

Editorial

Julio Cesar Tolentino Júnior¹

Espiritualidade e Saúde: Da Evidência Científica à Implementação Clínica na Medicina Contemporânea

Ao longo do século XX, a medicina consolidou-se sob a hegemonia do modelo biomédico, estruturado a partir de uma visão mecanicista da fisiopatologia e orientado predominantemente à identificação de causas estritamente biológicas da doença. Esse paradigma, fortemente influenciado pela anatomopatologia e pela biologia molecular, foi responsável por avanços extraordinários no diagnóstico, tratamento e sobrevida de inúmeras condições clínicas, mas mostrou-se progressivamente insuficiente para explicar a experiência humana do adoecer, especialmente diante da influência de fatores subjetivos, emocionais e contextuais sobre os desfechos em saúde^{1,2}.

Em 1977, George L. Engel propôs o modelo biopsicossocial, redefinindo o conceito de saúde ao integrar determinantes psicológicos e sociais à lógica biomédica³. Esse marco representou uma inflexão epistemológica ao reconhecer a doença como fenômeno complexo, situado em contextos de vida, relações e significados. Décadas depois, entretanto, tornou-se evidente que mesmo esse modelo ampliado não captura integralmente os determinantes da saúde humana⁴.

Nas últimas duas décadas, um corpo crescente e consistente de evidências passou a demonstrar que fatores espirituais e existenciais exercem influência mensurável sobre processos biológicos, emocionais e comportamentais relevantes à saúde⁵. Em meio à pluralidade de definições existentes, a que alcançou maior consenso e aplicabilidade clínica foi a proposta em consenso internacional, liderado por Puchalski e colaboradores, que define espiritualidade como “um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade por meio do qual as pessoas buscam significado último, propósito e transcendência, e vivenciam relações consigo mesmas, com a família, com os outros, com a comunidade, com a sociedade, com a natureza e com aquilo que consideram significativo ou sagrado, sendo expressa por meio de crenças, valores, tradições e práticas”⁶. Essa formulação é ampla, inclusiva e eticamente adequada ao contexto clínico.

Espiritualidade como determinante clínico e desfechos em saúde

Estudos observacionais longitudinais, revisões sistemáticas e meta-análises demonstram associações consistentes entre maior bem-estar espiritual e desfechos clínicos relevantes, incluindo redução da mortalidade geral e cardiovascular, menor prevalência e gravidade de depressão e ansiedade, melhora da qualidade de vida, maior resiliência psicossocial, melhor adesão terapêutica e maior

engajamento em comportamentos de autocuidado⁷⁻⁹. Esses achados são particularmente robustos em áreas como cardiologia, oncologia, cuidados paliativos, saúde mental e doenças crônicas.

Na cardiologia, estudos populacionais de grande porte demonstram que dimensões relacionadas a significado, propósito e engajamento espiritual associam-se a menor mortalidade cardiovascular e global, mesmo após ajuste para fatores comportamentais e sociodemográficos¹⁰⁻¹². Trabalhos liderados por VanderWeele e colaboradores demonstram que uma vida orientada por significado e propósito constitui um dos pilares centrais do chamado florescimento humano, influenciando simultaneamente vitalidade física, saúde emocional, conexões sociais e funcionamento global¹³.

Mecanismos biológicos, neurofisiológicos e comportamentais

Os efeitos benéficos associados à espiritualidade não se restringem a associações epidemiológicas. Evidências experimentais e translacionais descrevem mecanismos plausíveis que sustentam esses achados, incluindo melhor regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, menor ativação crônica do estresse e redução de níveis de cortisol¹⁴.

No sistema nervoso autônomo, observa-se aumento da atividade parassimpática e melhora da variabilidade da frequência cardíaca, marcador independente de prognóstico cardiovascular e resiliência fisiológica¹⁵. Do ponto de vista imunológico, maiores níveis de bem-estar espiritual associam-se a menores concentrações de marcadores inflamatórios, como proteína C reativa, interleucina-6 e TNF-alfa¹⁶.

Estudos de neuroimagem funcional demonstram o envolvimento de redes cerebrais relacionadas a significado, integração do self e autorregulação emocional, incluindo o córtex pré-frontal medial, o córtex cingulado anterior e a rede de modo padrão, favorecendo processos de neuroplasticidade adaptativa, esperança e enfrentamento do adoecimento¹⁷.

Espiritualidade na prática clínica: do princípio ético à implementação baseada em diretrizes

Integrar a espiritualidade ao cuidado clínico não implica promover crenças específicas nem ultrapassar limites éticos. Trata-se de reconhecer a espiritualidade como dimensão intrínseca da pessoa humana e compreender como valores, crenças e fontes de sentido influenciam decisões clínicas, adesão terapêutica e vivência do sofrimento¹⁸.

Nesse contexto, a Diretriz de Prevenção - Espiritualidade e Saúde da Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda fortemente que o rastreamento espiritual breve integre a avaliação clínica, com Classe de Recomendação (CR) I. Além disso, a anamnese espiritual estruturada é formalmente recomendada em condições clínicas de maior vulnerabilidade, como em pacientes com doenças graves, crônicas, progressivas

ou de prognóstico reservado (CR I). A diretriz também reconhece que a anamnese espiritual pode ser realizada em pacientes ambulatoriais como parte de uma abordagem centrada na pessoa, respeitando o contexto clínico, a disposição do paciente e os limites éticos da relação terapêutica (CR IIa)¹⁹.

Ferramentas estruturadas de anamnese espiritual, como FICA, HOPE, FAITH e SPIRIT, oferecem suporte à escuta clínica qualificada, sem caráter prescritivo ou proselitista, e devem ser utilizadas de forma flexível e centrada no paciente²⁰⁻²².

Ignorar essa dimensão significa negligenciar parte essencial da identidade do paciente e comprometer a integralidade do cuidado. A espiritualidade, portanto, deixa de ser um elemento acessório e passa a constituir componente ético da boa prática médica²³.

Perspectivas em Pesquisa

A consolidação do modelo biopsicossocioespiritual aponta direções claras para a medicina contemporânea. Entre essas direções, destacam-se a integração sistemática da espiritualidade com biomarcadores objetivos de saúde, como função endotelial, variabilidade da frequência cardíaca e inflamação sistêmica; o desenvolvimento de novos ensaios clínicos que avaliem intervenções baseadas em significado, propósito e práticas espirituais ou mente-corpo; e o reconhecimento da espiritualidade como uma dimensão relevante tanto na prática clínica quanto na pesquisa em saúde^{24,25}.

Nesse contexto, diferentes iniciativas acadêmicas em âmbito nacional têm contribuído para o avanço desse campo. Em particular, nosso grupo de pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia/Neurociências e à Disciplina

de Saúde e Espiritualidade, entre outras linhas de investigação desenvolvidas em instituições brasileiras, vem conduzindo estudos clínicos e translacionais com foco na interface entre espiritualidade e saúde^{14-17,26}.

Até o momento, nosso grupo tem desenvolvido estudos de natureza observacional e de intervenção que investigam a relação entre espiritualidade e desfechos relevantes em saúde, incluindo atributos como gratidão, sentido de vida e propósito, paz interior e fé. Esses desfechos abrangem desde marcadores fisiológicos e cardiovasculares, como modulação autonômica cardíaca e função endotelial, até dimensões psicossociais e cognitivas, como resiliência psicológica, autocompaixão, cognição e atenção, além de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, avaliados em diferentes populações e contextos assistenciais.

Tais iniciativas reforçam a viabilidade metodológica, a relevância científica e o potencial translacional da integração entre espiritualidade, neurociência e saúde, contribuindo para a consolidação de um cuidado verdadeiramente biopsicossocioespiritual.

Conclusão

Em uma era marcada pela superespecialização e pela tecnologia avançada, a espiritualidade reintroduz na medicina aquilo que sempre deveria ter sido seu núcleo: o cuidado da pessoa em sua totalidade. Incorporar essa dimensão à prática clínica não é uma escolha facultativa, mas uma decisão cientificamente fundamentada, clinicamente relevante e eticamente necessária.

A medicina contemporânea deve ser biopsicossocioespiritual para cumprir plenamente seu compromisso ético, científico e humano com o cuidado integral da pessoa.

Referências

1. Porter R. The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity. London: HarperCollins; 1997.
2. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clin Rehabil. 2017;31(8):995-1004.
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36.
4. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med. 2004;2(6):576-82.
5. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012;2012:278730.
6. 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.
7. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality: a systematic quantitative review. Psychother Psychosom. 2009;78(2):81-90.
8. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Koenig HG. Impact of spirituality on mortality: systematic review of studies in the last two decades. Explore (NY). 2011;7(4):234-9.
9. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. Braz J Psychiatry. 2014;36(2):176-82.
10. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of religious service attendance with mortality among women. JAMA Intern Med. 2016;176(6):777-85.
11. VanderWeele TJ, Yu J, Cozier YC, et al. Attendance at religious services, prayer, religious coping, and mortality in the Black Women's Health Study. Am J Epidemiol. 2017;185(7):515-22.
12. Koenig HG. Religion, spirituality, and cardiovascular disease. J Relig Health. 2012;51(2):339-58.
13. VanderWeele TJ. Human flourishing. Oxford: Oxford University Press; 2017.
14. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease: allostasis and allostatic load. Ann NY Acad Sci. 1998;840:33-44.
15. Thayer JF, Lane RD. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. J Affect Disord. 2000;61(3):201-16.
16. Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/spirituality and inflammation: a systematic review. J Relig Health. 2018;57(3):1075-90.
17. Beauregard M, Paquette V. Neural correlates of a mystical experience in Carmelite nuns. Neurosci Lett. 2006;405(3):186-90.
18. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. Ann Fam Med. 2004;2(4):356-61.
19. Prêcoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho

- OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891.
20. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med.* 2000;3(1):129-37.
21. 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.
22. Maugans TA. The SPIRITual history. *Arch Fam Med.* 1996;5(1):11-6.
23. Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, et al. State of the science of spirituality and palliative care research. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54(3):441-53.
24. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999–2013). *BMC Public Health.* 2014;14:1-8.
25. Cook CCH. Spirituality, religion and mental health. *Psychiatry.* 2013;12(3):1-4.
26. Tolentino JC, Gjørup ALT, Mello CR, Assis SG, Marques AC, Filho ÁDC, Salazar HRM, Duinkerken EV, Schmidt SL. Spirituality as a protective factor for chronic and acute anxiety in Brazilian healthcare workers during the COVID-19 outbreak. *PLoS One.* 2022;17(5):e0267556.

¹ Departamento de Medicina Interna e Programa de Pós-Graduação em Neurologia, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.