

Religiosidade e saúde mental como aspecto da integralidade no cuidado

Religiosity and mental health as aspects of comprehensiveness in care

Religiosidad y salud mental como aspectos de la atención integral

Dalila de Alcântara Martins^I

ORCID: 0000-0002-3766-9977

Prisca Dara Lunieres Pêgas Coêlho^I

ORCID: 0000-0003-3983-3897

Sandra Greice Becker^I

ORCID: 0000-0003-2084-3411

Alaidistania Aparecida Ferreira^I

ORCID: 0000-0001-8553-7269

Maria Luiza Carvalho de Oliveira^I

ORCID: 0000-0002-1077-1066

Leslie Bezerra Monteiro^{III}

ORCID: 0000-0002-0316-3708

^I Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II} Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{III} Universidade Paulista. Manaus, Amazonas, Brasil.

Como citar este artigo:

Martins DA, Coêlho PDL, Becker SG, Ferreira AA, Oliveira MLC, Monteiro LB. Religiosity and mental health as aspects of comprehensiveness in care. Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20201011. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1011>

Autor Correspondente:

Prisca Dara Lunieres Pêgas Coêlho
E-mail: prisca_pegas@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Mitzy Danski

Submissão: 16-10-2020

Aprovação: 14-04-2021

RESUMO

Objetivo: compreender como a religiosidade pode influenciar a saúde dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais, com base no cuidado integral. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com inclusão de artigos em português, inglês e espanhol, no período entre 2010 e 2018. **Resultados:** a análise crítica e síntese qualitativa dos 24 estudos selecionados foram categorizados em dois subtópicos: *A influência da religiosidade na promoção do cuidado integral em saúde mental; Saúde mental versus religiosidade: condicionantes influenciadores para efetivação do acesso ao cuidado integral.* **Considerações finais:** identificou-se uma influência positiva da religiosidade na vida dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais, no entanto as evidências demonstram que as equipes de saúde não se sentem confortáveis e preparados para trabalhar a religiosidade como expressão da espiritualidade. Sendo este um dos aspectos dimensionais de saúde, pode-se inferir, sobre os resultados, a existência desta lacuna na abordagem integral do cuidado. **Descritores:** Religião; Saúde Mental; Transtornos Mentais; Assistência Integral à Saúde; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand how religiosity can influence the health of individuals diagnosed with mental disorders, based on comprehensive care. **Methods:** this is an integrative literature review, with the inclusion of articles in Portuguese, English and Spanish, between 2010 and 2018. **Results:** the critical analysis and qualitative synthesis of the 24 selected studies were categorized into two subtopics: *The influence of religiosity in promoting comprehensive mental health care; Mental health versus religiosity: influencing conditions for effective access to comprehensive care.* **Final considerations:** a positive influence of religiosity was identified in the lives of individuals diagnosed with mental disorders; however, evidence shows that health teams do not feel comfortable and prepared to work with religiosity as an expression of spirituality. This being one of the dimensional aspects of health, it can be inferred, on the results, the existence of this gap in the comprehensive care approach. **Descriptors:** Religion; Mental Health; Mental Disorders; Comprehensive Health Care; Holistic Health.

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo la religiosidad puede influir en la salud de las personas diagnosticadas con trastornos mentales, a partir de una atención integral. **Métodos:** se trata de una revisión bibliográfica integradora, que incluye artículos en portugués, inglés y español, entre 2010 y 2018. **Resultados:** el análisis crítico y la síntesis cualitativa de los 24 estudios seleccionados se categorizaron en dos subtemas: *La influencia de la religiosidad en la promoción de la atención integral de la salud mental; Salud mental versus religiosidad: influyendo en las condiciones para el acceso efectivo a la atención integral.* **Consideraciones finales:** se identificó una influencia positiva de la religiosidad en la vida de las personas diagnosticadas con trastornos mentales, sin embargo la evidencia muestra que los equipos de salud no se sienten cómodos y preparados para trabajar con la religiosidad como expresión de la espiritualidad. Siendo este uno de los aspectos dimensionales de la salud, es posible inferir de los resultados la existencia de esta brecha en el enfoque de atención integral. **Descritores:** Religión; Salud Mental; Transtornos Mentales; Atención Integral de Salud; Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

Antes de tudo, convém ressaltar que, embora as palavras espiritualidade e religiosidade sejam, muitas vezes, usadas como sinônimos, elas possuem significados diferentes. A espiritualidade pode ser compreendida como a busca pelo entendimento do significado das situações cotidianas e das relações que essas estabelecem com o sagrado/transcendental⁽¹⁾, ou seja, consiste em uma relação pessoal com Deus/Poder Superior com o metafísico, em que a pessoa busca por significados fundamentais da vida, podendo estar ou não relacionado a alguma religião⁽¹⁻²⁾.

Em uma entrevista sobre o sentido da vida, o Lama Budista Michel Rinpoche discorre sobre a espiritualidade como sendo uma necessidade, algo do qual precisamos para dar sentido à nossa existência, compreendendo cada ser como único e subjetivo, constituído não apenas de um corpo, mas de uma realidade interna tão importante quanto à externa, ambas interligadas e em sincronia. Nessa perspectiva, a espiritualidade é o processo interior de transformação e a religião é o método que alguém cria para chegar nesse processo de transformação. Já as instituições religiosas se encarregam de criar condições para manter vivo este método adotado pela religião⁽²⁾.

Segundo Salgado⁽³⁾, por exemplo, “a espiritualidade é mais ampla e mais aberta que a religião, pois a espiritualidade implica o universal e a religião, o particular, o individual”. A religião surge, então, como um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos projetados para facilitar a aproximação com o sagrado, mas também pode envolver regras sobre condutas de vida orientadas por uma comunidade⁽¹⁾. Por esse motivo, a religiosidade pode oferecer diretrizes para o comportamento do homem, interferindo sobre pensamentos suicidas, influenciando tendências autodestrutivas e estimulando estratégias para enfrentamento das adversidades do cotidiano⁽⁴⁾.

No Brasil, conforme o Censo Demográfico de 2010, a filiação religiosa se constitui por pessoas que se declaram, principalmente católicas (64.9%), evangélicas (22.2%), espíritas (2.0%) e testemunhas de Jeová (0.4%). No estado do Amazonas, observa-se apenas alteração entre testemunhas de Jeová (20.6%) que se encontram em maior quantidade do que as pessoas que se autodeclararam espíritas (14.8%).

Com o advento da pós-modernidade, a religião sofre significativas transformações. Os indivíduos pós-modernos passam a se relacionar com a religião e exercer sua religiosidade de forma renovada. Apesar de todas as suposições de que com o desenvolvimento técnico-científico, advindo da modernidade, não haveria mais espaço para a religião, Deus e explicações mitológicas ou místicas. No entanto, ela se mantém e os indivíduos parecem ser cada vez mais religiosos⁽⁵⁾.

Essas mudanças são observadas e manifestas no curso das histórias humanas. Mas as evidências intelectuais típicas da modernidade, segundo sociólogo francês Michel Maffesoli⁽⁶⁾, não permitem localizar o que é evidente. Para isso, é preciso saber descer até as fontes do subterrâneo e do estar-junto, ou seja, o compartilhamento das paixões e emoções coletivas, daí a necessidade de saber colocar em prática uma maneira mais qualitativa de abordagem se quisermos estar conectados com o comportamento da sociedade pós-moderna.

Não é mais o simples social dominado pelo racional, tendo por expressão o político e o econômico, mas outra maneira de estar-junto, em que o imaginário, o onírico, o lúdico, justamente, ocupam um lugar primordial. Sendo assim, não podemos negar a importância da potência espiritual, nem o retorno com força da cultura, a prevalência do imaterial, muito menos a presença do invisível de forma indivisível⁽⁶⁾.

Nesses tempos pós-modernos, o envolvimento religioso e espiritual figura como variável que vem ganhando relevância e reconhecimento, principalmente como indicador de saúde pela busca da promoção de um cuidado mais integral⁽⁷⁾. Até o século XX, tinha-se sobre a religião um olhar de forma negativa para a saúde, sendo mais frequentemente considerada como possível causadora de neuroses. Tal situação começa a mudar a partir do século XXI, quando a relação com a religião passa a ser vista como um fator positivo na saúde, sobretudo para a saúde mental⁽¹⁾.

Atualmente, já se tem conhecimento sobre o envolvimento religioso como um fator positivo para a saúde. Estudos comparativos revelam que há uma relação entre crenças, práticas religiosas e saúde física, no qual indivíduos com maior religiosidade apresentam menor prevalência de doenças coronarianas, hipertensão, menos níveis de pressão arterial, menor prevalência de doenças infecciosas, menores complicações no período pós-operatório e menor índice de mortalidade⁽¹⁾, além de estar diretamente relacionado com indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado e melhor saúde tanto física como mental⁽⁴⁾. Os sentimentos de pertencimento, conexão e identidade, quando vivenciados e experimentados pelos praticantes religiosos, proporcionam enfrentamento positivo em situações estressantes⁽⁷⁾.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais (depressão maior, esquizofrenia, transtornos bipolares, transtornos pelo uso do álcool e transtorno obsessivo-compulsivo) já representam cinco das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo⁽⁸⁾. Neste cenário, a própria Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) afirma que, no campo da saúde, as práticas religiosas, assim como a espiritualidade, possuem implicações significativas para prevalência, diagnóstico, tratamento, desfechos clínicos e prevenção de doenças.

Importa-nos ressaltar que, diante do cenário atual de pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), houveram significativos impactos na economia, na política, na religião, na saúde pública e na saúde mental de toda a sociedade. Essa pandemia influenciou no estilo de vida e nas dinâmicas sociais, “favorecendo ainda mais as emoções desequilibradas e persistentes de tristeza, raiva, culpa, pânico, medo, insegurança, que paralisaram o movimento da vida”, trazendo efeitos temporários e a longo prazo⁽⁹⁾.

A partir desse contexto, presente no novo cenário da sociedade pós-moderna, percebe-se que o cuidado à saúde mental e os fatores relacionados ao bem-estar são um tema que se faz mais relevante do que nunca. Vale, ainda, enfatizar sua importância, ao considerar a dimensão espiritual ter se tornado desde 1999 pela OMS, uma indicação conceitual multidimensional para a qualidade de vida, nos quais os domínios físico, psíquico, social e espiritual norteiam a produção técnico-científica das diversas áreas do conhecimento que compõem as ciências, sobretudo da saúde.

Portanto, quando se fala em cuidado à saúde mental, é importante ter em mente a garantia de uma assistência baseada nas necessidades do indivíduo sem focar apenas na sua doença, mas na busca por promover a saúde em todas as suas dimensões física, espiritual, emocional, social, familiar, além de garantir que o paciente tenha um atendimento individualizado⁽¹⁰⁾. Dessa forma, o cuidado à saúde a pessoas diagnosticadas com transtornos mentais é centrado na valorização da vida, na sua integralidade e subjetividade.

Sabe-se, também, que as crenças sobre religião e espiritualidade influenciam o modo como os pacientes e os profissionais de saúde percebem o ser saudável e o adoecimento, além de influenciar a relação entre si e com os outros⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Surge, a partir desta influência, a necessidade de ampliar a discussão e reflexão acerca da relação entre religiosidade como expressão da dimensão espiritual do ser humano e a assistência à saúde mental. A espiritualidade, como mencionado, é uma dimensão importante e inseparável do humano, tão importante quanto às dimensões biológica, psicológica e social, as quais podem ser demonstradas pelos valores, crenças, comportamentos e emoções⁽⁷⁾.

Há, ainda, razões clínicas para abordar a religiosidade na prática de saúde, dentre as quais se destacam: muitos pacientes são religiosos e querem poder discutir sobre o tema; as crenças religiosas podem influenciar decisões médicas e acabar criando barreiras para adesão aos tratamentos; as religiões influenciam os cuidados em saúde na comunidade; muitos pacientes apresentam necessidades espirituais que podem afetar sua saúde mental⁽¹⁾. Essas razões clínicas precisam ser atendidas e fornecem subsídios para a prática de um cuidado integral.

O Brasil é um país reconhecidamente religioso, o que traz a religião como um tema de interesse para o brasileiro, atravessa a cultura, faz-se presente no cotidiano e influencia suas crenças, comportamento e visão de mundo⁽¹²⁾. Além da crescente importância dedicada à relação entre saúde, espiritualidade e religiosidade, os profissionais de saúde precisam estar preparados para identificar e reconhecer o papel que a espiritualidade e as crenças religiosas desempenham na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais.

A partir desse contexto, a religiosidade e sua estreita relação com a espiritualidade passam a ser valorizadas como importantes contributos na atenção clínica e na promoção à saúde, sendo fundamental que sejam incorporadas atividades de ensino, pesquisa e assistência dos currículos acadêmicos⁽¹³⁾. Dessa forma, elas podem contribuir para um direcionamento terapêutico voltado para o enfrentamento da doença e o despertar de potenciais saudáveis no indivíduo com ênfase em uma abordagem integral do cuidado.

OBJETIVO

Compreender como a religiosidade pode influenciar a saúde dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais, com base no cuidado integral.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa de literatura, estruturada em seis etapas distintas: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) definição das bases de dados e critérios para inclusão e exclusão

de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽¹⁴⁾.

O estudo foi norteado por protocolo elaborado pelos pesquisadores. A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia População, Interesse e Contexto (PICO)⁽¹⁵⁾. Considerou-se, assim, a seguinte estrutura: P – população diagnosticada com transtornos mentais; I – influência da religiosidade; Co – atenção à saúde mental. Dessa forma, elaborou-se a seguinte questão norteadora: como a religiosidade pode influenciar a saúde dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais com base no cuidado integral?

O levantamento bibliográfico foi realizado em novembro de 2018 mediante acesso virtual às bases de dados: Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca de Enfermagem (BDENF) por meio da consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), acessada por meio do portal PubMed; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), via Coleção Principal (Thomson Reuters). Ademais, também foi empregada busca manual por meio da leitura das referências dos estudos primários incluídos.

Incluíram-se artigos em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, no período de 2010 a 2018, e excluíram-se os editoriais, teses, dissertações, artigos de revisão integrativa, os já selecionados na busca em outra base de dados e que não respondessem à questão da pesquisa. Os critérios de inclusão foram definidos, em 2018, na ocorrência da participação no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Assim, definiu-se o período de 8 anos progressivos para busca, em consideração ao prazo de apresentar resultados a este programa.

Para a busca nas bases de dados, foram selecionados descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus equivalentes no idioma inglês no *Medical Subject Headings* (MeSH) e Títulos CINAHL, assim como descritores não controlados, estabelecidos de acordo com sinônimos dos controlados.

Para sistematizar as informações coletadas, utilizou-se o formulário de busca avançada, respeitando peculiaridades e características distintas de cada base de dados. Os descritores foram combinados entre si com o operador booleano OR, dentro de cada conjunto de termos da estratégia PICO, e, em seguida, cruzados com o operador booleano AND. Desenvolveram-se quatro estratégias de busca em cada banco de dados, conforme identificado nos Quadros 1 e 2.

A busca foi realizada por dois pesquisadores independentes, de forma simultânea, os quais padronizaram a sequência de utilização dos descritores e dos cruzamentos em cada base de dados e, em seguida, compararam os resultados obtidos. Para garantir a busca ampla, os *papers*, em sua totalidade, foram acessados por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em área com *Internet Protocol* (IP) reconhecida na Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Os estudos encontrados foram importados para uma única pasta, com o intuito de ordenar e identificar os duplicados nas diferentes bases. A exportação dos artigos priorizou as bases da área de saúde (MEDLINE/PubMed e LILACS), seguida das específicas de enfermagem (CINAHL e BDENF).

Quadro 1 - Estratégias de busca realizadas na base de dados LILACS* e BDEF**, 2018

Estratégia de busca	Descritores selecionados		Pré-seleção das bases de dados	
	Descritores controlados	Descritores não controlados	LILACS	BDEF
1	"Religião" OR Religião	(Crenças Religiosas) OR Oração OR (Ética Religiosa)	187	153
2	("Saúde Mental") OR (Saúde Mental)	(Áreas de Saúde Mental) OR (Higiene Mental)	5.001	1.099
3	("Transtornos Mentais") OR (Transtornos Mentais)	(Diagnóstico Psiquiátrico) OR (Transtorno do Comportamento) OR (Transtornos Mentais Graves) OR (Doença Mental) OR Insanidade	290	126
4	1 AND 2 AND 3		7	4

* Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; ** Biblioteca de Enfermagem.

Quadro 2 - Estratégias de busca realizadas na base de dados MEDLINE* e CINAHL**, 2018

Estratégia de busca	Descritores selecionados		Pré-seleção das bases de dados	
	Descritores controlados	Descritores não controlados	MEDLINE	CINAHL
1	"Religion" OR Religion	Religions OR (Beliefs, Religious) OR (Religious Beliefs) OR (Religious Ethics) OR (Ethic, Religious) OR Prayer OR Prayers	67.816	19.419
2	("Mental Health") OR (Mental Health)	(Health, Mental) OR (Mental Hygiene) OR (Hygiene, Mental)	413.264	116.323
3	("Mental Disorders") OR (Mental Disorders)	(Disorder, Mental) OR (Disorders, Mental) OR (Mental Disorder) OR (Diagnosis, Psychiatric) OR (Psychiatric Diagnosis) OR (Behavior Disorders) OR (Disorders, Behavior) OR (Mental Disorders, Severe) OR (Disorder, Severe Mental) OR (Disorders, Severe Mental) OR (Mental Disorder, Severe) OR (Severe Mental Disorder) OR (Severe Mental Disorders)	515.497	75.218
4	1 AND 2 AND 3		11	23

*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online; **Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

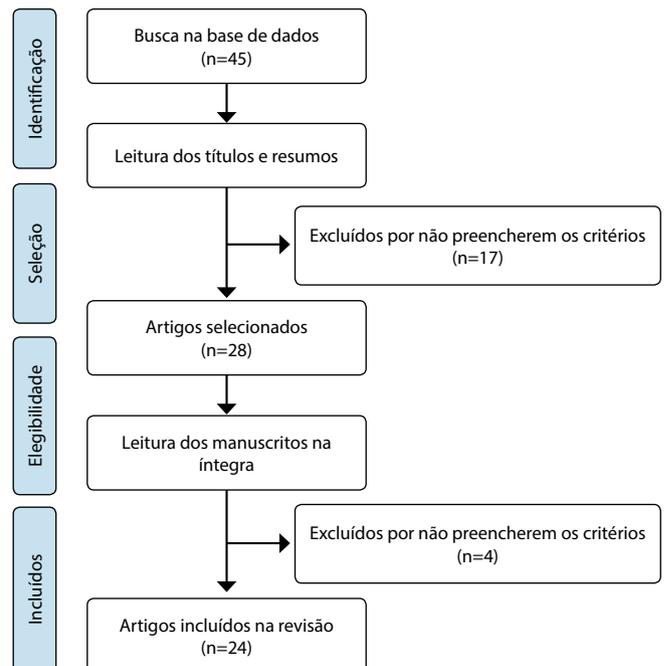
Para a extração e síntese das informações dos estudos selecionados para análise, utilizou-se um instrumento como roteiro para fichamento dos artigos que foram desenvolvidos pelos próprios autores utilizando o editor de planilhas *Microsoft Excel*, versão 2010. Foram extraídas as seguintes informações: título do estudo, autores do estudo, periódico, ano da publicação, desenho do estudo, objetivo do estudo e desfecho dos principais resultados identificados.

O nível de evidência foi determinado segundo esta classificação⁽¹⁶⁾: nível I – metanálise de estudos controlados e randomizados; nível II – estudo experimental; nível III – estudo quase experimental; nível IV – estudo descritivo/não experimental ou com abordagem qualitativa; nível V – relato de caso ou experiência; nível VI – consenso e opinião de especialistas.

Identificaram-se 45 publicações, das quais, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para a amostra desta revisão 24 artigos. Não foram incluídos outros estudos após o processo de busca manual. Para seleção das publicações, seguiram-se as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme apresentado na Figura 1.

A análise crítica e síntese qualitativa dos estudos selecionados foram realizadas na forma descritiva e categorizadas em dois subtópicos: *A influência da religiosidade na promoção do cuidado integral em saúde mental; Saúde mental versus religiosidade: condicionantes influenciadores para efetivação do acesso ao cuidado integral.*

Por se tratar de revisão integrativa de literatura, a pesquisa analisou dados secundários e já disponíveis publicamente. Assim sendo, não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, obteve-se total atenção no exercício de manter as ideias originais dos autores das publicações utilizadas no desenvolvimento deste estudo.



*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

Figura 1 - Fluxograma metodológico de acordo com o modelo PRISMA*, 2018

RESULTADOS

Nesta revisão, foram selecionados 24 artigos, dos quais 70,8% foram identificados na base de dados CINAHL, 16,7% no MEDLINE, 8,3% no LILACS e 4,2% no BDNF, conforme identificado no Quadro 3. Desses, 66,7% foram publicados em revistas interdisciplinares de saúde, 20,8% em periódicos de enfermagem e 12,5% em revistas de outras áreas da saúde (psicologia e medicina). Apenas 12,5% desses artigos incluídos foram escritos na língua portuguesa, os demais, na língua inglesa.

No que tange ao desenho dos estudos, 54,2% são estudos transversais, 16,6% são pesquisas qualitativas, 12,5% são estudos descritivos, 8,3% são pesquisas quantitativas, 4,2% são pesquisas etnográficas e 4,2% são estudos de coorte. Quanto ao nível de evidência, 95,8% das publicações foram classificadas com de nível IV e um 4,2% como de nível III.

Dos 24 artigos analisados nesta revisão, o diagrama abaixo representa os resultados obtidos que evidenciam as potências e os limites sobre a influência da religiosidade para o cuidado integral nos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais.

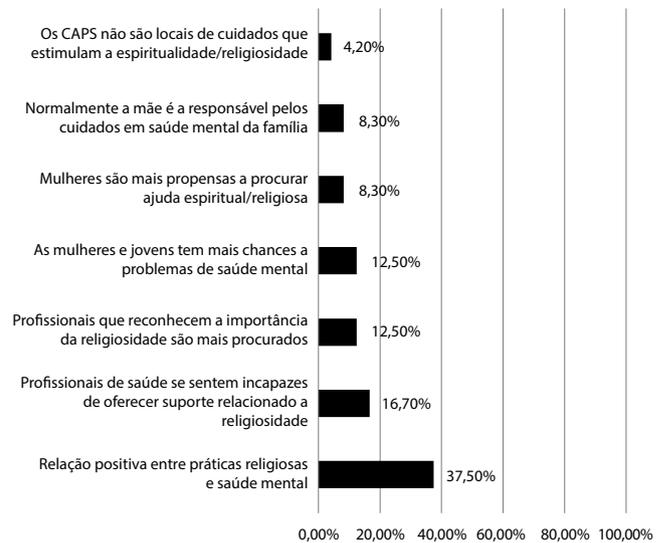


Figura 2 – Resultado das evidências sobre a influência da religiosidade para o cuidado integral nos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais identificados nesse escopo metodológico, 2019

Quadro 3 - Artigos selecionados a partir da busca nas bases de dados, 2018

Título	Ano País	Delineamento	Desfecho
Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados ⁽¹⁷⁾	2012 Brasil	Estudo quantitativo	- Os que relataram algum tipo de prática religiosa tiveram probabilidade de relatar o bem-estar psicológico 5% maior; - Portadores de transtorno mental têm menor chance de indicar bem-estar psicológico.
Religiosidade e os transtornos mentais comuns em adultos ⁽¹⁸⁾	2017 Brasil	Estudo transversal	- Mulheres apresentaram maior envolvimento religioso em relação aos homens; - Segundo o sexo, as mulheres apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns, os mesmos não foram significativamente associados a religiosidade.
<i>The Spiritism as therapy in the health care in the epilepsy</i> ⁽¹⁹⁾	2016 Brasil	Estudo qualitativo	- Práticas de espiritualidade estão associadas a menores taxas de suicídio, menos ansiedade e depressão e maior bem-estar em pessoas com epilepsia; - Pacientes com transtorno bipolar, a religiosidade e estratégias positivas de enfrentamento religioso foram associadas a menos sintomas de depressão.
<i>Contributions from ethics and research that guide integrating religion into psychotherapy</i> ⁽²⁰⁾	2011 EUA	Estudo qualitativo	- Códigos de ética de psicólogos concordam que o respeito à autodeterminação dos clientes e a tomada de decisão são obrigações; - A crença em um Deus amoroso pode ser benéfica, enquanto que a crença em um Deus vingativo, prejudicial.
<i>Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status?</i> ⁽²¹⁾	2010 EUA	Estudo transversal	- As medidas de participação religiosa e crenças religiosas foram significativamente associadas a uma menor probabilidade de abuso/dependência entre aqueles com uso de álcool; - Religiosidade foi associada a um maior apoio social e positivamente associado a qualquer bebida.
<i>Understanding spirituality from the perspective of patients with mental disorders: contributions to nursing care</i> ⁽²²⁾	2016 Brasil	Estudo qualitativo	- Elementos religiosos foram associados ao fortalecimento da saúde; - Para os depoentes, ficou claro que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não é um local que estimula a espiritualidade; - Maiores níveis de envolvimento religioso e espiritual estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico.
<i>The faith of the psychiatrist</i> ⁽²³⁾	2011 Inglaterra	Estudo qualitativo	- Há evidências que psiquiatras são menos propensos a se identificarem com uma tradição de fé particular e a crer em Deus do que seus pacientes; - Psiquiatras não se consideram menos espirituais que seus pacientes.
<i>Ministers' perceptions of church based programs to provide depression care for African Americans</i> ⁽²⁴⁾	2013 EUA	Estudo transversal	- Mulheres e jovens foram citados como um grupo de alto risco a ficarem deprimidos; - Depressão pode ser mais estigmatizada na comunidade religiosa, dificultando o papel proeminente dos ministros no cuidado.
<i>Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An Evaluation of Complementary Religious Therapies Provided by Spiritist Centers in the City of São Paulo, Brazil</i> ⁽²⁵⁾	2016 Brasil	Estudo transversal	- Diretores de centros espíritas entrevistados são procurados principalmente por depressão (11,8%), câncer (11,3%) e 8,7% por doenças em geral; - Na pergunta sobre quando uma pessoa é aconselhada a procurar ajuda médica, 87% disseram 'sempre', com várias observações de que o tratamento espiritual não substitui o tratamento médico.

Continua

Continuação do Quadro 3

Título	Ano País	Delineamento	Desfecho
<i>Conceptualising mental health in the United Arab Emirates: the perspective of traditional healers</i> ⁽²⁶⁾	2015 Emirados Árabes Unidos	Estudo qualitativo	- Todos os curandeiros relataram que as mulheres eram mais propensas a buscar seus serviços; - Curandeiros foram positivos quanto à ideia de serviços integradores de assistência à saúde mental, sugerindo que suas intervenções não tiveram efeito adversos e foram geralmente úteis e reconfortantes.
<i>The role of religious advisors in mental health care in the World Mental Health surveys</i> ⁽²⁷⁾	2017 EUA; Brasil; Bulgária; China; Colômbia; Itália; Espanha; Iraque; Alemanha; Japão; Líbano; México; Irlanda do Norte; Portugal; Romênia; Nigéria; Ucrânia	Estudo epidemiológico	- Nos países de baixa renda, o uso de conselheiros religiosos foi maior nos entrevistados com distúrbios mais graves; - Entre aqueles que usaram algum serviço, mulheres e jovens eram mais propensos a procurar ajuda de conselheiros religiosos.
<i>Religious discrimination and common mental disorders in England: a nationally representative population-based study</i> ⁽²⁸⁾	2015 Inglaterra	Estudo quantitativo	- Aumento de 11 vezes na prevalência de discriminação de pessoas que não seguiam o Cristianismo em relação aos cristãos; - Aumento da prevalência de todos os transtornos mentais nas pessoas que sofreram algum tipo de discriminação.
Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS) ⁽²⁹⁾	2011 Brasil	Estudo quantitativo	- 64,8% dos cuidadores são definidos por laços de consanguinidade, sendo a mãe em 29,7%; - 87,4% dos usuários residem em localidades fora do bairro em que está implantado o serviço.
<i>Listening to disembodied voices: anthropological and psychiatric challenges</i> ⁽³⁰⁾	2014 Índia	Estudo etnográfico	- A maioria dos cuidadores eram mulheres do terceiro grupo de peregrinos que cuidavam de um filho ou filha com esquizofrenia; - A maior parte dos peregrinos apoia a ideia de que permanecer no Santuário tem um efeito calmante sobre qualquer pessoa atingida pela loucura.
<i>The diagnostic and statistical manual: sacred text for a secular community?</i> ⁽³¹⁾	2014 EUA	Estudo qualitativo	- Mesmo que o DSM não seja considerado um texto profético (como a Bíblia), ele funciona como um texto histórico escrito para um determinado povo (profissionais de saúde mental) e sua cultura, em um ponto específico na história.
<i>Ethnic density and risk of mental ill health - The case of religious Sectarianism in Northern Ireland: A population data linkage study</i> ⁽³²⁾	2017 Reino Unido	Estudo etnográfico	- Aumento da densidade populacional católica, sobretudo em áreas carentes, foi associado a maiores chances de relatar problemas de saúde mental; - Na população protestante, houve uma diminuição da probabilidade de dificuldades de saúde mental autorreferidas à medida que a densidade populacional protestante aumenta.
<i>Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study</i> ⁽³³⁾	2017 EUA	Estudo transversal	- As chances de ter transtorno do estresse pós-traumático ao longo da vida, depressão maior e distúrbio do uso de álcool foram 54%, 50% e 34 % menores, respectivamente, no grupo R/E alto versus R/E baixo; - Comparado ao grupo R/E moderado, o grupo R/E alto obteve uma pontuação mais alta nas medidas de saúde mental (vitalidade, saúde mental, funcionamento emocional) e saúde geral.
<i>Parent Spirituality, Grief, and Mental Health at 1 and 3 Months After Their Infant's/Child's Death in an Intensive Care Unit</i> ⁽³⁴⁾	2016 EUA	Estudo longitudinal	- As estratégias e atividades espirituais ajudaram os pais a lidarem com o luto e ajudaram as mães enlutadas a manter sua saúde mental e a ter um crescimento pessoal.
<i>Religion-Based Emotional Social Support Mediates the Relationship between Intrinsic Religiosity and Mental Health</i> ⁽³⁵⁾	2014 EUA	Estudo transversal	- Religiosidade intrínseca foi significativamente associada negativamente com desesperança, depressão e comportamentos suicidas, enquanto a religiosidade extrínseca não foi; - O apoio emocional foi significativamente associado negativamente a cada uma das variáveis de saúde mental.
<i>Psychiatric disease incidence among Danish Seventh-day Adventists and Baptists</i> ⁽³⁶⁾	2013 Dinamarca	Estudo de coorte	Taxas de incidência aumentada: - Distúrbios afetivos gerais em mulheres e diminuídos em homens; - Distúrbios unipolares tanto para pessoas adventistas quanto para batistas; - Distúrbios bipolares apenas entre as adventistas do sétimo dia.
<i>Religion, health beliefs and the use of mental health services by the elderly</i> ⁽³⁷⁾	2011 Cingapura	Estudo transversal	- Idosos com afiliações religiosas apresentaram taxas mais altas de problemas de saúde mental; - Idosos entrevistados sem afiliação religiosa relataram a menor taxa de problemas de saúde mental e a maior taxa de procura de tratamento.
<i>Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions</i> ⁽³⁸⁾	2012 Inglaterra	Estudo qualitativo	- Na adolescência, o envolvimento religioso exerce efeitos salutares do bem-estar subjetivo, e adolescentes religiosos experimentam menos sintomas de ansiedade e depressão.

Continua

Continuação do Quadro 3

Título	Ano País	Delineamento	Desfecho
<i>The effects of mental illness on families within faith communities</i> ⁽³⁹⁾	2012 EUA	Estudo transversal	- Indivíduos do grupo DEP (depressão/problemas emocionais) eram mais jovens, mais propensos a ser do sexo feminino e com menor probabilidade de se casar quando comparado ao grupo CON (Controle); - A ajuda com depressão e doenças mentais era a segunda prioridade das famílias do grupo DEP, enquanto ocupava o 42º lugar na lista de pedidos das famílias do grupo CON.
<i>African American Men and Women's Attitude Toward Mental Illness, Perceptions of Stigma, and Preferred Coping Behaviors</i> ⁽⁴⁰⁾	2013 EUA	Estudo transversal	- Homens e mulheres mais jovens e de meia-idade, em comparação com homens e mulheres mais velhos, preferiram significativamente o uso de ajuda profissional, apoio informal e enfrentamento religioso.

DISCUSSÃO

A influência da religiosidade na promoção do cuidado integral em saúde mental

Esta revisão integrativa revelou que, há tempos, a influência religiosa vem sendo associada a melhor qualidade de vida, no entanto a discussão mais recente é de que forma a religiosidade pode exercer tal influência. Identificaram-se, de fato, estudos que afirmam uma associação positiva entre religião e saúde mental, revelando que indivíduos que frequentam reuniões de grupos religiosos possuem uma probabilidade de relatar o bem-estar psicológico 5% maior⁽¹⁷⁾. Consequentemente, indivíduos pouco religiosos, classificados com bem-estar espiritual baixo ou moderado, apresentam o dobro de chances de apresentarem transtornos mentais e cerca de sete vezes mais chance de ter algum diagnóstico de abuso ou dependência de álcool⁽¹⁸⁾.

Em um artigo sobre o impacto da fé, religiosidade e espiritualidade como tratamentos complementares e coadjuvantes da epilepsia, os autores concluíram que as práticas de espiritualidade estão associadas a menores taxas de suicídio, ansiedade e depressão⁽¹⁹⁾. Identificou-se, também, que o envolvimento religioso pode estar associado com a melhora da saúde física, longevidade, menores taxas de suicídio, menos uso de nicotina, álcool e outras drogas, além de influenciar na diminuição das taxas de divórcio e delinquência⁽²⁰⁻²¹⁾.

Como já revelado, os indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, foram fatores associados identificados em relatos que apresentaram maiores níveis de envolvimento religioso e espiritual⁽²²⁾. Tais relatos significaram que Deus e os Santos auxiliam, aliviam e curam em parte a doença mental, simbolizam a fé como melhora para suas vidas e acreditam que Deus lhes dá força, ânimo para realizar suas atividades cotidianas e proporciona soluções para suas dificuldades, indicando um pensamento de suporte, em que pode residir também um fator de proteção em suas vidas.

As evidências indicam que as pessoas, quando estão doentes, física ou mentalmente, apresentam propensão a se tornarem mais religiosas. Ou seja, a religião acaba sendo usada como uma estratégia para transmutar/superar as situações de sofrimento. Dessa forma, as crenças religiosas são utilizadas para ajudar a lidar com o estresse ocasionado pela doença mental e a melhorar sua condição com o passar do tempo. Evidenciou-se que os doentes buscam a Deus por meio de rezas, rituais religiosos, apoio e conforto de membros de suas comunidades religiosas,

com foco em condutas de oração e leitura da Bíblia. Isso, por sua vez, desenvolve nos pacientes a capacidade de expressar suas preocupações, expressar a raiva e a frustração, além de ser um fator que os auxiliam aprender a lidar com os seus sentimentos e emoções⁽¹⁸⁾.

É evidente, portanto, que as crenças e os valores pessoais influenciam na construção do pensamento lógico e racional além do imaginário do indivíduo e, conseqüentemente, na tomada de decisão como usuário da saúde. No entanto, o que se identificou é que esses condicionantes, muitas vezes, não são discutidos entre profissional-usuário e nem são levados em consideração durante a construção de um plano terapêutico⁽²³⁾.

Em estudo com pacientes diagnosticados com psicose não afetiva na Inglaterra, 92% relataram a espiritualidade como um aspecto importante de suas vidas e 66% a consideraram subjetivamente importante para lidar com a sua doença, mas apenas 40% relataram conversar sobre religião com seu médico⁽²³⁾. Em estudo realizado nos Estados Unidos, 75% dos entrevistados pontuaram que suas crenças religiosas influenciaram diretamente na tomada de decisão durante o tratamento⁽²¹⁾. A partir desse contexto, percebe-se a importância em considerar e valorizar as necessidades psicoespirituais e a religiosidade como fator influenciador na melhora da qualidade de vida dos indivíduos portadores de transtornos mentais, direcionando um planejamento de assistência à saúde para o melhor enfrentamento da doença e o despertar de potenciais saudáveis no indivíduo.

É imprescindível que o profissional de saúde responsável aborde esses temas com o paciente e familiares, compreendendo-os como protagonistas do tratamento. Ao passo que os profissionais de saúde se qualificam para conhecer a dimensão da espiritualidade e religiosidade do indivíduo, eles se tornarão cada vez mais capazes de perceber a influência desta dimensão na saúde e doença. Melhorando seu processo decisório no exercício do cuidado de si e do outro, melhora em correspondência, expansão e permeabilidade os desenhos metodológicos de pesquisas. Para este caminho de possibilidade, os resultados imaginados podem promover um cuidado mais assertivo e positivo em direção ao ser saudável.

Saúde mental versus religiosidade: condicionantes influenciadores para efetivação do acesso ao cuidado integral

A percepção de um ser único e subjetivo ainda parece um degrau a ser alcançado, cercado de obstáculos, como a compreensão de saúde como um completo bem-estar físico, social e mental, sem

excluir as necessidades espirituais que eventualmente podem ser apresentadas pelo paciente. Foi identificado, em um dos estudos, que os participantes com transtorno mental identificaram que o CAPS não é um local que estimula a espiritualidade, mesmo eles afirmando que os elementos religiosos fornecem equilíbrio para viver com suas limitações⁽²²⁾. Essa informação evidencia um desafio enfrentado pelos serviços de saúde mental em fornecer suporte espiritual e um plano de cuidados que aborde essas carências/necessidades existentes para o cuidado integral.

Uma das explicações para esse problema e outros problemas é a ausência de capacitação durante a formação para lidar com as necessidades espirituais de cada paciente⁽²⁰⁾. Três quartos dos assistentes sociais abordados em uma pesquisa relataram que não tinham conteúdo sobre religião/espiritualidade durante a graduação, e níveis mínimos de exposição a questões religiosas em treinamento foram relatados por psiquiatras e psicólogos⁽²⁰⁾.

Muitos enfermeiros, além de outros profissionais da saúde, não fornecem consistentemente um cuidado espiritual, porque não se sentem confortáveis e preparados por falta de conhecimento para tal contexto⁽¹⁹⁾, sendo que, muitas vezes, o próprio médico desconhece o envolvimento ou crença religiosa de seus pacientes⁽²³⁾. Por consequência, as instituições religiosas acabam deixando de ser consideradas possíveis parceiras na continuidade e eficácia do tratamento desses pacientes⁽¹⁸⁾.

É possível, dessa forma, inferir a partir dos relatos dos profissionais que existe lacunas nos currículos sobre as temáticas religião e espiritualidade comum à equipe interdisciplinar, que atende ao paciente em adoecimento psíquico. Para além do conteúdo, percebem-se, ainda, limitações quanto ao uso de metodologias que permitam ao futuro profissional experienciar a espiritualidade em si, para poder (re)conhecê-la e valorizá-la no ser cuidado.

Essa discussão remete sobre a reflexão abordada pelo Professor Mauro Ivan Salgado⁽³⁾, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2006, no qual afirma que os médicos ligados às questões espirituais costumam ser melhores profissionais, pois entendem que o sujeito mais equilibrado nas suas próprias dimensões está mais propenso a melhor compreender a dor e o sofrimento do outro e, conseqüentemente, será mais atencioso consigo e com seus pacientes. Dessa forma, a humanização, o acolhimento e o cuidado integral estarão envolvidos na sua prática médica.

Ainda neste caminho da experimentação pessoal, o Lama Michel Riponche afirma que o primeiro passo para se trilhar o caminho espiritual é se amar e o segundo passo é amar ao próximo. O amor próprio é considerado o cultivar e respeitar aquilo que nos faz bem e abandonar aquilo que nos faz mal. Assim, conseqüentemente, o amar ao próximo é desejar a felicidade do próximo, independentemente de onde, como, com quem e fazer algo para que o outro seja feliz, livre do próprio sofrimento⁽²⁾.

O sofrimento também está atrelado à percepção de necessidades humanas não atendidas. Vale ressaltar, neste cenário investigativo, a importância da comunicação eficaz dos profissionais de saúde em buscar compreender as reais necessidades de cada pessoa, incluindo suas próprias, evitando emaranhamentos que interfiram no cuidado prestado e no planejamento terapêutico. Estudos também revelaram que indivíduos cristãos devotos

preferem discutir seus problemas pessoais-sociais com pessoas também cristãs, para que outros não desafiem suas crenças⁽²⁰⁾.

Por outro lado, as próprias instituições religiosas enfrentam dificuldades similares. Pesquisa nos Estados Unidos, que analisa a percepção dos ministros com relação à depressão, pontua que alguns deles não se sentem preparados para lidar com casos graves de depressão manifestados por seus fiéis, com o receio de tornar o caso ainda mais grave, alegando desconhecer sobre as doenças mentais⁽²⁴⁾.

O fato referido gera uma série de especulações, visto que tamanhas dificuldades em lidar com ambas as necessidades parece provocar desconforto nas duas assistências, tanto na religiosa quanto na clínica, relacionado ao despreparo, tanto da equipe de saúde frente às questões espirituais e religiosas do assistido quanto dos prestadores de amparo religioso, que não sabem lidar com as doenças mentais, sobretudo pela falta de conhecimento acerca das mesmas.

Outro caminho de possibilidades para o exercício do cuidado à saúde integral e integrada em todas as suas dimensões são as práticas complementares associada ao tratamento médico convencional. Sabe-se que, nas práticas integrativas e complementares, encontra-se uma proposta desafiadora de atenção à saúde integrada aos aspectos espirituais. Essas práticas terapêuticas estimulam os mecanismos naturais de autocura do organismo através de sua associação com o aberto, o sagrado⁽³⁾.

Em estudo que interroga espíritas, 87% dos entrevistados inferiram que a ajuda médica é sempre aconselhada e enfatizaram que o tratamento espiritual não substitui o médico⁽²⁵⁾. Outro estudo, realizado com curandeiros, revelou que os mesmos foram positivos quanto à ideia de serviços integradores de assistência à saúde mental, sugerindo que seus métodos complementares ao tratamento dessas doenças não tiveram efeitos adversos⁽²⁶⁾. Essa percepção reforça os benefícios, ou, pelo menos, o não malefício na integração do cuidado, assim como um desinteresse de substituição entre os mesmos.

Em contraponto, entrevistas com ministros religiosos sugeriram que, na comunidade da igreja, a depressão pode ser mais estigmatizada por representar, para alguns paroquianos, uma quebra no relacionamento com Deus e uma falha no conceito de ser um “bom cristão”, o que pode dificultar a busca por tratamento médico por receio de sofrerem algum tipo de julgamento na comunidade da qual são membros⁽²⁴⁾. Esse contexto é preocupante, uma vez que estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde, com 101.258 participantes, indicou que, em países de baixa renda, 20,9% procuraram conselheiros religiosos para os transtornos mentais mais graves, sendo as mulheres e jovens mais propensos a procurar ajuda religiosa⁽²⁷⁾.

Sob essa perspectiva, a religião, mais especificamente a discriminação sofrida dentro de um grupo religioso, acaba se tornando um agravante ao quadro de saúde mental ou mesmo um contribuinte para o surgimento de comorbidades. Essa problemática foi enfatizada em estudo realizado na Inglaterra, o qual constatou um aumento de duas vezes o risco de transtornos mentais comuns entre as pessoas que relataram experiência de discriminação religiosa⁽²⁸⁾.

Outra questão que deve ser pontuada é o papel da mãe na prestação de cuidados a pacientes diagnosticados com algum

tipo de transtorno. Estudo revela que 64,8% dos cuidadores são definidos por laços de consanguinidade, sendo 29,7% dos casos pela mãe⁽²⁹⁾. Em pesquisa etnográfica, o resultado é equivalente, a maioria dos cuidadores era mulheres cuidando de um filho ou filha diagnosticado com esquizofrenia⁽³⁰⁾. Sobre as mães cuidadoras, estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que as mães que realizam atividades espirituais/religiosas após a morte do filho foram avaliadas com menores sintomas de luto e sintomas como depressão e estresse pós-traumático⁽³¹⁾.

Tais achados trazem à tona uma reflexão a respeito do apoio fornecido a esses pacientes e de que forma o mesmo é eficiente no tratamento, com ênfase no cuidado biopsicossocioespiritual e evolução desses indivíduos, tão bem como o suporte provido aos familiares, para lidar com a doença e os desafios que ela produz no cotidiano dos mesmos, sobretudo das mães.

Com base no escopo de estudos analisados, percebe-se que tanto os serviços de saúde quanto as instituições religiosas e as Instituições de Ensino Superior (IES) não demonstraram expressivo impacto científico de influência no cuidado, relacionado a religiosidade e espiritualidade das pessoas acometidas por doenças e ou transtornos mentais. E, talvez, por desconhecimento, como foi relatado em muitas referências identificadas, justifica-se a evidência ter, na maioria das pesquisas, classificação de nível IV para este escopo metodológico. Isso significa dizer que, ainda que tenhamos reconhecido a necessidade de expressão espiritual, as pesquisas aqui analisadas ainda não estão demonstrando, por grau de evidência, a influência da dimensão espiritual do cuidado, para que o cuidado à saúde se torne integral.

Limitações do estudo

No que se refere às limitações no desenvolvimento do presente escrito, pontua-se a restrição do tempo de coleta de dados entre os anos de 2010 e 2018, para atender ao edital do PIBIC; esses são limites percebidos e que podem motivar novas pesquisas.

Contribuições para a área da saúde, da enfermagem e saúde coletiva

A enfermagem vem expandindo o conceito de cuidado para além da polaridade saúde-doença. Para tanto, a visão de cuidado permeia e depende da visão de ser humano, sendo fundamental a abordagem desta tônica para compreensão de saúde e cuidado como assistência integral. A relação entre saúde mental e religiosidade/espiritualidade ainda é pouco estudada. É comum, na prática clínica, em atendimento aos casos que envolvem tentativas de suicídio, de alcoolismo ou abuso de drogas, os pacientes relatam que familiares comentam: "Isso é falta de Deus no seu coração", "Isso é um demônio que está em você." O código internacional de doenças, nosso conhecido CID – 10, apresenta o código F 44.3 para definir estado de transe e de possessão. Contudo, quantas vezes já presenciamos este diagnóstico ser prescrito? Como prescrever algo pouco discutido na academia? Ou ainda, como prestar um plano de assistência eficaz sobre o que não temos conhecimento?

Diante deste cenário, buscando todo respeito oriundo da compreensão, das escolhas individuais, do estilo de vida e dimensões

do humano, sugerimos ampliar esses conhecimentos para que possamos prestar cuidados mais efetivos. Acreditamos na possibilidade de reformulações do ensino tanto em seus conteúdos como em metodologias que possibilitem ao estudante experimentar mais o cotidiano do viver acadêmico, entrelaçado com sua vida multidimensional, que vai muito além da cognição. O afastamento criado pelo atual modelo causa uma falsa compreensão de que o paciente está lá (o que precisa), e o profissional (super herói), aqui. É assim que o abismo se cria. Estudar a dimensão espiritual e as práticas religiosas pode acrescentar uma visão mais permeável de que todos coabitamos no cotidiano do viver e a vulnerabilidade está para todos, em todas as dimensões do ser humano, sejam profissionais, terapeutas ou pacientes.

Nossa contribuição caminha na intenção de expansão da compreensão do ser humano em seus aspectos materiais, sutis e secretos. A saúde mental possui muitos aspectos que ainda não são secretos, favorecendo que estigmas e pré-conceitos ainda sejam experienciados em pleno século XXI. Contudo, em novos tempos (pós-COVID), são necessárias novas possibilidades de trabalhar com as diferentes dimensões do humano, especialmente aquelas que são mais sutis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se, nesta revisão integrativa, uma influência positiva das práticas de religiosidade na vida dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais; no entanto, as evidências demonstram que as equipes de saúde não se sentem confortáveis e preparados para abordar essas questões e, assim, fazer efetivar o cuidado integral em todas as suas dimensões.

Os estudos revelam que indivíduos religiosos apresentam chances maiores de relatar bem-estar e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Além disso, há maiores chances de apresentar menores chances de desenvolver algum tipo de vício, ou seja, o indivíduo deixa de fumar e fazer uso de álcool em razão do estilo de vida adotado por alguns grupos religiosos, o que acaba causando impactos positivos na saúde física e diminuindo os níveis de comorbidades.

A busca por algum tipo de alívio para o sofrimento, a procura por algum alívio ao desespero que se instaura na vida de quem adoce, seja fisicamente ou emocionalmente foram percebidas como motivos marcantes para os indivíduos se tornarem mais religiosos e passarem a adotar práticas como oração, leituras, como a bíblia, até mesmo práticas espirituais que ofereçam conforto emocional e redução do estresse.

Por tratar-se de um assunto que abrange a subjetividade do indivíduo, pareceu unânime a dificuldade que os especialistas têm de abordá-los e inseri-los em um plano terapêutico amplo e personalizado. Sendo assim, para honrar o dever como profissionais de saúde de ajudar a aliviar o sofrimento, oferecer uma assistência de qualidade a saúde e efetivar uma abordagem integral do cuidado, faz-se imprescindível a busca pelo conhecimento sobre o aspecto religioso e espiritual.

Para isso, é necessário o reconhecimento da religiosidade como escolha de um caminho para se trabalhar a dimensão espiritual do ser humano, muito embora não seja o único. Nessa perspectiva, torna-se interessante que o profissional de saúde desenvolva em si habilidades para conhecer cognitivamente e experienciar em

si a espiritualidade e o sentido da vida. Além disto, conclui-se que seja imprescindível que seja estimulada a interação entre os trabalhadores das instituições religiosas e os trabalhadores de saúde, para que, integrados, nas diferenças e no cuidado que cada um realiza, somem sabedorias para lidar com o sofrimento mental das pessoas. Assim, acreditamos dinamizar esta potência que já se apresenta na sociedade contemporânea, no solo fértil do cotidiano, pronta como uma semente a desabrochar em uma beleza que inspira o cuidado e que o cuidado seja integral.

FOMENTO

O presente estudo contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), por meio da

concessão de bolsa na modalidade PIBIC, e da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas (PROPESP/UFAM).

AGRADECIMENTO

Nossos agradecimentos à Dr.^a Rosane Gonçalves Nitschke, que coordena o Laboratório de Pesquisa, Estudos, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM/SC/UFSC), pela parceria; ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (PPGENF/UFAM); à CAPES; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo à pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(2):176-82. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>
2. Trip Transformadores. Lama Michel Rinpoche: a visão correta da realidade. [Video] [Internet]. 23 jul. 2013 [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=iXjPSXArr2Y&feature=youtu.be>
3. Salgado MI. Saúde e espiritualidade. *Bol UFMG* [Internet]. 2006[cited 2020 Jul 13];32(1551). Available from: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1551/segunda.shtml>
4. Thiengo PCS, Gomes AMT, Mercês MC, Couto PLS, França LCM, Silva AB. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2019;24:e58692. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
5. Brandão SH. Religião na pós-modernidade. *Ciênc Relig Hist Soc* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 2];14(1):56-72. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cr/article/view/8088/6325>
6. Maffesoli M. *Apocalipse: opinião pública e opinião publicada.* Porto Alegre: Sulina; 2010.
7. Oliveira ALB, Menezes TMO. The meaning of religion/religiosity for the elderly. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 2):823-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0120>
8. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2000 [cited 2018 Oct 12];78(4):411. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560741/pdf/10885158.pdf>
9. Porreca W. Espiritualidade/Religiosidade: Possíveis Companhias nos Desafios Pandêmicos - Covid-19. *Caderno de Administração,* 2020;28(ed.esp):141-6. <https://doi.org/10.4025/cadadm.v28i0.53632>
10. Costa VS, Bezerra CC, Becker SG, Pereira RSF, Ramos GOS, Albuquerque CF. A influência da espiritualidade na saúde do idoso institucionalizado. *Scire Salutis.* 2020;10(1):23-30. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2020.001.0005>
11. Curcio CSS, Moreira-Almeida A. Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa. *Interac Psicol.* 2019;23(2):281-92. <https://doi.org/10.5380/psi.v23i02.65434>
12. Marques LF, Esperandio MR, Zorzi P, Zarpelon M, Silva TD. A Religiosidade/Espiritualidade (R/E) em Profissionais/Trabalhadores da Saúde. *Interac Cult Comun*[Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 2];10(18):195-209. <https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2015v10n18p195>
13. Teixeira MZ. Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade: importância do ensino, da pesquisa e da assistência na educação médica. *Rev Med (São Paulo).* 2020;99(2):134-47. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2p134-147>
14. Whittemore R, Knaff K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
15. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. Chapter 2: systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z (Orgs). *Joanna Briggs Institute.* 2017 [cited 2018 Nov 2]. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org>
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt H. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
17. Souza LDM, Maragalhoni TC, Quincoses MT, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L, et al. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(6):1167-74. <https://doi.org/10.1590/s0102311x2012000600015>
18. Gonçalves JS, Silva LL, Abdala GA, Meira MDD, Santos ACM, Silva MFF. Religiosity and common mental disorders in adults. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 2];11(Supl. 4):1708-15. <https://doi.org/10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201713>
19. Vancini RL, Lira CAB, Vancini-Campanharo CR, Barbosa DA, Arida RM. The Spiritism as therapy in the health care in the epilepsy. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(4):804-10. <https://doi.org/10.1590/00347167.2016690425i>

20. Rosenfeld GW. Contributions from ethics and research that guide integrating religion into psychotherapy. *Profess Psychol: Res Pract.* 2011;42(2):192-9. <https://doi.org/10.1037/a0022742>
21. Edlund MJ, Harris KM, Koenig HG, Han X, Sullivan G, Mattox R, et al. Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status?. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;45(8):827-36. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0124-3>
22. Salimena AMO, Ferrugini RRB, Melo MCSC, Amorim TV. Understanding spirituality from the perspective of patients with mental disorders: contributions to nursing care. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(3):1-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.51934>
23. Cook CCH. The faith of the psychiatrist. *Mental Health, Rel Cult.* 2011;14(1):9-17. <https://doi.org/10.1080/13674671003622673>
24. Hankerson SH, Watson KT, Lukachko A, Fullilove MT, Weissman M. Ministers' perceptions of church based programs to provide depression care for African Americans. *J Urban Health.* 2013;90(4):685-98. <https://doi.org/10.1007/s11524-013-9794-y>
25. Lucchetti ALG, Lucchetti G, Leão FC, Peres MFP, Vallada H. Mental and physical health and spiritual healing: an evaluation of complementary religious therapies provided by spiritist centers in the city of São Paulo, Brazil. *Cult Med Psychiatr.* 2015;40(3):404-21. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9478-z>
26. Thomas J, Al-Qarni N, Furber SW. Conceptualising mental health in the United Arab Emirates: the perspective of traditional healers. *Mental Health, Rel Cult.* 2015;18(2):134-45. <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1010196>
27. Kovess-Masfety V, Evans-Lacko S, Williams D, Andrade LH, Benjet C, Have MT, et al. The role of religious advisors in mental health care in the World Mental Health surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(3):353-367. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1290-8>
28. Jordanova V, Crawford M, McManus S, Bebbington PE. Religious discrimination and common mental disorders in England: a nationally representative population based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50:1723-9. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1110-6>
29. Freitas AA, Souza RC. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev Baiana Saúde Pública.* 2010;34(3):530-43. <https://doi.org/10.22278/23182660.2010.v34.n3.a53>
30. Basu H. Listening to disembodied voices: anthropological and psychiatric challenges. *Anthropol Med.* 2014;21(3):325-42. <https://doi.org/10.1080/13648470.2014.928095>
31. Hawthorn DM, Youngblut JAM, Brooten D. Parent spirituality, grief, and mental health at 1 and 3 months after their infant's/ child's death in an intensive care unit. *J Pediatr Nurs.* 2016;31(1):73-80. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.07.008>
32. Bosqui TJ, Maguire A, Kouvonen A, Donnelly DWM, O'Reilly D. Ethnic density and risk of mental ill health, the case of religious Sectarianism in Northern Ireland: a population data linkage study. *Health Place.* 2017;47(1):29-35. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.06.010>
33. Maynard EA. The diagnostic and statistical manual: sacred text for a secular community?. *Mental Health, Rel Cult.* 2014;17(2):136-42. <https://doi.org/10.1080/13674676.2012.762574>
34. Sharma van S, Marin DB, Koenig HK, Feder A, Iacoviello BM, Southwick SM. Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *J Affect Disord.* 2017;217(1):197-204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.071>
35. Hovey JD, Hurtado G, Morales LRA, Seligman LD. Religion-Based Emotional Social Support Mediates the Relationship between Intrinsic Religiosity and Mental Health. *Arch Suicide Res.* 2014;18(4):376-91. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.833149>
36. Thygesen LC, Dalton SO, Johansen C, Ross L, Kessing LV, Hvidt NC. Psychiatric disease incidence among Danish Seventh-day Adventists and Baptists. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(10):1583-90. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0669-z>
37. Ng TP, Nyunt MSZ, Chiam PC, Kua EH. Religion, health beliefs and the use of mental health services by the elderly. *Aging Mental Health.* 2011;15(2):143-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.508771>
38. Dein S, Cook CCH, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *J Nerv Mental Disord.* 2012;200(10):852-5. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826b6dle>
39. Rogers EB, Stanford M, Garland DR. The effects of mental illness on families within faith communities. *Mental Health, Rel Cult.* 2012;15(1):301-13. <https://doi.org/10.1080/13674676.2011.573474>
40. Ward E, Wiltshire JC, Detry MA, Brown RL. African American men and women's attitude toward mental illness, perceptions of stigma, and preferred coping behaviors. *Nurs Res.* 2013;62(3):185-94. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31827bf533>