
EDITORIAL

Dr. João Ghizzo Filho¹

Espiritualidade, religiosidade e medicina: entre a evidência científica e a integralidade do cuidado.

A medicina moderna foi construída sobre os pilares da observação sistemática, da experimentação e da análise crítica das evidências. Desde seus primórdios, o avanço do conhecimento médico dependeu da capacidade de formular perguntas claras e submetê-las à investigação rigorosa. Como ensina a tradição epistemológica da ciência, não há conhecimento sem questionamento adequadamente formulado. A opinião, embora legítima no âmbito pessoal, não constitui evidência. A ciência, por definição, fundamenta-se em hipóteses passíveis de observação, teste e verificação, distinguindo-se do conhecimento baseado exclusivamente em crenças ou convicções pessoais. Essa reflexão torna-se particularmente relevante quando se aborda a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde.

Durante muito tempo, tais temas permaneceram à margem da investigação biomédica, sendo frequentemente considerados pertencentes apenas aos domínios da filosofia, da religião ou da experiência subjetiva. Entretanto, nas últimas décadas, o crescente acúmulo de evidências científicas passou a desafiar essa separação tradicional, estimulando uma discussão cada vez mais presente na literatura médica internacional.

Antes de qualquer análise, contudo, impõe-se uma exigência metodológica fundamental: definir claramente os conceitos envolvidos. O corpo corresponde à dimensão biológica e fisiológica do ser humano, constituindo o substrato material da vida e o objeto clássico da prática médica. A mente engloba os processos cognitivos, emocionais e comportamentais que permitem a percepção e interpretação da realidade. O intelecto refere-se à capacidade de raciocínio, reflexão crítica, julgamento e elaboração do conhecimento. Os sentimentos representam estados afetivos que influenciam a experiência subjetiva, os relacionamentos interpessoais e a tomada de decisões.

Em uma perspectiva integrativa da saúde, conceitos como alma e espírito também são frequentemente considerados. Em diversas tradições filosóficas e religiosas, a alma costuma ser associada à identidade individual, à personalidade, à memória e à vontade. O espírito, por sua vez, refere-se à dimensão humana relacionada à busca de significado, propósito, transcendência e conexão com valores considerados fundamentais. Embora tais conceitos não constituam categorias operacionais da biologia, eles integram a experiência existencial de milhões de pessoas e frequentemente emergem durante situações de sofrimento, doença e finitude.

¹Diretor de publicações da ACM. Editor.

Nesse contexto, é igualmente necessário distinguir espiritualidade de religiosidade. A espiritualidade pode ser compreendida como a busca individual por significado, propósito e conexão com algo considerado maior do que o próprio indivíduo. Essa busca pode ou não estar associada a crenças religiosas. Já a religiosidade refere-se à expressão organizada dessa espiritualidade por meio de sistemas de crenças, doutrinas, rituais e comunidades religiosas institucionalizadas. Embora relacionadas, espiritualidade e religiosidade não são sinônimos e podem influenciar a saúde de maneiras distintas.

Do modelo biométrico ao modelo biopsicossocial-espiritual

Em 1977, George Engel publicou artigo histórico propondo o modelo biopsicossocial como alternativa ao paradigma biomédico tradicional (1). Engel argumentava que a compreensão da doença exclusivamente por mecanismos biológicos era insuficiente para explicar a complexidade da experiência humana relacionada ao adoecimento.

Ao longo das décadas seguintes, diversos autores expandiram essa perspectiva para o modelo biopsicossocial-espiritual, reconhecendo que a busca de significado, propósito e transcendência pode representar uma dimensão relevante da saúde humana (2,3). Tal ampliação não significa rejeitar o rigor científico nem substituir explicações biológicas por interpretações metafísicas. Ao contrário, representa o reconhecimento de que fenômenos complexos frequentemente exigem modelos explicativos igualmente complexos.

Assim, a incorporação da dimensão espiritual ao cuidado em saúde não implica validar crenças específicas, mas reconhecer que valores, convicções e sistemas de significado influenciam comportamentos, decisões terapêuticas, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida.

Evidências científicas

Nas últimas décadas, a literatura disponível sugere a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde. Embora a qualidade metodológica seja heterogênea, revisões sistemáticas, metanálises e revisões recentes apontam entre determinados indicadores de espiritualidade e melhores desfechos clínicos.

Na saúde mental, os resultados são particularmente robustos. Revisões contemporâneas demonstraram associação entre religiosidade positiva e menores taxas de depressão, comportamento suicida, abuso de substâncias e sofrimento psicológico. A espiritualidade também tem sido associada a maior resiliência, melhor adaptação ao estresse e maior bem-estar psicológico (4,5). No campo cardiovascular, estudos observacionais sugerem associações entre práticas religiosas ou espirituais e menor prevalência de hipertensão arterial, melhor controle metabólico e redução da mortalidade por todas as causas (4,6). Em oncologia e cuidados paliativos, a espiritualidade tem sido relacionada à

melhora da qualidade de vida, redução do sofrimento existencial, maior capacidade de enfrentamento da doença e menor desesperança diante da finitude (7,8,9).

Esses resultados levaram importantes organizações internacionais e nacionais a reconhecerem a relevância da dimensão espiritual no cuidado integral. A Organização Mundial da Saúde passou a considerar a espiritualidade como componente importante da qualidade de vida (10). Entidades como o American College of Physicians, a World Psychiatric Association, a American Medical Association, a North American Nursing Diagnosis Association, a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a Associação Brasileira de Educação Médica e o Conselho Federal de Medicina vêm incorporando o tema em diretrizes, eventos científicos e programas educacionais.

Associação não é causalidade

Apesar do crescente volume de evidências, a interpretação desses resultados exige cautela. Grande parte dos estudos disponíveis é observacional e, portanto, sujeita a vieses e fatores de confusão.

Indivíduos que participam regularmente de comunidades religiosas frequentemente apresentam maior suporte social, hábitos de vida mais saudáveis, menor consumo de substâncias nocivas e redes de apoio mais estruturadas. Todos esses fatores são potencialmente capazes de influenciar desfechos clínicos independentemente da religiosidade.

Os critérios clássicos de causalidade descritos por Bradford Hill continuam sendo ferramentas úteis para a análise crítica dessas associações. Embora critérios como consistência, plausibilidade biológica e temporalidade estejam parcialmente presentes, os mecanismos causais permanecem incompletamente esclarecidos.

Outro desafio importante diz respeito à mensuração da espiritualidade. Diferentemente de variáveis biológicas objetivas, espiritualidade é um construto complexo, multidimensional e culturalmente dependente. Diferentes instrumentos avaliam aspectos distintos, dificultando comparações entre estudos e limitando a generalização dos resultados.

Eficácia clínica e significado clínico

Uma questão frequentemente negligenciada nessa discussão é a diferença entre eficácia clínica e significado clínico. Nem todos os aspectos relevantes do cuidado podem ser reduzidos a marcadores laboratoriais ou desfechos fisiológicos. A medicina contemporânea reconhece que a qualidade de vida, o sofrimento, a esperança, a autonomia e o sentido existencial são componentes legítimos da experiência de saúde.

Assim, mesmo quando os efeitos biológicos diretos da espiritualidade permanecem incertos ou modestos, sua influência sobre a capacidade de enfrentamento, adaptação à doença, tomada de decisões e percepção de bem-estar pode possuir grande relevância clínica (4,5). Em cuidados paliativos, por

exemplo, o alívio do sofrimento existencial frequentemente representa um objetivo terapêutico tão importante quanto o controle de sintomas físicos (8).

Coping religioso negativo

Uma abordagem cientificamente equilibrada exige reconhecer que religiosidade e espiritualidade não produzem exclusivamente efeitos positivos. A literatura descreve o chamado coping religioso negativo, caracterizado por sentimentos de punição divina, abandono espiritual, culpa excessiva, conflitos religiosos ou perda de significado existencial. Estudos sugerem associação entre essas experiências e maiores níveis de ansiedade, depressão, sofrimento psicológico e pior qualidade de vida (11,12).

Consequentemente, não cabe ao profissional presumir que toda expressão religiosa seja benéfica. O desafio clínico consiste em compreender como cada paciente vivencia sua espiritualidade e as repercussões que essa experiência exerce sobre seu processo de adoecimento.

O desafio da educação médica

Embora a importância do tema seja cada vez mais reconhecida, muitos profissionais relatam desconforto ou falta de preparo para abordar questões espirituais durante a consulta médica. Estudos internacionais demonstram que a formação médica ainda dedica espaço limitado ao tema, apesar do interesse crescente de estudantes e pacientes (13).

Em resposta a essa lacuna, diversas escolas médicas vêm incorporando conteúdos relacionados à espiritualidade e saúde em seus currículos. Ferramentas estruturadas, como os instrumentos FICA e HOPE foram desenvolvidos para auxiliar a obtenção da história espiritual de forma ética, respeitosa e clinicamente relevante (14,15). O objetivo não é promover crenças religiosas, mas compreender valores, fontes de significado e recursos de enfrentamento que possam influenciar decisões clínicas e adesão terapêutica.

A incorporação dessas competências na formação médica representa um passo importante para a consolidação da medicina centrada na pessoa e para o fortalecimento da abordagem integral do paciente.

Fundamentos éticos

Além das evidências científicas que associam espiritualidade aos melhores desfechos em saúde, sua consideração na prática clínica encontra respaldo nos princípios éticos e bioéticos que orientam a medicina Contemporânea. O cuidado centrado na pessoa exige o reconhecimento de que o paciente não se resume à sua doença, mas possui valores, crenças e fontes de significado que influenciam suas decisões e o seu enfrentamento do processo de adoecimento.

O princípio da autonomia impõe o respeito às convicções individuais, incluindo crenças espirituais e religiosas que podem influenciar escolhas terapêuticas. A beneficência orienta o profissional a promover o bem-estar em suas múltiplas dimensões, reconhecendo que questões existenciais frequentemente emergem em situações de sofrimento, doença grave e terminalidade. A não maleficência, por sua vez, alerta para o risco de negligenciar o sofrimento espiritual, que pode se manifestar por perda de sentido, desesperança ou conflitos existenciais.

A abordagem da espiritualidade, entretanto, não se confunde com a promoção de crenças religiosas. Trata-se de uma escuta qualificada e respeitosa, compatível com a laicidade institucional e com o pluralismo de valores presentes na sociedade. Nesse contexto, a consideração da dimensão espiritual representa uma expressão prática da medicina humanizada e integral do cuidado, contribuindo para fortalecer a relação médico-paciente e para oferecer uma assistência mais alinhada à complexidade da condição humana.

Considerações finais

A discussão sobre espiritualidade e saúde não representa um retorno ao misticismo nem um afastamento dos princípios da medicina baseada em evidências. Trata-se, antes, do reconhecimento de que a complexidade humana transcende as fronteiras estritamente biológicas do adoecimento.

Assim, persistem desafios conceituais, metodológicos e epistemológicos que demandam investigação contínua. Entretanto, a crescente consistência dos achados científicos sugere que a espiritualidade constitui uma dimensão significativa da experiência humana e pode influenciar desfechos clínicos, qualidade de vida e processos de enfrentamento da doença.

A tarefa da Medicina não é validar crenças individuais nem promover sistemas religiosos específicos. Seu compromisso permanece sendo compreender o ser humano da forma mais completa possível, respeitando sua singularidade, seus valores e suas necessidades. Talvez essa perspectiva esteja sintetizada na conhecida frase atribuída a William Osler: “The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease.” Mais de um século depois, essa reflexão continua atual. Ao investigar cientificamente a espiritualidade e reconhecer sua relevância quando ela se apresenta na experiência do paciente, a Medicina não se afasta da ciência. Ao contrário, aproxima-se ainda mais de seu objeto central: o ser humano em toda a sua complexidade biológica, psicológica, social e espiritual.

Boa leitura! Editor da revista Arquivos Catarinenses de Medicina.

Referências

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
2. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*. 2002;42(Spec No 3):24-33.
3. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17(6):642-56.
4. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730.
5. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: a review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases*. 2021;9(26):7620-7631.
6. Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(Suppl 1):88-94.
7. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, Fitchett G, et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA*. 2022;328(2):184-197.
8. Best MC, Vivat B, Gijsberts MJ. Spiritual care in palliative care. *Religions (Basel)*. 2023;14(3):320.
9. Bradford KL. The nature of religious and spiritual needs in palliative care patients, carers, and families and how they can be addressed from a specialist spiritual care perspective. *Religions (Basel)*. 2023;14(1):125.
10. World Health Organization. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Geneva: World Health Organization; 2006.
11. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig*. 1998;37(4):710-24.
12. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2005;61(4):461-80.
13. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality in medical education: global reality? *J Relig Health*. 2016;55(1):3-19.
14. Puchalski CM. Spiritual assessment in clinical practice. *Psychiatr Ann*. 2006;36(3):150-5.
15. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. 2001;63(1):81-9.