

Investigação dos aspectos bioéticos envolvidos na assistência religiosa a pacientes com transtornos mentais graves internados em um hospital psiquiátrico

Investigation of the bioethical issues involved in religious assistance to patients with severe mental disorders admitted to a psychiatric hospital

Marjorie Moreira Arruda¹, Isis Marafanti², Mailu Enokibara da Silva³, Maria Carolina Pedalino Pinheiro³, Pedro Shiozawa³, Quirino Cordeiro⁴

Resumo

A assistência religiosa a pacientes com transtornos mentais graves internados é questão pouco discutida entre psiquiatras. Aspectos legais asseguram o direito à assistência religiosa aos pacientes, entretanto aspectos específicos do quadro clínico do paciente, como a presença de delírios místico-religiosos, conduzem à reflexão e cautela em determinadas situações. Assim, o presente trabalho teve como objetivo investigar a posição de psiquiatras e familiares sobre a assistência religiosa a pacientes com transtornos mentais graves internados em hospital psiquiátrico, bem como se a posição acerca desse assunto sofria influência de aspectos da religiosidade dos participantes da pesquisa. Para tanto, 40 indivíduos foram estudados, sendo 24 psiquiatras e 16 familiares. Os resultados do estudo mostraram que, embora

não tenha havido diferença estatisticamente significativa, psiquiatras apresentaram menor tendência para aceitar assistência religiosa a pacientes internados com transtornos mentais graves, especialmente para aqueles que apresentam quadros psicóticos. Os psiquiatras também apresentaram menores níveis de religiosidade, quando comparados com os familiares, porém tal fenômeno não mostrou associação com o fato de aceitarem menos a assistência religiosa. Isso pode ser explicado pelo tamanho da amostra do estudo. Assim, durante a internação de pacientes com transtornos mentais graves, pode-se estabelecer situações de conflitos bioéticos entre psiquiatras e familiares no que tange à aceitação de assistência religiosa para os pacientes. Desse modo, é necessário construir novas propostas de cuidado em saúde mental, sempre de forma congruente aos princípios bioéticos, nas quais, caso a caso, eventuais conflitos sejam manejados sempre buscando o melhor cuidado ao paciente.

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 3º Ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médica residente do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

3. Médico psiquiatra assistente do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

4. Diretor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

Trabalho realizado: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM)

Endereço para correspondência: Quirino Cordeiro. Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rua Major Maragliano, 241 – Vila Mariana – 04017-030 - São Paulo - SP – Brasil. E-mail: qcordeiro@yahoo.com

Fonte de auxílio: Bolsa de Iniciação Científica do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) para a Aluna Marjorie Moreira Arruda

Descritores: Hospitais psiquiátricos/ética, Saúde mental, Psiquiatria, Bioética, Espiritualidade, Religião

Abstract

The religious assistance to inpatients with severe mental disorders is a problem rarely discussed among psychiatrists. Legal aspects ensure the right to religious assistance to such patients, although some specific aspects, such as the presence of mystic-religious delusions, lead to reflection and caution in certain situations. Thus the present study aimed to investigate the position of psychiatrists and family members of patients with psychiatric disorders about religious assistance to inpatients with severe mental disorders, as well as if the position on this matter suffered influence of aspects of religiosity of the participants of the research. To carry out this investigation, 40 subjects were studied, 24 psychiatrists and 16 relatives. The results of the study showed that, although there was no statistically significant difference between both groups, psychiatrists were less likely to accept religious care to patients with severe mental disorders under hospitali-

zation, especially for those who have psychotic conditions. Psychiatrists also had lower levels of religiosity compared to family members, however this phenomenon was not associated with the fact of accepting less religious assistance. This can be explained by the sample size of the study. Given the above, during the hospital stay of patients with severe mental disorders can be established bioethical situations of conflict between psychiatrists and family regarding the acceptance of religious assistance to patients. Therefore, it is necessary to build new proposals for mental health care, always congruently with bioethical principles, in which, in each case, conflicts are managed always seeking the best patient care.

Keywords: Hospitals, psychiatry/ethics; Mental health, psychiatry, Bioethics, Spirituality, Religiosity

Introdução

A religiosidade e a espiritualidade são dimensões integrantes da experiência social e cultural humana e, portanto, da vivência cotidiana de grande parte da população. Um estudo da Organização Mundial da Saúde investigou 5.087 pessoas em 18 países, sendo que entre os países cristãos fora da África, o Brasil teve a maior porcentagem de entrevistados que indicaram ser “moderadamente” ou “extremamente” religiosos (80% a 90%)⁽¹⁾.

A religiosidade de um indivíduo, segundo Allport, Ross (2001)⁽²⁾, pode ser de orientação intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade do tipo intrínseca, as pessoas têm na religião seu bem maior, sendo outras necessidades vistas como de menor importância. Já na religiosidade extrínseca, a religião é um meio utilizado pelo indivíduo para obter outros fins ou interesses, sociabilidade e distração, status e auto-absolvição.

As crenças e serviços religiosos, muitas vezes, podem auxiliar pacientes a conseguir enfrentar melhor as adversidades provenientes de um processo de adoecimento. Quando indivíduos voltam-se para a religião para lidar com o estresse, é caracterizado o chamado “coping” religioso-espiritual^(3,4), que é definido como “o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes”. A quase totalidade das pesquisas em populações saudáveis sugere que as crenças e práticas religiosas estão associadas com maior bem-estar psicológico, maior “coping” e melhor saúde mental⁽⁵⁾.

Esses achados também são verificados entre pacientes com transtornos psiquiátricos, já que estes enfrentam um enorme estresse ambiental e psicossocial em razão de seus transtornos, necessitando de estratégias eficazes de enfrentamento.

Estudos sugerem que religiosidade e espiritualidade possam ter efeito protetor sobre a saúde e parecem

influenciar a saúde física e mental de várias maneiras, como por exemplo, por meio de regras de convivência e do desestímulo a comportamentos prejudiciais à saúde, como abuso de álcool e drogas, comportamento violento ou sexual de risco; por meio do uso de crenças religiosas como forma de lidar com situações adversas, como uma doença, e por meio da criação de uma rede de suporte social^(6,7).

Por outro lado, alguns estudos também indicam associação entre envolvimento religioso e maior psicopatologia⁽⁸⁾. Essa relação positiva e negativa da religiosidade no paciente com transtornos mentais leva a questões éticas importantes durante as abordagens espirituais.

Diversos estudos têm demonstrado relações positivas entre religiosidade e pacientes com transtornos mentais. Koenig et al em 1998⁽⁹⁾, avaliaram pacientes diagnosticados com depressão maior e mostraram que a religiosidade intrínseca estava relacionada a menor tempo para remissão de depressão⁽⁹⁾, resultado compatível com outro estudo de 2007 em que pacientes com maior envolvimento religioso comunitário tiveram remissões mais rápidas do transtorno depressivo⁽¹⁰⁾.

De forma semelhante, a maioria dos estudos tem observado relação inversa entre religiosidade e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Em 2004, Shreve-Neiger, Edelstein⁽¹¹⁾ confirmaram essas observações em uma revisão crítica de 17 artigos, no entanto alertando para a importância dos cuidados metodológicos e conceituais na realização dos estudos. Há também relatos de equivalência terapêutica entre intervenções espirituais e cognitivo comportamentais para o tratamento do TAG⁽¹²⁾.

Quanto ao uso de drogas, estudos têm demonstrado que os pacientes dependentes de substâncias possuem menores níveis de religiosidade e que o engajamento espiritual parece estar relacionado com melhor recuperação do indivíduo⁽¹³⁾. Alguns grupos, como os Alcoólicos Anônimos, utilizam aspectos espirituais em sua terapêutica como a busca pessoal, a prece, a meditação e o contato com Deus, tendo bons resultados para os frequentadores regulares⁽¹⁴⁾.

Quanto à prevalência de suicídio, estudos têm demonstrado que a taxa de suicídios entre indivíduos que não frequentam serviços religiosos é de quatro a sete vezes maior do que entre aqueles que frequentam^(15,16).

Alguns estudos em pacientes com esquizofrenia observam correlação entre a falta de envolvimento religioso, maior re-hospitalização⁽¹⁷⁾ e maior deterioração clínica no seguimento desses indivíduos⁽¹⁸⁾. Os delírios religiosos não prejudicaram a resposta ao tratamento quando comparados a outros pacientes⁽¹⁹⁾.

Evidências têm mostrado que as pessoas tornam-se ainda mais religiosas quando estão doentes, tanto física como mentalmente^(20,21). Em situações de alto

estresse psicológico, a religião é frequentemente utilizada para auxiliar a lidar com ou se adaptar a situações de sofrimento. Assim, não é surpreendente que pacientes psicóticos e portadores de transtornos mentais graves e persistentes possam também ser bastante religiosos⁽⁸⁾.

Apesar da maioria dos estudos apontarem para associações positivas, a religiosidade pode também ter relações negativas nos pacientes com transtornos psiquiátricos. A religiosidade negativa, como por exemplo, a luta religiosa (“religious struggle”) que envolve sentimento de abandono e punição por Deus, está correlacionada à maior mortalidade⁽²²⁾.

Para alguns indivíduos, o diagnóstico de doença grave ou outros eventos adversos da vida podem precipitar um período de conflito religioso. Um estudo incluiu pacientes diabéticos, portadores de insuficiência cardíaca congestiva e oncológicos. Cerca de 15% dos participantes relataram níveis moderados a altos de conflitos religiosos. A luta religiosa foi associada com maiores níveis de sintomas depressivos e problemas emocionais em todos os três grupos de pacientes⁽²³⁾. Alguns estudos também demonstram uma relação entre maior frequência a cultos e sintomas ansiosos⁽²⁴⁾.

Quanto a pacientes com esquizofrenia, Getz et al(2001)⁽²⁵⁾ avaliaram 131 indivíduos nos EUA e concluíram que a afiliação religiosa (neste caso, protestante ou católica) foi independente da gravidade do delírio religioso quando comparada aos que não possuíam uma afiliação religiosa.

Já que muitos pacientes com transtornos mentais graves usam a religião para lidar com seus problemas, acredita-se que intervenções religiosas ou espirituais possam ser úteis nesse contexto.

Falot(2001)⁽²⁶⁾ descreve como as necessidades espirituais dos pacientes com transtornos mentais graves podem ser abordadas como parte do tratamento. Dentro dessa abordagem complementar de reabilitação, inclui-se a obtenção da história espiritual do paciente, a existência de grupos de espiritualidade, a psicoterapia com abordagem da espiritualidade e a conexão entre comunidades religiosas e recursos espirituais.

Alguns estudos têm demonstrado que abordagens religiosas e espirituais levariam a bons resultados no tratamento de pacientes com transtornos mentais. Philips 3rd et al(2002)⁽²⁷⁾ descrevem um programa para as pessoas com transtornos mentais graves que objetivou lidar com questões espirituais/religiosas por meio de atendimento de grupo semi-estruturado de intervenção psicoeducacional, em que os participantes discutiam sobre recursos religiosos, conflitos espirituais, perdão e esperança.

Kehoe(1998)⁽²⁸⁾ descreve a experiência adquirida ao longo de 18 anos de condução de um grupo de terapia

para pacientes com transtornos mentais crônicos que incide sobre as crenças e valores espirituais. Segundo o autor, autoconsciência, tolerância da diversidade e respeito pelas crenças dos outros foram observados nos participantes com o atendimento.

Leão e Lotufo Neto(2007)⁽²⁹⁾ realizaram estudo em instituição para pacientes portadores de deficiência mental, comparando grupo experimental submetido à prática espiritual com grupo controle. A análise dos resultados confirmou a hipótese de que o uso de práticas espirituais apresenta resultados positivos na evolução clínica e comportamental desta população⁽²⁹⁾.

Entretanto, há a preocupação de que essas intervenções possam interferir na recuperação de pessoas com transtornos mentais graves de forma negativa, podendo complicá-la, especialmente se estão presentes alucinações e/ou delírios religiosos⁽⁸⁾. Salib e Youakim (2001)⁽³⁰⁾ realizaram estudo cujo objetivo foi investigar se havia associação entre o recebimento da cura espiritual e a ocorrência de reagudizações de sintomas psicóticos em esquizofrenia em uma amostra de pacientes idosos de etnia egípcia. O método utilizado foi um estudo caso-controle, comparando pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia que receberam a cura espiritual e sem cura espiritual, em termos da ocorrência de recaídas durante um determinado período. Os pacientes que receberam a cura espiritual recaíram com mais frequência do que aqueles que não o receberam.

No Brasil, a Constituição Federal em seu Artigo 5º, a Lei Federal nº 9.982/00⁽³¹⁾, e Leis Estaduais asseguram e regulamentam a assistência religiosa em hospitais, desde que realizada em comum acordo com pacientes e seus familiares, no caso de pacientes que não estejam no gozo de suas faculdades mentais. A realização da assistência religiosa, portanto, não passa pela decisão da equipe terapêutica do Hospital onde o paciente encontra-se internado. Desse modo, no que tange à assistência religiosa aos pacientes internados devido a transtornos mentais graves, por lei, basta que haja a concordância dos próprios pacientes, ou de seus familiares, no caso de doentes que não estejam no gozo de suas faculdades mentais, para que tal prática possa ser realizada.

Vale ressaltar ainda que vários Estados da União também regulamentaram a assistência religiosa aos pacientes internados em hospitais. No Estado de São Paulo, a Lei No. 10.006/1998, regulamentada pelo Decreto No. 44.395/1999⁽³²⁾, segue as diretrizes da Lei Federal quanto à salvaguarda do direito dos pacientes a receberem assistência religiosa durante o período em que se encontrarem internados. Muitos hospitais, diante do exposto acima, também decidiram regulamentar a assistência religiosa em seu meio. A Irmandade da

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, instituição onde o presente trabalho foi realizado, no ano de 2007, lançou a Ordem de Serviço No. 01/2007, também em consonância com as leis supra-citadas.

Entretanto, como descrito anteriormente, há preocupação que as intervenções religiosas possam prejudicar o tratamento de pacientes com transtornos mentais graves, especialmente quando da vigência de sintomas psicóticos como alucinações ou delírios religiosos.

Muitos pacientes consideram importante sua dimensão espiritual e gostariam de receber apoio neste sentido quando internados. É papel do profissional de saúde facilitar esta assistência, respeitando os princípios da autonomia e beneficência. No entanto, em determinadas situações, onde há possibilidade de agravamento do quadro psiquiátrico devido à intervenção espiritual/religiosa, surge o contraponto bioético da não-maleficência, com o intuito de preservar o paciente de agravos em sua saúde. Daí a importância de estudar tal problema bioético, com o objetivo de entender de modo mais apropriado a posição dos diferentes atores envolvidos na questão, como médicos e familiares dos pacientes. Desse modo, situações de conflitos bioéticos podem surgir, pois os pacientes têm direito a receber assistência religiosa, porém os mesmos podem apresentar manifestações psicopatológicas que poderiam levar a prejuízo de seu quadro clínico diante da abordagem religiosa.

Diante desse cenário, foi proposta a condução do presente trabalho para o estudo desse tema em uma unidade de tratamento psiquiátrico em regime de internação hospitalar.

Objetivo

O presente trabalho teve como objetivo investigar se psiquiatras e familiares concordam com a assistência religiosa a pacientes com transtornos mentais internados em hospital psiquiátrico (pacientes com transtornos psicóticos; pacientes suicidas; pacientes com dependência química); estudar se a posição concernente à assistência religiosa está associada às crenças religiosas e espirituais dos investigados; estudar se a posição concernente à assistência religiosa está associada a fatores socioeconômicos e culturais dos investigados.

Método

O presente trabalho foi conduzido no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM - Vila Mariana) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Os psiquiatras e familiares foram da referida instituição.

Sujeitos de pesquisa

Ao todo, foram investigados 40 indivíduos, sendo 16 familiares e 24 psiquiatras.

Instrumentos de avaliação

Os familiares foram avaliados durante a internação de seus parentes no CAISM. Os profissionais do Hospital foram investigados ao longo do tempo da pesquisa.

Para avaliar a aceitação de assistência religiosa a pacientes com transtornos mentais internados em hospital psiquiátrico, familiares e psiquiatras responderam as seguintes perguntas:

A- Pacientes com transtornos psicóticos podem receber assistência religiosa durante internação psiquiátrica, quando estiverem sintomáticos:

Sim () Não ()

B- Pacientes com tentativa de suicídio podem receber assistência religiosa durante a internação psiquiátrica, apenas se não estiverem apresentando ideação suicida:

Sim () Não ()

C- Pacientes com dependência química podem receber assistência religiosa durante a internação psiquiátrica:

Sim () Não ()

Para avaliar aspectos relacionados à religiosidade dos sujeitos de pesquisa, foi utilizada o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke/Duke Religious Index (DUREL)⁽³³⁾. A Escala DUREL possui cinco itens que avaliam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Os primeiros dois itens abordam RO e RNO, e mostraram-se relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros itens dizem respeito à RI e são os três itens da escala de RI de Hoge (escala de Hoge: mede a percepção e a concepção da religiosidade do indivíduo) que melhor relacionam-se com a pontuação total nesta escala e com suporte social e desfechos em saúde. Na análise dos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total.

Os participantes do estudo responderam também um questionário para avaliação de aspectos sócio-econômicos.

Considerações Éticas do Projeto

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa. Foram informados sobre seu conteúdo e objetivo. Havendo consentimento, os sujeitos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto

desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Análise Estatística

Os dados foram digitados em arquivos eletrônicos, utilizando o Programa Stata 12 para MAC. A inserção dos dados foi realizada por meio de dupla digitação, seguida por verificação de consistência dos dados. A análise estatística foi dividida em dois momentos, a saber: I) Procedeu-se análise descritiva de frequência para as variáveis sócio-demográficas de todos os sujeitos com comparação entre médicos e familiares; II) a fim de se estabelecerem quais variáveis se correlacionavam com a importância que os indivíduos atribuem à visita religiosa, foi realizada regressão logística linear, adotando como variável dependente: (a) importância da visita religiosa para pacientes com transtornos psicóticos; (b) para pacientes com tentativa de suicídio e (c) para dependes químicos; e como variáveis independentes os demais dados coletados de relevância clínica.

As comparações entre os grupos foram feitas por meio do teste do qui quadrado para variáveis categóricas e do teste t de student para variáveis contínuas. Para análises múltiplas, foi adotado o teste ANOVA com correção de Bonferroni. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi avaliada por meio do teste de Shapiro-wilk, e posteriormente normalizados logaritmicamente, se necessário. A análise descritiva para caracterização da amostra foi realizada por meio das medidas de tendência central (média aritmética) e de dispersão (DP) para as variáveis contínuas, e das frequências relativas e absolutas para as variáveis categóricas. Toda a análise adotou nível alfa de 0,05.

Resultados

Perfil sócio-demográfico

A amostra foi composta por 40 sujeitos (23 médicos e 17 familiares) com média de idade de 33,7 anos ($dp=2,06$; variância entre 29,6 e 37,7 anos). 67,5% ($n=27$) dos sujeitos eram do sexo feminino e 32,5% do sexo masculino ($n=13$), sem diferença entre médicos e familiares ($p=0,098$). Os familiares tenderam a ser mais velhos do que os médicos entrevistados ($p=0,026$). Considerando-se anos de estudo, a média para os médicos foi de 15,5 anos e para os familiares de 9,87 anos, com diferença significativa entre eles ($p<0,0001$). Em relação ao estado civil, 60% da amostra eram de indivíduos solteiros ($n=23$); 37,5% eram casados ($n=15$) e 2,5% ($n=1$) eram separados, não havendo diferença entre os grupos para estado civil ($p=0,159$). Em relação à situação profissional, 77,5% da amostra ($n=31$) estavam empregados; 12,5% ($n=5$) apresentavam atividade informal; 5% ($n=2$) estavam desempregados; 2,5% ($n=1$) era do lar e 2,5% ($n=1$) aposentados. Houve diferença estatisticamente significativa, quando analisamos o número total de empregados entre os dois grupos ($p<0,001$) (Tabela 1).

Religiosidade

Considerando-se a escala de religiosidade DUREL, em relação à RO, os médicos apresentaram média de 4,54 pontos e os familiares média de 2,62, com diferença entre os grupos estudados, ($p=0,003$). Considerando-se RNO, os médicos apresentaram média de 4,58 e os familiares média de 2,06 com diferença entre os grupos ($p=0,000$). Em relação à RI,

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra

VARIÁVEIS	AMOSTRA TOTAL N (%)	COMPARAÇÃO ENTRE PSIQUIATRAS E FAMILIARES (p)
Gênero		0,098
Feminino	27 (67,5)	-
Masculino	13 (32,5)	-
Estado Civil		0,159
Casado	15 (37,5)	-
Divorciado	1 (2,5)	-
Solteiro	23 (60,0)	-
Situação Profissional		<0,001
Empregado	31 (77,5)	-
Informal	5 (12,5)	-
Desempregado	1 (2,5)	-
Do lar	1 (2,5)	-

Tabela 2

Comparação dos níveis de religiosidade (escala DUREL) entre psiquiatras e familiares

	PSIQUIATRAS (MÉDIA)	FAMILIARES (MÉDIA)	p
Religiosidade Organizacional	4,54	2,62	0,003
Religiosidade Não-Organizacional	4,58	2,06	0,000
Religiosidade Intrínseca	10,62	4,5	0,002

os médicos apresentaram média de 10,62 e os familiares, média de 4,5, com diferença entre os grupos ($p=0,002$) (Tabela 2).

Não houve associação entre a religiosidade dos participantes da pesquisa e sua posição acerca da aceitação da assistência religiosa aos pacientes internados.

Fatores correlacionados com o entendimento da importância da assistência religiosa

Considerando-se a aceitação da assistência religiosa para dependentes químicos, ambos os grupos (médicos: 75%, $n=18$; familiares: 100%; $n=16$) foram favoráveis à visita ($p=0,145$). No que tange à aceitação da assistência religiosa para pacientes suicidas, 83,3% dos médicos concordam, apenas se o paciente não estiver mais apresentando ideação suicida no momento da intervenção religiosa. No entanto, parcela menor dos familiares (68,75%) acredita que a intervenção religiosa deva ser realizada apenas se a ideação suicida não estiver mais presente, ou seja, apresentando uma posição mais permissiva em relação àquela adotada pelos psiquiatras ($p=0,291$). Para os quadros psicóticos sintomáticos, 83,3% dos médicos foram contrários à visita, ao passo que 56,25% dos familiares foram contrários, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,206$) (Tabela 3).

Quando analisamos os fatores correlacionados independentemente com algumas variáveis dependentes, não houve diferenças estatisticamente significantes.

Discussão

O presente trabalho teve como objetivo avaliar

a aceitação, por parte de psiquiatras e familiares, de assistência religiosa para pacientes com transtornos mentais graves internados em hospital psiquiátrico. A referida avaliação foi realizada simulando-se três diferentes contextos clínicos de pacientes, a saber, pacientes com quadro clínico de dependência química, pacientes suicidas e pacientes com transtorno psicótico.

Os resultados das avaliações mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa no que tange à aceitação da assistência religiosa por parte de psiquiatras e familiares, nos três distintos contextos clínicos propostos.

Apesar de não ter existido diferença estatisticamente significativa entre os grupos de psiquiatras e familiares, pôde-se notar que, em termos de porcentagem, os familiares sempre apresentaram posicionamento mais permissivo em relação à assistência religiosa, sendo mais favoráveis a esse tipo de abordagem aos pacientes. Desse modo, é provável que, caso o trabalho tivesse contado com amostra maior, diferenças estatisticamente significantes teriam aparecido. Isso mostra que talvez o posicionamento de psiquiatras e familiares possa divergir no que diz respeito à aceitação das visitas religiosas aos pacientes com transtornos mentais graves, internados em unidades hospitalares psiquiátricas. Isso, então, poderia se não manejado de maneira apropriada, ser possível fonte de conflito entre psiquiatras e familiares durante o tratamento dos pacientes. Assim sendo, especial atenção deve ser dada a essa questão.

A diferença existente entre familiares e psiquiatras, apresentada acima, pode ser decorrente do fato de que esses profissionais tendem a ser menos religiosos que

Tabela 3

Aceitação da assistência religiosa entre psiquiatras e familiares

	PSIQUIATRAS N (%)	FAMILIARES N (%)	P
Aceitação da assistência religiosa para dependentes químicos	18 (75,0)	16 (100,0)	0,145
Aceitação da assistência religiosa para suicidas	20 (83,3)	11 (68,7)	0,291
Aceitação da assistência religiosa para psicóticos	20 (83,3)	9 (56,2)	0,206

os familiares dos pacientes. Os resultados do presente trabalho mostraram que os psiquiatras apresentam menores níveis de religiosidade, em todos os aspectos estudados. A análise por meio de regressão logística não encontrou interferência de outras variáveis podendo agir como confundidoras nessa associa o entre o grupo de psiquiatras e menores níveis de religiosidade. Tal situa o   interessante, pois mostra como concep es pessoais podem influenciar nas decisões tomadas na prática profissional. No entanto, obviamente não pode ser desconsiderado o fato de que o posicionamento dos profissionais médicos seja esse, devido a um melhor entendimento técnico do assunto. Quando comparados com os familiares, os profissionais apresentam maior conhecimento específico da área em questão, podendo avaliar tecnicamente, de maneira mais apropriada, o impacto de determinada interven o sobre a saúde do paciente.

Novamente, então, a possibilidade da ocorrência de um dilema bioético pode aparecer. Por um lado, existe a autonomia do paciente e de sua família para decidirem sobre a aceita o de determinada interven o durante um tratamento médico. Do outro lado, levantam-se os parâmetros da beneficência e da não-maleficência, que também devem nortear a aten o do médico quando da condu o dos casos de seus pacientes.

Diante desse contexto ora apresentado, vale lembrar que o objetivo das interven es contemporâneas em saúde mental   preservar e estimular a autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como de seus familiares. No entanto,   imprescindível que essas práticas estejam igualmente congruentes com os princípios bioéticos de beneficência e não maleficência.   necessário levar em considera o a condi o de vulnerabilidade na qual se encontram esses pacientes e seus familiares, pois, além do quadro psiquiátrico em si, existe também a situa o de intern o hospitalar, que submete pacientes e familiares às normas, muitas vezes pouco flexíveis, das institui es de saúde. Sendo assim,   necessário construir novas propostas de cuidado em saúde mental, sempre de forma congruente aos princípios bioéticos, nas quais, caso a caso, eventuais conflitos sejam manejados sempre buscando o melhor cuidado ao paciente.

Conclusão

Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre os grupos de psiquiatras e familiares, os resultados mostraram, em termos de porcentagem, que os familiares sempre apresentaram posicionamento mais permissivo e acolhedor em rela o   assistência religiosa, sendo mais favoráveis a esse tipo de abordagem aos pacientes. Os psiquia-

tras apresentaram menores níveis de religiosidade, quando comparados com os familiares, porém tal fen meno não mostrou associa o com o fato de aceitarem menos a assistência religiosa. No entanto, tal fato pode ser explicado pelo tamanho da amostra do estudo.

Referências Bibliográficas

1. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med* 2006; 62:1486-97.
2. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol*. 1967; 5:432-43.
3. Pargament K. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: The Guilford Press; 2001. 548p.
4. Peres MF, Lucchetti G. Coping strategies in chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14:331-8.
5. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28:242-50.
6. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev Psiquiatr Cl n (São Paulo)*. 2009;36:190-6.
7. Oxford. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford: Oxford University Press; 2001. 728p.
8. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev Psiquiatr Cl n (São Paulo)*. 2007; 34:95-104.
9. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry*. 1998;155:536-42.
10. Koenig HG. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:389-95.
11. Shreve-Neiger AK, Edelstein BA. Religion and anxiety: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2004;24:379-97.
12. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifait spiritualy based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol*. 2010; 66:430-41.
13. Miller WR. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*. 1998; 93:979-90.
14. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22:1300-11.
15. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188:543-6.
16. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *Am J Epidemiol*. 2002;155:413-9.
17. Chu CC, Klein HE. Psychosocial and environmental variables in outcome of black schizophrenics. *J Natl Med Assoc*. 1985;77:793-6.
18. Verghese A, John JK, Rajkumar S, Richard J, Sethi BB, Trivedi JK. Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India. Results of a two-year multicentre follow-up study. *Br J Psychiatry*. 1989;154:499-503.
19. Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher E. Religious beliefs and religious delusions: Response to treatment in schizophrenia. *Ment Health Relig Cult*. 2004; 7:211-23.
20. Ironson G, Stuetzle R, Fletcher MA. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med*. 2006; 21 (Suppl 5):S62-8.

21. Brown SL, Nesse RM, House JS, Utz RL. Religion and emotional compensation: results from a prospective study of widowhood. *Pers Soc Psychol Bull*. 2004; 30:1165-74.
22. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med*. 2001;161:1881-5.
23. Fitchett G, Murphy PE, Kim J, Gibbons JL, Cameron JR, Davis JA. Religious struggle: prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34:179-96.
24. Baker M, Gorsuch R. Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *J Sci Stud Relig*. 1982; 21:119-22.
25. Getz GE, Fleck DE, Strakowski SM. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. *Psychiatry Res*. 2001;103:87-91.
26. Falot R. Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2001;13:110-6.
27. Phillips RE 3rd, Lakin R, Pargament KI. Development and implementation of a spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. *Community Ment Health J*. 2002;38:487-95.
28. Kehoe NC. A therapy group on spiritual issues for patients with chronic mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999;50:1081-3.
29. Leão FC, Lotufo Neto F. Spiritual practices in an institution for mental disabilities. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 2007; 34:54-9.
30. Salib E, Youakim S. Spiritual healing in elderly psychiatric patients: a case-control study in an Egyptian psychiatric hospital. *Aging Ment Health*. 2001; 5:366-70.
31. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.982, de 14 de Julho de 2000. 14/07/2000. [on line]. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Disponível em: <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2000-07-14:9982> [10 mai 2013]
32. São Paulo (Estado). Decreto nº 44.395, de 10 de novembro de 1999. [on line]. Regulamenta a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva de que trata a Lei nº 10.066, de 21 de julho de 1998. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/167800/decreto-44395-99?ref=home> [10 mai 2013].
33. Moreira-Almeida A. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 2008; 35:31-2.

Trabalho recebido: 05/07/2013

Trabalho aprovado: 09/12/2013