

O impacto da espiritualidade na saúde física

Impact of spirituality on physical health

HÉLIO PENNA GUIMARÃES¹, ÁLVARO AVEZUM²

¹Médico-assistente da Divisão de Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

²Médico diretor da Divisão de Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Resumo

Contexto: As implicações da espiritualidade na saúde vêm sendo cientificamente avaliadas e documentadas em centenas de artigos, demonstrando sua relação com vários aspectos das saúdes física e mental, provavelmente positivos e possivelmente causais. **Objetivo:** Apresentar de forma concisa as evidências recentes do papel da espiritualidade e da religiosidade em diversos campos da prática clínica diária. **Métodos:** Para uma revisão descritiva foram selecionados artigos no banco de dados Medline, por meio dos unitermos: “religiosity”, “religion”, “spiritual” e “spirituality”. Os artigos foram avaliados por análise de método e determinação de limitações de desenho. **Resultados:** Foram apresentados de forma descritiva e concisa relevantes achados referentes às associações entre a espiritualidade/religiosidade e atividade imunológica, saúde mental, neoplasias, doenças cardiovasculares e mortalidade, além de aspectos de intervenção com uso de prece intercessória. **Conclusões:** Há crescente acúmulo de evidências sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde física, mas por essas evidências ainda não serem adequadamente robustas, este se constitui em promissor campo de investigação.

Guimarães, H.P.; Avezum, A. / Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 88-94, 2007

Palavras-chave: Espiritual, religião, saúde física.

Abstract

Background: The implications of spirituality in one's health have been studied and registered in hundreds of articles, demonstrating its relationship with several aspects of physical and mental health, probably positive and possibly causal. **Objective:** To present the recent evidences of the role of spirituality and religiosity in daily clinical practice. **Methods:** The articles were selected based on Medline database, through the keywords: “religiosity”, “religion”, “spiritual” and “spirituality”. The articles were evaluated by analysis of method and determination of limitations of studies' design. **Results:** The major findings originated from the association of spirituality, religiosity and immunological activity, mental health, neoplasias, cardiovascular diseases and mortality, besides aspects regarding the intervention of the intercessory prayer, were presented in a descriptive and concise way. **Conclusions:** The relationship between the religiosity/spirituality and the physical health has been confirmed but the evidences are not sufficiently conclusive. So, this has become a very promising field of study.

Guimarães, H.P.; Avezum, A. / Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 88-94, 2007

Key-words: Spiritual, religion, physical health.

Introdução

A espiritualidade poderia ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (Saad *et al.*, 2001; Volcan, 2003). A espiritualidade e sua relação com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação.

A espiritualidade, a despeito de seu freqüente imbricar com a religião, historicamente tem sido ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e violentos confrontos.

Convém definir neste cenário que a religiosidade e a espiritualidade, apesar de relacionadas, não são claramente descritas como sinônimos. A religiosidade envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo. A espiritualidade está afeita a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados (Saad *et al.*, 2001; Powell *et al.*, 2003).

A comprovação da utilização de aspectos distintos da espiritualidade e da religiosidade como suporte, terapêutica e determinação de desfechos positivos em diversas doenças tem constituído emblemático desafio para a ciência médica. Em se considerando as limitações éticas e de método, demonstra-se o quão dificultoso se faz mensurar e quantificar o impacto de experiências religiosas e espirituais pelos métodos científicos tradicionais.

Em recente levantamento de dados no site de pesquisa para publicações médicas indexadas de maior impacto clínico (sistema Medline) e utilizando as palavras-chave “religion and health”, foram encontrados cerca de 35.828 publicações entre 1982 e 2007; em se modificando para “spirituality”, foram encontrados 4.434 artigos no mesmo período. Nesse contexto, discernir os melhores desenhos de estudo e encontrar as melhores evidências que suportem a associação entre espiritualidade e saúde constitui novo, intrigante e profundo paradigma para a medicina moderna.

Este artigo tem por objetivo apresentar de forma concisa as evidências recentes do papel da espiritualidade e da religiosidade em diversos campos da prática clínica diária.

Material e métodos

Foram selecionados artigos no banco de dados Medline, por meio dos unitermos: “religiosity”, “religion”, “spiritual” e “spirituality”. Foram encontrados, inicialmente,

cerca de 36 mil artigos; em segunda avaliação mais restrita, foram selecionados artigos de intervenções terapêuticas e revisões sistemáticas encontradas por meio de busca baseada no *link* “clinical queries” do referido sistema, totalizando 242 artigos. Os artigos foram avaliados por análise de método e determinação de limitações de desenho. Não sendo esta uma metanálise, mas uma revisão descritiva, apresentam-se a seguir as conclusões mais relevantes dos principais estudos e metanálises encontrados nesta revisão.

Estudos em espiritualidade/religiosidade e saúde e seus fatores de confusão

Certamente, além de aspectos éticos e pessoais que podem promover vieses de análise e interpretação, os estudos envolvendo aspectos de religiosidade e espiritualidade merecem, como todo e qualquer outro objeto de investigação, a aplicação sistemática e rigorosa do método científico para sua validação, independentemente de posturas preconcebidas a favor ou contra eventuais resultados. Nesse contexto, há que se observar alguns freqüentes vieses de apuração, desenho de estudo ou interpretação (Powell *et al.*, 2003):

- Estudos ou cenários que não dispõem de adequado controle de potenciais fatores de confusão básicos, tais como idade, sexo e aspectos de etnia;
- Estudo de desenho *cross-sectional* ou transversal, considerado inadequado para determinar uma seqüência temporal de eventos, o que em geral é fundamental para uma adequada avaliação do nexo causal em estudos;
- Inadequada avaliação da mensuração da espiritualidade e/ou saúde física;
- Sem análises estatísticas apropriadas que impedem a adequada correlação entre achados;
- Relatos precoces em um mesmo estudo de corte que apresenta distintos resultados com o passar do tempo em seu seguimento.

Religiosidade e atividade imunológica

A interleucina 6 (IL-6) tem se mostrado citocina fortemente correlata a reações agudas de estresse, doenças cardiovasculares, depressão, doenças osteomusculares, neoplasias e doença de Alzheimer (Lutgendorf *et al.*, 2004).

Koenig *et al.* (1997) avaliaram a relação entre a prática de atividades religiosas e os níveis séricos de IL-6 e outros mediadores do sistema auto-imune e cascata inflamatória. Foram incluídos 1.718 pacientes com 65 ou mais anos de idade, e considerou-se como ponto de corte para IL-6 de 5 pg/ml; a correlação à prática de serviços religiosos foi realizada de forma temporal em distintas entrevistas entre 1989 e 1992. Nos achados finais, comparados aos pacientes sem práticas religiosas

frequentes e controlando-se fatores de confusão, apenas a metade do grupo com práticas frequentes tinha mais que 5 ng/ml (OR 0,58, 95% CI, 0,40-0,84, $p < 0,005$), além de menores taxas de marcadores de inflamação, como alfa-2 globulina, d-dímero, leucócitos polimorfonucleares e linfócitos.

Posteriormente, Harris *et al.* (1999a) descreveram que elevados níveis de IL-6, acima de 3,19 pg/ml, são encontrados e mais estreitamente relacionados à mortalidade na população idosa que em grupos inferiores a 1,9 pg/ml.

Partindo desse cenário delimitado, em um estudo prospectivo, Lutgendorf *et al.* (2004) avaliaram a relação entre frequência de prática religiosa, níveis séricos de IL-6 e mortalidade em 557 adultos idosos. A prática de atividades religiosas de, pelo menos, uma vez por semana foi determinada como significativo preditor de menor mortalidade em 12 anos de seguimento e da menor elevação dos níveis de IL-6 ($> 3,19$ pg/ml): os achados do estudo demonstraram taxa de mortalidade de 0,32 (95% IC = 0,15, 0,72; $p < 0,01$) e razão de chances (OR) para elevação de IL-6, 0,34 (95% CI = 0,16, 0,73, $p < 0,01$ em pacientes com práticas religiosas semanais, comparados àqueles que nunca freqüentavam ou exerciam práticas religiosas. Os resultados foram analisados em regressão logística multivariada. A despeito dos resultados, há limitações do estudo quanto à mensuração isolada do envolvimento religioso do paciente e à frequência de prática e dados privados, como religiosidade intrínseca. No entanto, houve correlação linear entre o efeito da mortalidade entre os pacientes que nunca tinham práticas religiosas em relação àqueles que tiveram práticas de pelo menos uma a duas vezes por mês.

Ironson *et al.* (2006) avaliaram os efeitos de mudanças na religiosidade e na espiritualidade após o diagnóstico de soropositividade para o HIV e suas conseqüências sobre as dosagens de CD4 e carga viral em até quatro anos de seguimento; em 100 pacientes avaliados, 45% demonstraram aumento de práticas religiosas, 42% não alteraram suas práticas e 13% as reduziram. Utilizando um modelo de regressão linear, avaliou-se a associação de efeitos entre a prática religiosa, CD-4 e carga viral: independentemente do tipo de prática religiosa, quadro inicial da doença, medicações em uso, idade, sexo, etnia, educação, hábitos de vida, depressão e suporte social, a mudança na prática de atividades religiosas foi fator preditor independente para redução da carga viral e aumento dos valores de CD4.

O mesmo grupo de autores, dessa vez capitaneado por Carrico *et al.* (2006), avaliou a relação entre práticas religiosas e níveis de cortisol urinário em 264 pacientes soropositivos para HIV, com o objetivo de determinar o impacto da espiritualidade sobre os níveis de cortisol e sua relação com sintomas de depressão; neste cenário, a prática de atividades religiosas esteve associada a menores taxas de cortisol urinário de 24 horas ($r = -0,17$, $p < 0,05$) e sintomas de depressão.

Prática religiosa e redução de mortalidade

Cerca de 11 estudos independentes e longitudinais, avaliando a relação entre a prática de atividades religiosas e o impacto sobre a mortalidade, foram descritos até 2003, dos quais apenas dois envolveram pacientes não saudáveis. Sete desses estudos obtiveram resultados ajustados para dados de demografia, aspectos socioeconômicos, sexo, fatores de risco para outras doenças e outros potenciais fatores de confusão. Em seis estudos (66,6%), verificou-se a relação estabelecida, após ajuste, de aproximadamente, em média, 30% de redução de mortalidade bruta e até 25% após ajustes para fatores de risco conhecidos. A maioria desses estudos é de base populacional (Powell *et al.*, 2003).

Strawbridge *et al.* (1997), em estudo de longo seguimento, avaliaram 6.928 pacientes, entre 16 e 94 anos, durante 28 anos de seguimento; os praticantes regulares de atividades religiosas tiveram menores taxas de mortalidade (razão de risco de 0,64; 95% IC, 0,53-0,77). Esses resultados foram mais robustos em mulheres; em análise ajustada para antecedentes de doenças crônicas ou fatores de risco à saúde, não houve redução significativa do impacto. Durante o seguimento, os pacientes com práticas religiosas frequentes interromperam o tabagismo, adotaram atividade física regular, aumentaram suporte social e mantiveram seu estado matrimonial.

Hummer *et al.* (1999) avaliaram dados do National Health Interview Survey (NHIS) em 21.204 casos e, entre estes, 2.216 óbitos, associando a frequência de prática religiosa a aspectos sociodemográficos, de saúde e comportamento. Determinaram que pessoas que nunca tiveram ou que exerceram prática religiosa irregular apresentavam risco de óbito 1,87 vez maior comparadas àquelas com prática de pelo menos uma vez por semana. Tal associação se traduziu em diferença de cerca de até sete anos adicionais, na expectativa de vida entre os grupos.

Jaffe *et al.* (2005) avaliaram pacientes aderentes a práticas religiosas ou habitando áreas consideradas afiliadas a práticas religiosas em Israel. Foram analisados 141.683 indivíduos com idades de 45 a 89 anos, vivendo em 882 áreas distintas; 29.709 óbitos foram reportados em um seguimento médio de 9,5 anos. Homens e mulheres vivendo em áreas próximas ou afiliadas a práticas religiosas tiveram menores taxas de mortalidade (OR [homens] = 0,75; 95% IC, 0,67-0,84; OR [mulheres] = 0,86; 95% IC, 0,67-0,96).

Metanálises em religiosidade e saúde

À medida que mais estudos na área de espiritualidade e saúde se intensificaram, seja com pequeno, seja com grande número de pacientes, começaram a surgir as primeiras metanálises, na tentativa de aperfeiçoar conclusões e resultados mais sólidos.

McCullough *et al.* (2000), em metanálise de 42 estudos independentes, avaliando cerca de 125.826 participantes, demonstraram que o envolvimento com prática religiosa foi significativamente associado à menor mortalidade (razão de chances OR = 1,29; IC 95%, 1,20-1,39).

Usando o sistema Medline e limitando a busca apenas a artigos de língua inglesa e, preferencialmente, estudos clínicos aleatorizados, Townsend *et al.* (2002) avaliaram o impacto de práticas religiosas sobre desfechos de saúde por meio de uma revisão sistemática da literatura entre 1966 e 1999; nove estudos aleatorizados foram avaliados e 25 não aleatorizados: até então os estudos aleatorizados demonstravam potencial benefício de prece intercessória sobre pacientes admitidos em unidade coronária, no entanto sem efeito sobre melhor controle ou redução do abuso de álcool. Os estudos não aleatorizados, por sua vez, sugeriram que a prática religiosa talvez possa oferecer potencial benefício sobre pressão arterial, função imunológica, depressão e mortalidade.

Embora a força de associação entre a prática religiosa esteja sujeita à influência de diversas variáveis e seja proibitiva uma inferência causal baseada nesses estudos, a associação entre essas práticas e a mortalidade foi robusta e a sua magnitude deve ser avaliada entre os fatores de abrangência psicossocial. Essa associação é ainda mais forte em mulheres e há possibilidade de a prática religiosa mediar e promover melhores e mais saudáveis hábitos de vida. O foco de pesquisas futuras talvez seja agora, se considerado consolidado o efeito positivo, buscar possíveis mecanismos que possam justificar esses achados sob o ponto de vista fisiopatológico e, adicionalmente, por métodos estatísticos mais sofisticados, reavaliar potenciais fatores de confusão que incluam idade, etnia, sexo e saúde física prévia.

Prece intercessória (PI) como nova prática terapêutica?

A prece é uma prática milenar de diversas e distintas religiões, tradicionalmente associada a bem-estar, promoção de saúde, introspecção e espiritualidade. Essa prática passou a ser tema de pesquisa e discussão intensa desde a década de 1980, com diversas e distintas posições e achados; atualmente, ao se buscar por meio do sistema Medline o unitermo *intercessory prayer*, cerca de 66 artigos constam em revistas indexadas, desde aleatorizados a recentes metanálises.

Nesse cenário, Byrd (1988), em trabalho pioneiro, avaliou os efeitos da prece intercessória (PI) em pacientes internados em unidades coronarianas, em estudo prospectivo, aleatorizado e duplo-cego; durante 10 meses, 393 pacientes foram aleatorizados, após obtenção de consentimento informado, para um grupo de PI (192 pacientes) ou um grupo controle (201 pacientes). O grupo PI teve menores escores de gravidade ($p < 0,01$), e o grupo controle necessitou com maior frequência de assistência ventilatória, antibióticos e diuréticos.

Harris *et al.* (1999b), em ressonante estudo, visando a determinar se a prece intercessória remota, destinada a pacientes hospitalizados por cardiopatias, poderia reduzir a taxa global de eventos adversos e o tempo de internação, desenharam um estudo com metodologia científica adequada, aleatorizado, controlado, duplo-cego, prospectivo e de grupos paralelos realizado em um hospital de ensino privado, avaliando 990 pacientes consecutivos que foram admitidos na unidade de cuidado intensivos. Os pacientes foram aleatorizados na admissão para receber PI remota ou não; comparado ao grupo de tratamento usual ($n = 524$), o grupo PI ($n = 466$) apresentou menores valores de escores médios de gravidade \pm SEM ($6,35 \pm 0,26$ versus $7,13 \pm 0,27$; $p = 0,04$) e ($2,7 \pm 0,1$ versus $3,0 \pm 0,1$; $p = 0,04$); o tempo de internação foi indiferente e a associação final sugeriu ser a PI efetiva terapia adjunta a tratamento médico-padrão.

No entanto, em recente e polêmico estudo, Benson *et al.* (2006), avaliando seis hospitais americanos, aleatorizaram pacientes para três distintos grupos: 604 pacientes receberam a PI, após serem informados de que poderiam ou não receber a prece; 597 não receberam a PI, após serem informados de que poderiam ou não receber a prece; e 601 receberam a PI, após serem informados de que receberiam a prece. A PI foi executada por 14 dias, iniciando-se na noite anterior à cirurgia de revascularização miocárdica, com avaliação de desfechos primário de complicações em até 30 dias e secundário de mortalidade; nos dois grupos em que havia incerteza de receber a PI, a incidência de complicações foi de 52% ($315/604$) versus 51% ($304/597$) daqueles que não receberam a prece (risco relativo de 1,02, 95% IC 0,92-1,15). As complicações foram prevalentes em 59% ($352/601$) dos pacientes que certamente receberam a prece e tinham conhecimento disso versus 52% ($315/604$) (risco relativo de 1,14, 95% IC 1,02-1,28). Para esses autores, a PI, quando efetivamente executada com o conhecimento do paciente, associou-se a mais complicações precoces em cirurgias de RM; esses achados motivaram opiniões, como as de Sloan e Ramakrishnan (2006), sobre as dificuldades de se realizar estudos com desfechos variáveis e difíceis comparações argumentando freqüentes erros do tipo 1 ou alfa e sugerindo abolir essa análise da prática científica por ser “incompatível com as visões correntes da física universal e conscienciosa”.

De forma mais enfática, em metanálise de grande número de casos, Masters *et al.* (2006) avaliaram os efeitos da PI por meio de modelos aleatorizados com combinação de resultados para efeito global; um teste de homogeneidade e avaliação de variáveis potenciais diversas foi conduzido; 14 estudos foram analisados com tamanho global de efeito estimado para $g = 0,100$ que não diferiu de zero; não houve impacto científico claramente discernível nos resultados do estudo, apesar de pequena monta, de tal sorte que em se retirando tendências teóricas ou teológicas, os autores consideraram os achados não consideráveis e recomendaram que não

se destinem novos estudos ou recursos à avaliação de tal método.

Por outro lado, Roberts *et al.* (2007) executaram revisão sistemática de 10 estudos (7.646 pacientes) em que havia clara determinação da estratégia da prece intercessória para otimização de saúde de pacientes acometidos de distintas doenças; os dados foram extraídos de forma independente e analisados por intenção de tratar determinando risco relativo (RR), intervalo de confiança (IC) de 95% e número necessário para tratar (NNT) ou prejudicar (NNH). Houve pequena diferença a favor do grupo prece intercessória quanto à mortalidade (seis estudos, $n = 6.782$, RR 0,88, IC 0,80-0,97, NNT 42, IC = 25-167), porém sem diferença entre os grupos quanto a estado clínico ou complicações. Um estudo demonstrou ser a prece positiva sobre pacientes com alto risco de mortalidade (um estudo, $n = 445$, RR 0,3, IC = 0,2-0,46, NNT 8, IC = 7-11).

A despeito disso, uma vez mais, no entanto, um recente estudo avaliando os efeitos da prece permitida pelo paciente demonstrou que pacientes que sabiam estar recebendo preces intercessórias tiveram mais complicações pós-operatórias (um estudo, $n = 1.198$; RR 1,15, IC = 1,04-1,28; NNH 14, IC = 8-50). A conclusão final sugere que ainda não se deve considerar nenhum dos resultados de forma robusta ou definitiva, e a maioria dos dados ainda permanece equívoca (Roberts *et al.*, 2007).

As evidências presentes demonstram que o cenário da PI é ainda insuficiente para qualificar ou desqualificar definitivamente quaisquer benefícios advindos dos ensaios clínicos prévios.

Religiosidade e saúde mental

Em se avaliando a relação entre espiritualidade e saúde mental, as controvérsias e evidências científicas se intensificam ainda mais.

Em revisão narrativa de cerca de 850 artigos, publicados ao longo do século XX, incluindo artigos publicados após 2000 e a descrição de pesquisas conduzidas no Brasil, Moreira-Almeida *et al.* (2006) verificaram que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afetos positivo e moral mais elevados) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas. Esse impacto positivo sugere ser mais relevante entre pessoas sob estresse (idosos e aqueles com deficiências e doenças clínicas), considerando que há indícios suficientes disponíveis para se afirmar que o envolvimento religioso habitualmente está associado à melhor saúde mental. Ressalta-se, porém, a necessidade de melhor compreensão dos fatores mediadores dessa associação e sua transposição à prática clínica diária.

Religiosidade/espiritualidade e doença cardiovascular

Hummer *et al.* (1999) foram os primeiros a demonstrar a correlação entre prática religiosa e redução da mortalidade por causa cardiovascular, mesmo após ajustes em análise multivariada para sexo, idade, educação, etnia e *status* social. No entanto, no que concerne à adoção de hábitos de vida saudável, após os ajustes para todas as co-variáveis e estilo de vida saudável, projeta-se $p = 0,86$ (ns), que, a despeito da perda de significância, indiretamente reforça o papel da religiosidade/espiritualidade em mudanças de hábito de vida.

Goldbourt *et al.* (1993) avaliaram o impacto da religião ortodoxa na doença arterial coronária em 10.059 pessoas em Israel por cerca de 23 de seguimento, demonstrando associação não ajustada de RR de 0,69 ($p = 0,05$), e após ajuste para fatores de confusão, como hábitos de vida, RR de 0,72 ($p = 0,05$).

Colantonio *et al.* (1992), avaliando fatores preditores psicossociais para acidente vascular cerebral (AVC) em idosos não institucionalizados, determinaram, em 2.812 idosos de Connecticut, *status* de depressão por meio da escala do Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Esse estudo revelou altos valores de escores de CES-D como importante preditor de AVC ($p < 0,05$), e a prática freqüente de serviços religiosos foi associada à menor incidência de AVC ($p < 0,001$). Porém, ao se dispor esse achado em análise multivariada ($p < 0,05$), correlacionando sexo, idade, hipertensão, diabetes e tabagismo, nem os escores de depressão, nem a análise de religiosidade, mantiveram sua significância.

Em geral, os achados sugerem que aspectos da religiosidade com a prática semanal (RR = 0,93, ns) podem ser fatores protetores contra doenças cardiovasculares, por promover melhor controle de ansiedade/estresse e hábitos saudáveis de vida (Powell *et al.*, 2003). No entanto, certamente mais estudos longitudinais devem ser efetuados para a comprovação de sua relação com a morbidade cardiovascular.

Religiosidade/espiritualidade e mortalidade por neoplasias

Oman *et al.* (2002) avaliaram 6.545 adultos na Califórnia, com seguimento de 31 anos; a prática semanal de atividade religiosa foi associada à redução de mortalidade por neoplasia, ajustada para sexo e idade (RR = 0,78, $p < 0,05$), porém essa associação não foi significativa quando ajustada para alterações ou condições prévias de saúde (RR = 0,83, ns) e para fatores de risco independentes (RR = 0,93, ns).

Hummer *et al.* (1999) estudaram, em uma amostra de 21.204 adultos saudáveis, a associação entre mortalidade por câncer e prática religiosa semanal; após ajustar resultados para sexo, idade e etnia, constataram RR = 0,88,

$p < 0,10$, o mesmo não sendo demonstrado para associação ajustada para estado de saúde prévio (RR = 0,93, ns) ou fatores de risco independentes (RR = 0,90, ns).

Nesse cenário, a perda da significância estatística após ajuste para fatores de risco pode se dever ao fato de se ter controlado o mecanismo pelo qual a religiosidade poderia diminuir o risco de câncer como os hábitos de vida mais saudável (menos tabagismo, etilismo etc.).

Considerações finais

A influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia, e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. As evidências têm-se direcionado de forma mais robusta e consistente para o cenário de prevenção; estudos independentes, em sua maioria de grande número de voluntários e representativos da população, determinaram que a prática regular de atividades religiosas tem reduzido o risco de óbito em cerca de 30% e, após ajustes para fatores de confusão, em até 25%.

Estudos mecanísticos tentando avaliar qual a relação entre redução de mortalidade e práticas religiosas têm enfatizado o possível incentivo que essas práticas oferecem a hábitos de vida saudável, suporte social, menores taxas de estresse e depressão. Atitudes assistenciais voluntárias ou participação em congregações têm demonstrado associação com redução de mortalidade, provendo suporte e significado de vida, emotividade de aspecto positivo ou ausência de emoções consideradas de aspecto negativo; certamente existem dúvidas sobre se esses aspectos são mais relevantes em grupos específicos, tais como no de sexo feminino, com menor suporte socioeconômico e menores níveis de educação.

Também em contraste com tais evidências, não há clara correlação entre o grau de profundidade ou envolvimento em práticas religiosas e a proteção a eventos, exceto por análises de subgrupos em curva *post hoc*. O desenvolvimento de conceituações de virtudes religiosas, perdão, altruísmo, esperança, prece e voluntarismo, apesar de soar operacional ou métrico, pode definir a nova direção para conduzir estudos de avaliação de espiritualidade e religiosidade.

Na área específica de intervenções terapêuticas propriamente dita, a prece intercessória ocupou espaço de investigação relevante a despeito de seus dúbios resultados e controvérsias; apesar do elevado número de publicações em revistas indexadas sobre o assunto, ainda parece pouco claro qual o método mais adequado a esse tipo de avaliação e mesmo a validade de seus resultados ou continuidade de sua investigação; por certo, não há ainda prova sólida final para sua validade ou depreciação.

Há tendência à correlação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde física, mas por ainda não ser

adequadamente robusto em suas provas e correlações, este constitui, sem dúvida, em amplo e promissor campo de investigação. Nesse cenário, a necessidade de maior investigação da relação entre saúde física e espiritualidade, baseada principalmente no impacto de intervenções de base religiosa sobre a saúde, faz-se ainda relevante para a comprovação desse paradigma. A comprovação definitiva de efeitos dessas intervenções poderá, em futuro próximo, permitir sua transposição à prática clínica.

A utilização de adequado método científico e emprego dos princípios da medicina baseada em evidências, para avaliação crítica da literatura e a condução de estudos, pode certamente prover o caminho que moverá as hipóteses do promissor ao comprovado e certamente apenas essas confirmações poderão consolidar o paradigma suficiente para a modificação da percepção e conduta da sociedade atual ante a correlação entre espiritualidade e saúde.

Referências

- Benson, H. *et al.* - Study of the therapeutic effects of intercessory prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *Am Heart J* 151(4): 934-942, 2006.
- Byrd, R.C. - Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J* Jul 81(7):826-829, 1988.
- Carrico, A.W. *et al.* - A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. *Journal of Psychosomatic Research* 61(1):51-58, 2006.
- Colantonio, A.; Kasi, S.V.; Ostfeld, A.M. - Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly. *Am J Epidemiol* 136(7): 884-894, 1992.
- Goldbourt, U.; Yaari, S.; Medalie, J.H. - Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology* 82: 100-121, 1993.
- Harris, T.B.; Ferrucci, L.; Tracy R.P.; Corti, M.C.; Wacholder, S.; Ettinger, W.H. - Associations of elevated interleukin-6 and C-reactive protein levels with mortality in the elderly. *American Journal of Medicine* 106: 506-512, 1999a.
- Harris, W.S. *et al.* - A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Arch Intern Med* 159(19): 2273-2278, 1999b.
- Hummer, R.A.; Rodgers, R.G.; Nam, C.B.; Ellison, C.G. - Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography* 36(2): 273-285, 1999.
- Ironson, G.; Stuetzle, R.; Fletcher, M.A. - An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of General Internal Medicine* 21:S62-68, 2006.
- Jaffe, D.H.; Eisenbach, Z.; Neumark, Y.D.; Manor, O. - Does living in a religiously affiliated neighborhood lower mortality? *Ann Epidemiol* 15(10):804-810, 2005.
- Koenig H.G.; Cohen H.J.; George L.K.; Hays J.C.; Larson D.B.; Blazer D.G. - Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. *Int J Psychiatry Med* 27:233-250, 1997.
- Lutgendorf, S.K.; Russel, D.; Ullrich, P.; Harris, T.B.; Wallace, R. - Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychology* 23(25):465-475, 2004.
- Masters, K.S.; Spielmans, G.I.; Goodson J.T. - Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer? A meta-analytic review. *Ann Behav Med* 32(1):21-26, 2006.
- McCullough, M.E.; Hoyt, W.T.; Larson, D.B.; Koenig, H.G. - Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology* 19(3): 211-222, 2000.

- Moreira-Almeida, A.L.; Lotufo Neto, F.; Koenig, H.G. - Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 28(3):242-50, 2006.
- NHIS. - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=pubmed>. Disponível em: www.pubmed.com. Acessado em 26 de março de 2007.
- Oman, D.; Kurata, J. H., Strawbridge, W.J.; Cohen, R.D. - Religious attendance and cause of death over 31 years. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 32:69-89, 2002.
- Powell, L.H.; Shahabi, L.; Thoresen, C.E. - Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. *American Psychologist* 58(1):36-52, 2003.
- Roberts, L.; Ahmed, I.; Hall, S. - Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD000368, 2007.
- Saad, M.; Masiero, D.; Battistella, L. - Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica* 8(3):107-112, 2001.
- Sloan, R.P.; Ramakrishnan, R. - Science, medicine, and intercessory prayer. *Perspect Biol Med* 49(4):504-514, 2006.
- Strawbridge, W.J.; Cohen, R.D.; Shema, S.J.; Kaplan G.A.K. - Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 87:957-961, 1997.
- Townsend, M.; Kladder, V.; Ayele, H.; Mulligan, T. - Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *South Med J* 95(12):1429-1434, 2002.
- Volcan, S.M.A. - Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Rev. Saúde Pública* 37(4):440-445, 2003.