sua avaliação inicial:²

- A religião ou espiritualidade é importante para você?

- A sua religião ou crença espiritual influencia o modo que você enxerga seus problemas de saúde e a forma que você pensa sobre sua saúde?
- Você gostaria que eu comentasse sobre sua religião ou práticas e crenças religiosas com você?

Este método é rápido, fácil de ser memorizado (I +I +I = Importância, Influência e Interação) e mostra bom conteúdo. A fonte é um livro popular e conseqüentemente não tão confiável como se fosse publicado em uma revista médica e a questão final é um pouco pessoal, sugerindo um papel mais ativo do médico. Matthews encurtou esta história para apenas duas questões em uma publicação mais recente:³ “A sua religião (ou fé) lhe ajuda a lidar com sua doença?” e “O que eu posso fazer para apoiar sua fé ou seu compromisso religioso?”.

Método de Avaliação Espiritual FIIA. – Christina Puchalski, professora-assistente de medicina no Centro Médico da Universidade George Washington e diretora do Instituto de Espiritualidade e Saúde George Washington, desenvolveu as seguintes cinco questões que são facilmente lembradas usando as iniciais FIIA:⁴

F – fé	Qual é a sua fé?
I – importância	Quão importante é a fé para você?
I – igreja	Qual é a sua igreja ou comunidade de fé?
A – aplicação	Como a sua religião ou crença espiritual se aplica em sua saúde?
A – apontar	Como podemos apontar, comentar suas necessidades espirituais?

Este método é também rápido, tem conteúdo razoável, é centrado no paciente, foi publicado em uma revista médica e é fácil de ser lembrado, tendo as cinco qualidades necessárias em um método de avaliação.

História eSPIRITual de Maugans. – Todd Maugans, do Departamento de medicina de família da Universidade de Virginia, em Charlottesville, desenvolveu uma história espiritual que cobre seis áreas listadas abaixo, ⁵ com questões sugeridas por Maugans:

- Sistema crença eSpiritual
 - Qual a sua afiliação religiosa?
 - Descreva o seu sistema de crença espiritual
- Espiritualidade Pessoal

Descreva as práticas ou crenças do seu sistema de crença espiritual que você pessoalmente aceita.

Descreva as crenças e práticas que você não aceita.

Você aceita ou acredita em[especificar um mandamento ou prática]?

O que a sua religião ou espiritualidade significa para você?

Qual a importância de sua religião ou espiritualidade no seu cotidiano?

- **Integração dentro de uma comunidade espiritual**

Você pertence a algum grupo ou comunidade religiosa ou espiritual?

Qual o seu papel?

Que importância este grupo tem para você?

É uma fonte de apoio? Em que sentido?

Este grupo apoia ou apoiaria em assuntos ligados à saúde?

- **Rituais de práticas e meditação**

Há práticas específicas que você pratica como parte de sua religião ou espiritualidade (i.e. orações ou meditações)?

Há certas práticas ou atividades no estilo de vida que sua religião encoraja ou proíbe? Você aceita?

Que significância tem estas práticas e restrições para você?

Há outros elementos específicos de cuidados médicos que você proíbe baseado em fundamentos religiosos?

- **Implicações no cuidado médico**

Que aspectos da sua religião/espiritualidade você gostaria que eu tivesse em mente ao cuidar de você?

Você gostaria de discorrer sobre implicações religiosas ou espirituais no cuidado de sua saúde?

Que conhecimentos ou entendimentos fortaleceriam nossa relação como médico e paciente?

Há alguma barreira para nosso relacionamento baseado em assuntos religiosos ou espirituais?

- **Término do planejamento**

Como nós planejamos cuidar da sua saúde até o fim da vida, como a fé impactaria as suas decisões?

Há aspectos particulares do tratamento que você gostaria de adiar ou recusar por causa da sua fé?

Esta lista espiritual é talvez uma das mais compreensivas, encontrando as áreas mais importantes. As questões ilustram as formas com que diferentes partes da história espiritual possam ser exploradas. É claro, uma exploração tão extensiva provavelmente leva muito tempo, fazendo com que seja necessário adaptar o método ao paciente individualmente. Diferentes situações clínicas podem agilizar a administração de parte da história em alguns pontos e retardar em alguns outros. A sigla SPIRIT contudo faz com que as seis áreas básicas sejam relativamente fáceis de ser lembradas. O método foi publicado em revista médica.

O questionário HOPE - Gowri Anandarajah e Ellen Hught, professores assistentes no departamento de Medicina de Família na Universidade Brown, sugerem que a avaliação espiritual cubra quatro áreas que possam ser lembradas pela sigla HOPE ⁶(esperança, em inglês). Abaixo está uma descrição de cada uma destas áreas e algumas questões exemplificando cada categoria.

H – Fontes de Esperança, significância, conforto, força, paz, amor e conexão.

Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz?

Ao que você se apega em tempos difíceis?

O que lhe sustenta mantendo que você siga adiante?

O - Religião organizada

Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? Ela lhe ajuda? Como?

Em quais aspectos a religião lhe ajuda e quais não ajuda?

P – Espiritualidade pessoal e prática

Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião?

Quais aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que é mais prestativa à sua personalidade?

E – Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais

Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente?

Como médico, há alguma coisa que eu possa fazer para ajudar você acessar os recursos que geralmente o ajudam?

Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?

Este método é relativamente rápido, fácil de se lembrar com as siglas, cobre muitas áreas excelentes, é centrado no paciente (e aplicável a pacientes com diferentes tipos de espiritualidade) e foi publicado em uma revista médica, encontrando os cinco quesitos necessários.

História Espiritual ACP - Um consenso no painel da Faculdade Americana de Médicos e Sociedade Americana de Medicina Interna sugeriu que as simples quatro questões sejam feitas para pacientes com sérias doenças.⁷

- 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 explorar assuntos religiosos com alguém?

Esta é uma das mais fortes de todas as histórias espirituais, devido à credibilidade do corpo médico e da revista que é a fonte deste método. É rápido e fácil de se lembrar, embora não existam siglas para ajudar a memorização. É centrado no paciente e não é muito pessoal, dando margem ao médico oferecer-se para comentar sobre as necessidades espirituais dos pacientes. Este método foi publicado no *Annals of Internal Medicine* em um artigo escrito por um trio de grandes acadêmicos (Bernard Lo, um ético médico da Universidade da Califórnia em São Francisco; Timothy Quill, um respeitado e famoso médico autor de livros; e James Tulsky, um proeminente médico em Duke). Uma fraqueza maior, contudo, é que as questões falham em juntar informações em várias áreas do conteúdo (identificar as necessidades espirituais, conexões com comunidades espirituais e crenças que afetem as decisões médicas).

OS DEZ MELHORES ESTUDOS SOBRE SAÚDE MENTAL.

Abaixo está uma lista em ordem alfabética dos autores das dez melhores pesquisas e estudos que foram examinadas na relação entre religião e saúde mental. Eles foram escolhidos baseados em estudos, análises estatísticas e debates entre os autores das descobertas e integração com outras pesquisas na área. Um rápido sumário descreve cada citação.

- Idler, E. L. e Kasl, S. V. (1997). A religião entre idosos deficientes e não-deficientes: estudo cruzado nas práticas de saúde, atividades sociais e bem-estar. *Journal of Gerontology*. 52B: 300-3005. **Sumário:** Estudo cruzado feito entre 2812 idosos participantes em um estudo epidemiológico em Yale. A frequência religiosa foi

positivamente relacionada a menor ingestão de álcool e não-fumantes. A frequência religiosa significativamente relacionada a menor depressão e maior otimismo, mas apenas em pessoas fisicamente incapacitadas.

- Kendler, K.S., Gardner, C.O. e Prescott, C. A. (1997). Religião, psicopatologia e uso e abuso de substâncias: Um estudo genético-epidemiológico. *American Journal of Psychiatry*, 154: 322-329. **Sumário:** Estudo feito entre 1902 mulheres gêmeas por mais de cinco anos. Devoção religiosa pessoal e sintomas depressivos foram inversamente relacionados; a religião estava inversamente relacionada ao uso de álcool e cigarros. Conservadorismo institucional foi relacionado ao risco de tempo de vida com maior depressão. Alta devoção pessoal foi associada com menor resposta a efeitos depressogênicos de eventos estressantes na vida (SLEs) (havia significante interação entre devoção religiosa e SLEs – efeitos estressantes na vida).
- Kennedy, G.J., Kelman, H.R., Thomas, C. e Chen J. (1996) A relação entre preferência religiosa e sintomas práticos depressivos entre 1855 adultos. *Journal of Gerontology*, 51B: P301-P308. **Sumário:** Estudo prospectivo de 1855 adultos (40% judeus, 47% católicos) na cidade de Nova Iorque. Os judeus estavam mais propensos a consultas na área de saúde mental, tomavam mais drogas psicotrópicas e estavam 75% mais propensos a ter depressão. Frequência religiosa foi associada com menor depressão entre os católicos, mas não entre os judeus; por mais de vinte e quatro meses, os judeus estavam mais propensos a ter uma depressão emergencial. A porcentagem de pessoas que não freqüentavam nenhum serviço religioso era alta tanto no grupo das depressões emergentes quanto no grupo das depressões persistentes.
- Koenig, H. G., Cohen, H.J., Blazer, D.G., Pieper C., e Meador, K.G., Shelp, F., Goli, V. e DiPasquale R. (1992). Lidando com religião e depressão em homens hospitalizados. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1693-1700. **Sumário:** Estudo envolvendo 850 internações de homens com 65 anos ou mais. Lidar com religião foi inversamente relacionado a taxas observadas de depressão, controladas por outras nove variáveis: efeitos mais fortes em homens com severas incapacidades. Na fase 2, lidar com religião foi a única variável para níveis de menor depressão e acompanhamento.
- Koenig, H.G., George L.K. e Peterson, B.L. (1998). Religiosidade e remissão da depressão em pacientes idosos doentes. *American Journal of Psychiatry*, 155:536-542. **Sumário:** Estudo de 47

semanas seguidas em 87 pacientes com distúrbios depressivos. Para cada 10 pontos aumentados na religiosidade intrínseca (IR), houve significante 70% de aumento na velocidade da remissão da depressão. Entre um subgrupo de pacientes cujas doenças físicas não melhorava ou piorava (n=48), a cada 10 pontos aumentados na escala IR eram associados com mais de 100% de aumento na velocidade da remissão.

- Levin, J.S., Chatters, L.M., e Taylor, R.J. (1995). Efeitos religiosos no status de saúde e satisfação de vida entre americanos negros. *Journal of Gerontology: Social Studies*, 50B: S154- S163. **Sumário:** Pesquisa cruzada de probabilidades nacionais entre 1848 americanos negros; divididos em dois subgrupos iguais para análise. Usando LISRIEL, a frequência religiosa foi associada com melhor saúde e satisfação com a vida, controladas por idade, gênero, educação, estado civil, emprego, região, urbana/rural e saúde; significantes associações em ambos subgrupos; religiosidade subjetiva também relacionada à satisfação com a vida em ambos subgrupos.
- Levin, J.S., Markides, K.S. e Ray L.A. (1996). A frequência religiosa e bem-estar psicológico em americanos-mexicanos : uma análise de três gerações. *The Gerontologist*, 36: 454-463. **Sumário:** Estudo de onze anos seguidos em 624 americanos mexicanos de três gerações em São Antonio. A frequência religiosa cruzada e correlacionada a melhor qualidade de vida e satisfação para os mais idosos e meia-idade, mas não para os mais jovens. A frequência religiosa apareceu significativamente com menor depressão onze anos depois relacionada às gerações mais jovens.
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D. e Lewis, G. (1997). Tolerância do suicídio, religião e taxas de suicídio: um estudo individual e ecológico em 19 países do Oeste. *Psychological Medicine*, 27:1161-1171. **Sumário:** pesquisa cruzada em 28085 adultos. A força da crença religiosa associada a menor tolerância ao suicídio; tolerância ao suicídio 50% mais baixa naqueles com formação religiosa, 42% menos para os católicos, 84% menos para aqueles que têm crenças religiosas e 72% menos para aqueles que frequentam igrejas; maior taxa de suicídio em mulheres associadas a menor crença religiosa e menor frequência em igrejas.
- Propst, L.R., Ostrom, R., Wastkins, P., Dean, T. e Mashburn, D. (1992). Comparativa eficácia da terapia comportamental cognitiva religiosa e não-religiosa para o tratamento de depressão clínica em indivíduos religiosos. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 94-103. **Sumário:** Exames clínicos para a eficácia

de psicoterapia baseada na religião (RCT) vs. terapia cognitiva tradicional (CBT), aconselhamento pastoral comum (PCT) e controle de lista de espera (WLC) no tratamento de 59 pacientes religiosos deprimidos. Apenas a primeira condição resultou em significantes diminuições pós-tratamento. A terapia cognitiva tradicional e aconselhamento pastoral comum não tiveram significantes diminuições neste estudo.

- Willits, F.K., Crider D.M. (1998). Religião e bem-estar: Homens e mulheres de meia idade. *Review of Religious Research*, 29: 281-294. **Sumário:** Estudo de trinta e sete anos sobre religião e bem-estar; entrevistadas 2806 pessoas em 1947 e 1650 re-entrevistados em 1984. A frequência a igrejas e crenças religiosas tiveram significativa relação à satisfação de vida e satisfação com a comunidade. Das 1984 pessoas que no ano de 1947 tinham participação e crença religiosa enquanto adolescentes tiveram melhor satisfações em sua carreira (1984). Concluído que as tradicionais crenças religiosas eram mais consistentes relacionadas a bem-estar.

OS DEZ MELHORES ESTUDOS SOBRE SAÚDE FÍSICA

Abaixo esta a lista dos dez melhores estudos que apresentam relações entre religião e saúde física, incluindo estudos sobre pressão sanguínea, função imunológica, deficiência física e expectativa de vida.

- Helm, H., Hays, J.C., Flint E., Koenig, H.G., Blazer, D.G. (2000). Efeitos das atividades religiosas na mortalidade de adultos deficientes e não-deficientes. *Journal of Gerontology* (Ciências Médicas), 55 A: M400-M405. **Sumário:** Estudo de seis anos em 3768 adultos na Carolina do Norte. Atividades religiosas (meditação, oração ou estudo da Bíblia) relacionadas à mortalidade em pacientes saudáveis, mas não incapacitados; pessoas com nenhuma deficiência e pouca ou nenhuma atividade religiosa em 1986 estavam mais propensas a morrer durante o acompanhamento (47% mais prováveis), após vários controles de saúde, apoio social e comportamentos relacionados à saúde.
- Hummer, R., Rogers, R., Nam, C. e Ellison, C.G. (1999). O envolvimento religioso e a mortalidade adulta nos EUA. *Demography*, 36: 273-285. **Sumário:** Estudo de nove anos com 21.204 adultos de todas as idades. Pessoas que não freqüentavam serviços religiosos viviam em média cinquenta e cinco anos além dos vinte anos, comparados com sessenta e dois anos para aqueles que freqüentavam semanalmente ou mais (sete anos de diferença); entre os negros, a expectativa de vida era de mais sessenta anos entre os

que freqüentavam semanalmente ou mais a igreja, comparados com os quarenta e seis daqueles que nunca compareciam à igreja (catorze anos de diferença).

- Goldbort, U., Yaari, S. e Medalie, J.H. (1993). Fatores de mortalidade por doenças coronárias entre 10.059 homens israelitas civis e funcionários municipais. *Cardiology*, 82: 100-121. **Sumário:** Estudo de vinte e três anos de 10.059 homens judeus com mais de quarenta anos em Israel. A religião ortodoxa revelou baixar o índice de mortalidade de doenças das artérias coronárias; o risco de mortes devido a estas doenças era 20% menor entre os ortodoxos; os resultados continuaram significantes após o controle de idade, pressão sanguínea, colesterol, fumo, diabetes, massa corpórea e doença das artérias coronárias.
- Idler, E.L. e Kasl, S.V. (1997). A religião entre idosos capacitados e incapacitados II: freqüência a serviços religiosos no curso da incapacidade. *Journal of Gerontology*, 52B: S306-S316. **Sumário:** estudo de doze anos entre 2.812 idosos em Yale; a freqüência de 1.982 idosos baixou a incapacidade através do período de acompanhamento (controlado por vinte variantes); 1982 deficiências funcionais não tiveram efeitos durante o acompanhamento com freqüência religiosa. Esta freqüência pode retardar o começo de uma deficiência.
- Koenig, H.G., Hays, J.C., Larson, D.B., George, L.K., Cohen, H.J., McCullough, M., Meador, K., Blazer, D.G. (1999). A religião prolonga a sobrevivência? Um acompanhamento de seis anos em 3.968 idosos. *Journal of Gerontology* (Ciências médicas), 54A : M370-M377. **Sumário:** 3.968 adultos com idades entre 64 e 101 anos na Carolina do Norte. Durante um acompanhamento de 6 anos, relativo risco de morte entre freqüentadores foi 46% menor; e eficácia significativa entre mulheres (49% menos), mas também presente em homens (37% menos); no controle por múltiplas variáveis, o efeito enfraqueceu, mas continuou significativa para toda a mostra (28% menos), tanto em mulheres (35% menos) e homens (27% menos).
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., Hahn, J. (13 de agosto de 2001). A luta religiosa como fator de mortalidade entre idosos doentes: Um estudo de dois anos. *Archives of Internal Medicine* 161: 1881-1885. **Sumário:** Um estudo de dois anos em 595 pacientes hospitalizados; características de 286 sobreviventes com falecidos. A luta religiosa (sentir-se abandonado ou punido por Deus, questionamentos do poder e do amor de Deus, sentir-se abandonado pela igreja, associar ao demônio os problemas de saúde) associada com o risco de morte (6% mais alto para cada 1 ponto na escala de 21

pontos para lutas religiosas, controladas por demografia, saúde física e mental e apoio sociais).

- Schneider, R.H., Stagers, F., Alexander, C., Sheppard, W., Rainforth, M., Kondwani, K., Smith, S., e King, C.G. (1995). Uma tentativa controlada para a redução de estresse em pacientes afro-americanos idosos e hipertensos. *Hypertension*, 26: 820-829. **Sumário:** 111 afro-americanos em Oakland, Califórnia, com idades entre cinquenta e cinco e oitenta e cinco, com fraca hipertensão, controlada por meditação transcendental, comparada com relaxamento muscular progressivo e mudanças no estilo de vida. A meditação transcendental teve significantes efeitos na pressão arterial do que o relaxamento muscular progressivo; a meditação transcendental foi duas vezes mais efetiva do que o relaxamento muscular progressivo na redução da pressão arterial sistólica e diastólica.
- Strwbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J. e Kaplan, G.A. (1997). A freqüência a serviços religiosos e mortalidade após vinte e oito anos de freqüência. *American Journal of Public Health*, 87: 957-961. **Sumário:** Estudo de vinte e oito anos de 5.286 residentes de Alameda County de todas as idades. A probabilidade de falecimento entre os freqüentadores de serviços religiosos em 1965 era 35% menor durante o acompanhamento; ajustamento para práticas de saúde e sociais reduziram para 23%. Durante o acompanhamento, os mais freqüentes estavam mais propensos a deixar de fumar, aumentar os exercícios, os contatos sociais, continuar casados.
- Timio, M., Verdecchia, P., Venanzi, S., Gentili, S., Ronconi, M., Francucci, B., Montanari, M., e Bichisao, E. (1988). A idade e mudanças na pressão arterial. Um estudo de vinte anos entre freiras em um convento. *Hypertension*, 12: 457-461. **Sumário:** Um estudo de vinte anos entre 144 freiras em um convento e 138 mulheres membros de igrejas. Enquanto a pressão arterial média nos dois grupos estava igual no começo do estudo, ela aumentou, com o passar do tempo, apenas nas mulheres membros de igreja, com controles de educação, raça, peso, massa corpórea, fumo, histórico familiar de hipertensão, colesterol e triglicérides e excreção de sódio pela urina.
- Woods, T.E., Antoni, M.H., Ironson, G.H., e Kling, D.W. (1999). A religiosidade é associada com afetividade e o status imunológico é sintomático entre homens homossexuais com HIV. *Journal of Psychosomatic Research*, 46: 165-175. **Sumário:** estudo em 106 homens homossexuais com HIV positivo. As atividades religiosas (orações, freqüência a igrejas, conversas espirituais, ler literaturas espirituais ou religiosas) foram associadas com significativo aumento

na contagem do CD4+ e porcentagens de CD4+; os efeitos na função imunológica não afetaram a progressão da doença. Aqueles que lidavam com religião tiveram menos depressão e redução na ansiedade.

OS DEZ MELHORES ESTUDOS SOBRE SAÚDE SOCIAL

Abaixo esta a lista dos dez melhores estudos que examinaram a relação entre religião e saúde social e comportamental, incluindo diversos fatores como apoio social, comportamentos de saúde, uso de substâncias, estabilidade conjugal e prática sexual.

- Amey, C.H., Albrecht, S.L., e Miller, M.K. (1996). As diferenças raciais e o uso de drogas na adolescência: O impacto da religião. *Substance Use and Misuse*, 31: 1311- 1332. **Sumário:** Uma pesquisa nacional entre 11.728 formandos no 2o grau em 130 escolas. O envolvimento religioso (afiliação, importância e frequência) foi inversamente relacionado ao consumo de cigarros, álcool, maconha e outras drogas; interações significantes sugeriram que a religião é um fator importante para a prevenção do uso de drogas mais para os brancos do que para os negros.
- Bradley, D.E. (1995). O envolvimento religioso e os recursos sociais: a evidência dos dados, “Americanos mudando suas vidas”. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34: 259-267. **Sumário:** Pesquisa nacional com 3.597 adultos. A frequência à igreja foi fortemente correlacionada ao tamanho da rede de apoio, contatos pessoais e qualidade de relacionamentos; pessoas que freqüentavam com mais frequência tinham uma média de três ou mais pessoas para ajudá-los que pessoas que não freqüentavam constantemente, 13% de contatos telefônicos e 9% de contatos pessoais a mais. Foi concluído que a frequência foi associada a maior e mais densa rede social e mais trocas de bens, serviços e informações.
- Call, V.R.A., and Heaton, T.B. (1997). A influência religiosa na estabilidade conjugal. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36: 382-392. **Sumário:** Uma pesquisa nacional entre 4.587 casais para determinar a relação entre religiosidade e estabilidade conjugal. As pessoas que não tinham afiliação ou vários casamentos tinham a maior probabilidade de divórcios ou separações; a frequência religiosa da esposa, a diferença entre a frequência religiosa da esposa e do marido e a força das crenças religiosas da esposa apareciam com menor probabilidade de separação ou divórcio.
- Cochran, J.K., e Beeghley, L. (1991). A influência da religião nas atitudes em relação à sexualidade fora do casamento: Uma avaliação

preliminar teórica de um grupo de referência. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30: 45-62. **Sumário:** Mostra nacional de 14.979 adultos dos EUA pesquisados sobre sexo antes do casamento e extra-conjugal. A frequência a igreja, força das crenças religiosas, crença no após a vida foram inversamente relacionadas a atitudes permissivas em relação a sexo antes do casamento (após múltiplos controles); para sexo extra-conjugal, foram todos inversamente relacionados a atitudes permissivas exceto ser membro religioso. Efeitos mais fortes entre Batistas e algumas linhas do Protestantismo e mais fracos entre Judeus e entre aqueles sem religião.

- Ellison, C.G., e George, L.K. (1994). O envolvimento religioso, laços sociais e apoio social em uma comunidade do sudoeste. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33: 46-61. **Sumário:** Pesquisa realizada entre 2.956 pessoas em Piedmont, Carolina do Norte, na Área Epidemiológica NIHM. A frequência a igreja foi significativamente a contatos pessoais e ligações telefônicas, assim como métodos de apoio. Também houve significativo relacionamento entre frequência a igreja e qualidade do apoio social.
- Hatch, L.R. (1991). Padrões de apoio informal entre afro-americanos idosos e mulheres brancas. *Research on aging*, 13: 144-170. **Sumário:** Pesquisa nacional entre 1.439 mulheres com idade de sessenta anos ou mais; examinadas aquelas que teriam motivos para ajudas emergenciais, para tomar emprestado \$200, ou para ajudar ou aconselhar quando deprimidas ou confusas. A ajuda recebida de pessoas não-parentes foi associada com participação em eventos sociais religiosos; maior participação também associada a ajuda a não-parentes. Maior envolvimento em atividades religiosas associada a maior ajuda dada e providenciada a não-parentes.
- Koenig, H.G., George, L.K., Cohen, H.J., Hays, J.C., Blazer, D.G., Larson, D.B. (1998). A relação entre atividades religiosas e o fumo de cigarros em adultos. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 53A: M426-M434. **Sumário:** Estudo em 3.968 pessoas com mais de sessenta e cinco anos em três faixas EPESE de pesquisa. As pessoas com frequência religiosa maior eram menos propensas a fumar cigarros (presente nas três faixas); atividades religiosas particulares diárias eram associadas com menos fumo (faixas 2 e 3). Aqueles que freqüentavam os serviços religiosos semanalmente ou mais e oravam ou estudavam a Bíblia diariamente (n= 1.329) eram, quase 90% que não fumavam.
- Koenig, H.G., George, L.K., Meador, K.G., Blazer, D.G. e Ford, S.M. (1994). A relação entre religião e alcoolismo em uma mostra de adultos habitantes da comunidade. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 225-231. **Sumário:** Estudo cruzado em 2.969

participantes com idades entre dezoito e noventa e sete anos na Carolina do Norte. As pessoas que rezavam ou liam a Bíblia várias vezes por semana estavam 58% com menos chance de ter abuso ou dependência de álcool após seis meses de controle da pesquisa por sexo, idade, raça e saúde; pessoas que freqüentavam a igreja estavam 71% menos chance em seis meses e 52% durante todo o período da vida.

- Seidman, S.N., Mosher, W.D. e Aral, S.O. (1992). Mulher com múltiplos parceiros sexuais: Estados Unidos, 1988. *American Journal of Public Health*, 82: 1388-1394. **Sumário:** Pesquisa nacional de 7.011 mulheres sexualmente ativas com idades entre quinze e quarenta e quatro anos. Aquelas com alguma filiação religiosa eram menos prováveis do que aquelas que não tinham religião a ter vários parceiros sexuais (3,1% versus 8,7%); entre as mulheres brancas (n = 5.354), a falta de religião previa o maior número de parceiros, enquanto entre as mulheres negras (n = 2771), baixa ou freqüência irregular já apontava o fato.
- Wallace, J.M. e Forman, T.A. (1998). O papel da religião em promover a saúde e reduzir riscos entre a juventude americana. *Health Education and Behavior*, 25: 721-741. **Sumário:** 5.000 estudantes de 135 escolas de 2º grau em todo os Estados Unidos. A importância da religião foi inversamente relacionada a presença de armas nas escolas, violência interpessoal, dirigir alcoolizado e uso de maconha; mas foi positivamente relacionada a uso de cinto de segurança, melhor dieta, exercícios e sono regular. A freqüência religiosa também foi associada a menores comportamentos de danos intencionais ou não-intencionais (com exceção da presença de armas), menor uso de substâncias ilegais e melhor comportamento de saúde.

LIVROS POPULARES E ACADÊMICOS

Acadêmicos

- *The handbook of Religion and Health*, de Harold G. Koenig, Michael E. McCullough, e David B. Larson (Oxford University Press, 2001). Uma compreensiva revisão da história, pesquisa e debates sobre religião e saúde. Mais de 700 páginas, seus trinta e cinco capítulos variam de saúde mental a saúde física, de bem-estar a depressão e função imunológica, câncer, doenças coronárias, derrames, dores crônicas, deficiências e outros. O apêndice lista mil e duzentos estudos científicos de religião e saúde que são revistos e classificados em uma escala de 0 a 10. O livro termina com duas mil referências e um extensivo índice para rápida identificação dos tópicos. (\$65).

- *The link between Religion and Health: Psyconeuroimmunology and the Faith Factor*, de Harold G. Koenig e Harvey Jay Cohen (Oxford University Press, 2002). Volume editado que examina o papel da psico-neuro-imunologia como uma explicação para o elo encontrado entre religião e saúde física. Líderes em psico-neuro-imunologia discutem suas respectivas áreas de pesquisas e como esta obra pode ajudar a elucidar a relação entre religião e saúde. Pesquisas em envolvimento religioso, funções imunológicas e neuroendócrinas, necessárias para o melhor entendimento entre estas relações. Quinze capítulos, aproximadamente 300 páginas. (\$ 35)
- *Realized Religion: Research on the Relationship between Religion and Health*, de Theodore J. Chamberlain e Christopher A. Hall (Templeton Foundation Press, 2000). Pesquisas sobre a relação entre religião e saúde, e pesquisas integradas para melhor entendimento de como e por quê de existir esta relação. Fácil de ler e informativo. Aproximadamente 250 páginas. (\$ 30).
- *The Psychology of Religion and Coping*, de Kenneth L. Pargament (Guilford Press, 1997). Revisa a literatura de como a religião é usada ao lidar com crises, incluindo desastres naturais (furacões, bombas, inundações, etc.), problemas de saúde e outras grandes perdas. Contém doze capítulos e mais de 500 páginas; provavelmente o mais completo já publicado na teoria, pesquisa e prática de lidar com religião. (\$ 50)
- *The Handbook of Religion and Mental Health*, de Harold G. Koenig, (Academic Press, 1998). Volume editado que examina a relação entre religião e estresse, depressão, ansiedade, esquizofrenia e abuso de drogas. Explora como diferentes religiões (católica, protestante, mórmon, judaica, budista, hindu e islâmica) entendem a saúde mental e como os médicos devem tratar as pessoas de diferentes histórias religiosas; examina o uso de religião na psicoterapia e discute o papel do capelão e o papel do clero na comunidade que proporciona saúde mental. Vinte e cinco capítulos, mais de 400 páginas. (\$ 80)
- *Religion and the Clinical Practice of Psychology*, de Edward P. Shafranske (American Psychological Association, 1996). Volume editado que foca o uso da religião quando trabalhamos com pessoas compromissadas com a religião em suas terapias. Descreve como integrar religião de diferentes tradições na prática clínica. Vinte e um capítulos, mais de 600 páginas. (\$ 60)

Popular (não-acadêmicos)

- *The Healing Connection*, de Harold G. Koenig (Word, 2001). Leitura rápida e pessoal; examina algumas das mais recentes pesquisas em um estilo popular. Dirigido para leitores cristãos. (\$ 22).
- *God, Faith and Health: exploring the Spirituality – Healing Connection*, de Jeffrey S. Levin (John Wiley and Sons, 2001). Leitura rápida e pessoal; apresenta achados de religião e saúde em um estilo popular. (\$ 25).
- *The Healing Power of Faith*, de Harold G. Koenig (Simon and Schuster, 2001). Leitura rápida; apresenta achados de religião e saúde em um estilo popular, ilustrado com fascinantes histórias pessoais. (\$ 25).
- *The Faith Factor*, de Dale A. Matthews (Penguin, 1999). Um dos primeiros livros populares a examinar a relação entre crenças tradicionais religiosas e práticas de saúde física e como aplicar isto na prática clínica. Numerosas histórias pessoais e de aquecer o coração. (\$ 14).
- *Is Religion Good for Health?*, de Harold G. Koenig (Haworth Press, 1997). Um dos primeiros livros populares a examinar a relação entre crenças tradicionais religiosas e práticas de saúde. Tem muitos gráficos, figuras e fatos, mas nenhuma história, bom primeiro livro sobre o assunto. (\$ 20).

WEBSITES, JORNAIS E REVISTAS POPULARES

Websites

- *Duke University's Center for the Study of Religion/Spirituality and Health*. Contém informação atualizada sobre conferências, palestrantes, reportagens, resenhas de livros e o novo programa de pós-doutorado sobre religião e saúde. Proporciona um caminho a informação sobre religião e saúde: www.geri.duke.edu
- *International Center for the Integration of Health and Spirituality* (antiga NIHR). Contém informação atualizada sobre conferências, palestrantes, fatos, resumos e um jornal. O diretor, David B. Larson, é um pioneiro no assunto: www.nihr.org
- *George Washington Institute for Spirituality and Health*. Foca na educação médica e da garantias de escolas médicas que ministram cursos de religião, espiritualidade e medicina. A diretora, Christina Puchalski é também uma expert sobre espiritualidade na morte: www.gwish.org/index.htm

- *John Templeton Foundation*. Instituição privada iniciada pela lenda financeira Sir John Templeton. A fundação patrocina pesquisas e conferências em espiritualidade, ciência e saúde. O website mostra informações em garantias, prêmios, conferências e outras informações na área de religião e ciência: www.templeton.org
- *Mind-Body Medical Institute*. Iniciado e dirigido por Herbert Benson, um famoso professor universitário de medicina da Escola Médica de Harvard. Foca na pesquisa e na prática clínica da medicina corpo-mente. Patrocina o semestral *Spirituality and Healing in Medicine* continuando a conferência de educação médica da Escola Médica de Harvard: www.mbmi.org

Jornais

- *Research News & Opportunities in Science and Theology*. Um jornal mensal de 36 páginas distribuído internacionalmente com tiragem de 30.000 exemplares. Contém informação atualizada em notícias nacionais, pesquisas, encontros nacionais e internacionais, programas de educação, livros, debates, organizações e oportunidades nas áreas de ciência, religião e saúde (preço da assinatura \$ 10 por onze edições ao ano). Para mais informações e assinatura grátis por seis meses no site: www.researchnewsonline.org

Revistas populares

- *Spirituality and Health*. Uma revista de 65 páginas que foca basicamente na espiritualidade popular do que religião e saúde (assinatura por \$20 para quatro edições anuais); para mais informações visite o website: www.spiritualityhealth.com
- *Science and Spirit*. Publicada seis vezes ao ano esta revista popular foca na religião e nas ciências físicas. Embora tenha artigos ocasionais sobre saúde (preço da assinatura \$22 por seis edições anuais): www.science-spirit.org

INTRODUÇÃO

¹ King, D. (2000). *Faith, Spirituality, and Medicine: Toward the making of Healing Practitioner*. Binghamton, NY: Haworth Press.

² Larson, D.B., Lu, F.G., Swyers, J.P. (1997). *Model Curriculum for Psychiatric Residency Training Programs: Religion and Spirituality in Clinical Practice*. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.

³ Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*, New York: Oxford University Press.

⁴ Chibnall, J.T., Brooks, C.A. (2001). Religion in the clinic: the role of physician beliefs. *Southern Medical Journal*, 94, 374-379.

CAPITULO 1

POR QUE INCLUIR A ESPIRITUALIDADE?

³

⁴

¹ Princeton Religion Research Center (1996). *Religion in America*. Princeton, NJ: The Gallup Poll.

² Fitchett, G., Burton, L.A., e Sivan, A.B. (1997). "The religious needs and resources of psychiatric patients". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 320-326.

³ Koenig, H.G. (2000). Religion, Spirituality and medicine: Application to clinical practice. *Journal of the American Association*, 284, 1708.

⁴ Rabin, B. (1999). *Stress, Immune Function and Health: The Connection*. New York: Wiley.

⁵ Koenig, H. G., e Cohen, H.J. (2002). *The link between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor*. New York: Oxford University Press.

⁶ Koenig, H. G. (1998). Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213-224.

⁷ Princeton Religion Research Center (1982). *Religion in America*. Princeton, NJ: The Gallup Poll.

⁸ Saudia, T.L., Kinney, M.R., Brown, K.C., e Young-Ward, L. (1991). Health locus of control and helpfulness of prayer. *Heart and Lung*, 20, 60-65.

⁹ Cronan, T.A., Kaplan, R.M., Posner, L., Lumberg, E., e Kozin, F. (1989). Prevalence of the use of unconventional remedies for arthritis in a metropolitan community. *Arthritis and Rheumatism*, 32: 1604-1607.

¹⁰ Tix, A.P., e Frazier, P.A. (1997). The use of religion coping during stressful life events: Main effects, moderation and meditation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411-422.

¹¹ Stern, R.C., Canda, E.R., e Doershuk, C.F. (1992). Use of nonmedical treatment by cystic fibrosis patients. *Journal of Adolescent Health*, 13, 612-615.

¹² Zaldivar, A. e Smolowitz, J. (1994). Perceptions of the importance placed on religion and folk medicine by non-Mexican-American Hispanic adults with diabetes. *The Diabetes Educator*, 20, 303-306.

¹³ Ell, K.O., Mantell, J.E., Hamovitch, M.B., e Nishimoto, R.H. (1989). Social support, sense of control and coping among patients with breast, lung or colorectal cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 63-89.

¹⁴ Roberts, J.A., Brown, D., Elkins, T. e Larson, D.B. (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176, 166-172.

¹⁵ Jenkins, R.A. (1995). Religion and HIV: Implications for Research and intervention. *Journal of Social Issues*, 51, 131-144.

¹⁶ Abraido-Lanza, A.F., Guier, C., e Revenson, T.A. (1996). Coping and social support resources among Latinas with arthritis. *Arthritis Care and research*, 9(6), 501-508.

¹⁷ Silber, T.J., reilly, M. (1985). Spiritual and religious concerns of the hospitalized adolescent. *Adolescence*, 20 (77), 217-224.

¹⁸ Koenig, H.G., Welner, D.K., Peterson B.L., Meador, K.G., e Keefe F.J. (1998). Religious coping in institutionalized elderly patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 365-376.

¹⁹ Wright, S.D., Pratt, C.C., e Schmall, V.L. (1985). Spiritual Support for caregivers of dementia patients. *Journal of Religion and Health*, 24, 31-38.

²⁰ Ehman, J., Ott, B., Short, T., Ciampa R., Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal medicine*, 159, 1803-1806.

²¹ Kaldjian, L.C., Jekel, J.F., e Friedland, G. (1998). End-of-life decisions in HIV-positive patients: The role of spiritual beliefs. *AIDS*, 12(1), 103-107.

²² Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*, New York: Oxford University Press.

- ²³ Koenig, H.G (in press). An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs (Clinical Crossroads). *Journal of the American Medical Association*.
- ²⁴ Koenig, H.G, Cohen, H.J., Blazer, D.G., Pieper, C. e Meador, K.G., Shelp, F., Goli, V. e DiPasquale, R. (1992). Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1693-1700.
- ²⁵ Koenig, H.G, George L.K., e Peterson, B.L. (1998). Religiosity and remission from depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536-542.
- ²⁶ Rabins, P.V., Fitting, M.D., Eastham, J., e Zabora, J. (1990). Emotional adaptation over time in caregivers for chronically ill elderly people. *Age and aging*, 19, 185-190
- ²⁷ Koenig et al. (2001).
- ²⁸ Koenig et al. (2001).
- ²⁹ Freud S. (1962). Civilization and its discontents. In J. Strachey, (Ed. And Trans.), *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, 25. (Original work published in 1930).
- ³⁰ Ellison, C.G. e George, L.K. (1994). Religious involvement, social ties and social support in a southeastern community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, 46-61
- ³¹ Koenig et al. (2001).
- ³² McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- ³³ Koenig, H.G., Cohen, H.J., George L.K., Hays, J.C., Larson, D.B., Blazer, D.G. (1997). Attendance at religious services, interleukin-6 and other biological indicators of immune function in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 233-250.
- ³⁴ Woods, T.E., Antoni, M.H., Ironson, G.H., e Kling, D.W. (1999). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 165-176.
- ³⁵ Schaal, M.D., Sephton, S.E., Thoreson, C., Koopman, C. e Spiegel, D. (agosto de 1998). *Religious expression and Immune Competence in Women with Advanced Cancer*. Trabalho apresentado no Encontro da Associação Americana de Psicologia, São Francisco, Califórnia.
- ³⁶ Koenig et al. (2001).
- ³⁷ Colantonio, A., Kasl, S.V., e Ostfeld, A.M. (1992). Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in elderly. *American Journal of Epidemiology*, 136, 884-894.
- ³⁸ Goldbourt, U., Yaari, S., e Medalie, J.H. (1993). Factor predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10.059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*, 82, 100-121.
- ³⁹ Koenig et al. (2001).
- ⁴⁰ Hummer, R., Rogers, R., Nam, C., e Ellison, C.G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 36, 273-285.
- ⁴¹ Koenig, H.G., Hays, J.C, Larson, D.B., George, L.K., Cohen, H.J., McCullough, M., Meador, K., Blazer, D.G. (1999). Does religious attendance prolong survival?: A six-year follow-up study of 3.968 older adults. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 54/A, M370-M377.
- ⁴² Strwbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J. e Kaplan, G.A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, 957-961.
- ⁴³ Odler, E.L., e Kasl, S.V. (1997). Religion among disabled and nondisabled elderly persons, II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journal of Gerontology*, 52B, 306-316.
- ⁴⁴ Koenig, H.G., Larson D.B. (1998). Use of hospital services, church attendance and religious affiliation. *Southern Medical Journal*, 91, 925-932.
- ⁴⁵ McNichol, T. (5 a 7 de abril, 1996). The new faith in medicine. *USA Weekend*, p.5.
- ⁴⁶ Oyama, O. e Koenig, H.G. (1998). Religious beliefs and practices in family medicine. *Archives of Family Medicine*, 7, 431-435.
- ⁴⁷ King, D.E. e Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith and healing and prayer. *Journal of Family Practice*, 39, 349-352.
- ⁴⁸ Kaldjian, L.C., Jekel, J.F., e Friedland, G. (1998). End-of-life decisions in HIV-positive patients: The Role of spiritual beliefs. *AIDS*, 12 (1), 103-107.
- ⁴⁹ Ehman, J., Ott, B., Short, T., Ciampa R., Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal medicine*, 159, 1803-1806.
- ⁵⁰ Wright, S.D., Pratt, C.C., e Schmall, V.L. (1985). Spiritual Support for caregivers of dementia patients. *Journal of Religion and Health*, 24, 31-38.
- ⁵¹ Taubes, T. (1998). "Healthy avenues of the mind": Psychological theory building and the influence of religion during the era of moral treatment. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1001-1008.

CAPÍTULO 2

COMO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE

- ¹ Koenig, H.G., Bearon, L., e Dayringer, R. (1989). Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship. *Journal of Family Practice*, 28, 441-448.
- ² Sloan, R.P., Bagiella, E., VandeCreek, L., Hover, M., Casalone, C., Hirshan, T.J., Hasan, Y., Kreger, R. (2000). Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine*, 342, 1913-1916.
- ³ Koenig, H.G., Bearon, L., e Dayringer, R. (1989). Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship. *Journal of Family Practice*, 28, 441-448.
- ⁴ Koenig, H.G., Smiley, M., Gonzales, J. (1998). *Religion, Health and Aging*. Westport, CT: Greenwood Press, 139.
- ⁵ King, D.E. e Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith and healing and prayer. *Journal of Family Practice*, 39, 349-352.
- ⁶ Kaldjian, L.C., Jekel, J.F., e Friedland, G. (1998). End-of-life decisions in HIV-positive patients: The Role of spiritual beliefs. *AIDS*, 12 (1), 103-107.
- ⁷ Oyama, O. e Koenig, H.G. (1998). Religious beliefs and practices in family medicine. *Archives of Family Medicine*, 7, 431-435.
- ⁸ MacLean, C.D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Bynum, D., Franco, M., Klioze, A., Monroe, M., Garrett, J., Cykert, S. (in press). Religion and spirituality in the medical encounter: Results from a multi-center patient survey. *Journal of the American Medical Association*.
- ⁹ Yankelovitch Partners, Inc., for *Time/CNN*, Junho de 1996.
- ¹⁰ Mac Lean et al. (2002).
- ¹¹ Chibnall, J.T., Brooks, C.A. (2001). Religion in the clinic: the role of physician beliefs. *Southern Medical Journal*, 94, 374-479.
- ¹² Dagi, T.F. (1995). Prayer, piety and professional property: limits on religious expression in hospitals. *Journal of Clinical Ethics*, 6, 274-279.
- ¹³ Sloan, R.P., Bagiella, E., VandeCreek, L., Hover, M., Casalone, C., Hirshan, T.J., Hasan, Y., Kreger, R. (2000). Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine*, 342, 1913-1916.
- ¹⁴ Hale, W.E., Bennett, R.G. (2000). *Building Healthy Communities Through Medical-Religious Partnerships*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- ¹⁵ <http://www.aoa.dhhs.gov/aoa/stats/AgePop2050.html>
- ¹⁶ Schneider, E.L. (1999). Aging in the third millenium. *Science*, 283, 796-797.

CAPITULO 3: QUANDO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE?

- ¹ Cassem, N.H., Wishnie, H.A., Hackett, T.P (1969). How coronary patients respond to last rites. *Postgraduate medicine* 45(3), 147-152.
- ² Benson, H., e Stark, M. (1996). *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief*. New York: Simon and Schuster.
- ³ Feldstein, B.D. (2001). Toward meaning. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1292-1292.
- ⁴ Dagi, T.F. (1995). Prayer, piety and professional property: limits on religious expression in hospitals. *Journal of Clinical Ethics*, 6, 274-279.
- ⁵ Post, S.G., Puchalski, C., Larson, D. (2000). Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 132, 578-583.

CAPÍTULO 4 O QUE PODE RESULTAR?

- ¹ A maioria dos sistemas de crenças religiosas tradicionais apresenta um ponto de vista positivo, até mesmo aqueles que superficialmente não aparentam – tais como os fundamentalistas que focam no pecado, julgamento e retribuição e têm regras rígidas e inflexíveis. Estes sistemas oferecem estrutura e claras instruções de como obter alívio através das soluções religiosas e são prestativas nas doenças e nas adversidades (embora nem sempre).
- ² Osler, W. (1910). The faith that heals. *The British Medical Journal*, 1470-1472.
- ³ Safran, D.G., Taira, D.A., Rogers, W.H., Kosinski, M., Ware, J.E., Tarlow, A.R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 47(3), 213-220.
- ⁴ Thom, D.H., Ribisl, K.M., Stewart, A.L., Luke, D.A. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Medical Care*, 37(5), 510-517.
- ⁵ Koenig, H.G. et al (2001). Disease prevention, disease detection and treatment compliance. *Handbook of Religion and Health* (pp. 397-408).

- ⁶ Koenig, H.G., Shelp, F., Goli, V., Cohen, H.J., Blazer, D.G. (1989). Survival and healthcare utilization in elderly medical inpatients with major depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 599-606.
- ⁷ Kiecolt–Glaser, J.K., Marucha, P.T., Malarkey, W.B., Mercado, A.M., e Glaser, R. (1996). Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346 (8984), 1194-1196.
- ⁸ Benson, H. e Stark, M. (1996). *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief*. New York: Simon and Schuster.

CAPÍTULO 5: LIMITES E BARREIRAS

- ¹ Pellegrino, E. (1979). Toward a reconstruction of medical morality: The primacy of the act of profession and the fact of illness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 4, 32-56.
- ² Forster, J. (10-de janeiro de 2000). Retake your Hippocratic Oath, *Medical Economics*.
- ³ Butler, A.M. (1968). Hippocratic Oath, 1968. *New England Journal of Medicine*, 278, 48-49.
- ⁴ Traduzido por Harry Friedenwald, *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 28, 260-261, (1917).
- ⁵ Spero, M.H. (1981). Countertransference in religious therapists of religious patients. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 565-575.
- ⁶ Koenig, H.G., Hover, M., Bearon, L.B., Travis, J.L. (1991). Religious perspectives of doctors, nurses, patients and families: Some interesting differences. *Journal of Pastoral Care*, 45, 254-267.
- ⁷ Ellis, M.R., Vinson, D.C., Ewigman, B. (1999). Addressing spiritual concerns of patients: Family physician's attitudes and practices. *Journal of Family Practice*, 48, 105-109
- ⁸ Chibnall, J.T., Brooks, C.A. (2001). Religion in the clinic: the role of physician beliefs. *Southern Medical Journal*, 94, 374-379.
- ⁹ Chalfant, H.P., Heller, P.L., Roberts, A., Briones, D., Acuirre-Hochbaum, S., Farr, W. (1990). The clergy as a resource for those encountering psychological distress. *Review of Religious Research*, 31, 305-313.
- ¹⁰ Larson, D.B., Hohmann, A.A., Kessler, L.G., Meador, K.G., Boyd, J.H., e McSherry, E. (1998). The couch and the cloth: The need for linkage. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1064-1069.
- ¹¹ Chibnall and Brooks (2001).
- ¹² Koenig, H.G., Bearon, L, e Dayringer, R. (1989). Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship. *Journal of Family Practice*, 28, 441-448.
- ¹³ Koenig et al. (1989)
- ¹⁴ Maugans, T.A., Wadland, W.C. (1991). Religion and family medicine: A survey of physicians and patients. *Journal of Family Practice*, 32, 210-213.

CAPITULO 6 QUANDO A RELIGIÃO É PREJUDICIAL

- ¹ Sloan, R.P., Bagiella, E. e Powell, T. (1999). Religion, spirituality e medicine. *The Lancet*, 353, 664-667.
- ² Sloan, R.P., Bagiella, E., VandeCreek, L., Hover, M., Casalone, C., Hirshan, T.J., Hasan, Y., Kreger, R. (2000). Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine*, 342, 1913-1916.
- ³ Spence, C., Damielson, T.S. e Kaunitz, W.M. (Março de 1984). The Faith Assembly: A study of perinatal and maternal mortality. *Indiana Medicine pp. 180-183*.
- ⁴ Conyn-Van Spaendonck, M.A., Melker, H.E., Abbink, F., Elzinga-Gholizadea, N., Kimman, T.G., van Loon, T. (2001). Immunity to poliomyelitis in the Netherlands. *American Journal of Epidemiology*, 153(3), 207-214.
- ⁵ *Morbidity and Mortality Weekly Report* (1991). Outbreaks of rubella among the Amish – United States, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40 (16), 264-265.
- ⁶ Etkind, P., Lett, S.M., MacDonald, P.D., Silva, E., e Peppe, J. (1992), Pertussis outbreaks in groups claiming religious exemptions to vaccinations. *American Journal of Diseases of Children*, 146, 173-176.
- ⁷ Rodgers, D.V., Gindler, J.S., Atkinson, W.L. e Markowitz, L.E. (1993). High attack rates and case fatality during a measles outbreak in groups with religious exemption to vaccination. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 12, 288-292.
- ⁸ Coakley, D.V. e McKenna, G.W. (22 de fevereiro de 1986). Safety of healing. *Lancet*, p. 444.
- ⁹ Smith, D.M. (15 de março de 1986) Safety of healing. *Lancet*, p. 621.
- ¹⁰ Asser, S. e Swan, R. (1998). Child fatalities from religion-motivated medical neglect. *Pediatrics*, 101, 625-629.
- ¹¹ Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*, New York: Oxford University Press
- ¹² Pargament, K.L., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1881-1885.
- ¹³ Sloan et al. (1999).
- ¹⁴ Pargament et al. (2001).

CAPITULO 7
FONTES DE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

- ¹ Kuhn, C.C. (1988). A spiritual inventory of the medically ill patient. *Psychiatric Medicine*, 6, 87-100.
- ² Matthews, D.A., e Clark, C. (1998). *The Faith Factor*, New York: Viking.
- ³ Matthews, D.A., McCullough, M.E., Larson, D.B., Koenig, H.G., Swyers, J.P., Milano, M.G. (1998). Religious commitment and health status: A review of the research and implications for family medicine. *Archives of Family Medicine*, 7, 118-124.
- ⁴ Puchalski, C.M., Romer, A.L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3, 129-137.
- ⁵ Maugans, T.A. (1996). The SPIRITual history. *Archives of Family Medicine*, 5, 11-16.
- ⁶ Anandarajah, G., Hight, F. (2001). Spirituality and medical practice. Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician* 63(1), 81-88.
- ⁷ Lo, B., Quill, T., Tulsky, J. (1999). Discussing palliative care with patients. *Annals of Internal Medicine*, 130, 744-749.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. POR QUE INCLUIR A ESPIRITUALIDADE	4
2. COMO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE	12
3. QUANDO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE	19
4. O QUE PODE RESULTAR	26

5. LIMITES E BARREIRAS	34
6. QUANDO A RELIGIÃO É PREJUDICIAL	45
7. RECURSOS SOBRE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE	51
NOTAS	67