

Influência da religiosidade na qualidade de vida de pacientes com transtorno afetivo bipolar

Influence of religiosity on the quality of life in patients with bipolar affective disorder

Maria Carolina Pedalino Pinheiro¹, Fernando Morcelli Duarte², Marsal Sanches³, Ricardo Riyoyiti Uchida⁴, Quirino Cordeiro⁵, Giancarlo Lucchetti⁶

Resumo

O transtorno afetivo bipolar (TAB) possui alta prevalência e elevado potencial de morbidade. A prevalência do TAB ao longo da vida é de aproximadamente 1%. A religiosidade, que tem sido cada vez mais estudada, é encontrada tanto como fator de desencadeamento e agravamento de doenças mentais quanto como de proteção e melhora. Este trabalho objetivou comparar o grau de religiosidade, números de episódios depressivos ou maníacos, aderência ao tratamento e qualidade de vida de pacientes ambulatoriais portadores de transtorno afetivo bipolar, com um grupo controle composto por indivíduos sem patologias psiquiátricas.

Descritores: Transtorno bipolar, Transtorno depressivo, Religião, Espiritualidade

Abstract

The bipolar affective disorder (TAB) has high prevalence

and high potential for morbidity. The prevalence of lifetime TAB is approximately 1%. The religiosity, which has been increasingly studied, is found as both trigger factor and worsening of mental illness as well as protection and improvement. This work sought to compare the degree of religiosity, manic or depressive episodes numbers, adherence to treatment and quality of life of patients with bipolar affective disorder, with a control group composed of individuals without psychiatric pathologies.

Key words: Bipolar disorder, Depressive disorder, Religion, Spirituality

Introdução

Embora durante séculos ciência e religião tenham trilhado caminhos distintos e por vezes divergentes, as últimas duas décadas têm demonstrado uma clara tendência de aproximação entre essas duas áreas do conhecimento humano.

A medicina em particular, tem dedicado especial atenção à interface entre saúde e religião. Métodos científicos têm sido aplicados ao estudo de fenômenos espirituais, assim como ao impacto da religiosidade sobre a saúde física e mental. Esse aspecto, durante muito tempo negligenciado pela medicina ocidental, tem sido objeto de grande interesse no contexto científico atual⁽¹⁾.

Estudos demonstram que a espiritualidade e a religiosidade desempenham importantes papéis na vida psíquica das pessoas, podendo exercer tanto efeitos positivos como negativos. No que se refere especificamente aos transtornos de comportamento, parece existir um paradoxo, já que a religiosidade é encontrada tanto como fator de desencadeamento e agravamento quanto como de proteção e melhora das doenças mentais⁽¹⁾.

Dentre as doenças psiquiátricas, o transtorno afetivo bipolar (TAB) possui alta prevalência e elevado potencial de morbidade. A prevalência do TAB ao longo da vida é de aproximadamente 1%, sendo homens e mulheres afetados na mesma proporção⁽²⁾. É caracterizada por importante perturbação do humor e do nível de atividade do indivíduo, alternando episó-

1. Médica assistente da Unidade de Álcool e Drogas do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

2. Médico psiquiatra

3. Postdoctoral Fellow - University of Texas Medical School at Houston

4. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

5. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

6. Médico especialista em clínica médica e geriatria pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, doutorando em neurologia/neurociências pela UNIFESP, Coordenador do Departamento de pesquisas do Hospital João Evangelista e da Associação Médico-Espírita de São Paulo.

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

Endereço para correspondência: Maria Carolina Pedalino Pinheiro. Rua Major Maragliano, 241 – Vila Mariana - 04017-030 - São Paulo - SP - Brasil. E-mail: mariacarolpinheiro@yahoo.com.br

dios de exaltação do humor e aumento da energia e da atividade com episódios de rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade, intercalada com episódios depressivos⁽³⁾.

A despeito da existência de predisponentes biológicos necessários para a instalação do TAB, seu quadro clínico, tratamento e prognóstico sofrem influência direta de fatores culturais, nos quais se incluem os de natureza religiosa⁽⁴⁾. Entretanto, trabalhos que abordem especificamente espiritualidade/religiosidade e TAB são bastante escassos na literatura médica.

Alguns estudos têm demonstrado uma especial importância dos aspectos religiosos e místicos de pacientes bipolares, assim como de maior frequência em que se utilizam de suas crenças religiosas para lidarem com situações de estresse e com sua própria doença⁽⁵⁻¹⁰⁾.

Em 2008 Soeiro et al⁽⁹⁾ publicaram um estudo transversal com 253 pacientes de um hospital geral em que a intensidade do envolvimento religioso estava moderadamente associada a maior ocorrência de transtornos psiquiátricos, particularmente o transtorno afetivo bipolar. Em 2003, Mitchell et al⁽¹¹⁾ encontraram que a maioria dos pacientes bipolares possuíam crenças espirituais e que essas crenças influenciavam no modo como viam suas doenças.

Considerando-se a relevância e diversidade das crenças religiosas e da espiritualidade na cultura brasileira, fazem-se necessários estudos enfocando as possíveis influências destes aspectos na apresentação clínica e no tratamento do TAB no Brasil.

O presente trabalho tem como objetivo comparar o grau de religiosidade, números de episódios depressivos ou maníacos, aderência ao tratamento e qualidade de vida de pacientes ambulatoriais portadores de transtorno afetivo bipolar em fase eutímica, com um grupo controle composto por indivíduos sem patologias psiquiátricas.

Material e Métodos

Amostra

A amostra foi composta por 11 pacientes com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar segundo os critérios do DSM-IV em eutimia⁽¹²⁾ e 15 controles não portadores de patologia psiquiátrica.

Para o diagnóstico de TAB foram utilizados os seguintes critérios⁽¹²⁾:

- TAB tipo I é diagnosticado quando os episódios de depressão são intercalados com episódios de acentuada exaltação do humor, denominados manias.
- TAB tipo II, os episódios de depressão são intercalados com elevações do humor menos intensas

(hipomanias).

- TAB em eutimia, o paciente portador do transtorno bipolar se encontra com o humor estabilizado, não preenchendo critérios para depressão ou para episódio maníaco/hipomaníaco

Os pacientes foram recrutados aleatoriamente e consecutivamente dentre aqueles em seguimento no ambulatório de psiquiatria geral do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (CAISM) e que preencheram critérios para inclusão no estudo, a saber:

- idade superior a 18 anos;
- capacidade de expressar-se;
- concordância em participar do estudo, caracterizada por assinatura em termo de consentimento informado (vide item “aspectos éticos”);
- para os pacientes, foi definida eutimia aqueles com pontuação na escala de Hamilton para depressão igual ou inferior a sete e na escala de mania de Young igual ou inferior a seis.

Instrumentos

No presente estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Ficha de dados sócio-demográficos e clínicos: todos os participantes preencheram uma ficha contendo informações acerca de características sócio-demográficas (dentre as quais afiliação religiosa) e, no caso dos pacientes, dados referentes ao curso do TAB;
- Índice de religiosidade da Universidade Duke: instrumento especificamente criado para a mensuração das três diferentes dimensões da religiosidade, a saber: organizacional (frequência a serviços religiosos), não-organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão) e religiosidade intrínseca (sentimento de significado último da vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às suas crenças, esforçando-se por internalizá-las e segui-las completamente)⁽¹³⁾. Constando de apenas 5 itens, os quais fornecem um escore final que varia de 5 a 27 e corresponde a uma medida objetiva do grau de religiosidade de um indivíduo. Dispõe-se de versão em português, já validada no Brasil⁽¹⁴⁾, a qual foi usada no presente estudo;
- Escala de mania de Young (YMRS): consiste em um instrumento utilizado para mensuração do grau de exaltação do humor apresentado por um paciente portador de TAB⁽¹⁵⁾, validada para o Brasil em 2005⁽¹⁶⁾. Consta de 11 itens cujas pontuações, ao serem somadas, fornecem um valor final. Um escore igual ou inferior a 6 é considerado indicador de ausência de mania;

- Escala de Hamilton para depressão (HAM-D): trata-se de uma escala que visa medir o grau de depressão de pacientes já classificados como portadores de transtorno de humor⁽¹⁷⁾. Consta de 17 itens, cujas pontuações são somadas para produzir um escore total. Este traduz a gravidade do quadro depressivo, a saber: até 7 pontos, sem depressão; de 8 a 13 pontos, depressão leve; de 14 a 18 pontos, depressão moderada; mais que 19 pontos, depressão grave⁽¹⁸⁾.
- Escala de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL): a WHOQOL é um questionário genérico de qualidade de vida desenvolvido pela organização mundial da saúde. Trata-se de instrumento auto-aplicável, que consta de 100 itens englobando diferentes aspectos da saúde. No presente estudo foi utilizada a versão reduzida em português⁽¹⁹⁾.
- Self Reporting Questionnaire (o SRQ-20): o SRQ-20 é um instrumento para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral feito pela Organização mundial de saúde. As 20 questões abordam sintomas físicos e emocionais associados a quadros psiquiátricos, como por exemplo, cefaléias frequentes, alterações de apetite, piora da concentração e pensamentos suicidas. Para todas estas existem duas possibilidades de resposta, sim ou não. Oito ou mais respostas positivas são indicativas de morbidade psiquiátrica^(20,21).

Procedimentos

Os pacientes com TAB foram abordados pelos investigadores para possível inclusão no estudo logo após suas consultas de rotina. Foi explicada a proposta do estudo e solicitada sua permissão para inclusão no mesmo. Os controles foram recrutados por meio de cartazes colocados em área pública, e receberam explicações similares às fornecidas aos pacientes.

Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento informado e, posteriormente, foram encaminhados para sessão de avaliação, durante a qual os pacientes foram submetidos à avaliação psiquiátrica para confirmação do diagnóstico de TAB (ou exclusão da existência de patologia psiquiátrica, no caso dos controles) segundo o DSM-IV. Em seguida, foi aplicada a HAM-D e a YMRS, para confirmação do estado de eutímia. Finalmente, aplicou-se o questionário de DUKE e a WHOQOL.

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada por intermédio do programa estatístico "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows versão 17.0.

As variáveis foram classificadas, quanto à continuidade, em contínuas ou discretas, sendo que estas foram, por sua vez, classificadas em nominais ou ordinais. As medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas foram descritas, respectivamente, pela média e desvio padrão.

Para realizar a comparação das características basais dos grupos, utilizou-se o teste de qui-quadrado (para variáveis categóricas) e o teste t (para variáveis contínuas) (Tabela 1). Por tratar-se de um teste paramétrico, os pré-requisitos para realização do teste t foram aceitos e mostrados em resultados. Utilizou-se $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

Posteriormente, optou-se por correlacionar a religiosidade dos dois grupos com a qualidade de vida aferida pelo escore global do WHOQOL brev. Para realização dessa comparação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, definindo-se como estatisticamente significativo resultados com $p < 0,01$.

Aspectos Éticos

O tipo de estudo proposto corresponde a uma pesquisa com risco mínimo, segundo a Resolução nº 01/88 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa em seres humanos. Somente foram incluídos os pacientes que, após informados, concordaram em participar do estudo, tendo fornecido sua assinatura em termo de consentimento informado. O presente projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Resultados

As características sócio-demográficas dos pacientes e controles estão descritas na Tabela 1. Para realização do teste t, os pré-requisitos do tamanho amostral, normalidade e homogeneidade foram avaliados. Como os dados não possuíam distribuição normal, optou-se por transformar as variáveis contínuas por meio do Z-escore. Em caso de não homogeneidade entre os grupos, como no caso da escolaridade, optou-se por efetuar a correção do F. Na análise final, não foram detectadas diferenças estatísticas significantes entre os dois grupos quanto aos dados sócio-demográficos, conforme melhor visualizado na tabela 1.

Quando comparamos os valores obtidos pelos questionários de religiosidade dos pacientes com os controles não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos no que se refere à religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca (Tabela 2).

Nos pacientes bipolares, quando correlacionamos os questionários de religiosidade com os dados clínicos (idade da primeira crise, número de internações e

Tabela 1

Comparação dos dados sociodemográficos entre o grupo de pacientes (n = 11) e o de controles saudáveis (n = 15)

	<i>Pacientes</i>	<i>Controles</i>	<i>Teste estatístico</i>	<i>Significância</i>
Sexo (M/F)	5/6	5/10	$\chi^2 = 0,394$	$p = 0,530$
Idade \pm DP	48,4 \pm 8,6	43,86 \pm 9,1	$t = - 1,29$	$p = 0,208$
Escolaridade \pm DP	8,1 \pm 4,3	9,06 \pm 3,3	$t = 0,565$	$p = 0,579$
Renda familiar (R\$/mês) \pm DP	1431,82 \pm 857,98	2413,62 \pm 857,98	$t = 0,61$	$p = 0,544$

Legenda: DP = desvio padrão; χ^2 = Teste de qui quadrado; t = Teste "t" de Student

Tabela 2

Comparação entre o grupo de pacientes e o grupo controle em relação a religiosidade organizacional, a não-organizacional e a religiosidade intrínseca.

	<i>Organizacional (p=0,649)</i>	<i>Não Organizacional (p=0,155)</i>	<i>Intrínseca (p=0,950)</i>
Grupo	M=3,2	M=3,0	M=5,2
Controle	M=3,0	M=3,8	M=5,3

Legenda: m= média/ p= significância

Tabela 3

Coefficiente de correlação de Pearson para diferentes níveis de religiosidade e escore global de qualidade de vida nos pacientes psiquiátricos (n=11)

	<i>RO</i>	<i>RNO</i>	<i>RI</i>	<i>WHOQOL</i>
RO	-	0.000	0.790**	0.894**
RNO	0.000	-	0.153	-0.045
RI	0.790**	0.153	-	0.905**
WHOQOL	0.894**	-0.045	0.905**	-

RO: Religiosidade Organizacional; RNO: Religiosidade Não-organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca; WHOQOL: Escore global do WHOQOL Brev

Tabela 4

Coefficiente de correlação de Pearson para diferentes níveis de religiosidade e escore global de qualidade de vida no grupo controle (n=15)

	<i>RO</i>	<i>RNO</i>	<i>RI</i>	<i>WHOQOL</i>
RO	-	0.287	0.463	-0.069
RNO	0.287	-	0.230	-0.123
RI	0.463	0.230	-	-0.275
WHOQOL	-0.069	-0.123	-0.275	-

RO: Religiosidade Organizacional; RNO: Religiosidade Não-organizacional; RI: Religiosidade Intrínseca; WHOQOL: Escore global do WHOQOL Brev

número de crises) não foi mostrada correlação estatisticamente significativa. No entanto, houve uma correlação forte entre a qualidade de vida e a religiosidade organizacional ($r=0.790$, $p<0,01$), assim como com a religiosidade intrínseca ($r=0.894$, $p<0,01$) (Tabela 3).

No grupo controle, não houve correlação entre o escore global do WHOQOL brev com os aspectos de religiosidade (Tabela 4).

Discussão

A interface entre religião e saúde vem sendo ex-

tremamente discutida nas últimas décadas. Seguindo essa tendência, desde 1946, a Assembléia Mundial de Saúde (OMS), discute a modificação do conceito clássico de saúde da OMS para "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença"⁽²²⁾.

O fato de religião poder funcionar como um fator positivo no manejo de situações de estresse parece sugerir que a mesma teria papel preventivo no estabelecimento de transtornos psiquiátricos⁽²³⁾. Segundo estudos recentes, a religiosidade foi considerada fator de proteção ao suicídio, comportamento delinquente,

uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, sofrimentos psicológicos e até mesmo transtornos psiquiátricos maiores, como por exemplo, psicoses⁽²⁴⁾. Por outro lado, algumas evidências demonstram que a religião contém fontes potenciais para o desenvolvimento de alterações psicopatológicas sendo que, em situações específicas, a religiosidade poderia estar associada ao estabelecimento de transtornos psiquiátricos ou dificuldades em seu tratamento^(4,25).

Nosso estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas na religiosidade do grupo de pacientes com TAB em comparação com o grupo controle. Esses resultados diferem dos achados encontrados na literatura científica⁽¹⁰⁾. Acreditamos que esse achado pode estar relacionado ao fato do estudo ter sido desenvolvido no contexto cultural brasileiro que pode diferir dos estudos internacionais ou ainda pelo pequeno número amostral que tende a reduzir o poder de observação de diferenças estatísticas.

Observou-se ainda que não houve correlação entre o nível de religiosidade e a gravidade dos dados clínicos, ou seja, que os critérios de gravidade dos pacientes com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (números de internação, idade da primeira crise de mania, números de crises maníacas), não estariam relacionados a religiosidade em nossa casuística.

No que concerne a qualidade de vida dos pacientes com transtorno afetivo bipolar encontrou-se uma correlação positiva com aqueles que frequentam mais serviços religiosos e referem maior religiosidade intrínseca. Tal informação encontrada reforça a importância do médico interessar-se e ter conhecimento da prática religiosa dos pacientes, assuntos muitas vezes negligenciados ou visto como “tabu” na prática clínica.

Deve-se considerar a partir dos resultados deste estudo que estratégias de tratamento psicossocial de teor espiritual podem constituir-se um meio de auxiliar e melhorar a qualidade de vida de pacientes com transtornos psiquiátricos⁽¹⁰⁾, entretanto ensaios clínicos a respeito desse tema devem ser estimulados.

Limitações

Deve-se considerar algumas limitações do estudo para a interpretação dos dados. Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra pequena e derivada de um único centro de tratamento na cidade de São Paulo.

Conclusão

O fato da religiosidade intrínseca e religiosidade organizacional apresentarem relação positiva com a qualidade de vida destes pacientes reforça a importância do médico psiquiatra investigar em sua anamnese os aspectos religiosos, assim como ponderar tal

aspecto visando o bem estar do paciente. Estratégias psicoeducacionais que abordem demandas espirituais podem se constituir em importantes instrumentos no tratamento de pessoas com TAB. Considerando-se a relevância e a diversidade das crenças religiosas e da espiritualidade na cultura brasileira, são necessários novos estudos enfocando as possíveis influências destes aspectos na apresentação clínica e no tratamento do TAB no Brasil.

Referências Bibliográficas

1. Sousa PLR, Tilmann IA, Horta CL, Oliveira FM. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatr Med*. 2002; 34:15-22
2. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996; 276:293-9.
3. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
4. Sanches M, Jorge MR. Transcultural aspects of bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26 (suppl.3):54-6.
5. Gallemore JL Jr, Wilson WP, Rhoads JM. The religious life of patients with affective disorders. *Dis Nerv Syst*. 1969; 30:483-7.
6. Koenig HG. Handbook of religion and mental health. New York: Academic Press; 1998.
7. Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology*. 1998; 31:234-45.
8. Dantas CR, Pavarin LB, Dalgalarondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21:158-64
9. Soeiro RE, Colombo ES, Ferreira MH, Guimarães PS, Botega NJ, Dalgalarondo P. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cad Saude Publica*. 2008; 24:793-9.
10. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009; 36:190-6.
11. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *J Affect Disord*. 2003; 75:247-57
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
13. Koenig H, Parkerson GR Jr, Meador KG. Religion index for psychiatric research *Am J Psychiatry*. 1997; 154:885-6.
14. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2010 Nov 24.
15. Young R, Biggs J, Ziegler V, Meyer D. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978; 133:429-35.
16. Vilela JAA, Crippa JAS, Del-Ben CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res*. 2005; 38:1429-39.
17. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23:56-62. 1960.
18. Moreno RA, Moreno DH. Hamilton (HAM-D) and Montgomery & Asberg (MADRS) rating scales. *Rev Psiq Clín*. 1998; 25:262-72
19. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saude Publica*. 2000; 34:178-83.

20. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1985; 15:651-9.
21. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-26
22. Organização Mundial da Saúde. Constituição. OMS, New York, 1946
23. Hughes JW, Tomlinson A, Blumenthal JA, Davidson J, Sketch MH, Watkins LL. Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Ann Behav Med*. 2004; 28:179-85.
24. Levin, JS, Chatters LM. Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues. In: Koenig HG. *Handbook of religion and mental health*. London: Academic Press; 1998. p. 33-50
25. Raphael FJ, Rani S, Bale R, Drummond LM. Religion, ethnicity and obsessive-compulsive disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 1996; 42:38-44.

Trabalho recebido:02/01/2012

Trabalho aprovado: 08/05/2012