

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião

Fabício Silva Gomes

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL:
os impactos da dimensão espiritual nos transtornos depressivos da terceira idade

Belo Horizonte
2021

Fabício Silva Gomes

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL:
os impactos da dimensão espiritual nos transtornos depressivos da terceira idade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Frederico Barboza de Souza

Área de Concentração: Pluralismo religioso, diálogo e linguagem

Belo Horizonte

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

G633e	<p>Gomes, Fabrício Silva Espiritualidade e saúde mental: os impactos da dimensão espiritual nos transtornos depressivos da terceira idade / Fabrício Silva Gomes. Belo Horizonte, 2021. 236 f. : il.</p> <p>Orientador: Carlos Frederico Barboza de Souza Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião</p> <p>1. Depressão em idosos - Aspectos religiosos - Cristianismo. 2. Espiritualidade. 3. Idosos - Saúde mental - Aspectos psicológicos. 4. Cura pela fé. 5. Emoções - Aspectos psicológicos. 6. Pessoas depressivas - Vida religiosa. I. Souza, Carlos Frederico Barboza de. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião. III. Título.</p>
-------	---

SIB PUC MINAS

CDU: 248

Fabício Silva Gomes

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL:

os impactos da dimensão espiritual nos transtornos depressivos da terceira idade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião.

Área de Concentração: Pluralismo Religioso, Diálogo e Linguagem.

Prof. Dr. Carlos Frederico Barboza de Souza – PUC Minas (Orientador)

Prof. Dr. Roberlei Panasiewicz – PUC Minas (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida – NUPES – UFJF (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 30 de julho de 2021

Ao Pai Maior, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas, por ser a eterna fonte de saúde, pela vida eterna e pelas oportunidades de evolução.

À Maria Ângela da Silva Gomes e Antônio Sérgio Gomes responsáveis pela proliferação de “sementes” do bem e de paz nesta Terra (*In memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Jesus, irmão maior, pela mensagem de amor e constante proteção.

À Maria Santíssima, pela digníssima missão de sanear este orbe terrestre com tanta misericórdia.

À Sociedade Espírita Albergue de São Lázaro, pelos tratamentos médico-espirituais, pelos atendimentos desobsessivos e por proporcionar oportunidades de estudo moral cristão. Em especial irmã Benedita, irmã Vicentina, irmã Efigênia, irmã Anacleta e Dr. Fritz pela proteção, inspiração, apoio e amparo.

Ao professor Dr. Carlos Frederico Barboza de Souza, pelas orientações, incentivos, compreensão e confiança.

Ao professor Dr. Roberlei Panasiewicz, pelas valiosas contribuições acadêmicas e orientações realizadas nas bancas de qualificação.

Ao professor Dr. Alexander Moreira de Almeida pela referência profissional, valiosos ensinamentos e contribuições na área de Saúde e Espiritualidade.

A todos os docentes e funcionários do departamento de Ciências da Religião da PUCMinas.

Aos discentes, por serem exemplos e me ensinarem diariamente, durante os complexos processos de amadurecimento e conhecimento.

Aos meus irmãos Juninho, Patrícia, Nayara por estarem sempre do meu lado, pessoas que deixam meus dias mais leves, sementes de coragem e alegria dos meus pais.

Aos meus sobrinhos Marcela, Arthur e Noah, por alegrarem nossos dias.

Ao meu inspirador mestre e pai fraternal Jovial Gonçalves dos Reis. *(In memoriam)*.

À minha mãe de coração Aparecida Pereira de Souza Reis, pelo incentivo, pelo amor e pelos valiosos conselhos.

À minha estimada irmã Rosane Alves Ferreira, por tanto carinho, apoio e por ser minha inspiração pessoal e acadêmica.

Aos meus irmãos de coração Ivete Oliveira, Indelécio Guimarães, Marília Aires, Ronaldo Nascimento, Turiassu Dantas Drumond S. Reis, Beatriz Duarte Drumond, Vanda Lucas, Marlene Moraes, Mariana Teles, Assíria Loredo, Paulo Henrique, Alexandre do Valle, Kênia Lea, Talita Gonçalves e Filipe Gradisse por serem amigos sinceros e instrumentos do bem nesta Terra.

À Dani pela amizade, carinho e contribuições valiosas.

À minha talentosa amiga Marildete Fornazier pela amizade e apoio incondicional.

À Helena, por ser um feixe de luz em nossas vidas, exemplo de desprendimento, fraternidade e humildade.

À minha amada esposa Grazielle Gomes pelo carinho, pelo apoio, pela compreensão e por deixarem meus dias mais felizes.

Aos meus filhos Bernardo e Rafael, Bernardo por me acalmar e proporcionar leveza ao radiar felicidade por onde passa e Rafael, por me encantar ainda sem nascer.

“[...] Quando não podemos mais mudar uma situação, somos desafiados a mudar a nós mesmos. [...] Pode-se arrancar tudo do homem, menos uma coisa, a última das liberdades humanas: a escolha da atitude pessoal diante das circunstâncias que vão definir seu próprio caminho.”

(FRANKL, 2008, p. 66-67)

RESUMO

Este estudo trata da manifestação e da repercussão da espiritualidade nos quadros depressivos da terceira idade, tema relevante em saúde pública. Nas últimas décadas, percebe-se a mudança do perfil sociodemográfico com o aumento progressivo da população idosa, que apresenta alta prevalência da depressão e elevada espiritualização. Os sintomas depressivos decorrentes das questões existenciais podem se manifestar quando há uma dificuldade interna em perceber possibilidades de sentido no campo perceptivo dos indivíduos. A espiritualidade pode ser entendida como uma busca pelo significado da vida e seu relacionamento com o transcendente — sagrado ou não — ou se referir a manifestações humanas que buscam a superação de si, ou de obstáculos, nas quais não há necessariamente uma ligação com aspectos religiosos. A presente pesquisa propõe entender os possíveis mecanismos positivos e/ou negativos do desenvolvimento da espiritualidade na terapêutica depressiva na terceira idade. Utilizou-se método analítico, descritivo, qualitativo, pautado em publicações bibliográficas e em meios eletrônicos dos últimos 20 anos. Para alcançar seu objetivo, a dissertação, edificada na área “Teologia e Ciências da Religião”, subárea “Ciência da Religião Aplicada” e na linha de pesquisa “Pluralismo Religioso, Diálogo e Linguagem, estruturou-se numa discussão em três partes, considerando dois eixos principais de análise da pessoa enquanto ser integral: a Espiritualidade e a Saúde Mental. O primeiro capítulo discorre sobre a perspectiva demográfica da terceira idade e noção epidemiológica do transtorno depressivo nesta população, ao desenvolver aspectos de saúde envolvidos no envelhecimento, prevalência da depressão na população idosa, bem como sintomas depressivos, possíveis causas, e suas particularidades. Já, o segundo e terceiro capítulos visam responder ao problema; o segundo capítulo tecendo comentários conceituais ao demonstrar a relação entre a espiritualidade e a saúde mental; e o terceiro capítulo ao evidenciar os efeitos positivos e negativos da espiritualidade na saúde mental, com ênfase na depressão na terceira idade. Nota-se que os mecanismos de *coping* espiritual positivos ou negativos podem explicar como a espiritualidade impacta na saúde mental. A proposta do trabalho consistiu em fazer uma análise da saúde dos idosos a partir do enfoque clínico do gênero espiritualidade, que pode ou não se desmembrar em espécies como as religiões ou a religiosidade. Por isso, enfatizou-se a proposta de quatro possíveis classificações: pessoas espiritualizadas, religiosas ou não, e pessoas não espiritualizadas, religiosas ou não. Pesquisas indicam uma associação relevante entre o desenvolvimento da

espiritualidade e melhor saúde mental. Se bem conduzida, a conduta terapêutica sob o viés espiritual pode proporcionar bem-estar subjetivo e psicológico, além de otimizar propostas preventivas ou terapêuticas e melhorar o prognóstico da depressão na idade adulta tardia. Estudos sobre práticas espirituais saudáveis e recursos de *coping* espiritual merecem ser ampliados no âmbito da prevenção e do tratamento da depressão em idade avançada. O desenvolvimento de autotranscendência, que se manifesta na população idosa em situações de profundo estresse e falta de sentido, é capaz de prevenir crises ou amenizar quadros já instalados de depressão. No entanto, há dificuldades no manejo clínico psiquiátrico da espiritualidade na prática psiquiátrica e psicológica dos pacientes, área ainda permeada por mitos e preconceitos.

Palavras-Chave: Depressão. Espiritualidade. Terceira Idade. Sentido existencial. *Coping*.

ABSTRAT

This study is about the manifestation and repercussions of spirituality in elderly depressive patients, a relevant topic in public health. In the last decades, it is observed a change in the sociodemographic pattern with the progressive increase of the elderly population, which presents a high prevalence of depression and high level of spiritualization. Depressive symptoms which result from existential issues can manifest when there is an internal difficulty in perceiving possibilities of meaning in the perceptive field of individuals. Spirituality can be understood as a search for the meaning of life and its relationship with the transcendent — sacred or not — or it can refer to human manifestations that seek to overcome themselves, or obstacles, in which there is not necessarily a connection with religious aspects. This study suggests four possible categories: spiritualized people, religious or not; and non-spiritual people, religious or not. So, the clinical focus is on the spiritual dimension. This research aims to understand the possible positive and/or negative mechanisms for the development of spirituality in depressive therapy in the elderly. An analytical, descriptive and qualitative method was used, based on bibliographic publications and in electronic means of the last 20 years. To achieve its objective, the dissertation, built in the area of Sciences of Religion, subarea "Science of Applied Religion" and in the research line "Religious Pluralism, Dialogue and Language", was structured in a three-part discussion, considering two main axes of analysis of the person as an integral being: Spirituality and Mental Health. The first chapter discusses the demographic perspective of the elderly and the epidemiological notion of depressive disorder in this population, that when developing health aspects involved in aging, prevalence of depression in the elderly population, as well as depressive symptoms, possible causes, and its particularities. Already, the second and third chapters aim to answer the problem; the second chapter makes conceptual comments to demonstrate the relationship between spirituality and mental health; and the third chapter by highlighting the positive and negative effects of spirituality on mental health, with an emphasis on depression in old age. It's observed that positive or negative spiritual coping mechanisms can explain how spirituality impacts on mental health. The purpose of the study was to carry out an analysis of the health of the elderly from the clinical focus of the spirituality genre, which may or may not be broken down into species such as religions or religiosity. Therefore, the proposal of four possible classifications was emphasized: spiritualized people, religious or not, and non-spiritual people, religious

or not. Research indicate a relevant association between the development of spirituality and better mental health. When properly conducted, the therapeutic approach through a spiritual perspective can result in subjective and psychological well-being, and optimize prevention and therapeutic methods. It could also improve the prognosis of depression in adulthood. Studies on healthy spiritual practices and spiritual coping resources are important in the context of prevention and treatment of depression in old age. The development of self-transcendence in the elderly population in situations of deep stress and lack of meaning is capable of preventing crises or alleviating symptoms of depression. However, there are difficulties in the clinical psychiatric management of spirituality in the psychiatric and psychological practice of patients, due to myths and prejudices.

Keywords: Depression. Spirituality. Elderly. Existential sense. Coping.

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 – Modelo de BEP.....	49
Esquema 2 – Classificação da espiritualidade.....	102
Esquema 3 – Classificação quanto a espiritualidade e a religiosidade.....	111
Esquema 4 – Importância da espiritualidade na prática clínica.....	118
Esquema 5 – Recomendações da APA para psicoterapeutas.....	120
Esquema 6 – <i>Coping</i> Espiritual Positivo.....	121
Esquema 7 – <i>Coping</i> Espiritual Negativo.....	122
Esquema 8 – Benefícios clínico psiquiátricos da espiritualidade.....	129
Esquema 9 – Espiritualidade e Prática Clínica da Psiquiatria proposta pela WPA.....	144
Esquema 10 – Abordagem profissional da espiritualidade segundo Fallot.....	146
Esquema 11 – Fases da Logoterapia.....	149
Esquema 12 – Modelos de Inconsciente.....	153
Esquema 13 – Dificuldades médico-psicológicas na abordagem da espiritualidade.....	176

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dimensões da saúde (Modelo Biopsicossocial Estendido)	42
Figura 2 – Modelo de envelhecimento bem-sucedido modificado.....	46
Figura 3 – Classificação da religiosidade.....	87
Figura 4 – Representação esquemática da Espiritualidade.....	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Evolução do número de idosos no mundo, por grupos etários: 1950 a 2020.....	36
Gráfico 2 – Perfil demográfico populacional brasileiro em 2018 e projeção em 2060.....	38
Gráfico 3 – Percentual de religiosos ou não religiosos no Brasil.....	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais fatores estudados para explicar efeitos positivos da Espiritualidade na depressão.....	158
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMC.....	<i>Associtation of American Medical Colleges</i>
ABP.....	Associação Brasileira de Psiquiatria
APA.....	Associação Psiquiátrica Americana
AVDS.....	Atividades de Vida Diária
AIVDS.....	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BDNF.....	<i>Brain-Derived Neurotrophic Fator</i>
BEP.....	Bem-Estar Psicológico
BES.....	Bem-Estar Subjetivo
BMMRS	<i>Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality</i>
CAPS.....	Centro de Atenção Psicossocial
CEN.....	<i>Coping</i> Espiritual Negativo
CEP.....	<i>Coping</i> Espiritual Positivo
CERSAM.....	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM - Teresópolis.....	Centro de Referência em Saúde Mental Teresópolis
CR.....	<i>Coping</i> Religioso
CRE.....	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual
CRE-Breve.....	Escala de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Abreviada
CREP.....	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual Positivo
CREN.....	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual Negativo
CRN.....	<i>Coping</i> Religioso Negativo
CRP.....	<i>Coping</i> Religioso Positivo
CRN.....	<i>Coping</i> Religioso Negativo
CSDD.....	Escala de Cornell para a Depressão na Demência
CS-Regina.....	Centro de Saúde – Regina
DDT.....	dicloro-difenil-tricloroetano
DGS.....	Direção Geral de Saúde
Dr.....	Doutor
DSES.....	<i>Daily Spiritual Experience Scale</i>
DSM-II.....	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-II</i>
DSM-III.....	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III</i>
DSM-IV.....	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV</i>

DSM-V.....	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V</i>
EBE.....	Escala de Bem-estar Espiritual
ELSI-Brasil.....	Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros
ENR.....	Indivíduos espirituais, mas não religiosos
EUA.....	Estados Unidos da América
GDS.....	Escala de Depressão Geriátrica
GERSAT.....	Gerência de Saúde no Trabalho
HAM-D.....	Escala de Depressão de Hamilton
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL-6.....	Interleucina-6
LTh.....	Linfócito T <i>helper</i>
LTc.....	Linfócito T citotóxico
JAMA.....	<i>Journal of the American Medical Association</i>
MBE.....	Modelo Biopsicossocial Estendido
MCTIC.....	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
MS.....	Ministério da Saúde
NK.....	<i>Cells Natural Killer</i>
NLM.....	<i>National Library of Medicine</i>
NUPES.....	Núcleo de Pesquisa em Saúde e Espiritualidade
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
OPAS.....	Organização Panamericana de Saúde
ONU.....	Organização das Nações Unidas
PCR.....	Proteína C Reativa
PICS.....	Práticas Integrativas e Complementares do SUS
PNAD.....	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI.....	Política Nacional do Idoso
PNPIC.....	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PNS.....	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSI.....	Política Nacional de Saúde do Idoso
Prof.....	Professor
QV.....	Qualidade de Vida
R/E.....	Religiosidade/Espiritualidade
RE.....	Religiosidade extrínseca
RCOPE.....	<i>Religious Coping Scale</i>

RI.....	Religiosidade Intrínseca
RIPSA.....	Rede Interagencial de Informações para Saúde
RO.....	Religiosidade Organizacional
RNO.....	Religiosidade Não Organizacional
SBGG.....	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SCIELO.....	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SIM.....	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SRPB.....	<i>Religiousness and Personal Beliefs</i>
SSRS.....	<i>Self-rating Scale for Spirituality</i>
SARS-Cov-2.....	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SBC.....	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCIELO.....	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SCQ.....	<i>Spiritual Coping Questionnaire</i>
SIM.....	Informações sobre Mortalidade
SUS.....	Sistema Único de Saúde
SWBS.....	Escala de Avaliação do Bem-estar Espiritual
TBH.....	Transtorno Bipolar do Humor
TJMG.....	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
TSRS-Br.....	<i>Treatment Spirituality/Religiosity Scale</i>
UBS Flamengo.....	Unidade Básica de Saúde Flamengo
UFMG.....	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO.....	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-100.....	<i>World Health Organization Quality of Life – 100</i>
WHOQOL-SRPB.....	<i>World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs</i>
WPA.....	<i>World Psychiatric Association</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO NA TERCEIRA IDADE	28
1.1 Definição de terceira idade	30
1.2 Aspectos demográficos da terceira idade	35
1.3 Aspectos de saúde envolvidos no envelhecimento populacional.....	39
1.3.1 Bem-estar físico e emocional no envelhecimento	44
1.3.2 Particularidades da saúde física na terceira idade.....	54
1.3.3 Singularidades da saúde mental envolvidas no envelhecimento populacional.....	55
1.4 Panorama mundial do transtorno depressivo.....	60
1.4.1 Transtorno depressivo e longevidade	62
1.4.2 Terceira idade, depressão e saúde social	67
1.4.3 Prevalência da depressão na população idosa.	70
1.4.4 Principais sintomas depressivos encontrados na população idosa e suas principais causas	71
1.4.5 Depressão na terceira idade e possíveis fatores de risco	77
2 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL	79
2.1 Religiosidade, religião e espiritualidade: aspectos históricos e conceituais	82
2.1.1 Religiosidade, uma das expressões da espiritualidade	86
2.1.2 Religião e suas múltiplas faces	88
2.1.3 Espiritualidade, uma realidade humana	98
2.2 Relevância clínica e social da Espiritualidade	115
2.2.1 Coping Espiritual (CE).....	120
2.2.2 Coping Religioso (CR).....	125
2.2.3 Coping Religioso/espiritual (CRE)	126
2.3 Dificuldades na abordagem da Espiritualidade na saúde mental.....	128
3 ESPIRITUALIDADE: EFEITOS NA SAÚDE MENTAL	133
3.1 Espiritualidade religiosa e seus efeitos na saúde mental.....	136
3.2 Transtornos da mente e espiritualidade	138
3.3 Perspectiva clínica psiquiátrica da espiritualidade do paciente depressivo.....	141
3.4 Busca de sentido: panorama da espiritualidade de Viktor Frankl.....	147
3.4.1 Sentido existencial e longevidade	154
3.5 Nexo entre Espiritualidade e Depressão	156
3.5.1 Efeitos positivos da espiritualidade no tratamento da pessoa idosa depressiva.....	167
3.6 Desafios na prática clínica e psicológica	174
3.7 Aplicabilidade social no viés das Ciências da Religião.....	179

CONCLUSÃO.....	183
REFERÊNCIAS	190
ANEXO A.....	232
ANEXO B.....	233
ANEXO C.....	234
ANEXO D.....	235
ANEXO E.....	236

INTRODUÇÃO

A espiritualidade como uma das fontes da humanidade e força interior de admissão ao absoluto advém desde nossa existência como indivíduos espirituais. Nesse sentido, o ser humano está em constante edificação, que se dá a partir da dialética do contato com os outros, na sua coexistência.

A contar de seus primórdios, a humanidade tem uma relação próxima com questões espirituais. Pinturas rupestres¹ de mais dez mil anos atrás já sugeriram isso. Sempre houve uma busca da humanidade por algo mais profundo, que transcendesse o corpo e apontasse para questionamentos milenares: “Como surgiu o universo? Existe vida após a morte? De onde viemos e para onde vamos?”.

Durante muito tempo, chegou-se a acreditar que manifestações espirituais e as religiões iriam desaparecer.² Mas isso não aconteceu, basta ver a quantidade de publicações sobre o assunto, incluindo livros na lista de mais vendidos nas livrarias.

Não obstante, durante as primeiras aulas de internato de clínica médica na primeira década do século XXI, vivenciei algo peculiar quando alguns docentes prescreviam a “não abordagem de aspectos da espiritualidade dos pacientes”, um campo considerado “íntimo”, “inalcançável” e que tal aplicação “antiética” poderia levar a possíveis prejuízos à saúde. Esta condução materializava-se verbalmente na seguinte prescrição: “Nunca perguntem aos seus pacientes sobre sua espiritualidade ou religiosidade, deixem que disso tratem as igrejas”.

Desde os primeiros meses de prática psiquiátrica, gerou-me estranhamento por

¹ Um estudo publicado na revista “*Nature*” confirmou que uma equipe de arqueólogos liderada pela Universidade Griffith (Austrália) descobriu uma pintura em caverna na ilha de Sulawesi na Indonésia com pelo menos 44 mil anos de idade e que retrata um grupo de figuras parcialmente humanas e parcialmente animais – teriantropos – caçando mamíferos com lanças ou cordas, o que joga uma nova luz sobre a origem da cognição humana moderna. Essa é a evidência mais antiga de representação de coisas que não existem no mundo material. Essa arte rupestre, é a evidência mais antiga de representação de coisas que não existem no mundo material. A representação figurativa de caçadores como teriantropos também pode ser a evidência mais antiga de nossa capacidade de imaginar a existência de seres sobrenaturais, uma pedra angular da experiência espiritual religiosa. Os teriantropos ocorrem no folclore ou na ficção narrativa de quase todas as sociedades modernas e são percebidos como deuses, espíritos ou seres ancestrais em muitas religiões em todo o mundo.

² A partir da década de 1960 tem-se desenvolvido diversos estudos acerca da interferência da Religiosidade ou espiritualidade na saúde física e mental. O rompimento entre a ciência e a religião no processo de Secularização, impossibilitou a análise metodológica de avaliação de possível impacto destes aspectos na saúde do homem nas décadas anteriores. Não haviam estudos científicos baseados em evidências com forte tendência em valorizar-se a opinião clínica dos estudiosos e terapeutas de referência no assunto da época. O foco dos estudos era a “doença”, e não a saúde. Como consequência, durante a maior parte do século XX, o campo dos cuidados à saúde mental subestimou e frequentemente desqualificou as crenças e práticas religiosas dos pacientes. Tais posturas estão refletidas em textos fortemente antirreligiosos escritos ainda nas décadas de 1980 e 1990 (Ellis, 1988; Watters, 1992).

evidenciar casos de pacientes com conflitos associados ao sentido existencial, e por vezes deparei com o abalo da fé, revolta contra o sagrado e desconexão espiritual como “gatilhos” para depressões e ansiedades. Como algo tão intrínseco à condição humana poderia ser negligenciado na assistência à saúde? Outra questão, não menos importante, refere-se à falta de precisa distinção acadêmica de termos como religiosidade, espiritualidade e religião, muitas vezes considerados sinônimos.

Com o passar dos anos, a partir da vivência profissional na prática³ clínica e psiquiátrica, observo o despreparo dos profissionais da área de saúde em abordar os aspectos da espiritualidade na saúde dos pacientes, desde a coleta da história espiritual às condutas profissionais propostas. A partir das observações explicitadas, buscar-se-á tecer comentários e analisar com outro olhar, sob o império das normas científicas, já que apurar esse quadro é essencial, ante a necessidade de encontrar respostas plausíveis, capazes de delinear a dinâmica e a tendência espiritual com seus efeitos na saúde da população idosa.

A reflexão sobre o processo de envelhecimento costuma ser dificultosa e assumi-lo como uma realidade presente no ciclo humano, próxima à finitude da vida, é algo ainda mais difícil, por isso, a tendência é projetá-lo no outro. Esse processo requer aceitação de questões inerentes à longevidade e planejamento existencial de como pretendemos vivenciá-lo. Assim, preparar uma velhice serena, saudável e equilibrada, em todos os ângulos, deve ser uma preocupação dos indivíduos e da sociedade.

Constantemente, o homem idealiza um processo de envelhecimento saudável, satisfatório, com saúde e relativa estabilidade. Entretanto, tem-se observado frequentemente um número cada vez maior de pessoas na terceira idade acumulando pesada bagagem de anos pretéritos, somados a situações e pressões cotidianas sistematicamente limitantes e incapacitantes.

Neste cenário, com o avançar da idade, as pessoas idosas buscam estratégias para o enfrentamento do processo saúde-doença, visando à melhoria da qualidade de vida e bem-estar. Tais estratégias são definidas como resiliência, que está relacionada à capacidade de recuperação e adaptação saudável diante de danos, de adversidades⁴ e de estressores. Nesse seguimento,

³Prática referente a atendimentos ambulatoriais em consultório particular e Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Regina no Barreiro em Belo Horizonte/MG e UBS Flamengo em Contagem/MG), em atendimentos de urgência em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III – Sede) em Contagem/MG, em Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM Teresópolis) em Betim/MG, ou em atendimentos e perícias médicas realizados na Gerência de Saúde no Trabalho no TJMG (GERSAT/TJMG), em Belo Horizonte/MG.

⁴Muitos pacientes ao procurarem médicos por conta das mais diversas doenças, tendem a buscar explicações mais profundas sobre a existência destas que nem sempre a medicina pode ou consegue responder. Muitas vezes, algum

uma das ferramentas de suporte emocional utilizada pela pessoa idosa longeva é a espiritualidade, que reflete de forma significativa em sua saúde física e mental, sendo considerada como uma dimensão sociocultural, que faz parte da rede de significados que o homem cria para dar sentido à vida e à morte, exercendo influência significativa no cuidado da pessoa, que vem sendo construído através dos tempos (CORTEZ; TEIXEIRA, 2010, p. 116; ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013, p. 434).

Nas últimas décadas tem sido promovidos constantes debates dos sistemas de saúde, como os propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sobre as transições demográfico-epidemiológicas e os aspectos de saúde, com suas particularidades na terceira idade. A Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em Genebra em 2020, inclusive anuncia a década de 2021 a 2030 como “Década do envelhecimento saudável”, deixando claro que o interesse pelo assunto passa por questões sociais, geográficas, históricas, filosóficas, sociológicas, antropológicas, políticas, econômicas e, claro, médico-psiquiátricas e psicológicas.

Nesse sentido, é notável que, nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem focado sua atenção para o evidente aumento da prevalência de doenças crônicas, incluindo a depressão e os processos demenciais⁵, motivo de preocupação de autoridades de saúde em todo o mundo.

A questão é compreender quais são os efeitos diretos e/ou indiretos da dimensão espiritual na saúde mental dos idosos e como ela interfere na terapêutica da depressão nesta população. Para isso, pretende-se avaliar os possíveis impactos da espiritualidade nos tratamentos dos diversos transtornos mentais, conforme a constatação de trabalhos nesta temática. Diante deste quadro, este trabalho visa, a partir do olhar profissional como médico especialista em saúde mental, responder aos seguintes questionamentos:

- Como manifesta o transtorno depressivo na terceira idade e qual a relação dele, direta ou indiretamente, com os aspectos da espiritualidade?

aspecto espiritual completa e suaviza esse anseio interior (LUKOF *et al.*, 1995; MUELLER, 2001).

⁵ A demência é um quadro neurológico que leva ao declínio da capacidade cognitiva e do juízo crítico da realidade, associado à perda da capacidade de executar tarefas cotidianas, com sérios prejuízos na vida social. É um termo geral para várias doenças neurodegenerativas que afetam principalmente pessoas na terceira idade. Portanto, trata-se de uma síndrome, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. A síndrome não se acompanha de obnubilação da consciência e ocorre na Doença de *Alzheimer*, em doenças cerebrovasculares e em outras afecções que atingem primária ou secundariamente o cérebro.

- A espiritualidade interfere, positiva ou negativamente, na prevenção e no tratamento da depressão em pacientes da terceira idade?
- Existiriam mecanismos propostos para explicar como a espiritualidade impacta na terapêutica da depressão na pessoa idosa?

Partindo do que é observado na literatura sobre o tema, ao levar em consideração que há impacto favorável e/ou desfavorável da espiritualidade humana na saúde mental, a hipótese levantada por esta pesquisa é que: haveria interferência positiva ou negativa da prática da espiritualidade no tratamento do transtorno depressivo em amostra de idosos, tendo em vista estudos que confirmam manifestação atípica da depressão nesta faixa etária e da maior espiritualização nesta população. Destarte, o desenvolvimento desse componente intrínseco do ser, poderia ser um propiciador de encontro com a responsabilidade e a capacidade de transcendência.

Assim, a presente pesquisa propõe entender os possíveis mecanismos (positivos e/ou negativos) do desenvolvimento da dimensão espiritual na prevenção e no tratamento da depressão na terceira idade. Visa, então, compreender o sofrimento mental na terceira idade proporcionado por nossa conjuntura social e como a espiritualidade poderia ser propiciadora de saúde. Para a consecução dessa pesquisa, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Averiguar com base na coleta de dados científicos, em estudos confiáveis e bem conduzidos, qual o possível impacto da espiritualidade no transtorno depressivo.
- Confirmar se há relação direta ou indireta entre a espiritualidade, o bem-estar, a saúde mental e a qualidade de vida dos idosos depressivos.
- Investigar a relação entre o sofrimento psíquico⁶ e dimensão espiritual da pessoa idosa no mundo contemporâneo diante da crise de sentido.

⁶ O psiquismo é a dimensão interior, uma profundidade exterior ao mundo, já que este é o que está fora de nós; e quando falamos no que está fora de nós falamos de mundo ou realidade (TITTANEGRO, 2007, p. 168). A dimensão psíquica do ser humano encontra-se entre o corpo e o espírito. É, portanto, estruturalmente mediadora. Na psicologia, psiquismo é o conjunto de características psicológicas de um indivíduo. Na ótica filosófica supõe ser a alma formada por um fluido especial que anima todos os seres vivos.

- Constatar se há relação entre depressão na terceira idade, sentido existencial e espiritualidade.
- Analisar como a espiritualidade pode contribuir para a retomada da noção de responsabilidade e da capacidade de transcendência.

A aplicabilidade prática de aspectos da espiritualidade na condução de tratamentos médicos e psicológicos tem sido questionada, porquanto pergunta-se se a sua abordagem poderia causar prejuízos à saúde dos pacientes, um questionamento central que guardei por anos desde os primeiros dias de prática clínico-psiquiátrica.

Nota-se que o tema proposto é de extrema importância na atualidade, já que a depressão apresenta considerável prevalência na população idosa brasileira, com tendência a aumentar, segundo dados do IBGE, seguindo tendência mundial.

O trabalho consiste em estudo analítico, descritivo, qualitativo, a ser realizado por meio de pesquisa bibliográfica de caráter narrativo, com utilização de documentos dos últimos 20 anos e literatura pertinente em período anterior como: livros, revistas, jornais, artigos científicos, dissertações, teses, periódicos, resenhas; e vias eletrônicas. A pesquisa foi realizada entre os anos de 2019 e 2021, para isso foram utilizadas publicações pertinentes disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e em meio eletrônico no site *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Pubmed*⁷, *Scopus*, *Web of Science*, *PsycINFO*⁸ e *The Cochrane Collaboration*.

A proposta é selecionar documentos físicos e eletrônicos, sendo estes últimos principalmente na forma de artigos, dissertações e teses, relacionados direta e indiretamente com a questão dos efeitos da espiritualidade na terapêutica da depressão na terceira idade, além de demonstrar a evolução dos estudos que relacionam a espiritualidade e a saúde mental.

Nesta perspectiva de diálogo, dentre tantos autores serão fontes de pesquisa as obras de: Victor Frankl, Paulo Paulo Dalgalarondo, Alexander Moreira-Almeida, Christina M. Puchalski, Francisco Lotufo Neto, Harold George Koenig, Karl Jaspers, Thiago Avelar Aquino, João Décio Passos, Marià Corbí, Comte-Sponville, dentre outros.

⁷ *PubMed* é um serviço da *U.S. National Library of Medicine* (NLM). Inclui mais de 21 milhões de citações de artigos de periódicos. O maior componente é a base de dados MEDLINE, que indexa mais de 5.000 revistas publicadas nos EUA e mais de 80 outros países.

⁸ *PsycINFO* é a mais importante base de dados na área de Psicologia. Desenvolvida e mantida pela *American Psychological Association*, reúne, organiza e divulga literatura relevante publicada internacionalmente na área de Psicologia e disciplinas correlatas.

Para alcançar seu objetivo, a dissertação, edificada na área “Teologia e Ciências da Religião”, subárea “Ciência da Religião Aplicada” e na linha de pesquisa “Pluralismo Religioso, Diálogo e Linguagem”, estruturou-se nesta introdução, em três capítulos, na conclusão e nas referências. Foram considerados dois aspectos teóricos distintos, que funcionarão como alicerces de uma proposta analítica da pessoa enquanto ser integral sob perspectiva da saúde. Esses eixos são a Espiritualidade e a Saúde Mental.

Assim, no conceitual e introdutório primeiro capítulo, trataremos da perspectiva demográfica da terceira idade e noção epidemiológica do transtorno depressivo nesta população, ao desenvolver aspectos de saúde envolvidos no envelhecimento, prevalência da depressão na população idosa, bem como sintomas depressivos, possíveis causas, e suas particularidades. Neste capítulo é demonstrada mudança do perfil demográfico brasileiro com o aumento da expectativa de vida, além da caracterização da manifestação atípica da depressão na terceira idade.

O segundo e terceiro capítulos visam responder ao problema; o segundo capítulo tecendo comentários conceituais ao demonstrar a relação entre a espiritualidade e a saúde mental; e o terceiro capítulo ao evidenciar os efeitos da espiritualidade na saúde mental, com ênfase na depressão na terceira idade.

Assim, no segundo capítulo, desenvolver-se-ão conceitos básicos como: Religiosidade, Religião, Espiritualidade e significância clínica e social do tema, com descrições dos mecanismos de *coping* espiritual, *coping* religioso e *coping* religioso/espiritual, além de tratar das dificuldades na abordagem da espiritualidade na saúde mental da população idosa.

O terceiro capítulo destaca os efeitos favoráveis da espiritualidade na saúde mental, ao demonstrar a perspectiva clínica psiquiátrica no tratamento da depressão na terceira idade. É notável a perspectiva preventiva e terapêutica. Abordar-se-á o pensamento de Victor Frankl e suas contribuições na terapêutica da depressão. Por fim, trataremos sobre desafios na área médica e a aplicabilidade social do estudo na perspectiva das Ciências da Religião.

A organização do trabalho tenderá a seguir os propósitos supracitados, configurando-se em unidades específicas para cada objeto de análise. O tema trata dos preconceitos e das falsas crenças ligadas ao envelhecer, o que torna um desafio abordá-lo. Assim, pretende-se ampliar as fontes científicas que retratam a realidade do idoso depressivo, expor novos conhecimentos e

incentivar novas reflexões no campo da psiquiatria⁹, da psicologia¹⁰, da psicanálise¹¹ e das ciências da religião.

Esclarecido o percurso que justificou eleger a conjunção entre aspectos espirituais e a saúde mental como núcleo principal, o presente estudo abordará aspectos incógnitos dos transtornos depressivos, ao permear a complexa dimensão espiritual da humanidade e os seus efeitos na saúde mental da pessoa idosa depressiva, sejam eles negativos ou positivos (preventivos ou terapêuticos).

Nesse seguimento, para as ciências da religião, pesquisar o impacto da espiritualidade na saúde mental dos idosos é considerável e essencial, por ampliar o campo analítico do mencionado tema nos âmbitos social, antropológico, histórico, político, econômico, geográfico, psicológico, filosófico e especialmente teológico, o que levaria à correlação com o sentido da vida de Viktor Frankl, realidade ontológica, e não uma criação cultural.

A nova prática clínica focada nos aspectos da espiritualidade no tratamento dos transtornos mentais é fenômeno recente, crescente. Essa discussão é crucial para melhor compreensão da esfera espiritual e religiosa brasileira e suas dinâmicas atuais, além de proporcionar a possibilidade de saúde integral aos pacientes de saúde mental.

Torna-se mister levar esta discussão para os campos de atuação psicológico e psiquiátrico, com foco analítico das Ciências da Religião, por parecer um tema promissor no tratamento psicoterápico em pacientes de saúde mental, ao proporcionar percepção de como os pacientes vivenciam sua espiritualidade e como estes aspectos podem interferir no próprio tratamento.

As pesquisas científicas sobre o assunto são numerosas e ascendentes. De fato, uma pesquisa *online* na *PsycINFO* usando as palavras-chave “*spirituality*”, “*religion*”, “*religiosity*”, “*religious beliefs*”, revela algumas tendências interessantes. Entre os anos 1971 a 1975, foram

⁹ A Psiquiatria é uma das especialidades da Medicina, responsável pelo diagnóstico e tratamento dos chamados Transtornos Mentais e de Comportamento, atuando com a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos diferentes modos de manifestações do Transtornos da mente.

¹⁰ A Psicologia é a ciência dos fenômenos psíquicos e do comportamento. Entende-se por comportamento uma estrutura vivencial interna que se manifesta na conduta. A teoria psicológica tem caráter interdisciplinar por sua íntima conexão com as ciências biológicas e sociais e por recorrer, cada vez mais, a metodologias estatísticas, matemáticas e informáticas. Não existe, contudo, uma só teoria psicológica, mas sim uma multiplicidade de enfoques, correntes, escolas, paradigmas e metodologias concorrentes, muitas das quais apresentam profundas divergências entre si (SIMÃO, 2010, p. 508-509).

¹¹ A Psicanálise é um campo clínico e de investigação teórica da psique humana independente da Psicologia, com origem na Medicina, desenvolvido por Sigmund Freud, médico que se formou em 1881 e trabalhou no Hospital Geral de Viena. Este método terapêutico, empregado em casos de neurose e psicose, consiste fundamentalmente na interpretação, por um psicanalista, dos conteúdos inconscientes de palavras, ações e produções imaginárias de um indivíduo, com base nas associações livres e na transferência.

identificados 1.113 artigos, mas, ao repetir a pesquisa restringindo-a aos anos entre 2001 e 2005, obteve-se 6.437 artigos, havendo um aumento de mais de 450% em 30 anos.

Ao fazer a mesma pesquisa *online* na rede *Pubmed* usando as mesmas palavras-chave, observa-se que entre os anos de 1985 a 1990, obteve-se 4854 artigos, mas após 30 anos, entre 2015 e 2020, foram identificados 20.081 artigos, representando um aumento de quase 313%. Diante do exposto, a mesma tendência ocorre se pesquisarmos o termo “*spirituality*” no site de pesquisa *Scielo*. A cada ano o número de artigos sobre a dimensão espiritual aumenta, endossando a tendência ascendente de publicações sobre o tema.

Ressalte-se que a valorização da OMS acerca do papel da espiritualidade na saúde humana confirma a tendência de análise holística, biopsicossocial e espiritual do ser, considerando os aspectos de saúde, e não um enfoque apenas em doenças. Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) criou uma diretriz inédita em 2019, ao recomendar que a espiritualidade seja abordada no atendimento aos pacientes (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

Escrever sobre espiritualidade é uma iniciativa difícil, pelas várias facetas que o tema possui, pelo fascínio que desperta e, muitas vezes, pela inquietação que provoca, uma vez que nenhum ser humano passa incólume pela experiência espiritual. Vivenciada nas mais diversas formas, inspira medo¹², ansiedade¹³, admiração, entusiasmo, opressão, terror, conforto ou paz.

Envolvido pela dimensão espiritual e vivendo em uma sociedade norteada pela prescrição da ciência guiada pelo pensamento racional e lógico, frequentemente, o ser humano se encontra em uma dicotomia entre o material e o espiritual, o que provoca as mais diferentes reações, em percursos como as experiências da arte, da linguagem, da filosofia, do racionalismo do naturalismo e da religião, desde o ateísmo e o agnosticismo até a religiosidade extrema e o fanatismo irracional.

1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO NA TERCEIRA IDADE

O conhecimento da epidemiologia dos transtornos de humor¹⁴ complementa a investigação clínica, conferindo ao quadro clínico amplitude e dimensão temporal. Tal

¹² O medo diferencia-se da ansiedade e da angústia, por referir-se a um objeto mais ou menos preciso, pois o medo é quase sempre, medo de algo (DALGALARRONDO, 2008, p. 19).

¹³ A ansiedade é um estado de humor desconfortável; uma apreensão negativa com relação ao futuro e uma inquietação interna desagradável, no qual se acresce manifestações somáticas e fisiológicas (DALGALARRONDO, 2008, p. 19).

¹⁴ O transtorno de humor, a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) constitui-se do agrupamento daquilo que é chamado de transtornos depressivos, transtornos afetivos ou neuroses

informação é essencial para a adequada compreensão da história natural da depressão, seja em eventos agudos, crônicos, ou em eventos leves, moderados ou graves.

Essa noção propicia a avaliação das consequências diretas e indiretas do transtorno depressivo na idade avançada, a mensuração de prejuízos no funcionamento individual, familiar e social, bem como a análise do acesso à assistência médica e o uso de serviços de saúde. Cabe ressaltar que a manifestação do quadro depressivo apresenta singularidades inerentes nesta faixa etária populacional, destacando os estigmas e preconceitos vivenciados por esta minoria.

O surgimento da classificação em faixas etárias está relacionado ao processo de organização da sociedade que teve início durante a época moderna. De acordo com Hareven (1995), até o início do século XIX fatores demográficos, sociais e culturais mesclavam-se, de modo que nas sociedades pré-industriais não existissem separações por idade. Posteriormente, ainda no século XIX surgiram diferenciações entre as faixas etárias, funções, hábitos e espaços relacionados a cada grupo. A partir daí surgiram muitos estudos sobre o processo do envelhecer humano, sob a ótica mecanicista biológica, alinhada ao modelo biomédico.

Na época atual, o envelhecimento, processo dinâmico, progressivo e multidimensional, é considerado um resultado da interação de processos biológicos, psicoemocionais e socioculturais. Esse processo tem sido estudado sistematicamente, já que o meio e as condições em que se vive influenciam nesse transcurso e na forma como se chega à velhice. Paiva (1986, p.15) considera que o processo do envelhecimento humano é o período do Ciclo Vital¹⁵, que só recentemente, aproximadamente cinco décadas, mereceu estudos sistemáticos.

As primeiras investigações relacionavam-se basicamente às modificações fisiológicas e perdas de sistemas vitais do organismo, que ocorriam à medida que o indivíduo envelhecia e atingia os anos da senescência¹⁶. É de se notar que culturalmente considera-se o estado de pessoa idosa como sinônimo de adoecimento físico e/ou transtorno mental.

Importa entendermos quais as características do processo do envelhecer que definem a terceira idade e quais são os mecanismos de relação direta e indireta entre envelhecimento e

depressivas. Estes Transtornos dividem-se em: Os transtornos severos podem ou não ser acompanhados de delírios, de alucinações e de alterações da consciência do eu. Além dessa característica semiológica, os Transtornos do Humor têm uma característica evolutiva importante: evoluem por fases, em cujos intervalos o paciente recupera toda a integridade psíquica anterior ao seu adoecimento.

¹⁵ O ciclo vital é o conjunto das fases da vida no qual é suposto realizar-se uma série de transições e de superar uma série de provas e de crises. O ciclo vital, no entanto, tem um início, passando por algumas fases, até chegar ao seu final. Às vezes, o fim ocorre durante a própria gestação, mediante aborto, ou pode ser em qualquer outra fase da vida, mas em geral a sociedade espera que a morte ocorra somente com a idade avançada, já na velhice (PERES-GONÇALVES, 2016, p.81).

¹⁶ Senescência se refere a velhice propriamente dita, em que há um lento e gradual declínio físico e mental, no início moderado (PAIVA, 1986, p.21).

depressão. A discussão certamente não se encerra aqui e é essencial para a análise e interpretação de resultados da presente dissertação.

Desde 2012, durante meu percurso na prática clínica e psiquiátrica constatei particularidades da depressão na população idosa, grupo de maior vulnerabilidade social, que muitas vezes vivenciam extrinsecamente os diversos preconceitos e as falsas crenças ligados à longevidade; a exclusão social na forma de julgamentos e falta de consideração por parte da rede de apoio social; as rupturas em suas vidas representadas pelo momento da aposentadoria, da viuvez, da institucionalização em casas de repouso ou asilos; a incompreensão familiar; os estigmas marcados pelo tempo, associados a manifestações de fatores intrínsecos, como a instabilidade emocional e fragilidade física, o que pode gerar prejuízos funcionais, tendência a isolamento social e falta de sentido existencial.

Somados aos fatores aqui citados muitas pessoas idosas vivem a ansiedade e/ou temor da proximidade da finitude da vida, sentimentos capazes de causar ou potencializar estados hipotímicos¹⁷. É fundamental adentrar nos aspectos sociodemográfico e epidemiológico da população idosa para avançarmos nesta argumentação, buscando compreender como se classifica a terceira idade e o que essa população representa em nossa sociedade. Assim, teremos a base para avançarmos na discussão sobre saúde e longevidade.

1.1 Definição de terceira idade

A definição de população idosa tem sofrido variações de acordo com o contexto histórico-cultural da população, perspectivas que levam a discussões conceituais diante das mudanças do perfil demográfico populacional. Sob o ponto de vista biológico, o envelhecimento humano está associado ao declínio, mais ou menos rápido, das funções fisiológicas, histológicas, bioquímicas ou genéticas, ainda que essa debilidade varie de função para função e em cada pessoa.

Não existe uma causa única para o envelhecimento. Este processo é resultante de um complexo sistema de causas intrínsecas (ao sujeito) e extrínsecas (relativas ao meio ambiente a que pertence). Além disso, o envelhecimento humano acarreta consequências no comportamento do indivíduo enquanto ator social. Ele ocorre em três níveis: o biológico, o psicológico e social.

¹⁷ Hipotímia corresponde ao humor ou estado depressivo, emoção negativa. Diminuição anormal do tono emocional (DALGALARRONDO, 2008).

O dicionário de língua portuguesa Houaiss (2004) conceitua a velhice como o período da vida humana que se segue à maturidade. Enquanto o dicionário novo Aurélio (1999, p. 2.054) define velhice como estado ou condição de velho; idade avançada; antiguidade, vetustez; as pessoas velhas; rabugice ou disparate próprio de velho, definição reducionista que resume essa etapa da vida humana como uma fase de decadência e da ausência de papéis sociais.

Diferentemente desta visão, em 2018, aos 70 anos de idade, Leonardo Boff escreveu um texto intitulado “Oficialmente velho”, no qual afirma:

“A velhice é a última etapa do crescimento humano. Nós nascemos inteiros. Mas nunca estamos prontos. Temos que completar nosso nascimento ao construir a existência, ao abrir caminhos, ao superar dificuldades e ao moldar o nosso destino. Estamos sempre em gênese. Começamos a nascer, vamos nascendo em prestações ao longo da vida até acabar de nascer. Então entramos no silêncio. E morreremos. A velhice é a última chance que a vida nos oferece para acabar de crescer, madurar e finalmente terminar de nascer.” (BOFF, 2018).

Depreende-se, aqui, uma ideia de construção, evolução e experiência - associados à contribuição social - rumo à finitude da vida. Nesta última etapa do crescimento humano, não se pode esquecer dos complexos processos psicológicos envolvidos neste transcurso. Então, quando se aborda a dimensão sociológica do envelhecimento dois elementos devem ser observados, porque condizem com uma realidade vivenciada pelo idoso, por variáveis independentes do próprio processo: a solidão e o isolamento social. A solidão como um estado emocional marcado pela carência de relacionamentos afetivos importantes e calorosos, e o isolamento pela falta de contatos com pessoas diferentes, decorrente da ausência de atividades sociais.

É de se notar que o isolamento prolongado aumenta a possibilidade de que se sinta solidão, um dos sintomas depressivos. Não se trata de dizer que o envelhecimento é diretamente proporcional à depressão, mas o processo em si pode levar a sintomas de gênese intrínseca ou extrínseca que podem gerar ou potencializar quadros depressivos.

Constata-se que o limite de idade entre um adulto e idoso tem sido foco de discussões há anos em todo mundo. Nessa perspectiva, para muitos autores, o envelhecimento refere-se ao estágio do ciclo vital que corresponde a um período de perdas de funções orgânicas, que levam a doenças mais suscetíveis em indivíduos com idade mais avançada. Cabe reforçar algumas diferenciações em torno dos referidos conceitos, visto que o envelhecimento é percebido como processo, enquanto a velhice é uma fase da vida, e que a pessoa idosa é o sujeito social que vivencia esse ciclo.

O processo de envelhecimento é, costumeiramente, visto como uma mudança constante e dinâmica, acarretando transformações psicológicas, funcionais, morfológicas e bioquímicas, ressaltando as perdas e culminando com a morte. As teorias gerontológicas explicativas do envelhecimento se juntam em três grupos, conforme a Direção Geral de Saúde (DGS) apresenta:

As **teorias biológicas**¹⁸ [genéticas, celulares, sistêmicas, teorias dos eventos vitais biológicos e outras teorias como a do desgaste]; **teorias psicológicas** [teorias do desenvolvimento, nomeadamente a de Erikson, teoria do enfoque do ciclo vital, teoria da atividade, teoria da continuidade]; e **teorias sociais** [teoria da desvinculação, da subcultura, da modernização, entre outras] (DGS, 2006, p. 5, grifos do autor).

Sob análise biológica, como afirmam Papaléo-Netto *et al.* (2006), muitos estudos científicos relacionam o envelhecimento individual¹⁹ com a síntese proteica. Assim, “num processo natural, o organismo perde muitas de suas funções, e apresenta alterações como cabelos grisalhos, pele flácida [devido à diminuição de proteína elastina] e perda de massa muscular [com conseqüente aumento do teor dos níveis de gorduras no corpo]”. Harold I. Kaplan *et al.* explicam o processo de senescência:

Envelhecimento significa, de modo geral, o envelhecimento das células. Na teoria mais comumente sustentada, cada célula tem um tempo de vida determinado geneticamente, durante o qual ela pode se replicar por um número limitado de vezes antes de morrer. Com a idade, ocorrem mudanças estruturais nas células. No **sistema nervoso central**, ocorrem alterações celulares nos neurônios relacionadas à idade, os quais mostram sinais de degeneração. Na senilidade²⁰, os sinais de degeneração são mais graves. [...] Também são encontradas **alterações estruturais e mutações no ácido desoxirribonucleico (DNA) e no ácido ribonucleico (RNA)** nas células em envelhecimento, as quais foram atribuídas a programação genotípica, raios X, substâncias químicas e produtos alimentares, entre outros fatores. Provavelmente **não existe uma causa isolada para o envelhecimento**, e todas as áreas do corpo são afetadas em algum grau (KAPLAN, *et al.*, 2007, p. 1.334, grifos do autor).

¹⁸ Mailloux-Poirier (1995, p. 103, grifos do autor) aponta como teorias biológicas: a Teoria Imunitária, na qual o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que agredem as células sãs do organismo por parte do sistema imunitário; a Teoria Genética, que considera o envelhecimento como um processo sucessivo e como consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares; a Teoria do Erro na Síntese Proteica, que defende que o envelhecimento resulta da morte celular, isto é, ocorre alterações na molécula de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) que, por sua vez, alteram a informação genética, levando à formação de proteínas incapazes de exercer as suas funções; a Teoria do Desgaste, na qual a morte ocorre, porque os organismos não se podem renovar constantemente, acumulando danos ao longo da vida; a Teoria dos Radicais Livres, que defende que os radicais livres no envelhecimento provocam a peroxidação dos lipídeos não saturados e transforma-os em substâncias que envelhecem as células. Esta teoria pertence às designadas teorias catastróficas do envelhecimento nas quais os fenômenos surgem ao acaso e têm um impacto prejudicial sobre o organismo; a Teoria Neuroendócrina, na qual a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuroendócrinas.

¹⁹ De acordo com Netto (2006), numa perspectiva biogerontológica, envelhecimento individual é um processo universal, progressivo e inevitável, caracterizado por um conjunto complexo de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, próprias de cada indivíduo.

²⁰ Caracteriza-se pelo declínio físico mais acelerado e acompanhado de desorganização mental com alteração no funcionamento cognitivo e perda de memória (PAIVA, 1986, p. 21). Na demência senil há perda grave da memória e perda do funcionamento intelectual.

Apesar da frequente perspectiva de definições organicistas, deve-se compreender essa fase do desenvolvimento humano não como algo determinado pela idade cronológica, mas como consequência das experiências passadas, de forma como se vive e se administra a própria vida no presente e de expectativas futuras. É uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época.

No entanto, ante o exposto, para tornarem objetivos estudos acerca do processo do envelhecer, as Ciências da Saúde, incluindo estudos médicos e psicológicos, optaram por admitir como referencial o conceito de idade cronológica, o que facilita a análise e interpretação de dados.

Sob perspectiva mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU), em sua Resolução nº 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População (ONU, 1982), define idosa aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, onde há maior expectativa de vida. Para efeito de formulação de políticas públicas, essa definição pode variar segundo a legislação de cada país. A OMS admite que o conceito de população idosa é dinâmico e pode sofrer modificações para adequada adaptação à situação sociocultural da população. Assim, para Matheus Papaléo Netto:

Existem variações significativas referentes ao estado de saúde, participação e níveis de independência²¹ entre pessoas de mesma idade. Nesse sentido, muitos idosos querem mostrar que sua idade não influencia na preservação da sua autoestima e na sua imagem social. Suas capacidades de participações e adaptações ao meio social e ao envelhecimento dependem do grau de instrução e condições socioeconômicas. “[...] O conceito de idade cronológica e psicológica pode ser definido na forma em que o indivíduo interage com o meio e aceita seu processo de envelhecimento. Assim também pode ser avaliada a idade cronológica e social de acordo com o modo em que o indivíduo se adapta na sociedade.” (PAPALÉO-NETTO, 2002, p.10).

Destarte, a OMS reconhece que a idade cronológica não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo haver grandes variações quanto a condições de saúde, nível de participação social e nível de independência entre idosos, em diferentes contextos (OMS, 2002, p. 4). Como afirma Martins (2002), a velhice, ou idade adulta tardia, conceito abstrato, envolve mudanças tanto físicas quanto mentais, interferindo

²¹ Segundo Souza, Figueiredo e Cerqueira (2004), a independência é definida como condição de quem recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades. É a capacidade e direito de o indivíduo poder eleger as regras de sua conduta, a orientação e o discernimento de seus atos, além da possibilidade de realizar as atividades de vida diária (AVDs) sem intervenção de terceiros.

na forma de pensar, sentir e agir. A classificação desta fase da vida humana pode ser mais específica, com divisões em grupos etários mais delimitados. Segundo Harold I. Kaplan *et al.*,

os gerontologistas²² dividem os idosos em dois grupos: idoso jovem, de 65 a 74 anos; e idoso velho acima de 75 anos. Alguns usam o termo idoso muito velho para se referir àqueles com mais de 85 anos. Os idosos também podem ser descritos como idosos saudáveis (pessoas com boa saúde) e idosos doentes (pessoas que têm uma enfermidade que interfere no funcionamento e precisam de atenção clínica ou psiquiátrica) (KAPLAN, *et al.* 2017, p. 1.334).

Baseado no contexto dos países desenvolvidos, este conceito divide a população idosa em dois grandes grupos, o que demonstra a não uniformidade quando se trata de definições. É notável que o ser humano idoso apresenta várias dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e outras, que precisam ser consideradas diante da natureza biopsicossocial desse ser complexo e subjetivo. Por meios destas constituições do humano, notavelmente, não poderíamos restringir o envelhecer a aspectos meramente cronológicos, tendo em vista os determinantes intrínsecos e extrínsecos e complexidade relacionada aos fatores sociais, econômicos e funcionais.

Sob panorama nacional, seguindo as prescrições da ONU, evidencia-se que a legislação brasileira, incluindo o Estatuto do Idoso²³ e a Política Nacional do Idoso (PNI)²⁴, considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (Estatuto do idoso, 2003, p. 15). No entanto, existe no Brasil um Projeto de Lei n. 5.383/19 que propõe alterar a legislação vigente a considerar as pessoas idosas a partir dos 65 anos de idade, e não mais 60, além de propor alterações no Estatuto do Idoso e na Lei n. 10.048/00, que trata da prioridade de atendimento.

Para a compreensão dos aspectos epidemiológicos do transtorno depressivo dos idosos, propôs-se o devido delineamento conceitual do que se considera terceira idade, e para a inteligência das noções de saúde e adoecimento da população idosa é necessário tecer comentários acerca do perfil demográfico da aludida população para atender ao objeto proposto nesta dissertação.

A relativa subjetividade conceitual de terceira idade não interferirá nos resultados

²² Os gerontologistas são aqueles que estudam o processo do envelhecimento nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e outros. Fazem parte de campo científico e profissional dedicado às questões multidimensionais do envelhecimento e da velhice, tendo por objetivo a descrição e a explicação do processo de envelhecimento nos seus mais variados aspectos. Na área profissional, visam a prevenção e a intervenção para garantir a melhor qualidade de vida possível dos idosos até o momento final da sua vida.

²³ O Estatuto do Idoso foi criado pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. É destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

²⁴ A Política Nacional do Idoso foi criada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, lei esta que criou juntamente o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

propostos neste trabalho. Assim, para fins de interpretação dos resultados, considerar-se-ão sinônimos “idoso(s)”, “pessoa(s) idosa(s)”, “adulto(s) maduro(s)”, “longevo(s)”, “terceira idade”, “idade adulta tardia”, “idade maior”, “velho(s)”, “pessoa(s) madura(s)”, “pessoa(s) envelhecida(s)” e “ancião(s).

1.2 Aspectos demográficos da terceira idade

Segundo a ONU, a população global chegou a 7,8 bilhões, em agosto de 2020, e estima-se que a população humana chegará até 11,2 bilhões em 2100. Dados da ONU (2018) afirmam esse ritmo de aumento demográfico ao estimar que a população mundial deve crescer em mais de 2,2 bilhões de pessoas até 2050, e mais da metade deste crescimento (1,3 bilhão) deve acontecer na África subsaariana.

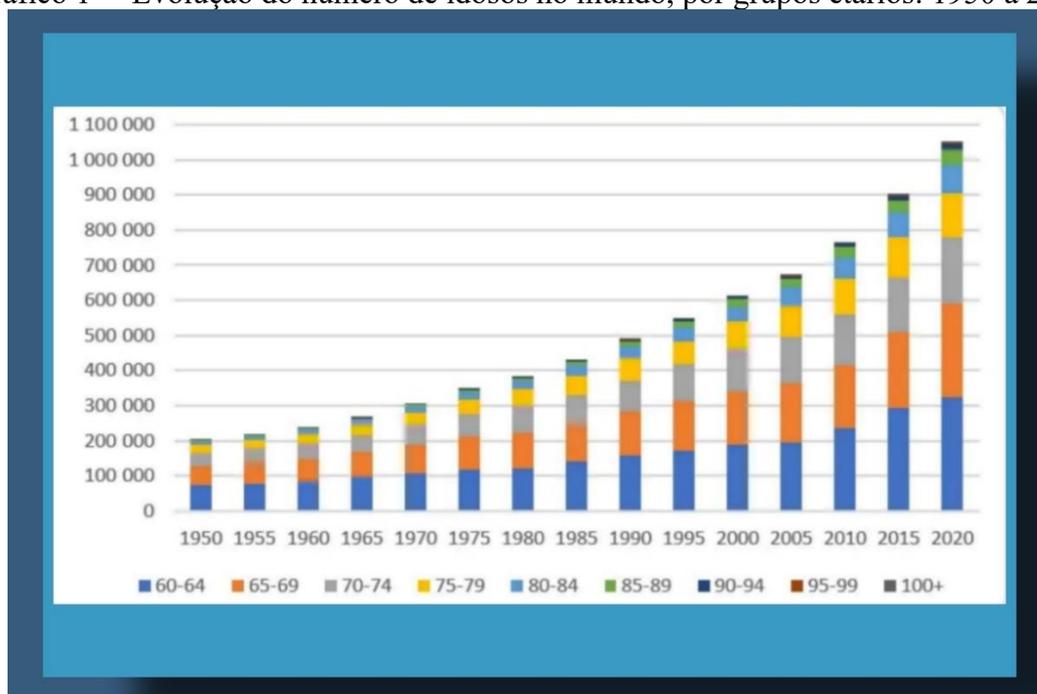
Considerando-se uma faixa histórica de aproximadas quatro décadas, a ONU declarou que a população mundial de pessoas idosas (indivíduos maiores ou iguais a 60 anos) em 2017 foi de 962 milhões, o que representava mais que o dobro da população da mesma faixa etária em 1980. Papaléo-Neto e Hélio Elkis afirmam que:

“projeção populacional da ONU para o período de 1975 a 2075, em países desenvolvidos, prevê-se que a taxa de indivíduos com mais de 65 anos subirá de 10,5 para 18,1% da população, e de pessoas acima de 80 anos²⁵ subirá de 1,7 para 4,3%. Nos países menos desenvolvidos, o crescimento será ainda mais acentuado. A percentagem de indivíduos acima de 65 anos aumentará 4,5 vezes (de 3,8 para 17%), sendo que a população acima de 80 anos subirá de 0,4 para 3,5%.” (NETO; ELKIS 2007, p. 668).

Entre os 3 grandes grupos etários (jovens, adultos e idosos) os idosos formam o grupo que mais cresce em toda a população, inclusive é interessante ressaltar que segundo a ONU, o rápido crescimento, nem de longe, está ameaçado pela pandemia do novo coronavírus. O gráfico que se segue mostra essa tendência de crescimento do número de pessoas idosas entre os anos 1950 e 2020:

²⁵ A ONU (1982, p. 29) afirma que o grupo de idosos que cresce mais rapidamente é o dos anciãos, ou seja, que têm 80 anos de idade ou mais. No ano 2000, seu número chegava a 70 milhões, e se projeta que nos próximos 50 anos essa cifra aumentará mais de cinco vezes.

Gráfico 1— Evolução do número de idosos no mundo, por grupos etários: 1950 a 2020



Fonte: Divisão de População da ONU <https://esa.un.org/unpd/wpp/> - Elaborado pelo autor.

Ante o exposto, celebra-se o aumento da expectativa de vida em muitas regiões do mundo como uma das maiores conquistas da humanidade, evidente sinal do avanço científico e tecnológico no contexto da Revolução Médico-Sanitária do período pós-Segunda Guerra Mundial. Nessa perspectiva, encontramos no art. 2 da Declaração política da ONU (1982):

Reconhecemos que o mundo está passando por uma transformação demográfica sem precedentes e que daqui a **2050** o número de pessoas acima de 60 anos **aumentará de 600 milhões a quase 2 bilhões**, e se prevê a duplicação do percentual de pessoas de 60 anos ou mais, passando de **10% para 21%**. Esse incremento será maior e mais rápido nos países em desenvolvimento, onde se prevê que a população idosa se multiplique por quatro nos próximos 50 anos (ONU, 1982, p. 27, grifos do autor).

Essa transformação demográfica apresentará para toda a sociedade o desafio de aumentar as oportunidades das pessoas, particularmente as viabilidades de os idosos aproveitarem ao máximo suas capacidades de participação em todos os aspectos da vida.

Estimativas da ONU apontam que, em 2050, as pessoas idosas devem perfazer as taxas de 35% da população da Europa, 28% da América do Norte, 25% da América Latina e Caribe, 24% da Ásia, 23% da Oceania e 9% da África. Por esse ângulo, a expectativa de vida ao nascer aumentará, de maneira progressiva, em todos os continentes dos anos de 1950 a 2050. É notável que, apesar da velocidade do sistema de envelhecimento populacional ser menor nos países desenvolvidos, principalmente na América do Norte e Europa, os países em desenvolvimento

e de outras regiões têm apresentado progressivo e perceptível envelhecimento coletivo²⁶ de suas populações.

A população brasileira, segundo o IBGE (2020), é estimada em 212.000.000 de pessoas e o crescimento elevado da população idosa resulta da combinação de variáveis estritamente demográficas com as profundas alterações sociais e culturais ocorridas, que simultaneamente configuram-se como causa e consequência (BRITO, 2008, *apud* CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010, v. 18, p. 501). Nesta lógica, de acordo com Ana Amélia Camarano:

[...]O envelhecimento populacional no Brasil, em consequência de fatores diversos como a desaceleração no crescimento da população; o declínio da taxa de fecundidade; a evolução tecnológica na área da saúde [pós-guerra]; a melhoria das condições de saneamento básico e de acesso a bens e serviços; pode ser explicado pelo **aumento da população acima de 60 anos de 4% em 1940, para 8,6% em 2000** (CAMARANO, 2004, p. 25, grifos do autor).

Esse perfil de aumento populacional, entre as décadas de 1940 e 2000, não se deu uniformemente em todas as regiões; a dimensão geográfica e a diversidade social, econômicas e culturais influenciaram nesse processo. Assim, para Goldstein (1999 *apud* MAFRA 2013), o percentual de envelhecimento retrata a discordância nas diferentes regiões do país, revelando as consequências de uma sociedade com graves problemas relacionados à desigualdade social, ao acesso aos serviços públicos de saúde e à exclusão e preconceitos sociais. Dados da Rede Interagencial de Informações para Saúde²⁷ (RIPSA) apontam que

futuramente o Brasil estará entre os países com um dos maiores ritmos de envelhecimento do mundo. A expectativa é de que, em 2025, o índice de envelhecimento ultrapasse em até cinco vezes o que fora registrado na década de 1970, elevando de 10 para 46 o número de idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos. Para o ano de 2050, a expectativa é que o número de pessoas idosas ultrapasse o número de pessoas menores de 15 anos (BRASIL, 2010, p. 48).

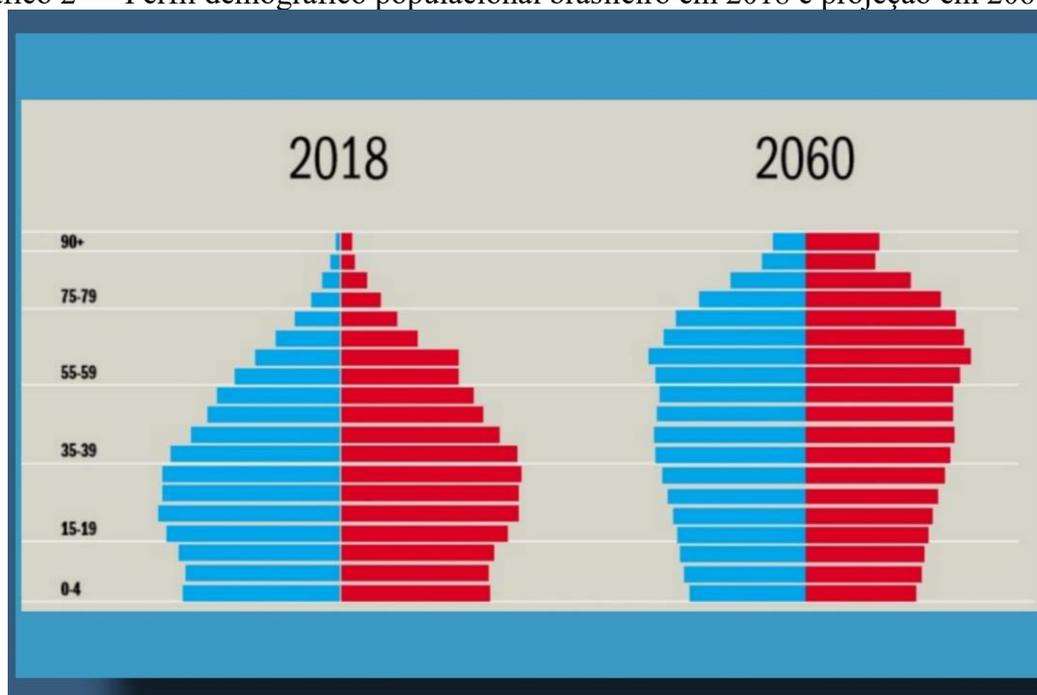
A maior parte da população brasileira com 60 anos ou mais está concentrada nas regiões

²⁶ Diferentemente do conceito de envelhecimento individual, o envelhecimento coletivo (ou demográfico), segundo Rosa (2012), define-se como uma evolução particular da composição etária de uma população que corresponde ao aumento da proporção do número de pessoas em idades mais avançadas.

²⁷ A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) foi concebida por grupo de trabalho ad hoc no qual estiveram representadas as principais estruturas do Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e instituições-chave da política de informações em saúde no país (IBGE, Abrasco, Faculdade de Saúde Pública da USP, Ipea e Fundação Seade. Formalizada em 1996, pela Portaria nº 2.390/GM de 11.12.96. do Ministério da Saúde e Termo de Cooperação com a Opas/OMS. A Ripsa contribui para aperfeiçoar a capacidade nacional de produção e uso de informações para políticas de saúde. Tem como propósito promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes.

Sudeste (46,25%) e Nordeste (26,50%). E a menor porcentagem encontra-se na região norte (5,25%). O Sudeste e o Nordeste juntos concentram mais de 70% da população com 60 anos ou mais (IBGE, 2013). A pirâmide etária, registrada pelo IBGE, evidencia a perspectiva de envelhecimento populacional brasileiro:

Gráfico 2 — Perfil demográfico populacional brasileiro em 2018 e projeção em 2060



Fonte: IBGE – 2010

No Brasil, segundo o IBGE, havia cerca de 7 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos em 1980 e esse número tem crescido vertiginosamente. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua — Características dos Moradores e Domicílios (IBGE, 2017) —, os resultados mostram que em 2017 havia 30,2 milhões de idosos acima de 60 anos, sendo 56 % do sexo feminino e 44% do sexo masculino, população de 4,8 milhões de idosos a mais que em 2012 (25,4 milhões), o que corresponde a um crescimento de 18,8% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil.

De acordo com dados do MS, o Brasil, em 2016, tinha a quinta maior população idosa do mundo, e, em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos. É de se notar que, segundo o IBGE, o Brasil é considerado um país envelhecido²⁸, e estima-se

²⁸ De acordo com Dawalibi, Goulart e Prearo (2014, p. 3.506), um país é reconhecido como estruturalmente envelhecido quando pelo menos 7% de sua população é composta por pessoas de 60 anos ou mais, o que de acordo com a PNAD mostra que o Brasil está envelhecendo. Até os anos 1980 o Brasil era considerado um país jovem (MASSI, *et al.*, 2016, p. 400).

que será considerado um país velho²⁹ em 2032, quando 32,5 milhões (14,38 %) dos mais de 226 milhões de brasileiros terão 65 anos ou mais.

Não se pode negar que a rápida mudança na estrutura etária brasileira alerta para o enfrentamento de alguns problemas básicos, principalmente relacionados à ineficiência das políticas públicas e sociais voltadas para o processo do envelhecimento, o que endossa as preocupações governamentais em desenvolver políticas públicas que atendam de forma adequada e eficaz a essa parcela numerosa da população brasileira.

Assim, representantes dos governos, reunidos na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em Madri, em Declaração política, no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento da ONU (2013, p. 19), decidem adotar um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, que em seu art. 1 resolvem adotar medidas em todos os níveis, nacional e internacional, em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice, e, ainda, criação de um ambiente favorável.

Perante o exposto, um dos desafios da saúde pública está relacionado com o aumento evidente da longevidade humana associada a mudança do perfil socioepidemiológico populacional. Estes fatores foram decorrentes dos avanços da medicina e do desenvolvimento socioeconômico, que, por sua vez, interferiram positivamente na redução da morbimortalidade e na incidência de doenças infectocontagiosas com o concomitante aumento significativo das condições de saúde crônico-degenerativas, ao elevar a expectativa de vida e com as alterações no estilo de vida pela globalização e pela modernização. Destarte, a evidente mudança de ordens sociodemográfica e epidemiológica nos últimos anos proporcionou constantes discussões de autoridades de saúde pública para promover ações efetivas de bem-estar físico e emocional durante o envelhecimento.

1.3 Aspectos de saúde envolvidos no envelhecimento populacional

Para a abordagem de vida saudável na terceira idade, como ponto de partida, retomemos o conceito atual de saúde considerando-se a natureza biopsicossocial³⁰ humana. Fato curioso que durante longos anos evidenciou-se a escassez de estudos relacionados a aspectos de saúde e bem-estar na população em geral; o foco das pesquisas estava nos processos patológicos e/ou

²⁹ O país será considerado velho quando mais de 14% de sua população for idosa.

³⁰ Considera-se que o homem apresenta natureza biológica (orgânica), psicológica (emocional) e social (relacionamentos interpessoais). O Modelo Biopsicossocial Estendido (MBE), conceito predominante na prática clínica e na pesquisa, foi introduzido por George L. Engel (1977) e integra a espiritualidade (religiosa ou não religiosa) como quarta dimensão da saúde.

psicopatológicos. Entretanto, nos últimos anos tem-se observado o aumento gradativo de pesquisas envolvendo saúde, e nesta lógica inclusive sobre saúde e envelhecimento³¹.

Repara-se que os conceitos de saúde e de doença devem ser analisados em sua evolução histórica e em seu relacionamento com o contexto cultural, social, político, econômico, espiritual, evidenciando a evolução das ideias nessa área da experiência humana.

Há dois paradigmas principais para discussão dos conceitos de saúde e saúde mental: o modelo biomédico e o da produção social de saúde. No primeiro, o foco é exclusivamente na doença e em suas manifestações. No segundo, a saúde é mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais e espirituais.

A *World Health Organization* (WHO), em 7 de abril de 1948³², propôs um conceito de saúde incorrendo em reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde. Assim, em meio a aspirações nascidas em movimentos sociais do pós-guerra, definiu-se saúde como o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, conceito que permanece nas discussões atuais da OMS (2001, p.1).

As autoridades sanitárias consideram que Saúde, termo de elevado grau de subjetividade e variável contexto histórico-cultural, não é um estado estático, inerte, e que uma vez atingido pode ser mantido permanentemente. Por isso a psiquiatria não admite um conceito de cura, ao contrário, reconhece a possibilidade de remissão de sintomas limitantes e/ou incapacitantes por longos períodos. A cura seria, nesse caso, o próprio processo de tratamento. Assim, o acompanhamento do paciente com transtorno mental deve ser entendido para além do conceito tradicional de cura, como simples remissão de sintomas ou retorno à normalidade.

Diversas tentativas vêm sendo feitas a fim de se construir um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a saúde não como imagem complementar da doença, mas como

³¹ Nos últimos oito anos, durante a prática clínico-psiquiátrica, no atendimento à pessoa idosa, deparei-me diariamente com desafios durante a anamnese, ao fazer diagnósticos e definir propostas terapêuticas, porquanto é perceptível a sutileza entre o estar são e o estar doente, especialmente ao se tratar de adoecimento mental. Oriento-me clinicamente por diretrizes prescritas por autoridades da área psiquiátrica (DSM-V/ CID-10) para definição diagnóstica, embora saiba da fugacidade dos resultados; assim novas evidências científicas e novos pareceres mudam constantemente tais critérios. Então faço diariamente a seguinte pergunta: O que é considerado normal, ao se tratar de saúde física e mental? Como chegar ao equilíbrio tão comentado durante consultas por mim realizadas? Há cura para esses transtornos mentais? Para o entendimento dos aspectos de equilíbrio físico e psíquico na terceira idade faz-se necessário tecer comentários sobre aspectos conceituais de saúde. E para compreender o envelhecimento é preciso distinguir o envelhecimento fisiológico das doenças associadas à velhice.

³² Conforme afirma Scliar (2007), o dia 7 de abril foi declarado pela OMS como o Dia Mundial da Saúde em 1948, devido à preocupação de seus integrantes em manter o bom estado de saúde das pessoas em todo o mundo e alertar sobre os principais problemas que podem atingir a população mundial. O principal objetivo desta data é promover a conscientização das pessoas sobre a importância da preservação da saúde para alcançarem melhor qualidade de vida.

construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida.

A Constituição Federal de 1988, artigo 196, não discute o conceito de saúde, mas diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Este é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde, ao contribuir para garantir dignidade aos brasileiros.

Hodiernamente, a área da saúde considera que saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental e social, ao considerar a natureza biopsicossocial humana, como reafirmado pela OMS (2017, p.4), com perspectivas de introdução da dimensão espiritual³³ neste conceito. Assim, o homem biopsicossocial e espiritual apresenta dimensões biológicas, relacionadas ao funcionamento do corpo biológico e seus sistemas; psíquicas e emocionais, associadas aos processos do pensamento, equilíbrio, afeto, humor, pragmatismo, orientação, memória etc.; sociais, ligadas aos relacionamentos interpessoais (vida acadêmica, vida laborativa, vida conjugal etc. Além desses âmbitos, pode manifestar a dimensão espiritual, a mais abstrata e subjetiva dentre as demais dimensões humanas, ligada aos aspectos filosóficos e/ou teológicos, ao racionalismo e ao humanismo, que se inter-relaciona com as demais dimensões, conforme o esquema:

³³ Entende-se por espiritual tudo o que transcende, ligado à espiritualidade do ser, ou seja, a disposição humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, à procura de um sentido de conexão com algo maior que si próprio e que está além da própria morte. A espiritualidade pode ou não estar ligada a uma vivência religiosa. Em 1984 iniciou-se um movimento de representantes de países membros da OMS para discutir e propor a inclusão do bem-estar espiritual no conceito de saúde. Para entrar em vigor, as alterações propostas deveriam ser aprovadas por maioria de dois terços da Assembleia e da OMS. A dificuldade de se encontrar um consenso na conceitualização de Espiritualidade, em decorrência das diferenças culturais e de tradições religiosas, prejudicou a discussão e levou a não aprovação da proposta (WHO, 1999). Frankl (1993, p. 23) afirma que “a dimensão espiritual é, obrigatoriamente, ou necessariamente, inconsciente. Ele explica que uma das características mais marcantes desta dimensão é a "autotranscendência", ou seja, o homem é constituído de uma intencionalidade que o dirige para algo ou alguém fora de si mesmo.

Figura 1 — Quatro dimensões da saúde (Modelo Biopsicossocial Estendido)



Fonte: Elaborado pelo autor.

O equilíbrio (no microsistema individual do ser) entre corpo, psiquismo e espírito e suas interações com macrosistema coletivo das relações sociais é essencial para que o ser humano mantenha sua unidade existencial-transcendental. Conforme elucidada Scliar (2007, p. 37), a amplitude do conceito da OMS acarretou críticas³⁴, na ocasião em que surgiu a primeira objeção

³⁴ A amplitude do conceito da OMS de 1948 (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977): saúde é ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor. Uma resposta a isto foi dada pela declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS. A abrangência do tema foi até certo ponto uma surpresa. A par de suas tarefas de caráter normativo - classificação internacional de doenças, elaboração de regulamentos internacionais de saúde, de normas para a qualidade da água - a OMS havia desenvolvido programas com a cooperação de países-membros, mas esses programas tinham tido como alvo inicial duas doenças transmissíveis de grande prevalência: malária e varíola. O combate à malária baseou-se no uso de um inseticida depois condenado, o dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), tendo êxito expressivo mas não duradouro. A seguir foi desencadeado, já nos anos 60, o Programa de Erradicação da Varíola. A varíola foi escolhida não tanto por sua importância como causa de morbidade e mortalidade, mas pela magnitude do problema (os casos chegavam a milhões) e pela redutibilidade: a vacina tinha alta eficácia, e como a doença só se transmite de pessoa a pessoa, a existência de grande número de imunizados privaria o vírus de seu habitat. Foi o que aconteceu: o último caso registrado de varíola ocorreu em 1977. A erradicação de uma doença foi um fato inédito na história da Humanidade. Quando se esperava que a OMS escolhesse outra doença transmissível para alvo, a Organização ampliou consideravelmente seus objetivos, como resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social. Eram anos em que os países socialistas desempenhavam papel importante na Organização - não por acaso, Alma-Ata ficava na ex-União Soviética. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades

no conceito de Christopher Boorse, em 1977, quando se afirmou que saúde é ausência de doença, endossando a ideia de objetividade para o termo, relacionado ao grau de eficiência das funções orgânicas, biológicas, sem necessidade de juízos de valor.

O termo saúde mental está relacionado à forma como uma pessoa reage às exigências, aos desafios e mudanças da vida e ao modo como dinamizam harmonicamente suas ideias e emoções. Para a OMS corresponde a um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de contribuir para sua comunidade.

No panorama da Psiquiatria, a OMS (2001, p. 1) confirma que saúde mental é um estado dinâmico de bem-estar³⁵ subjetivo, de equilíbrio interno, percepção de autoeficácia, competência, autonomia³⁶, dependência intergeracional e autoatualização do potencial intelectual e emocional de alguém, no qual o indivíduo é capaz de perceber suas próprias habilidades, ser produtivo, lidar com o estresse normal da vida e contribuir com a sua comunidade. Destarte a expressão saúde mental, para todas as fases da vida, relaciona-se diretamente com bem-estar emocional, psicológico e social dos indivíduos.

Nota-se que habilidades cognitivas³⁷ e sociais básicas; capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como ter empatia pelos outros; flexibilidade e capacidade de lidar com eventos adversos na vida e função em papéis sociais; e a relação harmoniosa entre corpo e mente representam componentes importantes da saúde mental que contribuem, em vários graus, para o estado de equilíbrio interno.

Para Devereux (1971), um dos últimos representantes da escola americana de antropologia Cultura e Personalidade, a chave para a saúde mental será justamente a capacidade de ajustamento às adversidades [relacionado à resiliência psicológica], pressões externas e

no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Trata-se de uma estratégia que se baseia nos seguintes pontos: 1) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias - portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base. O sistema nacional de saúde, por sua vez, deve estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual saúde é causa e consequência. (SCLAR, 2007, p.37)

³⁵ A OMS afirma que o bem-estar de um indivíduo relaciona-se com a realização de suas habilidades, enfrentando as tensões normais da vida, trabalho produtivo e contribuição para sua comunidade.

³⁶ A autonomia, segundo Santos (2002, p. 49), é o “comportamento do indivíduo no que tange a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adotado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes”.

³⁷ Refere-se à capacidade de adquirir ou de absorver conhecimentos. Diz respeito ao conhecimento, à cognição. Que faz referência aos mecanismos mentais presentes na percepção, no pensamento, na memória, na razão, na resolução de problemas. O modelo cognitivo parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pela própria percepção dos eventos; assim, a interpretação de uma situação pode levar a pensamentos automáticos que geram uma reação (BECK, 2013, p. 167).

transformações. Nesta perspectiva:

Em oposição ao caráter modular e fragmentado da “doença mental”, o objeto modelo “saúde mental” só se define em sua configuração inteira, já que tem facetas, acidentes, zonas de sombra, ângulos ocultos, sendo que a mirada de cada um desses ângulos de fato não dá acesso ao conjunto de propriedades definidoras deste objeto. Por esse motivo, devemos pensar o conceito de saúde mental como “integrais de saúde-enfermidade-cuidado.” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 120).

Isto posto, segundo a OMS, saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências; é estar bem consigo mesmo e com os outros, ter resiliência psicológica, administrar de forma equilibrada as emoções agradáveis e desagradáveis e reconhecer os limites pessoais. Além de ser determinante para a estabilidade física, a saúde mental está relacionada à qualidade da interação individual e coletiva. No cenário atual, buscar alternativas que possibilitem a harmonia nessas relações é uma urgente necessidade. Nesse sentido, pensar sobre saúde mental envolve melhorar o bem-estar e qualidade de vida.

1.3.1 Bem-estar físico e emocional no envelhecimento

Do ponto de vista sociológico, sempre houve alguma ambiguidade sobre a idade adulta tardia, que poderia ser vista como um estágio de decrepitude e uma fonte de sofrimento, além de ver os anciãos como fonte de respeito, verdade, sabedoria e prestígio.

Na antiguidade clássica grega e romana a velhice foi notada como um estágio de declínio e caducidade, enquanto a beleza, força e juventude foram valorizadas acima de tudo. Outrossim, no período medieval e renascentista houve muitas vezes uma abordagem antagonista em referência aos idosos. A velhice era frequentemente retratada como uma fase de vida cruel, triste ou fraca.

Por outro lado, em muitas culturas antigas, envelhecer era sinônimo de sabedoria. Nas culturas ágrafas, por exemplo, entre os índios, os velhos eram detentores da memória da tribo, responsáveis pela formação dos jovens e pela preservação da cultura e de seu povo. Cada um deles era considerado um livro vivo, portanto, uma das riquezas da comunidade. Em absoluto, não havia nada de errado com o envelhecer.

No pensamento oriental, e com a influência do confucionismo, vemos uma abordagem mais coletivista, na qual o valor das hierarquias da família, do idoso e da idade tradicional tornava-se cada vez mais importante. Da mesma forma, na cultura mediterrânea e latina os anciãos são vistos como pessoas de grande importância. A geração mais antiga é

frequentemente confiada para auxiliar no cuidado dos mais novos, enquanto o resto da família se ausenta para trabalhar. Como tal, é dado o devido valor à pessoa idosa, respeitando o papel destes na sociedade.

Ainda hoje, para muitas pessoas, parece contraditório falar em bem-estar associado à senectude, porquanto, culturalmente está arraigada a ideia de que é incompatível ter saúde e envelhecer. A questão, aqui, implica uma nova perspectiva com visão multidimensional e dinâmica da vida adulta tardia, ao se considerarem o bem-estar e o equilíbrio aspectos importantes nesta etapa da vida.

Hunter *et al.* (2013) endossam a ideia de que o termo “bem-estar”, presente na definição da OMS, um componente tanto do conceito de saúde quanto de saúde mental, é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura.

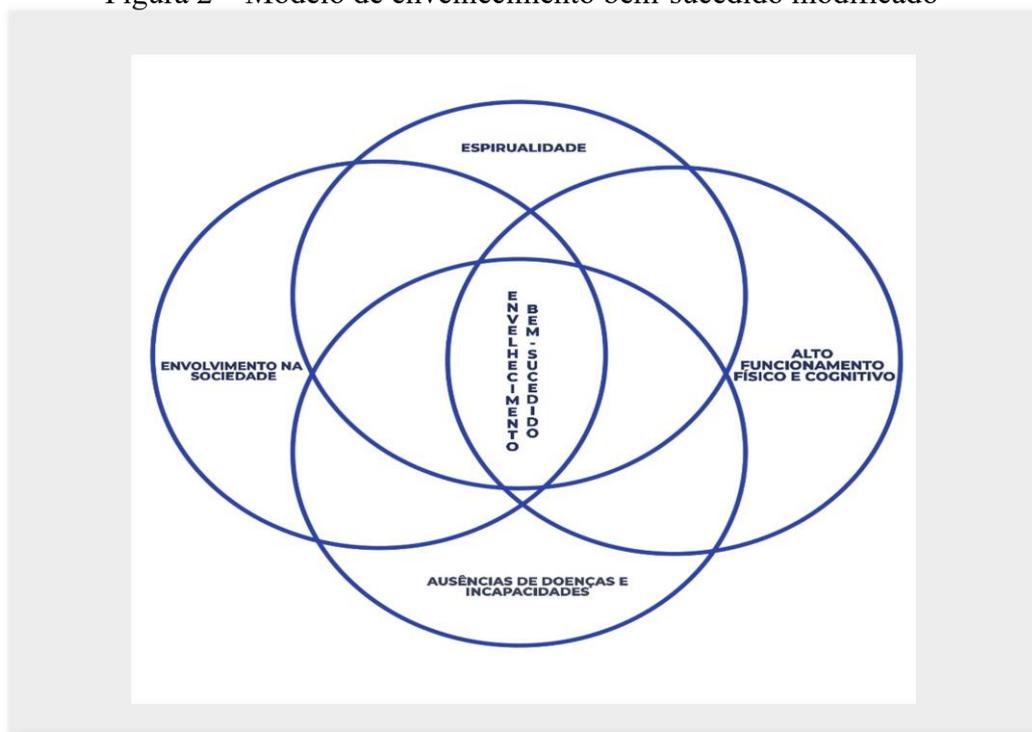
À Vista disso, o envelhecimento saudável e bem-sucedido³⁸, com satisfação de vida, na opinião de Neri (1995), pode ser percebido como uma competência adaptativa, uma capacidade generalizada para responder com resiliência às adversidades da vida. Assim, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida³⁹ (QV) e bem-estar (subjetivo/psicológico) e deve ser estimulado ao longo da vida humana.

Destaco nesse assunto o modelo de envelhecimento bem-sucedido proposto por Rowe *and* Kahn e modificado por Crowther *et al.* (2002, p. 615), que consiste na associação dos três fatores: alto funcionamento físico e cognitivo, ausência de doenças e incapacidades, envolvimento e engajamento social com um quarto fator: a espiritualidade positiva. Veja a figura:

³⁸ Um dos temas amplamente difundidos entre os meios de comunicação, serviços, pesquisas e textos que instruem leis e políticas públicas no campo da gerontologia. Segundo Rowe e Kahn (1998), o envelhecimento bem-sucedido seria composto por três fatores: engajamento ativo com a vida; alta capacidade funcional, cognitiva e física; e baixa probabilidade de doenças e de incapacitação.

³⁹ Santos, Costa Santos, Fernandes e Henriques (2002, p. 758) mostram que a qualidade de vida do idoso está relacionada aos seguintes componentes: satisfação, nível socioeconômico, capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde.

Figura 2 – Modelo de envelhecimento bem-sucedido modificado



Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Lucchetti *et al.* (2011, p. 162).

O bem-estar subjetivo (BES)⁴⁰ é um termo no qual as pessoas avaliam, percebem e interpretam suas vidas. Este termo aparece como um importante indicador de qualidade de vida (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008, p. 202). Nesse sentido, o estudo sobre BES se desenvolveu com o crescente reconhecimento da importância da subjetividade na avaliação do que faz da vida algo bom e desejável. Segundo Campbell *et al.* (1976) e Bradburn (1969), os indicadores de BES são a satisfação com a vida, as emoções positivas e negativas.

As emoções se referem à avaliação do BES por critérios afetivos e são relativamente menos estáveis do que a satisfação. A dimensão satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de algum domínio específico na vida da pessoa; uma avaliação sobre a vida de acordo com um critério próprio. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido.

É comum na literatura dizer que BES e Felicidade⁴¹ são constructos de natureza idêntica (DIENER, 1996; DIENER; RYAN, 2009), porém, enquanto a Felicidade é um termo mais

⁴⁰ Segundo Pereira (1997) a avaliação da qualidade de vida implica não somente a consideração do bem-estar objetivo, isto é, das condições de vida da pessoa, mas também do Bem-Estar Subjetivo (BES), ou seja, do modo pelo qual as pessoas percebem os diversos domínios de sua vida.

⁴¹ Como citado por Haybron (2000) há três conceitos filosóficos de felicidade ligados não apenas à felicidade emocional, mas também à condução de uma boa vida moral: Felicidade Psicológica, que é um estado de espírito relacionado aos sentimentos de alegria, serenidade e afeto; Felicidade Prudente, quando a pessoa consegue um elevado estado de Bem-Estar mental e físico; e Felicidade Perfeccionista, que se refere a uma vida boa em todos os aspectos, incluindo a vida moral.

habitual, o BES é um termo mais preciso. Os conceitos de satisfação e felicidade foram estudados por Wilson⁴², na década de 1960, em duas perspectivas teóricas que dominaram os estudos do BES nos primeiros anos do seu desenvolvimento: a perspectiva base-topo⁴³ e a perspectiva topo-base⁴⁴ (GALINHA, 2008, p.81).

O conceito de BES insere-se no campo de intervenção da Psicologia positiva e consiste na avaliação subjetiva que a pessoa faz sobre a sua própria vida, sendo composto por uma componente cognitiva, a satisfação com a vida, e uma componente afetiva, afetos positivos e negativos.

Faz-se necessário pormenorizar os aspectos associados ao bem-estar na terceira idade, assim, é comum observar um estado emocional de aceitação e comodidade diante da frequente visão de que está no fim o projeto de vida, o que explica o fato de muitos pacientes longevos admitirem que é inevitável o processo de sofrer na idade maior. Em objeção à esta perspectiva, de acordo com Joia Ruiz e Donalísio (2007, p. 132), com o aumento geral da sobrevida da população ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas qualidade de vida, bem-estar subjetivo e satisfação pessoal.

Vários estudos revelam que a percepção de um BES positivo é um indicativo de saúde e longevidade. Assim sendo, torna-se primordial estudar os componentes relacionados ao bem-estar subjetivo junto da população idosa, bem como os fatores que os determinam, a fim de melhor compreender a temática, mas, acima de tudo, poder intervir de uma forma mais sistemática e eficaz na melhoria da qualidade de vida⁴⁵ dos idosos, racionalizando assim os recursos existentes na sociedade. Seguindo o raciocínio de Ana Francisca C. Pimentel:

Felizmente, na atualidade a concepção de velhice está a modificar-se surgindo uma preocupação crescente em dar atenção às particularidades da população idosa, permitindo que o **aumento da esperança de vida esteja associado ao bem-estar e à satisfação com a vida, através da diminuição de fatores associados à mobilidade psicológica e ao aumento do nível de autonomia e funcionalidade**, como formas

⁴² A tese de Wilson (1960) é considerada o marco do seu nascimento do conceito de Bem-Estar-Subjetivo (BES), uma vez que estuda pela primeira vez o termo de bem-estar, como o conhecemos hoje (DIENER, *et al.*, 1999, v. 125, p. 276).

⁴³ Wilson (1967) se propôs a estudar duas hipóteses do Bem-Estar, onde relacionou os conceitos de Satisfação e de Felicidade numa perspectiva Base-Topo (Bottom Up), termo relacionado à satisfação imediata de necessidades para produzir Felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa Infelicidade.

⁴⁴ Wilson (1967) relacionou também a Satisfação e a Felicidade numa perspectiva denominada Topo-Base (Top Down), referente ao grau de Satisfação necessário para produzir Felicidade. Assim, depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros fatores — como ainda, atualmente, se discute na área do Bem-Estar Subjetivo (tradução do autor).

⁴⁵ Santos *et al.* (2002, p.758) confirmam uma relação direta entre qualidade de vida e capacidade física, capacidade funcional, nível socioeconômico, satisfação, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e satisfação.

de promover o envelhecimento bem-sucedido e aumentar o bem-estar subjetivo (PIMENTEL, 2014, p. 2, grifos do autor).

Conforme relatado por Morgan *et al.* (2015), dados do estudo longitudinal *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA) mostram que os idosos têm altos níveis de BES em relação aos adultos de meia-idade. Os autores concluem que tais resultados provavelmente se devem à natureza adaptativa das medidas de avaliação de BES, evidenciando que mesmo diante dos declínios de saúde os idosos tornam-se mais satisfeitos e mais felizes com sua situação do que quando eles eram mais jovens. Para Diener *et al.* (1999):

Pode-se dizer que, em síntese, a dimensão subjetiva da qualidade de vida, também chamada de bem-estar subjetivo, **manifesta-se por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais**, e que cada uma dessas construções deve ser entendida por si só, apesar da evidente correlação (DIENER *et al.*, 1999, p. 277, grifos do autor, tradução do autor).⁴⁶

No final dos anos 80, a grande quantidade de investigações produzidas sobre o BES, principalmente por estudiosos de várias áreas da Psicologia, resultou numa crise na definição do conceito e numa subdivisão em bem-estar subjetivo (BES) e bem-estar psicológico (BEP)⁴⁷.

Neste mesmo período, a psicóloga norte-americana Carol Ryff apresentou estudos críticos sobre o construto em Psicologia. Para a autora, a perspectiva de bem-estar que se traduz em felicidade e a que se revela em excelência pessoal pertencem a diferentes domínios e devem ser analisadas com base nas diferentes perspectivas filosóficas (RYFF, 1989). Um modelo alternativo e multidimensional de BEP, derivado de discussões teóricas e empíricas, abrange seis componentes, conforme o esquema:

⁴⁶Subjective well-being is a broad category of phenomena that includes people's emotional responses, domain satisfactions, and global judgments of life satisfaction. Each of the specific constructs need to be understood in their own right, yet the components often correlate substantially, suggesting the need for the higher order factor.

⁴⁷ Termo ligado ao conceito de saúde mental, considerado por Bradburn (1969) como o equilíbrio entre duas dimensões independentes, afeto positivo e negativo, assim, um indivíduo experimentará elevado grau de bem-estar psicológico se o afeto positivo dominar. Da mesma forma, um baixo grau de bem-estar seria caracterizado por afeto negativo. Observação: Para a psicologia, a afetividade é a capacidade do ser humano de experimentar tendências, emoções, paixões e sentimentos. É através do afeto que revelamos os nossos sentimentos e criamos laços de convivência.

Esquema 1 — Modelo de BEP



Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Ryff (2013, p. 11, tradução do autor).

Ryff (1989) elaborou uma proposta integradora ao formular esses seis componentes de BEP, reorganizado e reformulado posteriormente por Ryff e Keyes (1995, grifos do autor) com as seguintes definições relacionadas ao funcionamento psicológico positivo: **Propósito de vida**, com manutenção de objetivos, intenções e de senso de direção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado. **Autonomia**, com seus indicadores, o *locus* interno de avaliação, e o uso de padrões internos de autoavaliação, resistência à aculturação e independência acerca de aprovações externas. **Crescimento pessoal**, com objetivo de constante crescimento e aprimoramento pessoais, abertura a novas experiências, vencendo desafios que se apresentam em diferentes fases da vida. **Domínio ambiental**, com capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas, de participação acentuada em seu meio e manipulação e controle de ambientes complexos. **Relacionamento interpessoal positivo**, descrito como fortes sentimentos de empatia e afeição por todos os seres humanos, capacidade de amar fortemente, manter amizade e identificação com o outro. A **autoaceitação**, definida como o aspecto central da saúde mental, trata-se de uma característica que revela elevado nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade (RYFF; KEYES, 1995, v. 69, p.720).

As últimas décadas foram testemunhas de grandes avanços na psicologia do envelhecimento e de intrigantes descobertas a respeito do bem-estar dos indivíduos que vivenciam a última etapa da vida. O bem-estar psicológico (BEP) é um construto baseado na

teoria psicológica, agregando conhecimentos de áreas como psicologia do desenvolvimento humano, psicologia humanista-existencial e saúde mental, a respeito do funcionamento psicológico positivo ou ótimo (RYFF, 1989).

As proposições acerca do conceito de bem-estar psicológico (BEP) apareceram como críticas à fragilidade das formulações que sustentavam BES e aos estudos psicológicos que enfatizaram a infelicidade e o sofrimento e negligenciaram as causas e consequências do funcionamento positivo. Tal perspectiva é resultado de críticas da autora por falta de uma consistente base teórica que justifique a escolha dos indicadores do BES.

Segundo Carol D. Ryff, estudos prévios que utilizaram medidas de afetos positivos e negativos e satisfação de vida tinham como propósito investigar a influência de mudanças sociais (BRADBURN, 1969) e do envelhecimento bem-sucedido (NEUGARTEN; HAVIGHURST; TOBIN, 1961, p. 134) no desenvolvimento, e não a essência do BEP. Além disso, a interpretação da felicidade como sendo a principal motivação da existência humana incide sobre a interpretação equivocada da obra de filósofos clássicos, como os escritos de Aristóteles (RYFF, 1989; RYFF e KEYES, 1995). Enquanto BES tradicionalmente se sustenta em avaliações de satisfações com a vida e num balanço entre afetos positivos e negativos que revelam felicidade, as concepções teóricas de BEP são fortemente construídas sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida.

Por meio de um estudo com amostra nacional de 3.032 americanos com idade entre 25 e 74 anos, Keyes *et al.* (2002, p. 1.015) procuraram apresentar evidências empíricas sobre as relações entre BES e BEP. Análises fatoriais confirmaram que os dois conceitos, embora mantivessem correlações entre si, poderiam ser considerados distintos e serem mantidas suas identidades conforme consta na literatura. Os resultados do estudo também revelaram que um estado ótimo de bem-estar, definido pelas autoras como alto BES e alto BEP, aumentava com a idade, com o nível educacional, com fortes traços disposicionais, tais como extroversão e conscienciosidade, mas decrescia com o neuroticismo⁴⁸, considerado um componente negativo da personalidade. Ao observar entre os participantes adultos de sua amostra quais eram as características de pessoas que apresentavam BES superior a BEP ou o inverso, verificou-se que entre eles estavam os mais jovens, que galgaram níveis educacionais mais elevados e

⁴⁸ O neuroticismo, traço de personalidade, refere-se ao nível crônico de desajustamento e instabilidade emocional. O modelo dos Cinco Grandes Fatores, também conhecido como “Big Five”, é uma versão moderna da Teoria de Traço e aparece como um consenso emergente entre os teóricos de traços. Segundo esse modelo, a personalidade é constituída por cinco traços, entre eles, o neuroticismo. Os demais traços são: extroversão, abertura para experiência, amabilidade e consciência (PERVIN; JOHN, 2004).

mostravam, como traço de personalidade, maior abertura a experiências.

O percurso exposto até aqui nos permite avançar mais na discussão da relação entre o bem-estar e envelhecimento. Destarte, o que diz respeito ao bem-estar físico, é perceptível que nos atendimentos médicos, em todo o mundo, recomenda-se a prática regular de atividade física para prevenção e tratamento de doenças físicas e mentais. É possível afirmar que o desenvolvimento de atividades simples como caminhadas, viagens turísticas e lazer em geral, proporciona uma melhoria na condição física e psicológica, auxiliando na realização de movimentos do dia a dia, tornando esses indivíduos prestativos em seu meio social e conscientes enquanto cidadãos.

Segundo Rebelatto *et al.* (2006, p. 128), prática regular de exercícios físicos [com consequente aumento dos níveis de β -endorfina]⁴⁹ é uma estratégia preventiva primária, atrativa e eficaz, para manter e melhorar o estado de saúde física e psíquica em qualquer idade, tendo efeitos benéficos diretos e indiretos, prevenindo e retardando as perdas funcionais do envelhecimento, reduzindo o risco de enfermidades e transtornos frequentes na terceira idade.

Diante dos benefícios evidentes das atividades físicas, em contraposição ao já exposto, de acordo com Giraldi (2014), o indivíduo que passa pelo processo de envelhecimento já não encontra tanto lazer como antes. Debilitações físicas ou perda do parceiro ou do trabalho fazem com que se sintam cada vez mais sozinhos e desanimados, aumentando o preconceito sofrido por eles quanto à sua “inutilidade” e ao “peso dos velhos na vida dos jovens”. Sob tal perspectiva percebe-se que há muitos desafios quando se trata de apoio familiar e de engajamento e adesão dos idosos às práticas regulares de exercícios físicos, que não somente promovem bem-estar físico, mas inclusive são propiciadores de saúde mental. Nesse sentido,

exercícios melhoram a qualidade de vida por meio do melhor funcionamento físico, redução de morbidades e melhora da saúde mental. **Os efeitos positivos do exercício** sobre as funções do **sistema imunológico** são bem documentados. Esses benefícios se expandem para as **áreas cognitiva e emocional** e, assim, validam a conexão entre mente e corpo que é a base de diversas práticas físicas de MCA⁵⁰ — Ioga, Tai Chi, Gi gong. Demonstrou-se que exercícios **melhoram depressão, ansiedade e TEPT**⁵¹, bem como o **funcionamento cognitivo e a autoestima**, e **reduzem os sintomas psicóticos** de pessoas com esquizofrenia. Esses efeitos podem ser explicados do ponto de vista neuroquímico, porque exercícios promovem a secreção de neurotransmissores como serotonina, epinefrina e opioides endógenos. Estudos também associaram perda de peso com **aumento da interação social, distração de estresse, prazer recreativo e domínio de desafios** (KAPLAN *et al.*, 2017, p. 799, grifos do autor).

⁴⁹ Conforme Foss e Ketejian (2000), a β -endorfina é uma das várias substâncias na categoria geral de peptídeos opioides endógenos que podem proporcionar benefícios a partir da alteração do humor, da redução da dor e do relaxamento.

⁵⁰ Medicina Complementar Alternativa.

⁵¹ Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

Ademais, nota-se evidente a aplicabilidade das Práticas Integrativas e Complementares do SUS⁵² (PICS) no curso de tratamentos na terceira idade, tendo em vista fortes evidências científicas dos potenciais benefícios na saúde do indivíduo senil. Atividades de relaxamento e musicoterapia também são prescritas. Sabe-se que a musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intrapessoal e/ou interpessoal e, em consequência, melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento associados à saúde mental.

Com a pandemia de covid-19, alcançar o bem-estar emocional tem sido um desafio para muitas pessoas, que têm recorrido a práticas como Yoga e *Mindfulness*⁵³ como auxílio. Para que os benefícios dessas atividades, que já são reconhecidos pelo SUS, continuem sendo ofertados à profissionais de saúde e população em geral, diferentes projetos de Faculdades públicas⁵⁴ e privadas se adaptaram para atender nesse período de isolamento social.

Nessa mesma perspectiva, a musicoterapia utiliza-se da música enquanto linguagem e meio de expressão de natureza não verbal. A música favorece a exteriorização de potencialidades, a expressão de emoções, o desenvolvimento da criatividade, ampliando as perspectivas de vida por meio do fortalecimento das interconexões cerebrais. Desta forma, Goyal *et al.* (2012) afirmam:

A música desempenha papel vital na recriação de harmonia e saúde. [Desde os primórdios a civilização humana desenvolve habilidades musicais, que sempre estiveram envolvidas nos aspectos de saúde.] A terapia musical fornece sistemas preventivos e protetores de distúrbios mentais, com associação na estabilização do humor, desenvolvimento da inteligência e com melhora do aprendizado. Há benefícios no campo da linguagem, memória e atenção, além dos benefícios físicos associados ao desenvolvimento e à coordenação motora. Importante terapia para a dor. Muitos estudos atuais confirmam que a **musicoterapia traz perspectivas positivas para a saúde** (GOYAL, A. K.; YADAV, G.; YADAV, S, 2012, v. 2, p. 17,

⁵² As PICS foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). São elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais.

⁵³ Demarzo; Garcia-campayo (2017, p. 11) afirmam que essa prática é encontrada em diversas tradições culturais, religiosas e filosóficas, como, por exemplo, no budismo e na filosofia grega antiga (em especial, no estoicismo); a *mindfulness* (atenção plena), praticada de forma secular, tem sido cada vez mais integrada na prática clínica contemporânea, principalmente na psicologia e na medicina. Ela consiste no exercício de se concentrar no momento presente, mantendo uma constante consciência do agora — nossos sentimentos, emoções, desconfortos, ambiente. Mais do que isso, é o exercício de prestar atenção, porém sem julgar os acontecimentos; aceitá-los e abraçá-los sem realizar julgamentos. O objetivo é focar a atenção em cada movimento, situação, respiração. Por isso, propõe-se evitar distrações, pensamentos externos e sentimentos anteriores, para intencionalmente sentir, ouvir, viver plenamente a situação presente.

⁵⁴ Podemos citar o projeto “Kundalini Yoga: Estilo de Vida e Saúde Mental”, que desde 2019 integra o Programa de Extensão Terapias Complementares do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG.

grifos do autor).

Em uma revisão de Guedea *et al.* (2006, p. 627), o componente afetivo é identificado como um equilíbrio entre os afetos positivo e negativo. Já o componente cognitivo tem sido identificado como satisfação com a vida. Segundo Rabelo e Neri (2016, p.169), as pessoas idosas são capazes de manter um senso positivo em relação a si mesmas, administrando, de forma adaptativa, as dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento. Deste modo, conseguem se ajustar e se adequar à realidade em que estão inseridas, o que pode ser realizado por meio de suas experiências anteriores ao longo da vida.

Em estudo concluído por Luz e Amatuzzi (2008, v. 25, p. 306), é notável que os idosos entendem que o processo de envelhecimento pode ser vivido positivamente, equilibrando perdas e ganhos. Segundo esses autores, os momentos que permitem proporcionar felicidade podem ser aqueles em que os idosos têm contato com as famílias, ou seja, a convivência familiar ou grupos com a mesma faixa etária.

Mesmo que muitos idosos possuam uma visão negativa sobre o envelhecimento, para Neri (2001 *apud* Freitas, *et al.* 2002, p. 66), os adultos maduros e os idosos mostram atitudes e crenças positivas em relação à velhice. Essas atitudes positivas contribuem para a adaptação às incapacidades e perdas presentes na longevidade, funcionando como um recurso de enfrentamento que atenua a adversidade de fatores estressantes, que, como consequência, possibilita um senso de ajustamento pessoal ou bem-estar psicológico positivo. Essa observação é constatada durante atendimentos de psiquiatria, quando idosos mais resilientes psicologicamente respondem melhor ao tratamento proposto; esse é um ponto crucial na abordagem médica de reforço positivo.

A propósito, Guerra e Caldas (2010, p. 2.932) completam que “o interesse pelo relato dos idosos quanto à autopercepção do processo de envelhecimento, considerando ganhos e perdas nesse trajeto, tende a quantificar de maneira íntegra e real as mudanças percebidas no ambiente social e no próprio corpo físico e mente.” Evidentemente, as percepções acerca do envelhecimento podem influenciar o modo como os idosos são vistos e tratados pela sociedade, o que pode influenciar na maneira como o indivíduo experiencia o seu próprio processo de envelhecimento.

Emergindo na década de 1990, o conceito proposto pela OMS de “envelhecimento ativo”⁵⁵ abre caminho para novas perspectivas sobre o processo de envelhecimento. “Esse

⁵⁵ Este conceito aplica-se a indivíduos e a grupos populacionais. Esta forma de encarar o envelhecimento concede aos indivíduos uma outra percepção das suas capacidades, no que diz respeito ao seu bem-estar físico, social e

termo consiste no método de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem.” (OMS, 2005, p. 13).

Ante o exposto, nota-se que as noções de bem-estar físico e emocional explicitadas indicam certa complexidade quando se trata de longevidade, porquanto nessa etapa do desenvolvimento humano há conflitos e vieses conceituais, culturais, sociais, sociológicos, filosóficos e psicológicos. Nesse seguimento, a dificuldade na abordagem em saúde mental da população longeva está relacionada ao equilíbrio entre as necessidades e as exigências mínimas dos idosos e a capacidade assistencial disponível para atendê-las, em nível familiar ou coletivo, pois, nessa fase da vida, tais aspectos adquirem características especiais.

1.3.2 Particularidades da saúde física na terceira idade

Cabe aqui a discussão das especificidades associadas à terceira idade quando se investiga aspectos de saúde física e mental. A proposta é permitir ao leitor compreender tais peculiaridades, com objetivo de propiciar reflexões e análises para a construção de conhecimento.

Kalache (1987, p. 208) aponta que, no processo de envelhecimento, é mais adequada a definição de saúde quando se leva em consideração o conceito de capacidade funcional⁵⁶, ou seja, o idoso mantém-se autônomo e independente na realização de suas atividades, mesmo quando acometido por patologias e apresente incapacidades associadas.

No cenário mundial há preocupação de autoridades sanitárias frente ao impacto social e econômico associados ao adoecimento na idade adulta tardia. Os elevados gastos públicos para garantir saúde aos adultos maduros e os prejuízos sociais causados individual e coletivamente por tais implicações são temas de discussões da OMS. Entre as metas desta agência especializada das Nações Unidas há as que impactam diretamente na vida da população idosa, como o controle de doenças crônicas não transmissíveis, do impacto de pandemias de influenza, SARS-Covid ou outras, e de cuidados na atenção primária. Segundo a OMS, diabetes, câncer e

mental ao longo da vida e permite-lhes participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, interesses e capacidades. O envelhecimento ativo protege ainda o indivíduo, proporcionando-lhe segurança e cuidados quando necessário.

⁵⁶ A capacidade funcional é definida como a habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente. Sua mensuração tem sido foco no exame da pessoa idosa e em um indicador de saúde mais amplo que a morbidade, pois se correlaciona com a qualidade de vida. É resultado da interação entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar, independência econômica e utilização de serviços. Usualmente, a capacidade funcional é avaliada pela capacidade de realizar as AVDs (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

doenças cardiovasculares, condições de saúde prevelentes na população idosa, são responsáveis pela maioria das internações e por mais de 70% de todas as mortes no mundo, o equivalente a 41 milhões de óbitos.

Para Fernandes e Siqueira (2010, v. 14, p. 373), a temática envelhecimento saudável passa a ser discutida com maior ênfase no cenário nacional no final do século XX e aborda conceitos de capacidade funcional entendida como manutenção das habilidades físicas e mentais capazes de proporcionar uma vida independente e com autonomia. O governo brasileiro trouxe o atendimento à pessoa idosa, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para a rede de atenção básica, ou seja, nos centros de saúde. Assim, Fernandes e Siqueira comentam:

Ao deslocar a rede de atenção à pessoa idosa para o nível básico, a estratégia governamental buscou **garantir a atenção integral à saúde da população idosa** de baixa renda, que apresenta, com frequência, algum tipo de agravo. Medidas coletivas e individuais destinavam-se a **manter e promover a autonomia e a independência** conforme os princípios e as diretrizes do SUS (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010, v. 14, p. 373, grifos do autor).

Os aspectos relacionados à promoção e à educação em saúde ainda são desafios para a implementação das políticas públicas de atendimento integral e multidisciplinar dos idosos. Vieira (1996) afirma que a capacidade funcional, especialmente para idosos, é um novo conceito de saúde, ao mostrar que saúde é a manutenção plena das habilidades físicas e mentais, desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para a manutenção de uma vida independente e autônoma. De acordo com Kalache (1987, v. 21), essa abordagem é muito útil em países subdesenvolvidos, para fins de planejamento, porquanto devido às precárias condições de vida o envelhecimento funcional antecede o envelhecimento cronológico, habitualmente precoce.

Para Basílio *et al.* (1997) e Scott *et al.* (1997), a capacidade funcional do idoso está diretamente relacionada à capacidade em desempenhar suas Atividades de Vida Diária (AVDs), que são as atividades essenciais para o autocuidado, incluindo realização de tarefas domésticas simples, e suas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), que são as atividades mais complexas e necessárias para adaptar-se, independentemente ao meio ambiente, como usar meios de transporte, controle e ações financeiras, realizar compras, dirigir veículo automotores e manusear aparelhos).

A incapacidade funcional do idoso pode manifestar-se pela perda da capacidade de desempenhar independentemente as AVDs e AIVDs. À vista disso, estudo pautado em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, demonstrado por Barbosa

et al. (2014, p. 3.323), revela que a incapacidade em idosos é mais prevalente no sexo feminino, nos idosos que não têm companheiros e que são acometidos por doenças crônicas.

Esses dados são constatados por mim, durante a realização de perícias médicas em servidores e magistrados da terceira idade no Tribunal de Justiça de Minas Gerais. É notável que as doenças crônico-degenerativas respondem por elevada parcela de absenteísmo nos Tribunais de Justiça do Brasil. A incapacidade laborativa desses pacientes tem preocupado autoridades sanitárias e estimulado medidas políticas de saúde pública em todo o mundo.

O mesmo ocorre nos atendimentos ambulatoriais em consultório particular (Instituto Ser Consciente) e no Centro de Atenção Psicossocial CAPS III – Sede / Contagem, onde encontram-se pacientes em idade adulta tardia sem suporte familiar, com comorbidades, em situação de abandono, amiudadamente com sinais de gravidade da depressão. Nesse sentido, um dos principais motivos que levam os idosos a serem internados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) é o abandono de familiares, aliado à falta de alguém que disponibilize tempo integral para seus cuidados, fator este relevante para se envelhecer com dignidade. Outrossim, a falta de recursos para pagar cuidadores ou o ato deliberado dos familiares responsáveis são possíveis causas de internação desta população.

Em 2018, dados do MS apontam que 39,5% dos idosos possuem alguma doença crônica e quase 30% possuem duas ou mais. Os números são do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil)⁵⁷ (2015), uma rede internacional de pesquisa sobre o envelhecimento. Para Fernandes e Siqueira (2010, p. 371), a questão do envelhecimento só passa a ser instituído como política pública no final do século passado, por meio da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), na qual são definidas metas e estratégias que visem ao envelhecimento saudável com foco na promoção e prevenção do envelhecimento e no Estatuto do Idoso.

A vista do até aqui exposto, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) entende que no Brasil a rede básica de saúde⁵⁸ é fundamental para um tratamento adequado ao idoso, especialmente aqueles que estão em situação de maior vulnerabilidade ou que necessitam

⁵⁷O ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros) é uma pesquisa longitudinal, de base domiciliar, conduzida em amostra nacional representativa da população com 50 anos ou mais. A pesquisa tem por objetivo examinar os determinantes sociais e biológicos do envelhecimento e suas consequências para o indivíduo e a sociedade. A pesquisa é coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz – Minas Gerais (FIOCRUZ-MG) e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A linha de base da coorte foi financiada pelo MS e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC).

⁵⁸A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. Para atender a esses princípios, a Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

de cuidados específicos. No mesmo sentido, o ELSI-Brasil, rede internacional para pesquisas sobre envelhecimento, apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do SUS.

1.3.3 Singularidades da saúde mental envolvidas no envelhecimento populacional

A psiquiatria geriátrica⁵⁹ surgiu como subespecialidade da psiquiatria, com o aumento demográfico e a elevação de transtornos mentais na população idosa. Sob esta ótica da saúde mental, nos anos 1960, o psiquiatra italiano Franco Basaglia propôs uma reformulação no conceito de loucura, mudando o foco da doença e expandindo-o com questões de cidadania e inclusão social, ideia que contribuiu para a Reforma Psiquiátrica Brasileira⁶⁰.

Nota-se que transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa em vários domínios: na vida familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na percepção autocrítica, na tolerância às adversidades e na possibilidade de encontrar prazer.

É notável que há mais clareza em definir-se o que é um Transtorno Mental quando compara-se à dificuldade em encontrar o conceito de Saúde Mental, e isso torna-se perceptível no DSM-V, quando apresenta a seguinte proposta:

Um Transtorno Mental é uma Síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos Mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (por exemplo, de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais

⁵⁹ Vários motivos contribuíram para que a Psiquiatria Geriátrica se estabelecesse não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, como uma subespecialidade da Psiquiatria. Um dos motivos que facilmente vêm à mente é o envelhecimento da população mundial e, em particular, do Brasil. Com o número crescente de idosos, aumenta também o número de doenças associadas a fases mais tardias da vida. Entre estas, encontram-se os transtornos mentais, que comprometem a qualidade de vida das pessoas idosas. Mas não são apenas os números que fazem da Psiquiatria Geriátrica uma subespecialidade médica válida e relevante. Os transtornos mentais dos idosos estão associados a fatores predisponentes, precipitadores e perpetuadores típicos da terceira idade como: doenças físicas concomitantes, isolamento social, perdas, polifarmacoterapia, dentre outros.). Além disso, a apresentação de quadros clínicos como depressão, psicose, ansiedade e dependência de drogas tem características que são muitas vezes peculiares do indivíduo idoso.

⁶⁰ O Brasil vem consolidando e expandindo sua rede de atenção psicossocial voltada para o cuidado de pessoas com transtornos mentais, fundamentada na ética e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesta perspectiva saiu-se de um modelo manicomial de atendimento com proposta de cuidado a partir da singularidade, da promoção de autonomia, humanização e equidade na assistência.

a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (DSM-V, p. 20).

De acordo com Monteiro (2002), com o envelhecimento a expectativa de doença mental eleva-se de 34% aos 61 anos para 67% aos 81, tornando-se um dos fatores mais preocupantes quanto à repercussão em saúde pública, e dentre essas doenças mentais está a depressão. Nas instituições de longa permanência para idosos, cerca de 50% dos residentes são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo que os quadros demenciais são os mais comuns, seguidos por problemas comportamentais e depressão (BRASIL, 2006).

Para Iwamasa *et al.* (1999, p. 3) e Kirmiziloglu *et al.* (2009), dentre os transtornos psiquiátricos que acometem a população envelhecida, os mais prevalentes são os transtornos depressivos e os transtornos de ansiedade, sendo fundamental conhecer cada patologia e seu desenvolvimento na população envelhecida.

Hoje, as causas de internamentos de idosos em instituições são a idade avançada, os transtornos mentais, as perdas funcionais, os transtornos neurológicos (como as demências) e as doenças crônico-degenerativas. Outras vezes, por ausência de família, situações de conflitos familiares, ou até porque o cuidado em casa torna-se penoso, desgastante para o físico/emocional, que, dependendo da situação socioeconômica, pode ser minimizado com a contratação de cuidadores e outros serviços.

As perdas de autonomia, a vivência de práticas sociais discriminativas, a incapacidade funcional, as perdas em várias áreas, a aposentadoria, as doenças, a farmacoterapia inadequada, as hospitalizações, a permanência em instituições asilares⁶¹, o afastamento dos filhos, o luto pela perda de laços afetivos, os prejuízos de memória, os déficits cognitivos, a falta de motivações e sentido para a vida fazem com que a pessoa idosa enfrente níveis elevados de estresse, de sintomas ansiosos e depressivos e de queixas somáticas, com perceptível fragilidade emocional, sofrimento psíquico e com impacto negativo na vida social.

Observo em meus atendimentos psiquiátricos a crença de que tais alterações são “normais” com o envelhecimento, o que dificulta muito a efetividade do tratamento. Muitas vezes o cliente chega no consultório em estado de anergia, anedonia e avolição⁶² demonstrando apatia e total passividade frente ao tratamento, e frequentemente os acompanhantes demonstram falta de manejo e desconhecimento sobre cuidado e longevidade.

⁶¹ A instabilidade econômica e o agravamento das condições de saúde geralmente trazem o idoso para mais perto de seus familiares, que nem sempre aceitam a função de cuidadores, aumentando a busca por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (GALHARDO; MARIOSIA; TAKATA, 2010, v. 20, p. 15).

⁶² Falta de vontade. A não iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo.

A depressão em idosos tem sido considerada um dos quatro gigantes da geriatria, sendo os outros três a demência, as quedas e infecções. Além dos quadros de agitação e agressividade, a dependência física e mental para atividades de vida diária nos idosos é a principal causa de institucionalização, contribuindo para o aumento dos gastos públicos e da família com saúde.

Todos esses fatores demonstram a necessidade da estruturação de estratégias específicas para a atenção à saúde mental do idoso (ABP, 2006). Assim, para Lini, Portella e Doring (2016, p. 1.012), os fatores que levam à institucionalização de idosos são a ausência de cônjuge, de filhos, o comprometimento cognitivo e a dependência para as atividades básicas de vida diária. Nesse sentido:

O ambiente residencial ocupa um lugar extremamente importante na vida das pessoas idosas, uma vez que pode interferir de forma positiva ou negativa no seu bem-estar psicológico dependendo das características e capacidades de adaptação das pessoas idosas (BARREIRO, 2013, p. 30).

Associada ao perfil epidemiológico de crescimento da população idosa, percebe-se a elevação dos índices diagnósticos dos referidos transtornos mentais, em especial os Transtornos de Ansiedade e os Transtornos depressivos. Estes últimos com prevalência em torno de 15 a 17% da população mundial com impacto significativo na morbimortalidade em idosos. Nessa lógica, Blazer (2003) afirma:

A Depressão maior⁶³ é diagnosticada entre 3 e 5% na comunidade, e cerca de 15% apresentam alguns sintomas depressivos. Nas instituições onde moram os idosos, este número pode chegar a 30%. A depressão é uma doença que ocorre desde a infância até a terceira idade; o fato é que no indivíduo senil ela é mais prejudicial (BLAZER, 2003, p.403).

Gordilho *et al.* (2000, p. 8) acrescentam que, além das garantias comuns de dignidade da pessoa humana e do Estatuto do Idoso, a PNSI objetiva a promoção do envelhecimento saudável, a preservação ou melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que já adoeceram, bem como a reabilitação das limitações

⁶³ A Classificação da depressão em maior ou menor tem sido cada vez menos utilizada. Em 1987, o DSM-III foi revisado e passou a se chamar DSM-III-R. No DSM-III-R, essa distinção maior/menor é também abandonada. Mas para o entendimento do resultado de muitos estudos presentes nesta dissertação faz-se necessário a abordagem desta classificação. Conforme o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo poderia ser classificado em três grupos: a) depressão menor (*minor*): dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia; b) distímia: três ou quatro sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo; Distímia é um transtorno depressivo de natureza crônica, mas de menor gravidade que a depressão maior. c) depressão maior (major ou unipolar): cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

funcionais. Assim, a pessoa idosa ativa na sociedade tende a apresentar uma melhor autoestima, diminuindo consideravelmente transtornos relacionados ao estado emocional/psicológico. Nesse sentido:

Os agravos à saúde podem afetar a funcionalidade de pessoas idosas, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2010, v. 3, p. 48).

Relevante ressaltar a preocupação médico-sanitária frente aos desafios futuros na promoção de saúde dos idosos, população com elevada tendência de crescimento, com singularidades ligadas à saúde emocional e física, além das evidentes dificuldades de abordagem terapêutica das condições de saúde psicopatológicas limitantes e incapacitantes.

À vista disso, entre os transtornos mentais, o transtorno depressivo é um dos mais prevalentes mundialmente e com significativos prejuízos na vida das pessoas. O termo “depressão” envolve entidades psiquiátricas variáveis em estágios diferentes de gravidades, por isso há necessidade de tecer comentários conceituais e classificatórios antes da proposta de recorte do tema na terceira idade. Assim, é necessário compreendermos como o quadro depressivo tem-se apresentado mundialmente em diferentes faixas etárias.

1.4 Panorama mundial do transtorno depressivo

Os transtornos depressivos constituem um grave problema de saúde pública devido a sua alta prevalência⁶⁴, repercussões na saúde geral e impacto psicossocial. À vista disso, a OMS considerou a depressão “o mal do século XXI”. De acordo com Mário R. Louzã Neto e Hélio Elkis:

O termo depressão é utilizado para caracterizar tanto **um estado afetivo normal quanto um sintoma, uma síndrome** ou uma (ou várias) **doença (s)**. [...] **A depressão como sintoma** pode surgir em outras condições médicas e mentais, em resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais, psicológicas ou econômicas adversas. Considera-se fundamental para o **diagnóstico diferencial entre sintoma e episódio depressivo** o comprometimento cognitivo e da capacidade hedônica, que são irrelevantes no primeiro. Todavia, a síndrome depressiva pode ocorrer em outras doenças, psiquiátricas ou não, e em decorrência do uso de vários medicamentos e

⁶⁴ Dados mais recentes da OMS e da OPAS apontam a depressão grave, manifestada por sintomas como ideação suicida ou sintomas psicóticos, como a maior causa de incapacitação no mundo. Nesta perspectiva, segundo projeção da OMS, a depressão (leve, moderada ou grave) alcançará, na década de 2030, a primeira posição entre as doenças com maior prevalência no mundo.

substâncias de abuso, como álcool e drogas (NETO; ELKIS, 2007, p. 220, grifos do autor).

Neste ponto, é clara a ideia de que apresentar sintomas depressivos não necessariamente configura episódio depressivo, mas uma resposta fisiológica congruente às intempéries cotidianas. De acordo com o DSM-V, são critérios para diagnóstico de depressão: estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo); anedonia⁶⁵; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração (habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se); anergia⁶⁶; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores (agitação ou retardo psicomotor); perda ou ganho significativo de peso na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Segundo o DSM-V, os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

Diferentemente da edição anterior denominada DSM-IV, o capítulo (DSM-V) denominado “Transtornos Depressivos” foi separado do capítulo anterior “Transtornos Bipolares e Transtornos Relacionados”. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

É relevante ressaltar que o transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. O DSM-V deixa claro que esse quadro é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. É possível o diagnóstico baseado em um único episódio, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos.

Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente⁶⁷, pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor persiste por pelo menos dois anos em adultos e

⁶⁵ Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina.

⁶⁶ Anergia: fadiga ou perda de energia.

⁶⁷ Os pacientes idosos devem cumprir os mesmos critérios, definidos pelo DSM-V, para os pacientes mais jovens. A distímia (Transtorno depressivo persistente) é uma síndrome depressiva de severidade leve a moderada que se define como tendo duração mínima por um período de dois anos.

um ano em crianças. Esse diagnóstico, novo no DSM-V, inclui as categorias diagnósticas do DSM-IV de transtorno depressivo maior crônico e distímia.

Um Relatório da OMS aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres.⁶⁸ Nota-se que os transtornos depressivos são diagnosticados quando geram sofrimento psíquico e prejuízos na vida social dos pacientes e podem ser classificados como leves, moderados ou graves.

É notável que a gravidade está diretamente relacionada com sintomas como ideação suicida, com ou sem planejamento, e com os sintomas psicóticos, quando os indivíduos perdem o discernimento, perdem a consciência de morbidade, ou seja, o juízo crítico, condição mental alienante. Diariamente, nos consultórios, encontro uma grande parcela dos pacientes com condições psiquiátricas predominantemente incapacitantes, como as descritas acima, realidade muito presente em tempos de pandemia do novo coronavírus.

No último ano constatou-se a preocupação de autoridades governamentais e sanitárias, como a ONU e OMS, frente ao impacto da pandemia na saúde mental das pessoas, afirmação endossada pelo senhor Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS. Fatores como o isolamento social, o medo de contaminação e a perda de familiares são agravados pelos problemas sociais ligados ao desemprego e à diminuição ou perda de rendas. Os relatórios já indicam um aumento da prevalência dos sintomas de depressão e aumento da gravidade dos quadros psiquiátricos.

Perante o exposto, observo diariamente na prática clínica diferenças e peculiaridades no desenvolvimento do Transtorno depressivo na longevidade e relativa complexidade durante as propostas terapêuticas, caracterizadas frequentemente por abordagens multiprofissionais e multidisciplinares no cuidado a uma população que frequentemente apresenta comorbidades, limitações físicas e fragilidade nas relações sociais. A partir desta perspectiva a recomendação é fazer uma análise da depressão sob o viés da terceira idade.

1.4.1 Transtorno depressivo e longevidade

⁶⁸ Na literatura, a maior prevalência da depressão entre as mulheres idosas tem sido justificada pelas seguintes hipóteses: a) maior prevalência dos fatores de risco, como menores níveis de renda e de escolaridade, maior comorbidade física, maior limitação funcional e viuvez; b) maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de depressão na presença desses fatores; c) predisposição biológica relacionada a questões genéticas e hormonais; d) papéis sociais mais conflituosos e menos reconhecidos na sociedade, que diminuiriam sua autoestima e habilidade para lidar com situações de estresse; e) questões metodológicas relacionadas a diferenças no relato de sintomas ou a uma maior procura por serviços de saúde (ALVARADO *et al.*, 2007; MINICUCIN *et al.*, 2002; BEEKMAN AT *et al.*, 2000; SONNENBERG CM *et al.*, 2000; ZUNZUNEGUI MV *et al.*, 2000).

Até aqui foram explicitadas características dos sintomas depressivos sem focar em características ou grupos específicos, no entanto é crucial a compreensão da manifestação dos transtornos depressivos sob o viés da terceira idade. Por esse ângulo, entre as pessoas idosas a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica.

Na senilidade, a depressão apresenta particularidades, modificações clínicas e psicopatológicas que dificultam a asserção diagnóstica, daí a dificuldade de classificação desses quadros. Segundo Neto e Elkis (2007, p. 669), na terceira idade, os sintomas depressivos podem ser divididos em psicológicos (menos prevalentes e mais relevantes para o diagnóstico) e somáticos. Subdividindo-se os sintomas psicológicos entre alterações do humor e da volição⁶⁹, nota-se que os primeiros, embora menos prevalentes, são os mais específicos para o diagnóstico de transtorno depressivo em idosos.

Ressalte-se que no diagnóstico de depressão geriátrica é importante observar vários aspectos como a presença de comorbidades como doenças crônico degenerativas e efeitos adversos associados à farmacoterapia, além do fato destes pacientes, como citado por Buckley e Lachman (2007) poderem apresentar mais dificuldades de comunicação e de locomoção, apresentarem um maior número de queixas somáticas e niilismo terapêutico⁷⁰. Nesse sentido, os efeitos da idade, das alterações cerebrais e a presença de comorbidades influenciam significativamente o tipo de depressão e o grau de resposta ao tratamento.

A literatura demonstra que os índices de depressão na atenção primária à saúde apresentam frequências consideráveis tanto nos estudos nacionais quanto nos estudos internacionais, no entanto, observam-se maiores índices nos estudos desenvolvidos no Brasil, o que aponta lacunas na assistência e nas políticas públicas e pouco investimento em pesquisas nesse âmbito.

O Transtorno depressivo é a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao suicídio, sendo os idosos o grupo etário que, com mais frequência, se suicida⁷¹. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se devam ignorar os chamados suicídios passivos (baixa adesão

⁶⁹ Processo cognitivo através do qual um indivíduo decide praticar uma ação em particular. Trata-se de um esforço deliberado e é uma das principais funções psicológicas humanas.

⁷⁰ Niilismo terapêutico é uma tese de que é impossível curar as pessoas ou sociedades de seus males por meio de tratamento. Na medicina, ele foi conectado à ideia de que muitas "curas" fazem mais mal do que bem.

⁷¹ Segundo relatório da OMS (2018), um dado relevante é que se estima que ao redor do mundo acontecem em torno de 800 mil mortes por ano por suicídio, sendo as taxas mais elevadas em pessoas com 70 anos de idade ou mais. E em nosso país não é diferente. Entre 2010 e 2018, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 98.646 óbitos por suicídio, sendo a ocorrência maior em idosos com mais de 70 anos, com risco maior no sexo masculino, com 8,6 mortes para cada 100 mil habitantes (2018).

ao tratamento e recusa alimentar), evidências confirmadas em estudos de BRASIL (2008, p. 101).

Nesse sentido, Chapman e Perry (2008, p. 1) também confirmam que as taxas de suicídio em pessoas idosas são maiores que nas outras faixas etárias. Para Brasil (2007, p. 135-136), as condições que indicam maior risco de suicídio na pessoa idosa, além das já citadas, são sexo masculino; solidão; doença depressiva severa; internações; doença médica severa, dolorosa ou incapacitante; insônia persistente; agitação psicomotora significativa; etilismo e sentimento de culpa excessiva.

Como os sintomas depressivos podem ser confundidos com o envelhecimento, se a equipe profissional de saúde não estiver atenta para a identificação da sintomatologia ou a considere parte normal do processo de envelhecimento, dificilmente haverá diagnóstico seguro. Cerca de 50 a 60% dos casos (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2011, p.327) não são detectados, tornando a depressão subdiagnosticada e subtratada nesta faixa etária.

A depressão pode coexistir com a demência em sua fase inicial. Então, um dos desafios para o profissional é distinguir entre depressão na etapa tardia da vida e o início de uma demência. Nesse sentido, Kaplan *et al.* (2017) endossam:

Outros estudos indicaram que a depressão em idosos é pouco diagnosticada e raramente tratada, sobretudo por médicos gerais. O baixo reconhecimento dessa depressão pode ocorrer porque o transtorno aparece com mais frequência por meio de queixas somáticas nos idosos do que nos grupos mais jovens. Além disso, a discriminação de idade (ageísmo) pode influenciar e levar os médicos a aceitar sintomas depressivos como normais em pacientes mais velhos (KAPLAN *et al.*, 2017, p. 361).

Depressão em pacientes com demência leve e moderada deve ser considerada mesmo quando observa-se dificuldade em enquadrar os sintomas depressivos nos critérios de diagnósticos de uma síndrome depressiva completa (TUNI *apud* FORLENZA, 2000, p. 89).

No Brasil, uma pesquisa populacional de 2013 com amostra nacionalmente representativa — Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) — mostrou que a prevalência de depressão é mais significativa entre as mulheres que vivem em áreas urbanas, com níveis educacionais mais baixos e com condições crônicas, como hipertensão e diabetes. Verificou-se que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clinicamente relevantes (78,8%) não recebia nenhum tipo de tratamento.

Depreende-se que a depressão se apresenta como uma das principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social. Segundo Boing *et al.* (2012, p. 622), estudos estabeleceram correlação entre estado depressivo e piora de quadros

clínicos, tais como doenças respiratórias crônicas, cardiovasculares, diabetes, obesidade e câncer, condições prevalentes em populações na idade adulta tardia.

Conforme Gazalle *et al.* (2004), o maior índice de nível depressivo foi encontrado em pessoas idosas do sexo feminino⁷², como já citado anteriormente, com menor escolaridade, ausência de cônjuge, nível socioeconômico baixo e falta de atividade física, sem existirem diferenças raciais ou étnicas. Assim,

na população envelhecida, a depressão torna-se um importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade individual como o fardo familiar associado à doença, somados aos custos financeiros, à alta taxa de utilização de serviços de saúde, ao tempo de trabalho despendido e à diminuição da qualidade de vida (LIMA, 1999, v. 21, p. 4; MANN, 2001, v. 38).

De acordo com Macdonald (1988, 30 p. 104), “frequentemente as depressões nos idosos não apresentam causas óbvias e história de episódios de depressão anteriores”. Katona (2000) sugere que os fatores que mais dificultam o diagnóstico da depressão são motivados pelo fato de o idoso acreditar que a depressão é consequência legítima do envelhecimento e, com isso, não mencionar seus sintomas. Ou porque os médicos ignoram os sintomas depressivos concentrando-se em outros fatores ao realizar um diagnóstico. Além disto, muitas vezes, os idosos têm vergonha de admitir os sintomas de depressão, apresentando-os de forma somática como perturbação do sono, dores e cansaço. O autor ainda ressalta que o diagnóstico da depressão se torna um desafio particular, quando seus sintomas se somam aos sinais do processo de envelhecimento, como, por exemplo, a fadiga, a anergia, a redução do sono, a hiporexia, e a coexistência de outras doenças, como ansiedade e desordens cognitivas, mascarando, assim, os sintomas do transtorno mental.

Há evidências consistentes de que o tratamento do transtorno depressivo na população idosa é uma questão ainda em discussão, e que, mesmo superado seu diagnóstico, muitos idosos não recebem tratamento adequado. Os principais recursos psicoterapêuticos são: atendimento individual; psicoterapia, nas suas diferentes modalidades; farmacoterapia; atendimento em grupo e atendimento à família.

Katona (2000) aponta que os médicos são frequentemente relutantes em prescrever antidepressivos para idosos, por considerarem-nos bastante frágeis e com pouca tolerabilidade

⁷² Entre os idosos, estudos têm sugerido que, embora o predomínio de depressão entre as mulheres persista, a proporção de depressão entre os gêneros declinará gradualmente com o avanço da idade, à medida que os homens fossem gradualmente mais expostos aos fatores de risco para depressão, incluindo fatores relacionados à saúde física, fatores sociais e fatores biológicos relacionados ao envelhecimento cerebral (MOJTABAI R, OLFSON M., 2004, p. 27).

para os efeitos adversos provocados pela medicação. Alguns médicos inclusive não indicam psicoterapia, por acreditarem que não se beneficiarão desse tratamento, devido à grande dificuldade de mudar suas atitudes, condutas que divergem das fortes evidências científicas dos benefícios deste tipo de tratamento.

Esse quadro reflete os resultados encontrados em pesquisa norte-americana realizada por Mann (2001, v. 38) na qual, numa população de 112 idosos deprimidos, naquele momento, só 38% tinham discutido seu estado mental com seu médico geral, 13% tinham recebido prescrição de antidepressivos e 6% conheciam o serviço de psiquiatria para 32 pessoas idosas. No entanto, sabe-se que a depressão é um distúrbio psiquiátrico frequente e potencialmente tratável na população com idade avançada. Em consonância com estudos recentes, Miram Ximenes Pinho e colaboradores confirmam:

Os aspectos pesquisados de associação significativa com depressão são os pessoais como: idade avançada e sexo feminino; as condições de saúde como: declínio do estado funcional, doenças crônicas e prejuízos cognitivos, comorbidades psiquiátricas, depressão prévia, distúrbios do sono, déficits cognitivos; eventos estressores; baixa escolaridade; baixo suporte social, entre outros (PINHO; CUSTODIO; MAKDISSE, 2009, p. 123).

Conforme afirmam George *et al.* (1989 *apud* Neto e Elkis 2007, p. 669), são preditores de cronicidade: história de episódio atual ou prévios de longa duração, comorbidade com doenças físicas, gravidade da depressão, apresentação não melancólica e presença de sintomas psicóticos. São fatores associados à boa resposta ao tratamento na depressão geriátrica: história de recuperação de episódios prévios, história familiar de depressão, sexo feminino, ter emprego, não apresentar abuso ou dependência de substâncias e não ter outros transtornos mentais.

Vários estudos indicam que os pacientes que relatam suporte social adequado têm maior resposta ao tratamento, consequência de melhor qualidade de vida. Wicke *et al.* (2014) investigaram se o humor depressivo exercia influência nas medidas de apoio social e qualidade de vida em pacientes idosos e concluiu-se que aqueles que possuem melhores níveis de apoio social realmente apresentam menor número de sintomas depressivos, incluindo o sentimento de solidão (KHAN e HUSAIN, 2010; KUTEK, TURNBULL e FAIRWEATHER-SCHMIDT, 2011, *apud* WOYCIEKOSKI *et al.*, 2012, v.43, p.284).

As limitações funcionais e incapacitantes, os prejuízos sociais, associados a elevado índice de sofrimento psíquico e as possibilidades de agravamento que podem gerar quadros psicóticos ou autoextermínio justificam as medidas urgentes da OMS na formulação de estratégias de enfrentamento da depressão na terceira idade. Como o quadro depressivo na

pessoa idosa representa uma condição de saúde ainda subdiagnosticada, muitas vezes com propostas terapêuticas ineficientes, percebe-se o impacto negativo na vida destes pacientes, que convivem diariamente com sintomas limitantes e sérios prejuízos das AVDs e AIVDs.

Existe na sociedade uma tendência a achar que, por estar idosa, a pessoa fica mais apática, irritada, mal-humorada, a expressar a figura simbolizada pela imagem do velho ranzinza. Estas crenças sobre os adultos mais velhos que se debruçam nos aspectos negativos da velhice são prejudiciais e distorcidas, podendo influenciar a forma como eles vivenciam esta fase do desenvolvimento, na sua autoestima, sua autoimagem e no seu bem-estar psicológico.

O processo de envelhecimento exige planejamento e estratégias de assistência multiprofissional e multidisciplinar qualificada. Além disso, diariamente instituições hospitalares e asilares apresentam demanda cada vez maior para atender a questões relacionadas à depressão e ao envelhecimento demográfico, mas ainda muitos profissionais da saúde não se interessam por especializações ou treinamentos a respeito da temática.

Repara-se que envelhecer é um processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem sua maneira própria de manifestar a senilidade. Sendo assim, o processo de envelhecimento, como já mencionado, é um conjunto de fatores que vai além do avanço da idade cronológica. Deve-se levar em consideração também as condições biológicas, traduzindo-se por um declínio harmônico de todo conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado quanto maior a idade. Destaco como possíveis causas as alterações hormonais decorrentes de alterações tireoideanas, pancreáticas, ginecológicas, dentre outras. Donde a importância de planejamento terapêutico multiprofissional e multidisciplinar.

Associadas a estas alterações de origem orgânica, há condições sociais, que variam conforme o contexto histórico e cultural; com as condições socioeconômicas num contexto de aposentadoria; com a capacidade intelectual quando há prejuízos cognitivos, com déficits de memória, atenção, orientação e concentração; e com a capacidade funcional, quando se há perda da independência e autonomia, ao necessitar de apoio de terceiros para desempenhar suas AVDs.

1.4.2 Terceira idade, depressão e saúde social

Conforme já afirmado, durante muito tempo a velhice era vista, pela nossa sociedade, como algo negativo associado à doença, à dependência e às perdas biológicas, funcionais, psicológicas e sociais. As investigações relacionadas ao envelhecimento focavam-se na análise das perturbações que lhe eram ligadas, nomeadamente nas perdas, nos danos e nos decréscimos das capacidades funcionais dos indivíduos a elas relacionadas.

Sob o viés biológico já mencionado anteriormente, muitos idosos atribuem a lentificação das reações cerebrais, a diminuição de libido, a impotência sexual, a queda imunológica, as alterações da pele e as limitações funcionais à condição de doença, como se fosse um processo natural na velhice. No entanto, o envelhecimento está interligado às funções biofisiológicas, que, à medida que as células de cada órgão específico irão envelhecendo, nem sempre há manifestação de doenças, apenas a perda de função onde a vida celular não consegue ser mantida por mais tempo (PAPALÉO-NETTO, *et al.*, 2006). Ou seja, envelhecer absolutamente não é sinônimo de adoecimento mental.

Para Teixeira e Neri (2008, p. 91), o processo de envelhecimento está associado à necessidade de adaptação (psicológica e social) por parte das pessoas na idade maior. A forma como é aceito depende de cada indivíduo, sendo relativas as experiências vividas e a própria forma de encarar suas vivências (SANTO; SILVA; CUNHA, 2012). A visão negativa da velhice não configura uma realidade exclusiva para todos os idosos; alguns deles reconheceram os possíveis ganhos, como os sentimentos de satisfação⁷³, integridade e possibilidade de ser feliz.

Objetivada por ganhos e conquistas de natureza psicológica e espirituais, a representação positiva da velhice ancorou-se em valores como experiência, maturidade, sabedoria, autonomia, paciência, equilíbrio, entre outras qualidades socialmente apreciadas.

Para Ávila *et al.* (2007, p. 8) aceitar o envelhecimento torna-se determinante para a construção de condutas e o planejamento de ações que promovam um envelhecimento saudável e bem-sucedido. Enquanto fenômeno psicossocial, as concepções contribuem para processos de formação de condutas, orientação das comunicações sociais e estruturação da identidade do idoso, assim como para as práticas sociais existentes. Por sua vez, o envelhecimento é marcado por diversas experiências, que são norteadas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso utiliza para interpretar o mundo e interagir com ele.

A visão que os idosos possuem em relação ao seu processo de envelhecimento pode ser influenciada pelo modo como a sociedade enxerga essa etapa e, conseqüentemente, na maneira como a pessoa idosa vai se constituir nesse meio, aceitando ou negando esse processo. Para Araújo e Carvalho (2005, p. 120), é preciso mudar a visão que muitas pessoas têm acerca do envelhecimento — deixar de ser encarado como algo negativo (aumento de previdenciários, sistemas de saúde ou fundos de pensão) e passar a ser visto como uma fase do desenvolvimento

⁷³ Na opinião de Resende *et al.* (2006), a satisfação com a vida é uma das medidas de bem-estar subjetivo (BES), que reflete a avaliação pessoal sobre determinados domínios e a forma como as pessoas vivem as suas experiências de vida de modo positivo.

humano no qual podem ser empreendidas várias habilidades e potencialidades: experiência, responsabilidade, assertividade, conhecimento, sabedoria, criatividade, dentre outros.

Verifica-se que as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, acarretando restrição/perda de habilidades ou dificuldade/incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária. Tais reveses sociais são ocasionados pelas limitações físicas e cognitivas, de forma que as condições de saúde da população idosa podem ser determinadas por inúmeros indicadores específicos, entre eles, a presença de déficits físicos e cognitivos.

Segundo Motta (2002, p. 41), muitas vezes a visão negativa que os idosos possuem decorre do imaginário social, que se relaciona à visão de desgaste, às limitações e à perda de papéis sociais, findando com a morte. Estudos brasileiros revelaram as perdas do processo, representando-o a partir de uma perspectiva consoante aos estereótipos negativos e preconceitos (AGUIAR; NASCIMENTO, 2005; ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006; CARVALHO; COELHO, 2006).

A partir do itinerário proposto até aqui, o estudo de Guerra e Caldas (2010, p. 2.934) sobre percepção do sujeito idoso acerca da velhice resume bem os ângulos de saúde social e mental. Assim, evidenciaram-se dois aspectos: o positivo, que diz respeito à longevidade, ao acúmulo de experiências e à conquista de uma vida melhor com mais autonomia (principalmente financeira), novos relacionamentos e possibilidades de aprendizado; e o negativo, quando se refere às alterações fisiológicas, ao aparecimento de doenças, ao estreitamento do campo vivencial e às limitações motoras e laborativas.

É considerável que o número de sintomas depressivos não, necessariamente, aumenta com a idade, mas, em parte, ao fato de que numerosas mudanças físicas, incluindo a incapacidade, dores crônicas e mudanças sociais, acontecem com o envelhecer.

Nesta linha de pensamento, Tavares *et al.* (2000, p. 237) afirmam que a depressão não é consequência normal do envelhecer, ao contrário do que a sociedade em geral e até mesmo os próprios idosos creem, estigmatizados pela pesada, negativa e pejorativa carga deste vocábulo e pela visão e percepção deste processo.

No entanto, do ponto de vista das perturbações da saúde mental nos idosos, como já mencionado, a depressão é aquela que surge com mais frequência, sendo, como citam Spar e La Rue (2005), o motivo de mais de 60% das admissões em unidades de psiquiatria geriátrica. Reforço que apesar de elevada prevalência na terceira idade e da tendência social estigmatizante, é evidente que depressão não é inerente ao processo de envelhecimento.

1.4.3 Prevalência da depressão na população idosa.

Os transtornos depressivos, desordens mentais que comumente afetam as pessoas mais velhas, apresentam sintomatologia variável especialmente nesta população. É o segundo grupo de desordens mentais mais prevalentes, atrás apenas dos Transtornos ansiosos. As taxas de prevalência de depressão geriátrica diferem consideravelmente, dependendo da definição de depressão, do critério diagnóstico e da população de interesse, sendo mais altas onde comorbidades com doenças físicas são mais comuns.

De acordo com Reynolds, Kupfer (1999, p. 1.167), as estimativas de prevalência de todas as formas de depressão geriátrica estão em torno de 25% nos pacientes com doenças crônicas hospitalizados ou em unidades de atenção primária e mais baixas nos residentes na comunidade (cerca de 10%).

De acordo com Steffens *et al.* (2000, p. 601), depressão na população envelhecida apresenta taxas de prevalência entre 2,7% e 35,7%, de acordo com o nível de gravidade da depressão, destacando-se a depressão menor⁷⁴, com uma prevalência maior no idoso, quando comparada com a de indivíduos mais jovens. Assim afirma Busse e Blazer:

Em estudos de base populacional os idosos apresentam pouca gravidade de seus sintomas depressivos para serem diagnosticados com depressão maior, e os períodos intermitentes sem sintomas desqualificam-nos do diagnóstico de outros distúrbios depressivos. No entanto, esses idosos sofrem de depressões crônicas (BUSSE; BLAZER, 1992).

Segundo Alexopoulos (2005), na população geriátrica, a prevalência de depressão maior⁷⁵ varia de 1 a 4% e a de depressão menor⁷⁶ varia de 8 a 16%. No contexto médico, a prevalência da depressão no idoso é superior à da comunidade, encontrando-se taxas de depressão em doentes hospitalizados que variam de 5 a 44%. Nesse sentido:

⁷⁴ Segundo Lyness, *et al.* (2006), a Depressão Menor (*Minor*) nos idosos encontra-se associada à alteração funcional e cerca de 25% dos pacientes desenvolvem depressão maior num período de dois anos, podendo também desenvolver ideação suicida. Em pacientes muito idosos poderá surgir um período de três anos antes do surgimento de depressão maior.

⁷⁵ A depressão Maior (*major*) no idoso encontra-se geralmente associada a alterações cognitivas e corporais. Estas últimas incluem hipercortisolemia, aumento da gordura abdominal, diminuição da densidade mineral óssea e aumento do risco de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Idosos sem demência e com depressão major frequentemente evidenciam dificuldade de concentração, de processamento mental e da execução de funções. Estes défices apresentam alguma melhoria após a remissão da depressão, mas, geralmente, não melhoram por completo. Atualmente, uma categoria classificada pelo DSM-IV no grupo das depressões sem outra especificação tem sido chamada de depressão menor. Esse quadro caracteriza-se pela presença de dois a quatro sintomas depressivos do DSM e não dos cinco ou mais necessários para o diagnóstico de depressão maior.

⁷⁶ A depressão menor, também denominada depressão neurótica (DSM-II). No DSM-III, a distinção entre depressão psicótica e neurótica é abandonada em proveito de uma diferenciação maior/menor (DSM-III-Revisado).

No idoso, estudos epidemiológicos recentes indicam que a prevalência de depressão maior é aproximadamente 1%; de distímia, 2%, e de transtorno da adaptação com humor depressivo, 4%. Uma porcentagem maior, 15%, têm sintomas depressivos que não preenchem critérios para os diagnósticos anteriores, mas apresenta sintomas significativos que interferem com a qualidade de vida e a capacidade funcional – esse quadro foi denominado de depressão menor ou subsindrômica (LYNESS *et al.*, *apud* NETO; ELKIS, 2007, p. 668).

Sob perspectiva das comorbidades, Snowden, Steinman, Frederick (2008, v. 5, p. 1) afirmam que 5 a 15% dos idosos sofrem de depressão. Esta, geralmente, está associada à alteração funcional, uso excessivo dos recursos de saúde e aumento da mortalidade traduzida pelo aumento das taxas de suicídio e de complicações de comorbidades como as doenças cardíacas. Os sinais e sintomas depressivos⁷⁷ são muito prevalentes em fases avançadas da vida, e os transtornos depressivos representam grande impacto negativo tanto na morbidade quanto na mortalidade dos idosos.

Constata-se que há grandes reveses psiquiátricos na condução de casos de transtornos depressivos em idosos, condição de saúde de significativa prevalência, com elevadas taxas de morbimortalidade. Nas próximas discussões, buscar-se-á compreender a manifestação clínica da depressão sob o viés da terceira idade.

1.4.4 Principais sintomas depressivos encontrados na população idosa e suas principais causas

A prática clínica nos atendimentos psiquiátricos em consultório particular, no Centro de Atenção Psicossocial CAPS III – Sede/Contagem e nas perícias médicas na Gerência de Saúde no Trabalho do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (GERSAT/TJMG) permitiram-me observar e constatar o perfil sintomatológico⁷⁸ da depressão na população idosa nos últimos oito anos.

A manifestação da depressão é percebida em entrevista psiquiátrica, por meio das manifestações corporais, como expressões faciais tristes — boca curvada para baixo; sorriso assimétrico; olhares melancólicos; testas franzidas; ombros baixos/encolhidos; cabeça curvada para baixo; braços cruzados; movimento negativo de cabeça; tendências ao choro ou olhares

⁷⁷ Hipotímia, anedonia, avolição, hipopragmatismo, baixa concentração, anergia, apatia, hiporexia, alterações do sono (insônia ou hipersonia), sentimento de inutilidade, agitação ou retardo psicomotor, tendência a isolamento, falta de sentido, ideação suicida.

⁷⁸ A sintomatologia depressiva é variável e dinâmica, podendo manifestar como sintomas do estado do humor: hipotímia/disforia, irritabilidade, desânimo, sentimento de abandono, sentimento de inutilidade, diminuição da autoestima, retraimento social/solidão, anedonia e desinteresse, ideias autodepreciativas e de morte, ideação suicida, com ou sem planejamento; sintomas neurovegetativos: inapetência, emagrecimento, distúrbio do sono, perda da energia, lentificação psicomotora ou inquietação psicomotora, hipocondria, dores inespecíficas; sintomas cognitivos: dificuldade de concentração e memória, lentificação do raciocínio; e sintomas psicóticos: ideias paranoides, delírios de ruína, de morte e/ou alucinações auditivas e visuais sugestivas de suicídio, como as vozes de comando.

apreensivos, além de sintomas fundamentais para o diagnóstico da depressão citados posteriormente. A literatura é vasta sobre o tema, com ótimas perspectivas acerca do tratamento, apesar de ainda não haver consenso ou propostas definitivas acerca da causa do transtorno depressivo.

Para Blazer e Koenig (1996 *apud* Neto; Elkis, 2007, p. 669), a etiologia da depressão geriátrica é multifatorial. Os fatores genéticos, embora presentes, contribuem menos do que na depressão de início precoce. Outrossim, interferem nas mudanças que ocorrem no metabolismo dos neurotransmissores com o envelhecimento: as concentrações de noradrenalina e serotonina diminuem, e a atividade da enzima monoaminoxidase aumenta, além de alterações hormonais e dessincronização do ritmo circadiano. São ainda fatores muito importantes: suporte social como fator protetor e saúde física, ou seja, aqueles que apresentam doenças associadas apresentam maiores riscos de manifestarem um quadro depressivo. Ainda, nessa lógica:

Vários medicamentos e substâncias podem causar sintomas depressivos (constituindo síndrome de depressão orgânica), sendo os mais comuns: antagonistas beta-adrenérgicos, benzodiazepínicos, clonidina, reserpina e metildopa. Normalmente, suspendendo o medicamento, há melhora considerável do quadro depressivo (NETO; ELKIS, 2007, p. 669).

Com a possibilidade de associação de doenças crônicas, polifarmacoterapia⁷⁹ e senilidade aumenta-se a necessidade de um olhar cuidadoso dos psiquiatras, clínicos, geriatras, neurologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e outros no cuidado do paciente idoso. Diante disso, sabe-se que o uso em excesso de medicamentos pode causar sintomas psiquiátricos nos idosos (efeitos adversos), que podem estar relacionados a altas doses ou à automedicação, entretanto, muitos transtornos mentais em idosos podem ser aliviados ou mesmo revertidos, ao se considerar a efetividade do tratamento quando os sintomas incapacitantes entram em remissão.

A depressão é classificada como um transtorno do humor, que se manifesta por meio de uma ampla sintomatologia, que inclui não apenas as alterações do humor, mas também se manifesta por meio de sintomas cognitivos (preocupações, dificuldade para tomar decisão, ideação suicida, padrões de pensamento relativos à culpa) e neurovegetativos.⁸⁰ Para Neto e Elkis (2007, p. 669), os sintomas cognitivos também são mais intensos nos indivíduos em idade maior deprimidos, porquanto alguns pacientes têm deficiências cognitivas tão significativas que

⁷⁹ Polifarmacoterapia é um termo recente relacionado à utilização de vários medicamentos simultaneamente.

⁸⁰ Sistema responsável por manter a homeostase, promover respostas apropriadas e coordenadas a estímulos externos e sincronização das atividades metabólicas com o ritmo circadiano, como exemplo, alteração no apetite, no sono e na libido.

são denominadas de pseudodemências. Sendo assim, na depressão, os prejuízos cognitivos não são estáveis como na demência, oscilando entre um exame e outro.

De acordo com Neto e Elkis (2007, p. 222), a depressão é caracterizada por sintomas fundamentais como humor depressivo e/ou falta de interesse e motivação, lentificação psicomotora (redução da energia mental e física) e redução ou ausência da capacidade hedônica.⁸¹ Alguns autores, como Akiskal (2000, v. 1), consideram mudanças da psicomotricidade e da volição, no caso o retardo psicomotor, a principal alteração da depressão. Nesse sentido, algumas pesquisas sugerem que retardo psicomotor pode ser mais comum na depressão unipolar⁸², embora a agitação psicomotora apareça com mais frequência na depressão bipolar⁸³ (MITCHELL *et al.*, 1992, *apud* EL-MALLAKH, 2008, p. 17).

Para Stoppe Junior; Louzã Neto (1998), as características melancólicas, a anorexia e a perda de peso são bastante prevalentes na depressão geriátrica. Nota-se que, em casos extremos, a lentificação psicomotora pode evoluir para estupor depressivo, condição clínica grave e psicótica⁸⁴, na qual o paciente fica alheio à realidade, emudece e deixa de se alimentar. Nota-se que em alguns estados depressivos predominam apatia, ausência de tristeza ou irritação, mas falta motivação.

Segundo Neto e Elkis (2007, p. 222), os pacientes deprimidos apresentam alterações de sono, apetite, função sexual e ritmos circadiano do humor, além de poderem concentrar suas queixas em dores e desconfortos físicos (dores, desconforto gástrico, tonteiras etc.), insônia ou inapetência, na ausência de doença física. A depressão pode ocasionar quaisquer sintomas dolorosos ou físicos (difusos, desproporcionais) e acentuar dores preexistentes. Apesar de grande parte dos idosos apresentarem, nos casos de depressão, quadro clínico semelhante ao de outras faixas etárias, esses indivíduos, com maior frequência, apresentam quadros atípicos ou particularidades, como várias comorbidades clínicas e sociais, que podem levar à dificuldade no diagnóstico proposto. A partir dessa premissa é pertinente abordar a temática de dor crônica. Assim:

É evidente na prática médica que **a dor é uma das queixas mais comuns** nos pacientes com depressão, especialmente nos pacientes geriátricos, surgindo tipicamente

⁸¹ Relativa a sentir prazer, alegria, felicidade em situações cabíveis e proporcionais a elas.

⁸² Para diferenciar da depressão que pode ocorrer em pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. Pacientes com depressão unipolar nunca manifestaram episódios de exaltação de humor em suas histórias clínicas.

⁸³ Refere-se à fase depressiva do Transtorno Afetivo Bipolar.

⁸⁴ A psicose refere-se a condições que afetam a mente e o discernimento (juízo crítico). Nesse caso há alguma perda de contato com a realidade, assim, os pensamentos e percepções de uma pessoa são perturbados e o indivíduo pode ter dificuldade em entender o que é real e o que não é. Os sintomas da psicose incluem delírios e alucinações. Os delírios são ideias ou pensamentos que não correspondem à realidade. Alucinações são alterações da psicomotricidade quando há percepções sem presença de um estímulo real.

de forma exagerada e envolvendo múltiplos sistemas como o gastrointestinal, o neurológico e o musculoesquelético (BUCKLEY, 2007, p. 35, grifos do autor).

O presente autor percebe, na prática psiquiátrica, que pacientes idosos com dor crônica tendem a responder menos efetivamente ao tratamento proposto. Nesses casos, dores de origem clínica potencializam sintomas depressivos e, por outro lado, o quadro psiquiátrico leva a surgimento ou intensificação do quadro álgico. Para Williamson (1992), seus achados indicam que dor e doença mantêm uma relação indireta com a depressão, na medida em que são contribuintes importantes para a incapacidade funcional, que, por sua vez, contribui para a depressão. Também podem surgir insônia ou hipersonia, alterações sexuais com diminuição da libido de ambos os sexos, em homens, disfunção erétil, e, em mulheres, raramente, amenorreia transitória. Além disso, podem-se observar mudanças de regulação da temperatura e do ritmo de produção de cortisol (AKISKAL, 2000).

Nos quadros depressivos, pode ocorrer a agitação psicomotora, com inquietação, ou lentificação psicomotora. O humor pode ser irritável, mal-humorado, sensível a estímulos negativos, manifestado pela tendência de sentir-se sempre incomodado. Para Sadock (2007), os sintomas geralmente apresentados pela depressão são associados à perda de interesse, sentimento de tristeza e de prazer para realizar atividades comuns, podendo ser mais comum em idoso do que em outras faixas etárias da população.

Em revisão feita por Alvarado *et al.*, os autores mostram como condições socioeconômicas desfavoráveis na infância têm efeito cumulativo, com consequências ao longo da vida e com a possibilidade de desenvolver depressão. Assim, indivíduos expostos precocemente a condições socioeconômicas adversas adquirem níveis mais baixos de educação e de renda, maiores níveis de desemprego e piores condições de vida e de trabalho — acumulam desvantagens que os tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas e de problemas de saúde mental, como os transtornos depressivos.

Diversos instrumentos de *screening* para detecção de depressão na população foram desenvolvidos, como: *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref), *Mental Health Index 5* (MHI-5), *Centers for Epidemiologic Studies — Depression* (CES-D), sendo o mais utilizado deles o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Esses instrumentos têm sido avaliados como um avanço na detecção de possíveis casos de depressão na população, dada sua sensibilidade e confiabilidade.

Dadas as especificidades dos sintomas depressivos da população idosa, utiliza-se a escala de depressão geriátrica (GDS), que é considerada o melhor instrumento validado para uso nesta população. Contudo, sua utilização encontra-se limitada em pacientes com déficits

cognitivos. Outras escalas (anexos D e E) utilizadas são a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) e a Escala de Cornell para a Depressão na Demência (CSDD).

Nos consultórios psiquiátricos e psicológicos é comum o paciente depressivo manifestar sentimentos de menos valia, ideias de ruína, depreciativas, falta de esperança e falta de sentido⁸⁵ da vida, fato endossado pela afirmação:

A dúvida em relação ao sentido na vida poderia desempenhar um papel importante no estabelecimento e na manutenção de um quadro depressivo. Assim, identifica-se que os sintomas depressivos decorrentes das questões existenciais podem se manifestar quando há uma **dificuldade interna em perceber possibilidades de sentido no campo perceptivo do indivíduo** (presente e futuro) e quando a vida, de forma geral, é avaliada sem conteúdo significativo (FRANKL *apud* AQUINO, 2016, v. 12, p. 37, grifos do autor).

Com a mesma asserção Martinez (2011, p. 114) define sentido da vida como percepção afetivo-cognitiva de valores que convidam a pessoa a agir de um modo ou outro perante adversidades específicas ou da vida em geral, dando coerência e identidade pessoal.

Frankl (2009) aponta o "vazio existencial"⁸⁶ como uma nova demanda na contemporaneidade que é manifestada pelo niilismo privado, quando há um sentimento de vazio decorrente de uma perda de valores existenciais. Corroborando com a ideia de Lukas (1990), nessa perspectiva percebe-se que a condição depressiva se agrava quando não apresenta um propósito, o ser deixa de responder ao presente de forma significativa, o que exacerba e aguça a falta de sentido.

Há que se ressaltar que quadros psicopatológicos depressivos apresentam frequentemente em sua gênese a falta de sentido existencial, que deve ser compreendida de forma detalhada para se chegar aos resultados e às interpretações da relação entre a dimensão espiritual dos seres e a saúde mental. Pretende-se, assim, estudar a teoria do maior especialista e referência neste tema, o pesquisador Victor Frankl.

Autores como Martínez Ortiz *et al.* (2015) consideram que o construto "vontade de sentido" foi incluído no DSM-V no eixo "autodeterminação". Se, por um lado, o autodirecionamento é constitutivo para a personalidade humana, por outro, a perda do sentido torna o ser

⁸⁵ A dimensão do sentido da vida foi amplamente estudada por Viktor Frankl (1989) em sua teoria denominada logoterapia, que aponta a relevância desse construto para a saúde mental.

⁸⁶ O vazio existencial se verifica quando as pessoas não encontraram o sentido para as suas vidas. Este vazio se manifesta principalmente num estado de tédio. Quando as pessoas se deixam dominar pela rotina cotidiana, quando se alimentam intelectualmente pela multidão de informações midiáticas superficiais e quando não se dispõem de tempo para o lazer mental.

humano suscetível psiquicamente, abalando sua saúde emocional e deixando-o mais vulnerável para a manifestação de sintomas de depressão.

Indubitavelmente, a logoterapia⁸⁷ se aproxima do conceito de Autodirecionamento como uma orientação para a responsabilidade, despertando o ser "consciente" e o ser "responsável" perante algo ou alguém (FRANKL, 1995). Esse pressuposto parte da constatação de que "... as pessoas que se encontram em um vazio existencial permanecem doentes por mais tempo porque sua força para mudança não se acende" (LUKAS, 2012, p. 159).

Embora a questão do sentido seja essencial para a proteção e a promoção da saúde (Frankl, 2009), constata-se que o vazio existencial vem se sobressaindo e, por conseguinte, tornando o ser humano vulnerável a transtornos afetivos. Martínez Ortiz *et al.* (2015) apontam para o fato de que a percepção de sentido na vida se encontra restrita em todos os tipos de depressões, sejam elas originárias do psíquico, do biológico, ou mesmo de questões existenciais, como a falta de um para que viver.

A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, com prejuízos sociais, além de interferir na capacidade dos indivíduos realizarem suas AVDs ou AIVDs. Deste modo, os idosos que são limitados na realização das AVDs têm um alto risco em desenvolver depressão, fato confirmado na prática clínica, quando parcela significativa dos pacientes depressivos relatam prejuízo emocionais e sociais ligados às limitações. Mann (2001, v. 38), em sua pesquisa, observou que 69% dos idosos mostravam que incapacidade funcional era um forte fator preditor para depressão.

O agravamento do Transtorno Depressivo está relacionado a elevado sofrimento psíquico, grandes prejuízos sociais, associados à alteração no curso e na forma do pensamento em quadros psicóticos, ou seja, os pacientes perdem a capacidade de discernimento, do juízo crítico, além de apresentarem alterações de sensopercepção⁸⁸; ou ligados à ideação suicida, com ou sem planejamento, até a possibilidade do autoextermínio.

Os sintomas psicóticos secundários à depressão são comuns na população idosa. Segundo Neto e Elkis (2007, p. 669), os delírios nesta população são os mais encontrados, sendo

⁸⁷ Logoterapia é uma escola psicológica de caráter multifacetado — de cunho fenomenológico, existencial, humanista e teísta —, conhecida também como a “Psicoterapia do Sentido da Vida” ou, ainda, a Terceira Escola Vienense de Psicoterapia. A teoria de Viktor Emil Frankl (1905-1997) concebe uma visão de homem distinta das demais concepções psicológicas de seu tempo ao propor a compreensão da existência mediante fenômenos especificamente humanos e a identificação de sua dimensão noética ou espiritual, que pela sua dinâmica própria, pode despertar a vivência da espiritualidade.

⁸⁸ A sensopercepção constitui a primeira etapa da cognição, ou seja, do conhecimento do mundo externo, que se refere aos percepção de objetos reais. A alucinação seria definida como uma perturbação psicossensorial correspondente à projeção de fenômenos subjetivos no campo objetivo, caracterizados por: 1) qualidade sensorial do fenômeno; 2) espacialidade; 3) crença errônea na existência do estímulo sensorial (PIERÓN, 1996, p. 20). As alterações de sensopercepção mais comuns são as alucinações auditivas, visuais, olfativas e táteis.

mais raras as alucinações. E os temas delirantes mais comuns são de culpa, de negação, persecutórios, hipocondríacos e de ciúmes. Nessa perspectiva, para Stella *et al.*,

no idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (STELLA *et al.*, 2002, p. 92).

Como já afirmado, é evidente a etiologia da depressão geriátrica é multifatorial, com entrecruzamento de vários fatores: psicológicos, biológicos⁸⁹, sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outros, que fazem com que a depressão se manifeste diferentemente em determinado sujeito.

Algumas situações que acarretam uma transição de ansiedade, angústia e emoções fortes podem levar uma pessoa a se deprimir profundamente. Dependendo do estado psíquico de cada um haverá a reação desencadeante ou não do nível depressivo. Nas pessoas idosas, o grau depressivo acaba sendo maior pela forma como o indivíduo lida com os sintomas e como procura ajuda profissional.

Para Freitas *et al.* (2002, p. 102), no que se refere à avaliação e tratamento da depressão em idosos, existem falsas crenças que às vezes prejudicam o diagnóstico, evitando que a doença seja tratada de forma adequada, como, por exemplo, a já mencionada ideia de que depressão e demência são próprias do envelhecimento, decorrente, talvez, do pouco conhecimento do que de fato é o envelhecer normal.

1.4.5 Depressão na terceira idade e possíveis fatores de risco

Os fatores de risco gerais para o desenvolvimento de quadros depressivos na população idosa incluem: antecedentes depressivos prévios; doença incapacitante e/ou dolorosa; abandono e/ou maus-tratos; institucionalização; morte de cônjuge, familiar ou amigo próximo; uso de medicamentos, como os benzodiazepínicos, betabloqueadores, entre outros. (BRASIL, 2006,

⁸⁹ Alexopoulos (2005) e Beyer (2007), relatam que estudos desenvolvidos no âmbito da neuropsiquiatria estão a contribuir para um melhor entendimento das causas biológicas da depressão. Alterações verificadas ao nível da amígdala, hipocampo e do circuito subcortical frontal, mais especificamente circuitos estriado-pálido-tálamo-corticais, quer devido à neurodegeneração ou à doença cerebrovascular, encontram-se na base de alguns tipos de depressão no idoso. A doença cerebrovascular subclínica também pode condicionar a susceptibilidade prévia para a expressão da depressão. Outros achados, como atrofia cerebral, lesões isquêmicas periventriculares e da substância branca subcortical, estarão também envolvidos nesta patologia.

p. 102). Assim, nessa mesma lógica, Nóbrega (2007) propõe:

Os fatores associados a maior risco de desenvolvimento de depressão incluem: gênero feminino; isolamento social; viuvez/divórcio; baixas condições socioeconômicas; comorbidades; dor não controlada; insônia; insuficiência funcional; disfunção cognitiva; alguns fármacos; tentativas de suicídio anteriores e história familiar de depressão maior (MEDEIROS, 2010, *apud* NÓBREGA, 2014, p. 24).

Neto e Elkis (2007, p. 669-670) associam o maior risco de desenvolvimento da depressão com as seguintes comorbidades comuns na terceira idade: cardiopatias, como infarto agudo do miocárdio; doenças neurológicas, como a doença de Parkinson, Alzheimer; endocrinopatias (hipotireoidismo ou hipertireoidismo); diabetes mellitus, câncer; dor crônica e distúrbios metabólicos. [...] Por esse ângulo, Neto e Elkis (2007) afirmam:

A associação de doenças físicas com depressão pode ser explicada por diferentes mecanismos. Estes podem ser **biológicos ou psicossociais**, em consequência de sofrimento, limitação das atividades [AVDs ou AIVDs] e das interações sociais, causando isolamento social e, ainda, a depressão pode estar associada à dor crônica. As doenças físicas podem, assim, contribuir para causar, desencadear ou intensificar os quadros depressivos (NETO; ELKIS, 2007, p. 670, grifos do autor).

É notável que o envelhecimento no Brasil tem sido associado a riscos aumentados de manifestação de sintomas depressivos, além de uma prevalência aumentada de doenças crônicas, incapacitação e morte. Tais questões podem trazer implicações para o sistema de saúde e para a sociedade, que ainda não estão preparados para essa questão preocupante de saúde pública.

Estudos recentes realizados por Lima Costa *et al.* (2000, v. 9, p. 39) indicam que o envelhecimento no Brasil tem sido associado a uma prevalência aumentada de doenças crônicas, incapacidade e morte, questões que podem trazer implicações para o sistema de saúde e para a sociedade, que ainda não estão preparados para essa situação.

Com relação à depressão e aos aspectos sociais em estudo longitudinal na comunidade, Shoevers *et al.* (2000) verificaram incidência de depressão na população idosa, avaliando efeitos de três tipos de vulnerabilidade: genética e familiar, indicada por história pessoal ou familiar de desordem mental; vulnerabilidade orgânica, indicada por sintomas orgânico cognitivos; e vulnerabilidade ambiental, por ser solteiro e sem apoio social. Em análise multivariada, a vulnerabilidade ambiental foi o fator de maior associação.

De acordo com Penninx *et al.* (2000), em Amsterdam, em estudo longitudinal para verificar a relação entre depressão e declínio físico, na população idosa, foi observado que a função física pobre é um fator de risco para o início e cronicidade de depressão, como também

a depressão crônica tem um impacto significativo com o passar do tempo em declínio físico. Além disto, que esses dois agravos se reforcem mutuamente, causando uma espiral descendente progressiva em pessoas mais velhas. Esse estudo sugere, ainda, que o reconhecimento precoce e o tratamento da depressão possam ser protetores para o declínio físico.

Simonsick *et al.* (1995, p. 245) concluíram, em estudo longitudinal, que os índices de mortalidade são substancialmente altos, quando os sintomas depressivos vêm associados a doenças cardiovasculares e à hipertensão. Essa condição no idoso é frequentemente atribuída às reclamações constantes de doenças crônicas, apesar da disponibilidade de tratamento para essas doenças, como também ao frequente baixo índice de diagnóstico e tratamento da depressão.

Nota-se que os sintomas depressivos e demenciais se sobrepõem, com frequência, em pacientes geriátricos, encontrando dificuldade na busca de uma relação de causa e efeito. Idosos deprimidos frequentemente se queixam de falhas de memória. A ocorrência de depressão na idade avançada tem sido considerada um possível fator de risco para demência (FORLENZA, 2000, p. 88). Assim, as pessoas idosas deprimidas que apresentam déficits cognitivos importantes como parte da depressão têm maior risco de evoluir para demência, apesar da remissão dos sintomas demenciais após tratamento bem-sucedido da depressão. Newman (1999) observou que a depressão é mais prevalente em demência vascular, quando comparada à demência de Alzheimer.

Ainda de acordo com Mann (2001, v. 38), os idosos deprimidos com demência associada apresentam uma maior probabilidade de institucionalização. E, além disso, a transferência do idoso do seu lar para a instituição apresenta uma maior probabilidade de desenvolvimento de transtornos depressivos, confusão mental, perda do juízo crítico, despersonalização e um estreitamento do campo vivencial com tendência a isolamento e separação da sociedade (ARAÚJO *et al.*, 2007, *apud* SILVA 2011, p. 94).

Um estudo realizado por Barroso (2008, p. 4) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a solidão e a depressão no que tange ao contexto habitacional, assim, os idosos institucionalizados apresentaram níveis de solidão e depressão superiores aos idosos que viviam em contexto comunitário.

De acordo com Forsell *et al.* (1997), estudos de base populacional com idosos apontaram para pensamentos suicidas fortemente correlacionados com a presença de depressão, a variável mais importante da descoberta. Os autores apontam como fator altamente preocupante o baixo reconhecimento e tratamento da depressão na população envelhecida, sugerindo que a avaliação focalizada para depressão deve ser o primeiro passo para a busca da

causa de pensamentos suicidas em idosos.

Os muitos estudos supracitados com relação à depressão na população idosa, em alguns aspectos, sugerem avanço, como a clareza de que a depressão pode (e não deve) estar presente no processo de envelhecimento. Fazem forte associação com os aspectos, igualmente levantados, como: idade, sexo, aspectos sociais, declínio do estado funcional, doenças crônicas, prejuízo cognitivo e suicídio.

Observo forte concordância entre os autores que afirmam que mais estudos, especialmente de base populacional, são necessários para investigar os transtornos depressivos em idosos, as relações de causa e efeito, suas relações durante o curso da depressão e o desfecho, além das abordagens terapêuticas, para que se possam obter resultados mais conclusivos.

Em face do exposto, pretendeu-se abordar aspectos ligados à saúde mental e ao envelhecimento no primeiro capítulo, de acordo com o recorte temático desta dissertação. Conforme já explicitado anteriormente, a saúde do ser humano apresenta dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, que se inter-relacionam em complexidade, considerando a natureza biopsicossocial do ser. Destarte, propõe-se o estudo da espiritualidade no próximo capítulo, sob o viés da saúde mental, para propiciar a pré-análise do problema apresentado na introdução.

É necessário compreender a relação entre cérebro e experiências espirituais, mente e espiritualidade, fatores tão relevantes para essa dimensão da humanidade. A espiritualidade, bastante citada em estudos de diferentes áreas do saber, está diretamente relacionada aos aspectos de saúde psíquica, com evidentes perspectivas de sua aplicabilidade em determinados vieses de contextualização.

A população na terceira idade é, sem dúvida, aquela que mais desenvolve e experimenta aspectos espirituais. Junto a esta observação, diferentemente dos outros grupos, os longevos experimentam sintomas depressivos sob panorama das possíveis comorbidades físicas e mentais, barreiras socioculturais, estigmas e preconceitos característicos desta faixa etária.

De quais “espiritualidades” trataremos nos próximos capítulos? Sob quais perspectivas estas “espiritualidades” podem interferir na saúde mental dos indivíduos? Quais barreiras encontramos diante do estudo dos aspectos espirituais ligados à saúde? Certamente não se esperam respostas delimitadas, reducionistas. O objetivo aqui é abrir possibilidade de diálogo e discussões com diferentes áreas do conhecimento.

2 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL

Para compreender as nuances teóricas da espiritualidade, reportamo-nos a Samuels (2002, p. 139), que a considera como uma dimensão psíquica de amplo espectro. Para o autor, há vários entendimentos sobre a espiritualidade, tais como: estar vinculada à religião formal ou ser idiossincrática; ser coletiva, eterna e ampla ou delimitada por época, lugar, idade, sexo, orientação sexual, etnia, classe social; estar em uma dimensão acima do humano, abaixo do humano ou em nível terreno (ou nos três); ser transcendente ao humano ou existente na esfera relacional e intersubjetiva; ter o caráter de essência ou ser uma perspectiva advinda da experiência.

A espiritualidade, ligada ou não à religião, possui desdobramentos na clínica psiquiátrica ou psicológica, não só como componente das discussões teóricas nas diversas abordagens como também na vida daqueles que chegam aos consultórios e que exploram ou negam as perspectivas espirituais.

Em abordagens clínicas psiquiátricas, como reação à sensação de desamparo presente na vida das pessoas, constata-se o surgimento de forte tendência de busca de valores sobrenaturais no mundo espiritual do ser, que faz parte de uma necessidade humana representada pela manifestação de sua espiritualidade⁹⁰. Em atendimentos psiquiátricos e psicológicos, é notável que muitos clientes/pacientes se sintam abandonados, sem perspectivas e sem apoio social, reflexos de processos psicopatológicos intrínsecos e de estigmas associados ao adoecimento mental.

Para os terapeutas, esta é uma oportunidade de desenvolver estratégias de tratamentos focadas no mergulho profundo da psique humana, direcionando a atenção na busca de valores e de sentido existencial. Um dos meus grandes dilemas foi definir sob quais áreas do conhecimento depositaria minhas reflexões sobre espiritualidade humana e saúde mental. Ao considerar a possibilidade de discussão dialética, com estratégia de diálogo com diversas áreas, decidi estudar a dimensão espiritual da pessoa idosa por vieses das ciências da religião, neste caso, sob perspectivas psiquiátrica e psicológica.

Há relativamente poucas faculdades com programas de formação médica e psicológica com departamentos específicos de saúde e espiritualidade, apesar de tendência de crescimento

⁹⁰ A palavra espiritualidade é a composição da palavra espírito com os sufixos “al” e “idade”. Espírito tem origem no latim e significa “sopro”, que denota ar expirado, mas semanticamente traz a ideia de vida (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Já o sufixo “al”, de modo geral, remete a fenômeno, enquanto o sufixo “idade” comumente expressa habilidade (SAAD, 2001). A seguinte definição poderia ser esboçada com base na interpretação etimológica e gramatical: “Espiritualidade é a habilidade de perceber o fenômeno da vida”.

nos últimos anos. A possibilidade de estudo integrado acerca do tema sob o ponto de vista da Ciência da Religião levou-me a movimentar ação frente ao estudo do tema na PUC-Minas.

No capítulo anterior fizemos a apresentação da epidemiologia da depressão na terceira idade, seguida da apresentação da relação deste conhecimento frente à saúde e ao bem-estar no envelhecimento com suas peculiaridades. Além disso, abordou-se o homem enquanto ser biopsicossocial e espiritual.

Estas análises abriram possibilidades práticas de discussão sobre o Transtorno Depressivo no Brasil e no mundo, observando a prevalência e os principais sintomas depressivos encontrados na população idosa e suas possíveis causas e fatores de risco. Com a pretensão de analisar a relação da depressão com a espiritualidade humana, propõe-se, inicialmente, analisar o contexto histórico e conceitual dos termos “religiosidade”, “religião” e “espiritualidade”.

2.1 Religiosidade, religião e espiritualidade: aspectos históricos e conceituais

Os termos religiosidade, religião e espiritualidade têm sofrido adaptações conceituais na visão histórica e semiológica, tendo em vista avanços científicos teórico-metodológicos, como é o caso das retratações humanísticas em relação à espiritualidade e de readaptações sob a ótica religiosa. Seguindo a linha de pensamento de Panasiewicz (2013, p. 589), fenômeno espiritual e religioso é algo que “perpassa as sociedades antigas e atuais, marcando presença e estimulando reflexões de maneiras diferentes e alterando-se de tempos em tempos, sobretudo no mundo ocidental”.

Apesar das atuais discussões a respeito da impossibilidade de definições de termos como “religião” e “espiritualidade” capazes de abranger o universo religioso ou espiritual, é necessário o devido direcionamento conceitual dessas expressões para facilitar interpretações dos resultados de estudos acerca de saúde e espiritualidade. Nesse sentido Clarisse de Franco afirma:

Para nossa comunicação, é importante o uso do termo “espiritual” **descolado do estrito contexto religioso**, apesar da origem do termo estar vinculada ao cristianismo. Assim, com o Iluminismo a espiritualidade ganhou uma conotação de racionalidade humana. O termo espiritualidade ou o espírito seriam o exercício do que é peculiar à humanidade, o exercício racional (FRANCO, 2013, p. 400, grifos do autor).

Antes do século XX todo o foco era colocado na religiosidade, e neste contexto uma de suas manifestações era a espiritualidade. De acordo com Ivztan *et al.*, (2013), a separação destes

dois termos e a “tímida” ênfase no foco da espiritualidade começaram a acontecer no início do século XX, devido à evidente secularização e à existência, cada vez maior, de um sentimento de desencanto geral e de não pertencimento a um grupo religioso.

No decorrer do século XX começaram também a surgir novas expressões da espiritualidade, seja ela religiosa ou não, e com novas formas de manifestação do sentimento de fé⁹¹. Com isso muitas pessoas passaram a procurar a realização pessoal em atividades denominadas como *New Age*⁹² ou Nova Era (NA). (MOBERG, 2008; SHIMAZONO, 1999 *apud* GOUVEIA, 2011).

Pesquisadores e estudiosos dos movimentos NA são unânimes no que diz respeito à dificuldade de delimitar e definir esse fenômeno de forma objetiva, pragmática e temporal. Isso porque a espiritualidade da NA não se enquadra facilmente em formatos conceituais previamente definidos, justamente por terem surgido como uma busca por sentido fora de rótulos até então religiosos, culturais e sociais, com os quais a maioria das religiões teve seu lugar e fronteiras minimamente demarcados ao longo da história.

⁹¹ “Etimologicamente, fé tem origem latina, fides, e grega, *pistis*, sendo compreendida como fidelidade. Tem sido usada, comumente, para designar a confiança profunda em algo. É acreditar, sem desconfiar, que o prometido será cumprido ou que a meta será atingida. Aponta para a credibilidade sem questionamento no campo do imanente. Desse pressuposto percebe-se que a fé permite duas apreensões: via existência e via religiosidade.” (PANASIEWICZ, 2013).

⁹² A *New age* (Nova Era) é um movimento religioso filosófico, produto da modernidade e pluralidade religiosa. Este movimento reuni vários símbolos e ensinamentos das mais diversas religiões. Seu objetivo é tentar preencher o vazio existencial do homem moderno que está à procura de respostas para suas necessidades espirituais. As transformações sociais, política, econômica, religiosa e cultural trouxe muita desunião e guerras, abrindo uma enorme lacuna na alma humana. As ideologias não preencheram o vazio existencial do homem. A modernidade não atendeu as demandas que o homem procurava, antes fracassou em suas propostas. Surge neste cenário a Nova Era com uma mensagem espiritual diferente das outras religiões (GOMES; SOUZA, 2013, p. 8). Há uma grande dificuldade em se apresentar uma definição, mesmo que instrumental, da Nova Era, pois o movimento — também chamado de Era de Aquário — é caracterizado justamente por sua heterogeneidade. A própria categorização do fenômeno como religião é bastante complexa. Alguns autores preferem defini-lo como uma “nova consciência religiosa”, uma espiritualidade sem religião, uma forma alternativa de se relacionar com o transcendente. A ideia norteadora do movimento é a de que se aproxima o momento em que o homem irá se reconciliar consigo mesmo depois de séculos de materialismo e alienação. A Nova Era seria, então, a manifestação mais contundente dessas espiritualidades nascidas em um contexto de declínio da tradição (RÜDIGER, 1996 *apud* CAMPANELLA, Bruno; CASTELLANO, Mayka (2015, p. 176). A *New Age* é considerada um movimento, com múltiplas nuances, dentro do campo da espiritualidade e desvinculado do conceito de religião. Nesse sentido, surge em contraste com as religiões e doutrinas tradicionais ao mesmo tempo que também absorve e é influenciada por crenças, práticas e elementos de algumas dessas religiões, especialmente as orientais. Apesar de haver divergências entre os autores e pesquisadores no que se refere ao ponto de partida e surgimento do movimento *New Age*, há uma prevalência das teorias que apontam que esse fenômeno teve seus primeiros indícios no século XX, entre os anos 1960 e 1970, nos Estados Unidos e Europa Ocidental. Grande parte dos estudos sobre o movimento NA defende que ele surge impulsionado pela influência dos movimentos da contracultura que decorreram durante os anos 60 no contexto norte-americano e europeu e das “práticas ocultistas e teosóficas” em evidência na Europa durante esse período. O movimento NA possui suas raízes nas práticas ocultistas europeias, rearranjadas juntamente com o transcendentalismo americano do século XIX, e na teosofia desenvolvida por Helena Blavastky, Henry S. Olcott e Annie Besant. Com o advento do movimento de contracultura e o conseqüente aumento do fluxo entre Oriente e Ocidente, com a “invasão dos gurus” no mundo ocidental, juntamente com suas filosofias orientais, ou de inspiração oriental, o movimento toma feições mais claras, que se delineiam ainda mais com a infiltração dos discursos de teor científico, tendo como um dos marcos a publicação de *O Tao da Física* (1975), de Fritjof Capra.

Diferentemente dos acontecimentos das primeiras décadas do século XX, com a possibilidade de relativa delimitação conceitual entre religião, religiosidade e espiritualidade, as discussões acerca da espiritualidade evoluíram significativamente. Passou a ser um tema de interesse não só de pesquisadores, mas de toda a população. O assunto instiga a nossa compreensão sobre o que é ser um ser humano e nos faz levantar perguntas como “o que somos?”, “O que sentimos é um produto do cérebro ou algo mais?”, “Temos liberdade de ação ou são nossos genes que a determinam?”. São questões existenciais de cunho filosófico e até prático, que precisam sair do meio acadêmico e científico e serem levadas à sociedade para facilitar este entendimento.

De acordo com Stroppa e Moreira-Almeida (2008), alguns psiquiatras, como Carl Gustav Jung⁹³, tinham uma visão positiva da espiritualidade. Por outro lado, muitos cientistas renomados, como Jean-Martin Charcot e Sigmund Freud, descreviam experiências⁹⁴ espirituais (religiosas ou não religiosas) como prejudiciais, patológicas, desvinculando-as do processo da saúde mental. Nesse sentido, até há poucas décadas o viés religioso da espiritualidade era tratado por muitos pesquisadores como “traço cultural sobrevivente das sociedades pré-modernas”.

Sob mesma ótica na década de 1980, o psicólogo Albert Ellis, grande referência da área psicológica, fundador da Terapia Racional Emotiva⁹⁵, que influenciou significativamente a Terapia Cognitiva, destacava a religiosidade como equivalente ao “pensamento irracional e ao distúrbio emocional; a solução mais adequada para problemas emocionais era não ser religioso, pois quanto menos religiosas mais saudáveis as pessoas eram.” (MOREIRA-ALMEIDA⁹⁶; NETO; KOENIG⁹⁷, 2006).

⁹³ Carl Gustav Jung (1875-1961): Psiquiatra e psicoterapeuta suíço que fundou a psicologia analítica.

⁹⁴ Dizer que se tem “experiência” sobre algo significa afirmar que a pessoa não só vivenciou aquilo, mas enxergou o fato “fora de si” para analisá-lo. Nesse sentido, experiência, diferentemente do vivenciar, é ato profundo e nova consciência sobre o fenômeno vivido (PANASIEWICZ, 2013, p. 591).

⁹⁵ A Terapia Racional Emotiva é uma das vertentes da terapia cognitivo-comportamental e foi desenvolvida pelo psicólogo Albert Ellis, tendo como foco ajudar as pessoas a identificar e modificar pensamentos irracionais. Ele desenvolveu a teoria a partir de estudos e do cruzamento de teorias de pesquisadores como Karen Horney (“tirania dos deverias”, 1939), Alfred Adler (papel desempenhado pelo sentimento de inferioridade; decisões com perspectiva mais humanista; 1927) e Alfred Korzybski (efeitos da linguagem nos pensamentos), e sob a perspectiva de terapeutas comportamentais como Dunlap (1932), Jones (1924) e Watson e Rayner (1920). Essa abordagem psicoterápica se caracteriza por ser uma abordagem ativa, diretiva e com seu foco nos problemas atuais do indivíduo. Este tipo de psicoterapia tem como finalidade fazer com que o indivíduo se desenvolva de maneira intensa, focada principalmente nas emoções do paciente.

⁹⁶ Dr. Alexander Moreira de Almeida, psiquiatra e professor associado da UFJF. Atualmente ele é o coordenador das seções de relação entre espiritualidade, religião e saúde mental da *World Psychiatric Association* e da Associação Brasileira de Psiquiatria.

⁹⁷ Harold G. Koenig, psiquiatra da faculdade da Universidade Duke, destacado pesquisador na área da espiritualidade, afirma que existem quatro razões para associação entre religião e saúde: crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida

De outra forma, nas últimas cinco décadas, pesquisadores vêm percebendo e constatando, por meio de um número crescente de dados, que a manifestação e experimentação da espiritualidade interfere de forma significativa na vida dos indivíduos, positiva ou negativamente, seja em sua saúde física, mental, social ou espiritual.

Ressalte-se que Almeida (2015) sublinha que alguns autores diferenciam a espiritualidade da religião e da religiosidade, enquanto outros abarcam todos os conceitos em um só sem diferenciá-los, ao justificarem que esses apresentam mesma origem e função, o que, em primeira análise, causa estranheza. As muitas conceituações dos termos são construídas a fim de tentar limitar e objetivar o que realmente é o fenômeno, o que explica o fato de “religiosidade”, “religião” e “espiritualidade” perpassarem por variadas roupagens, além das variadas possibilidades de estudar tais fenômenos sob a perspectiva psicológica.

Conforme descreve Massih (2007, p. 66), a Psicologia da Religião é uma disciplina não confessional e não apologética que estuda as experiências espirituais e religiosas populacionais e seus reflexos no processo de amadurecimento moral, religioso e espiritual das pessoas, tendo como objeto a experiência religiosa/espiritual. Cabe frisar que paralelamente à Psicologia da Religião, como analisa Ênio Brito Pinto,

há outras áreas correlatas como a **Psicologia do Desenvolvimento**⁹⁸, com estudos sobre o desenvolvimento da religiosidade; **Psicologia da Personalidade**, com estudos sobre o homem religioso; e a **Psicopatologia**, demonstrando os limites entre o saudável e o patológico nas vivências místicas; **Psicologia Organizacional**, com estudos sobre as instituições religiosas e a **Psicologia Clínica**, que aponta profundas relações entre a psicoterapia e os aspectos espirituais e religiosos do existir (PINTO, 2013, p. 678, grifos do autor).

Considera-se na Psicologia Fenomenológica que o ser humano, por não ser restrito à dimensão psíquica, apresenta então a dimensão espiritual⁹⁹. Assim, busca-se entender o

(adolescência/casamento/morte); e crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

⁹⁸ O ramo da Psicologia que se ocupa da gênese e da evolução das mudanças que se processam durante o ciclo inteiro da vida de um ser humano. Para Silva (2013), sua finalidade é a mesma de toda a Psicologia, a saber, compreender e explicar de maneira coerente e objetiva como se dão as transformações que caracterizam a evolução psicológica dos indivíduos e dos grupos humanos em cada etapa da vida.

⁹⁹ Considerada uma dimensão de realização do ser, como conclui Franco (2013, p. 407). Ela diferencia os seres humanos dos animais, se constituindo como a dimensão genuinamente humana e de onde se originam todos os aspectos positivos do ser humano, tais como: busca de sentido, liberdade-responsabilidade, intencionalidade, preocupação como valores éticos estéticos, religiosos etc. Tais fenômenos não podem ser reduzidos à dimensão psicofísica, mas, como a Psicologia é ciência comprometida com o desenvolvimento do ser, nada mais convergente que manter vivas as produções que consideram a espiritualidade como parte vital do processo evolutivo humano.

fenômeno espiritual a partir de motivações, experiências, atitudes e dinâmicas afetivas e cognitivas presentes nos comportamentos espirituais da humanidade.

Nota-se um grande desafio no diálogo entre as Ciências da Religião e a Psicologia da Religião, que busca a compreensão sobre o sujeito espiritualizado, com suas conquistas, dores, o seu caminho no processo de humanização, ou seja, na busca de plenitude e numa vivência melhor, com sentido e mais equilibrada.

Apesar das evidentes controvérsias frente às definições, resumidamente e de forma introdutória, Franco (2013, p. 401) denota que a religião é um sistema fornecedor de conteúdo simbólico, moral e ritual das crenças. A religiosidade seria a maneira como o fiel se apropria desse sistema, atualizando-o em seu cotidiano a partir de sua vivência, e a espiritualidade seria um sistema próprio e independente de crenças, que passa pelo aperfeiçoamento de potências como criatividade, liberdade, espontaneidade, autenticidade, dentre outros. Analisar-se-á a possibilidade prática desta tentativa de delimitações conceituais sem generalizações, na tentativa de abordar os “conflituosos” conceitos: “religiosidade”, “religião” e “espiritualidade”.

2.1.1 Religiosidade, uma das expressões da espiritualidade

A religiosidade é vista no campo ôntico, que se dá no âmbito representacional dos fatos que acontecem no mundo e se situa entre a esfera ontológica do ser humano e a teologia pessoal. Representa a espiritualidade que se expressa por meio de determinada concepção do divino. Para Koenig *et al.* (2012, p. 279), na obra *Handbook of Religion and Health*, a religiosidade, sendo derivada do contexto religioso, seria a maneira de vivência ou apropriação dos elementos de determinado contexto de crenças, estando vinculada a esse enquadramento, mas não o reproduzindo rigidamente.

Assim, religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, e pode ser avaliada a partir da filiação religiosa (Religiosidade Organizacional – RO); práticas privadas¹⁰⁰ (Religiosidade Não Organizacional – RNO) e compromisso/orientação religiosa¹⁰¹ (RO e RNO). Além disso, para Moreira-Almeida (2006) *et. al* e Koenig *et. al* (2001), a religiosidade de uma pessoa, de acordo com Gordon Allport, pode ser intrínseca (RI) ou extrínseca (RE) (ALLPORT; ROSS, 1967, p. 432).

¹⁰⁰ Práticas de orações, de meditações, de leituras ligadas a alguma religião, sem estar compartilhando com comunidade religiosa necessariamente.

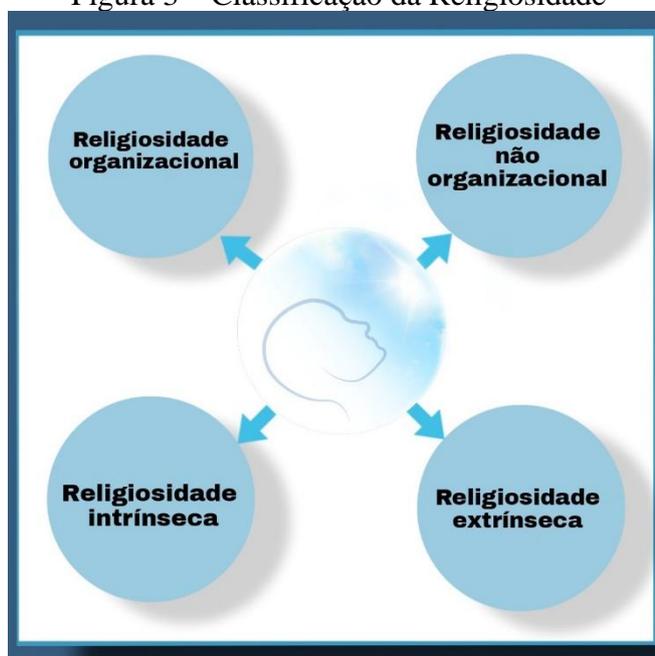
¹⁰¹ Demonstra o quanto a religião é importante na vida do indivíduo.

Na religiosidade intrínseca, as pessoas têm na religião seu bem maior, característica de pessoas que internalizam suas crenças, quando tem como objetivo central da sua vida a vivência plena de sua religiosidade. Neste caso, a religiosidade é parte integrante do seu cotidiano e o indivíduo se relaciona com crenças e comportamentos religiosos que ocorrem no âmbito privado, preponderando o relacionamento pessoal com a divindade ou alguma figura de devoção. Segundo Moreira-almeida; Lucchetti (2006), outras necessidades são vistas como de menor importância e, na medida do possível, são colocadas em harmonia com sua orientação e crença religiosa. Nesse caso, pode-se dizer que o religioso “vive sua religião para servir à divindade”.

Na religiosidade extrínseca, o indivíduo utiliza a religiosidade para atingir seus próprios fins: para proporcionar segurança e consolo, sociabilidade e distração, autojustificação, status e autoabsolvição. Nesse caso, abraçar uma crença, seja comungando, participando de sessões e cultos, praticando a meditação ou promovendo campanhas, é uma forma de apoio ou obtenção de necessidades mais primárias, de alcançar objetivos ou de obter vantagens. Nesse caso o religioso “vive pra ser servido por Deus”.

A figura que se segue classifica e ilustra as manifestações da religiosidade:

Figura 3 – Classificação da Religiosidade



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na tentativa de correlacionar a religiosidade às religiões, Valle (1998, p. 260) afirma que a religiosidade é a “face subjetiva da religião”, entendida como uma experiência pessoal e única da religião, mas que, definitivamente, não depende desta para existir. Essa experiência

religiosa permite ao ser humano mergulhar na infinitude transcendental que compõe sua existência¹⁰², como percepção da presença do sagrado¹⁰³ no seu universo. É uma experiência de medo e/ou de atração diante do mistério.

O ser humano, ao contemplar o mundo de forma sagrada, dá a ele nova categorização, pois “o mundo deixa-se perceber como mundo, como cosmos, à medida que se revela como mundo sagrado” (ELIADE, 2006, p. 36). Então, essa religiosidade pode ser uma maneira de a espiritualidade se manifestar, mas não a única, ou seja, há pessoas com intensa religiosidade e pouca espiritualidade, enquanto ateus e agnósticos poderiam manifestar intensa espiritualidade.

A religiosidade, cuja origem latina é *religare* — reestabelecer ligação —, refere-se a comportamentos e crenças associados a alguma religião, às crenças propriamente ditas (missas, cultos, sessões, reuniões), incluindo a postura subjetiva de busca dos indivíduos, fora dos limites institucionais, como prática de fazer preces e orações, oferendas, passes, e às experiências pessoais e ao próprio conhecimento religioso (SOCCI, 2006, p. 89). Esse sentimento é uma forma de espiritualidade que assume a transcendência divina, porque revela a presença da força de um outro na alma humana. Segundo Vasconcelos (2011), essa religiosidade foi também chamada de mística.

No campo da Ciência da Religião, de acordo com Berkenbrock (2007), a palavra religiosidade é geralmente entendida como um adjetivo popular, que compreende uma gama de crenças e práticas em termos de povo. Essa variedade estaria um pouco à margem da instituição, mas não claramente fora da religião. O autor salienta que em alguns ambientes pode haver má interpretação acerca da expressão religiosidade popular, ligada a uma mistura de credence, simplicidade e ignorância religiosa. De outro lado, percebe-se certo tom de genuinidade religiosa na expressão, que se entende o verdadeiro cerne do sentimento religioso. De acordo com o autor supracitado, é por ter e sentir fé religiosa que a pessoa tem atitude religiosa, podendo manifestar-se em atos, ritos, comportamentos e visões de mundo.

A religiosidade designa a matriz do sentimento de fé proposta pelo psiquiatra Victor Frankl, que não é considerado como uma maneira de pensar diminuída da realidade. A religiosidade se nutre de uma força sobrenatural que habita o ser, organizando-se como uma experiência simbólica da diferença entre os seres. É através da religiosidade que o indivíduo atribui significado aos fatos, compreendendo-os como parte de algo mais amplo, mediante a

¹⁰² Segundo Berger (1985, p. 18), “a existência humana é um contínuo ‘pôr-se em equilíbrio’ do homem com seu corpo, do homem com seu mundo”.

¹⁰³ Otto (2007, p. 38) designa o sagrado como sendo o numinoso, referindo-se “a uma categoria numinosa de interpretação e valoração, bem como a um estado psíquico numinoso que sempre ocorre quando aquela é aplicada, ou seja, onde se julga tratar-se de objeto numinoso” (do latim, *numen* refere-se à “força divina”, “Deus”).

crença de que nada ocorre ao acaso e de que acontecimentos da vida são determinados por uma força superior. Ela é, pois, a substantivação do sentimento e do modo de ser e viver do sujeito a partir da religião. Religiosidade é utilizada neste sentido independente da instituição religiosa à qual a pessoa se sente ligada. Então:

É independente por não ser a religiosidade nem a favor, nem contra a compreensão proposta pela instituição religiosa. Sendo a religiosidade baseada na experiência religiosa, no íntimo dos homens, não é a instituição religiosa o seu ponto de referência, mas o sentimento pessoal fundamentado a partir da experiência (ARAÚJO, 2008, p. 202).

Interpretando a religiosidade como um sentimento inato humano, Pinto (2009, p. 74) advoga que ele pode ser tanto uma fonte de força para as pessoas como um refúgio para a fraqueza. A religiosidade pode ratificar a dignidade pessoal, a autoestima e o senso de valor, promover o desenvolvimento da consciência moral e ética e da responsabilidade pessoal e comunitária. Além disto, pode evitar a ansiedade que geralmente acompanha os conflitos íntimos e as pressões sociais durante a vida. Ele acrescenta, por fim, que a religiosidade pode ser também fonte de estagnação, de alienação, de fuga do espiritual, de fé cega e de superficialidade existencial.

Deste modo, a religiosidade pode encobrir a espiritualidade e até “sufocá-la”, quando ocorre, por exemplo, a idolatria, o fanatismo religioso, a suposta ingenuidade das pessoas com pouco ou nenhum senso crítico — como é o caso das pessoas que não participam comunitária ou ecologicamente do mundo. Nessa lógica, Socci (2006, p. 94) lembra que Freud também deu atenção ao lado “adverso da religiosidade”, considerando-a uma patologia, um tipo de neurose causada pelo sentimento de desamparo próprio da infância.

Caberá ao leitor perceber que a religiosidade, uma das possíveis facetas da espiritualidade humana, estará presente em diversas pesquisas pela tendência mundial em estudar ambos os aspectos juntamente, e muitas vezes considerando-os sinônimos. A partir de estudos sobre o tema Espiritualidade, percebemos o quanto ele tem no ocidente uma carga da tradição, ou seja, vem “contaminado” e “entrelaçado” com o significado de religiosidade.

Nota-se que o exercício não eventual de experiência da religiosidade pode se dar de forma concreta na religião, que pode se traduzir em sistema simbólico de linguagem, conforme afirma Pierre Bourdieu no livro “A economia das trocas simbólicas”. Independentemente de como se interprete esta expressão do conhecimento humano — de forma funcionalista, reducionista ou fenomenológica —, ela se faz presente nos gestos, expressões culturais, narrativas, guerras, cultos, festas, folclores e valores morais. Embora não haja consenso na

definição da religião, fluida e abstrata para alguns, e óbvia e empírica para outros, propõe-se no próximo tópico considerá-la um pensamento estruturado, que explica o divino e o cosmos, implicando uma visão multifacetada de mundo.

2.1.2 Religião e suas múltiplas faces

É notório que não há uma definição universal de religião. Conforme pensa Asad (1993, p. 29), não somente porque seus elementos constitutivos e suas relações são historicamente específicos, mas porque tal definição é em si o produto histórico de práticas discursivas. Nesse sentido, segundo Klaus Hock,

religião abrange toda uma família de componentes. Portanto, **o termo religião precisa se referir a uma coleção de diferentes fatores, critérios e dimensões** que, em seu conjunto, descrevem um quadro no qual a ciência da religião pode inserir seu objeto. No entanto, esse quadro não é ‘preestabelecido objetivamente, mas ‘construído’ por meio da atuação de cientistas da religião (HOCK, 2010, p. 29, grifos do autor).

A religião seria o sistema representacional de crenças e dogmas conscientes, sistema ao qual os indivíduos adaptam suas vidas e maneiras de agir, com uma base espiritual ou não. Ela está presente nas manifestações culturais, nos símbolos, nos ritos, nas atitudes religiosas das pessoas, nas instituições com suas doutrinas, portanto, não se manifesta apenas em nossa linguagem cotidiana. Ela é, segundo Hock (2010, p. 30), apontada como um dado estabelecido no direito e na legislação; considerada uma realidade social, um processo de comunicação específico que cria realidade e ganha forma real por meio atos sociais.

Nessa mesma linha de pensamento, Bourdieu (2005, p. 14) aborda a religião como linguagem, isto é, sistema simbólico de comunicação e pensamento, uma forma legítima de conhecimento e informação, noção introduzida por Gregory Bateson (1904-1980). Assim, se torna uma força estruturante da sociedade, pois opera sua ordenação ao assumir a produção de sentido e construir experiências. Enquanto sistema simbólico, a religião é estruturada na medida em que seus elementos internos se relacionam entre si formando uma totalidade coerente, capaz de construir uma experiência religiosa. Trata-se, aqui, de categorias de sagrado e profano, material e espiritual, eterno e temporal, o que é terrestre e o que é celestial, que funcionam como alicerces sobre os quais se constrói a experiência vivida.

Etimologicamente a palavra religião¹⁰⁴ deriva do latim *religio*, *religare*, *relegere*, significando religar, reler ou reeleger, contendo em todas elas a ligação da humanidade com o sagrado. Aparece então a primeira característica da religião: a ligação ser com algo superior ou aquilo que transcende. Pieper (2018) esclarece que, além de ser considerada um conceito moderno, é também como uma categoria não nativa, havendo duas hipóteses com relação a sua origem. A primeira, de Lactânio (240-320) e Agostino (354-430), que atribuíram uma interpretação teológica à palavra. E uma segunda hipótese, que é proposta por Cícero (354-430), de que a palavra religião tem sua origem no termo *religere*, e, além disso, o termo religião vem de *religio*, que originalmente remonta-se ao universo romano antigo e tem seu significado próximo a algo escrupuloso.

Refletindo sobre a religião ou fato religioso, segundo Pieper (2018), o objeto da Ciência da Religião, em seus mais variados aspectos, é uma categoria moderna, apesar da origem desde o primeiro século antes da era cristã. Ele considera que os conceitos surgem e se desenvolvem como respostas a determinadas demandas. Sob a mesma ótica, para Mariano (2013, p. 232), religião é um conceito moderno que foi formulado paulatinamente em oposição à categoria “secular” até alcançar sua configuração ideal-típica no Iluminismo, firmando-se, então, como um conjunto de crenças produzido por clérigos e unido a uma comunidade de culto não relacionada diretamente à vida pública.

Seguindo o pensamento de Greschat (2005, p. 23-24), os cientistas da religião percebem o objeto religião da seguinte maneira: 1. Veem o objeto “religião” como totalidade; 2. Reconhecem que esta totalidade se apresenta de maneira quádrupla: uma manifestação comunitária, um sistema de atos religiosos, um sistema doutrinário e uma experiência religiosa; 3. Observam que esta totalidade está viva e que, portanto, não para de se transformar. Greschat parte do princípio de que a religião é algo objetivo e objetivado:

Diferentemente das definições de religião, o objeto “religião” não existe apenas na cabeça dos pesquisadores. Ele está no mundo exterior, onde pesquisadores realmente o enxergam. O objeto religião é algo concreto, ou seja, é sempre uma determinada religião (GRESCHAT, 2005, p. 24).

Nesse seguimento, as Ciências da Religião estudam as crenças e os elementos da

¹⁰⁴ Historicamente foram propostas várias etimologias para a origem de *religio*. Cícero, na sua obra *De natura deorum*, (45 a.C.), afirma que o termo se refere a *relegere*, reler, sendo característico das pessoas religiosas prestarem muita atenção a tudo o que se relacionava com os deuses, relendo as escrituras. Esta proposta etimológica sublinha o carácter repetitivo do fenómeno religioso, bem como o aspecto intelectual. Mais tarde, Lactânio (século III e IV d.C.) rejeita a interpretação de Cícero e afirma que o termo vem de *religare*, “religar”, argumentando que a religião é um laço de piedade que serve para religar os seres humanos a Deus.

religião, que fazem parte do domínio da epistemologia. Ou seja, pesquisam os efeitos das crenças religiosas sobre a construção da mentalidade e do comportamento dos sujeitos. Nesse sentido, as crenças e relatos sobre o sagrado podem ser tomadas como objetos de conhecimento passíveis de análise.

As várias definições de religião podem dividir-se em dois grupos: substantivas, descritoras do que ela é, da sua essência, das suas crenças e práticas, da experiência do outro ou do sagrado; e funcionais, referentes ao que ela faz, ao seu papel, à sua função social (RODRIGUES, 2007; DIX, 2006; ROBERTS, 1995; BERGER, 1990 e DOBBELAERE, 1973). Cada definição, mesmo marcada pelo contexto temporal, social, acadêmico e ideológico do autor, concorre para a compreensão da religião.

Ao contrário de Weber (2006), que considerava impossível definir a essência da religião no começo de um estudo, pretende-se aqui fazê-lo. O contexto cultural influencia sobremaneira a definição de religião. Nas sociedades ocidentais, nas quais se associa a religião à relação com algo metafísico, ela é sistema mediador entre o homem e entidades superiores, elevadas. O Ocidente, altamente marcado pela cultura judaico-cristã, revela o Deus transcendente único e soberano.

No entanto, para muitas religiões orientais, o termo religião não se relaciona a algo superior, mas à natureza, ao universo, a todos os seres vivos. Esses objetos da religião têm várias designações: seres espirituais, divindades, poderes superiores, realidades sobrenaturais, sagrado; realidades supraempíricas, seres sobre-humanos, realidades transcendentais e deuses. Sobressai das designações o sentido de algo para além da realidade ou da natureza humana.

De acordo com Eliade (2006) e Durkheim (2001), o profano e o sagrado são realidades distintas. O sagrado pode ser divino, ao se transformar, cada vez mais, na ponte entre a divindade e o homem, convertendo-se de divindade em hierofania (EVANS, 2003); ou não divino, ao se referir, por exemplo, ao Tao ou realidade búdica, que não são divinos.

Percebe-se que a religião é fruto de experiências particulares ou coletivas, que podem estar estruturadas ou em constantes trânsitos. Então, nem sempre a religião explicará o divino, mas se refere ao sagrado, seja como coisas sagradas ou como sentidos pessoais ou coletivos que têm como fontes elementos que se percebem para além da experiência cotidiana, prosaica ou profana.

Apesar das várias tentativas de conceituação e classificação, para Emile Durkheim (1996), as definições não são tão importantes, pois compreender a religião é identificar suas funcionalidades sociais; tendo em vista que a religião é um fato social, basta para tanto definir fato social e não religião, propriamente. E não se trata de definir, mas identificar seus elementos

constituintes e, principalmente, para este autor, como isto está associado a uma dicotomia entre o sagrado e o profano.

Debruçar sobre este fenômeno é especialmente papel do cientista de religião, com olhar que difere tanto dos observadores casuais, quanto do olhar de outros cientistas, que abordam apenas alguns aspectos da religião, como sua perspectiva histórica, social ou psicológica. Assim, o cientista da religião é capaz de ver o objeto “religião” como uma totalidade, com olhar mais global sobre o fenômeno.

Na obra intitulada *O que é religião?* Rubem Alves se propõe a fazer esse questionamento aos sociólogos, psicólogos e filósofos, utilizando as citações e os estudos dos mesmos e analisando também o contexto histórico de cada fonte. O autor, assim como Hinnells (1984), descreve o termo no plural: religiões, como exemplares individuais, e não apenas religião, apontando para uma imensa variedade de ritos e mitos que nelas encontramos. É relevante ressaltar que religião, aqui, pode ser considerada um objeto de investigação científica dos mais profundos e complexos.

Segundo Alves (1999, p. 61), “as religiões, sem exceção alguma, estabelecem uma divisão bipartida do universo inteiro, em duas classes nas quais está contido tudo que existe”. Assim há o espaço das coisas sagradas e das coisas seculares e profanas. A religião estaria mais próxima da nossa experiência pessoal do que desejamos admitir. Ela nasce com o poder que os homens têm de dar nome às coisas. Camus (2009) diz que “o homem é a única criatura que se recusa a ser o que ela é”, e constata que a cultura só se inicia quando o corpo deixa de dar ordens, pois o homem é um ser de desejo e desejo é sintoma de privação.

No plano do desejo se apresenta a psicanálise, por isso não se pode esquecer das considerações de Sigmund Freud, referência da psicanálise, acerca da religião. Freud foi um dos grandes críticos sob a ótica das ciências da religião, apesar do seu interesse por assuntos ligados ao tema. Uma vez postulada sua posição diante da religião, vista como uma ilusão, uma neurose universal e ao mesmo tempo como um ordenador da cultura, o pai da psicanálise também conferiu exímia importância ao estudo dos mitos, à história das religiões e à Psicologia da Religião para o exercício da prática psicanalítica.

A princípio parece objetiva a definição de religião, seja no seu cotidiano ou em outros âmbitos. Pieper (2018), ao assinalar alguns horizontes e limites, nos mostra como a religião pode ser, antes de tudo, um conceito, citando autores como Smith (1978), que sustentava que uma das razões para tendência de se abandonar o conceito de religião seria a falta de um correspondente na realidade objetiva. Ou seja, para ele, tratava-se de um conceito distorcido que não correspondia realmente a algo definido ou distintivo existente no mundo objetivo.

Nesse sentido, o autor aponta para as múltiplas possibilidades do conceito e sua reconhecida complexidade, no entanto, ele não trata da definição de religião, embora admita que a noção de religião assinala um território delimitado e identificável. Assim, a palavra “religião” extrapola sua própria conceituação, sendo difícil de ser definida, já que está presente em todos os tempos em todas as culturas, sob os mais diversos formatos.

A religião dialoga com as questões fundamentais humanas que dizem respeito à existência, à formação identitária e à relação com o nascimento, a vida e com a morte; são questões que dizem respeito ao transcendente, ao divino, ao sagrado. Ela faz parte do fenômeno humano nas suas mais variadas formas: sociais, teológicas, psicológicas, históricas, econômicas, políticas, antropológicas, que implicam abordagens e dimensões variadas e de distantes espécies de vida coletiva e individual.

A respeito do aparecimento da religião, ou melhor, das ideologias religiosas, Mithen (2002) descreve que a crença em seres não-físicos, ou seja, extrafísicos, é a característica mais comum de todas as religiões, podendo ser realmente universal. O autor aponta para três categorias recorrentes nas ideias religiosas do antropólogo social Pascal Boyer (1994):

Primeiro, em muitas sociedades, pressupõe-se que alguma essência imaterial das pessoas, um **princípio inteligente**, possa sobreviver após a morte e permanecer como um ser com crenças e desejos em outro plano existencial. Segundo, pressupõe-se com muita frequência que **certas pessoas de uma sociedade estejam mais sujeitas a receber inspirações diretas ou mensagens de esferas sobrenaturais** como orixás, deuses ou espíritos. Terceiro também é um pressuposto generalizado que a **execução de certos rituais pode causar mudanças no mundo natural** (MITHEN STEVEN, 2002, p. 279, grifos do autor).

Na busca de tornar objetivo o conceito, Koenig *et. al* (*apud* Passos; Usarski, 2013 p. 400), no livro *Handbook of Religion and Health*, conceituam religião como um sistema organizado de mitos, ritos, crenças e símbolos que forneceria um modelo de relação do humano com o transcendente, diferentemente da espiritualidade que teria relação com uma busca pessoal de sentido. Assim, seria um sistema designado para facilitar o acesso ao sagrado, ou seja, à realidade transcendente.

De acordo com as ideias tratadas na obra compilada por Passos e Usarski, nota-se que toda religião apresenta um sistema de crenças, um código ético e um sistema de organização, ligados a um processo de institucionalização¹⁰⁵, como é vista pelas Ciências Sociais, nas quais

¹⁰⁵ Para Durkheim (1996, p. 59) as religiões são formas de institucionalização da religiosidade. Assim, uma religião é um sistema solidário de crenças e de práticas relativas a entidades sagradas, ou seja, separadas, interditas. Portanto, representa um conjunto de crenças e práticas que unem, em templos sagrados, os aderentes em uma mesma comunidade moral.

pode haver a manifestação da religiosidade¹⁰⁶ humana (CAMURÇA, 2013, p. 287). Comte-Sponville se baseia no conceito apresentado por Émile Durkheim, nas *Formes élémentaires de la vie religieuse* (1912):

Religião é, então, definida como um conjunto de crenças e ritos que fazem referência a uma suposta realidade sagrada transcendente e que dá unidade a um grupo social, que se torna, assim, uma comunidade (COMTE-SPONVILLE, 2007).

A religião é vista como uma realidade social, na tentativa de conferir-lhe significado. Representa o ponto máximo da autoexteriorização humana pela infusão dos seus próprios sentidos sobre a realidade. A religião supõe que a ordem humana é projetada na totalidade do ser. Ou por outra, a religião é a ousada tentativa de conceber o universo inteiro como humanamente significativo (BERGER, 2004, p. 41).

No âmbito da Ciência da Religião, o termo “religião” pode englobar várias interpretações; o fenômeno religioso e o fato religioso — consequências da expressão religiosa nas instituições religiosas — são o objeto de pesquisa do cientista da religião. Este pesquisador precisa de capacidade e habilidade de discernir e construir este objeto para sua pesquisa, visto que a religião não se impõe como evidência fática, mas se mostra envolvida nas culturas e no processo de dialética comunitária. Nesse sentido, como afirma Moreira-Almeida (2015), seja qual for a definição que se dê ao termo, o fato é que ela existe, ou seja, o objeto existe.

A religião está nas manifestações culturais, nos símbolos, nos ritos, nas atitudes religiosas das pessoas, nas instituições com suas doutrinas. Ampliando o conceito de religião para além do âmbito institucional, Gross (2013, p. 65) apresenta a relevância da compreensão de Tillich da religião, do mesmo modo que analisa alguns de seus limites. Para tal empreendimento, ele examinou textos fundamentais do autor e sua hipótese é de que o conceito tillichiano é extremamente amplo e pode correr o perigo de abarcar fenômenos por demais alheios ao que o senso comum considera religioso.

Dessa forma, o autor possibilita a visibilidade do religioso em uma série de manifestações culturais aparentemente desencantadas, de modo que sua utilização pode continuar a render pesquisas relevantes no âmbito da ciência da religião. Segundo o estudioso, com relação à religião, Tillich afirma que: “Religião não é um sentimento; ela é uma atitude do espírito em que elementos práticos, teóricos e emocionais estão unidos para formar um todo complexo.” (GROSS, 2013, p. 65 *apud* TILLICH, 1973, p. 160).

¹⁰⁶ A religiosidade, sentimento inato, é entendida como o religioso pratica sua religião e expressa sua fé religiosa.

Com o advento da modernidade a Religião perde espaço de totalidade e passa a ser apenas mais um domínio das esferas sociais. O que acontece com a palavra religião é que esta vai se tornando substantivo, isto é, deixa de ser verbo para se tornar substrato (SARTO, 2017 *apud* SMITH, 2006).

No campo científico, houve tendências de compreensão acerca da religião que priorizavam elucidar a tendência crítica da religião na qual situam-se as ideias de Freud, Feuerbach, Marx e Nietzsche, quando, então, buscava-se explicar a religião a partir da psique, da consciência alienada ou de mecanismos ideológicos emergentes de relações sociais desiguais. Seria, portanto, a expressão camuflada de relações sociais desiguais ou de complexo de Édipo.

A segunda tendência, a funcionalista, indaga pela função que essa esfera social chamada de religião exerce sobre o todo coletivo, como um meio para se entenderem aspectos de outras unidades maiores chamadas de cultura ou sociedade. Seu objetivo não é entender a religião por si mesma, mas perceber qual o papel que ela exerce no contexto social.

E por fim a terceira tendência, a compreensiva, que busca compreender a religião por si mesma, tratando a religião como tendo origem e função distintivamente religiosa, ou seja, examinar a religião em escala religiosa (PIEPER, 2018). A história mostra que existiram movimentos que se propuseram a retomar o conceito, seguidos por movimentos de abandono do termo, com sugestão de outros conceitos vistos como menos comprometidos historicamente e capazes de expressar com maior fidelidade a realidade que se busca descrever.

Autores como Nina Smart e Timothy Fitzgerald preconizaram o abandono do termo e passaram a utilizar em seu lugar a noção de cultura ou sociedade. Para Mendonça (1999) foi Benjamin Constant quem propôs duas teses sobre a religião que passaram a ser recorrentes em cátedras e em obras escritas. Na primeira, ele declara “a religião é um sentimento” e na segunda, que viria a ser constitutiva para a Fenomenologia da Religião, aponta que esse sentimento religioso não é um acidente ou circunstância, mas uma lei fundamental da natureza humana. No pensamento deste autor “o homem é um animal religioso” (MENDONÇA, 1999, p. 70).

A religião pode ser considerada como uma atitude do espírito humano, atitude que, de acordo com o emprego ordinário do termo *religio*, poderíamos qualificá-la a partir de observação cuidadosa de certos fatores dinâmicos concebidos como “potências”: espíritos, demônios, deuses, leis, ideias, ideais, ou qualquer outra denominação dada pelo homem a tais fatores (JUNG, 2011, p. 20). Nesse diálogo Freud afirma que

“as ideias religiosas são ensinamentos e afirmações sobre fatos e condições da realidade externa (ou interna) que dizem algo que não descobrimos por nós mesmos e que reivindicam nossa crença. Visto nos fornecerem informações sobre o que é mais importante e interessante para nós na vida, elas são particulares e altamente prezadas. Quem quer que nada conheça a respeito delas é muito ignorante, e todos que as tenham acrescentado a seu conhecimento podem considerar-se muito mais ricos.” (FREUD, 1927, p. 35).

Outro personagem de grande destaque dessa abordagem foi o psicanalista francês Jaques Lacan, que postula o triunfo da religião. Ao contrário do seu percussor, Lacan via a religião como doadora de sentido à humanidade, o que lhe confere um poder inimaginável. Ao ser questionado sobre o triunfo da religião sobre a psicanálise, o teórico declara; “Sim. Não triunfará apenas sobre a psicanálise, triunfará sobre muitas outras coisas também”. Afirmar ainda que é impossível imaginar quão poderosa é a religião (LACAN, 2005, p. 65).

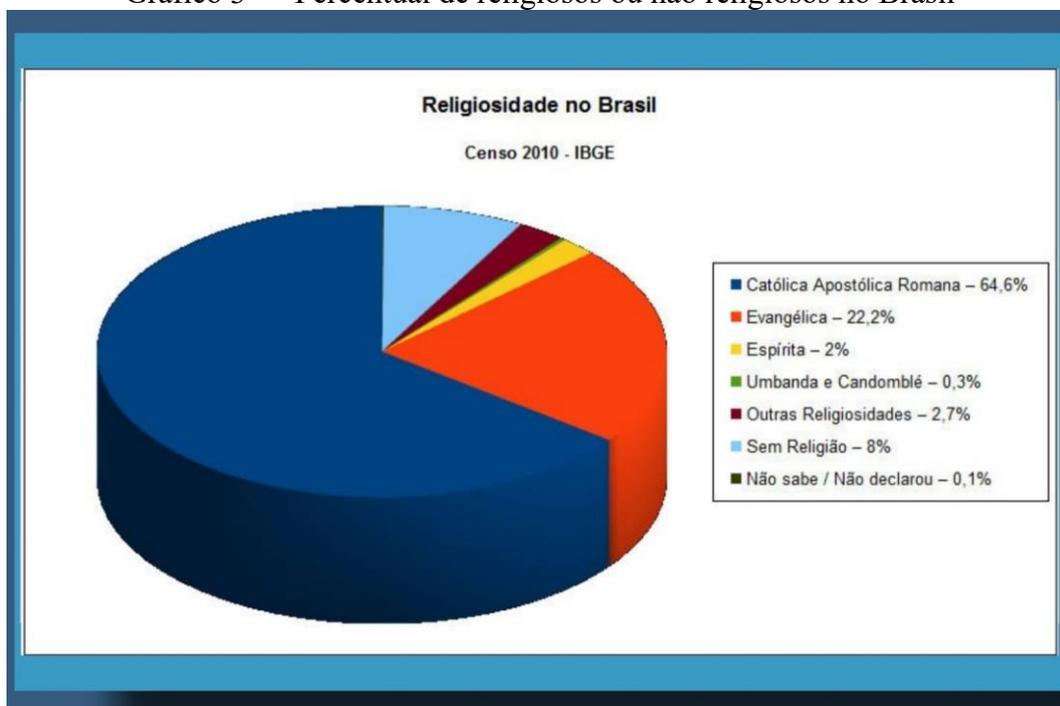
Murakami e Campos (2012) defendem que a religião é um elemento constitutivo da subjetividade e doadora de significado ao sofrimento, devendo ser considerada um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais. Esse sistema pode, por vezes servir como um impedimento para a transcendência e o devir, o que resulta em estagnação. No entanto, segundo Safra (2005), a religião pode estar conectada com a espiritualidade, situação na qual a ontologia pessoal é preservada e direcionada a um “Outro Absoluto”.

Nota-se que a expressão religiosa tem forte representatividade no cenário nacional, sendo que 92,6% da população brasileira declarou apresentar alguma religião em 2010 segundo o IBGE, o que explica o elevado número de estudos sobre o impacto dessas entidades sociais na saúde dos indivíduos. Os resultados do Censo Demográfico 2010 mostram também o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil:

A proporção de católicos seguiu a tendência de redução observada nas duas décadas anteriores, de 73,6%, em 2000, para 64,6%, em 2010, embora tenha permanecido majoritária. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da população evangélica, que passou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010. Dos que se declararam evangélicos, 60,0% eram de origem pentecostal, 18,5%, evangélicos de missão e 21,8 %, evangélicos não determinados. A pesquisa indica também o aumento do total de espíritas, dos que se declararam sem religião, ainda que em ritmo inferior ao da década anterior, e do conjunto pertencente às outras religiosidades (IBGE, 2010).

Veja o gráfico proposto pelo Censo demográfico do IBGE. Ele demonstra o perfil religioso brasileiro em 2010:

Gráfico 3 — Percentual de religiosos ou não religiosos no Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos do Censo 2010 – IBGE.

Ressalte-se que a religião representa um elemento de compreensão e explicação do mundo, da vida, da dor, da esperança, do nascer, do morrer, do viver, podendo ser influenciada e estruturada por elementos sociais e, claro, manifestar e impactar nas formas de agir e pensar, como parte de processos psíquicos das pessoas, e que são formas de manifestação da espiritualidade humana. Religião estaria vinculada às instâncias de organização ritual e ideologia, ao passo que espiritualidade levaria em conta dimensões afetivas, pessoais e experienciais.

2.1.3 Espiritualidade, uma realidade humana

Em busca de uma definição, propõe-se partir da raiz antropológica do termo, pois a espiritualidade é, como afirma Souza (2013, p. 129), uma realidade profundamente humana, que toca a nossa condição de seres existentes, e que trilham caminhos numa jornada neste orbe terrestre. Considera-se que o ser humano é um ser multifacetado, com múltiplas dimensões: física, psicossocial, existencial e espiritual. Destaca-se o “caráter inacabado” dos seres humanos citado por Peter Berger (1985, p. 18), característica endossada pela psicanálise. Deste modo,

considera-se a condição humana como faltosa, marcada pela incompletude e pela precariedade que a constitui. Para o prof. Dr. Carlos Frederico Barboza de Souza:

“os seres humanos são marcados radicalmente por sua condição de finitude, nunca totalmente satisfeitos, almejando sempre ‘algo mais além’, que lhes possibilite uma autossuperação. São, portanto, seres em devir contínuo, ‘seres abertos’, ‘peregrinos’, ‘seres de transcendência’. A espiritualidade nasce dessa condição de incompletude que marca a realidade humana e todas as realidades por ela construídas, assim como a condição peregrina em busca de transcendência.” SOUZA (2013, p. 130).

Esse movimento de permanente busca pode ser constatado em consultórios psicológicos e psiquiátricos, diante dos questionamentos filosóficos e conflitos existenciais dos pacientes. O ser humano, representado pela figura do “inacabado”, busca encontrar sentido para as coisas e expressa o desejo de completude rumo à transcendência¹⁰⁷, realidade imaterial¹⁰⁸ e suprassensível.

Segundo Pessanha e Andrade (2009), o conceito de espiritualidade apresenta ao menos dois pontos de vista. No primeiro deles, a espiritualidade é entendida como uma busca pelo significado da vida e o relacionamento com o sagrado/transcendente. Sob um segundo ponto de vista, a espiritualidade se refere a manifestações humanas que buscam a superação de si, ou de obstáculos, nas quais não há necessariamente uma ligação com o sagrado.

No presente subitem pretende-se explorar a espiritualidade sob esses dois aspectos a partir de estudos e opiniões de cientistas referências sobre o tema. É notável que aqui esbarram duas vertentes: a possibilidade de um “mergulho centrípeto” em si, na perspectiva da interioridade, ou de uma propulsão centrífuga ao exterior transcendente, como representa a figura:

¹⁰⁷ De acordo com o dicionário Aurélio (2010), “transcender é passar além de, ultrapassar, exceder, elevar-se acima de, ser superior”. Para Victor Frankl esse conceito, introduzido na Logoterapia em 1949, refere-se à capacidade humana de sair de si mesmo, se superar, se ultrapassar. A transcendência é uma verdade psíquica e pessoal, que pelo fato de ser subjetiva não se torna menos importante. São vivências cheias de significados para a pessoa e ignorá-las seria desprezar um lado de sua personalidade que desempenha papel fundamental no desenvolvimento humano. Sob perspectiva da psicologia transpessoal, não está reduzida a um conceito religioso ou posturas místicas. Refere-se a uma pulsão vital intrínseca à biologia subjetiva do ser humano, mas que pode estar entorpecida por situações existenciais particulares. Entretanto, os indivíduos que se propõem a desenvolvê-la adquirem uma energia psíquica intensa, que lhes permite enxergar a vida, o universo e a si mesmos de forma integrada (VASCONCELOS, 2011).

¹⁰⁸ O filósofo Platão foi o primeiro a reconhecer a diferença entre uma realidade imanente e uma transcendente em sua Filosofia; nessa proposta, reconheceu a realidade imaterial, de natureza metafísica e transcendente.

Figura 4 — Representação Esquemática da Espiritualidade



Fonte: Elaborado pelo autor.

Historicamente, espiritualidade não era distinguida da religiosidade até o surgimento do secularismo no século XX (TURNER; LUKOFF; BARNHOUSE; LU, 1995). No intuito de tornar objetiva a definição do termo, associando os dois pontos de vista citados anteriormente, renomados pesquisadores na área de saúde e espiritualidade: Koenig *et al.* (2001), no livro *Handbook of religion and health*, definem a espiritualidade como busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente (Deus, poder superior, realidade última) que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

O transcendente tem, em primeira instância, um sentido ontológico¹⁰⁹, ao se referir a um tipo de ente, mas, também, pode-se dizer que este uso tem um sentido psicológico-antropológico, isto é, que os seres humanos se relacionam não somente com o mundo espaço-temporal, mas também com o que transcende este mundo. Neste segundo sentido, pode-se dizer que transcendência se refere à relação dos seres humanos com fim externo e superior a si mesmo. Para a quarta corrente¹¹⁰ da Psicologia denominada psicologia Transpessoal¹¹¹,

¹⁰⁹ Safra (2005, p. 207) afirma que ontológico refere-se “às condições sob as quais a vida nos é dada, é o aspecto fundante da condição humana”. O sentido, aqui, alude à espiritualidade como movimento humano de sair de si em direção a um sentido maior e último, impulsionando o ser humano para uma totalidade maior.

¹¹⁰ A psicologia pode ser dividida em quatro grandes correntes denominadas forças: a Psicologia Comportamental, a Psicanálise, a Psicologia Humanista e a Psicologia Transpessoal.

¹¹¹ a partir das ideias da psicologia humanista surgiu a 4ª força da Psicologia. Maslow, fundador da Associação de Psicologia Transpessoal, acreditava que vivenciar o aspecto transcendente era importante e crucial em nossas vidas. Pensar de forma holística, transcendendo dualidades como certo, errado, bem ou mal, passado, presente e futuro é fundamental. Maslow declarava que sem o transcendente ficaríamos doentes, violentos e niilistas, vazios de esperança e apáticos. Na segunda edição do livro “Introdução à Psicologia do Ser” Maslow anuncia o aparecimento da quarta força em psicologia — para além dos interesses personalizados — mais elevada e centrada

a transcendência é uma necessidade intrínseca à natureza humana. Não se trata, porém, de algo do mundo divino que estaria fora do mundo material. Transcendência está relacionada a uma pulsão psíquica que permite ao ser humano ir além dos estados de consciência restritos ao ego. Não depende, portanto, de uma crença religiosa. O termo deve ser entendido como um estado sutil de consciência que conecta o homem à totalidade do cosmos, permitindo ir além de si mesmo e do próprio destino VASCONCELOS (2011, p. 62).

Segundo Saldanha (2008, p. 150), na pulsão da transcendência há aspectos que vão além de uma função, indicando uma força espiritual, uma direção evolutiva inerente ao processo de desenvolvimento humano, que segue o seu curso, flui através do ser humano no relacionamento interno e externo. Para além do indivíduo, há algo superior, sagrado, que transcende o que costumamos considerar como nós mesmos, portanto, é um caminho além do ego. É relevante frisar que transcender não é negar a condição humana a pretexto de uma pretensa espiritualização, e sim reconhecer, na própria condição humana, com seus aspectos positivos e negativos, o potencial para ir além do ego e do próprio destino.

Autores como Souza (2013, p. 125) endossam a ideia de forte presença de “espiritualidades¹¹²”, ou expressões diversas de compreensão do que seja espiritualidade, ao se referir a “conteúdo travestido de múltiplas formas” em grande quantidade de publicações nesta área com conteúdo e concepções altamente diversificadas, incluindo artes, em geral, na mídia e em muitas situações do cotidiano. Por isso, o grande desafio do estudo da espiritualidade é definir padrões frente à diversidade de interpretações e vastidão de possibilidades de sentido e aplicações para o termo.

Historicamente, como afirmado anteriormente, o conceito de espiritualidade nasce no cristianismo, quando o termo paulino “pneumáticos” é traduzido como *spiritualis* a partir da tradução do segundo testamento para o latim nos séculos II e III d.C. Entretanto, a palavra “espiritualidade” em si é utilizada pela primeira vez somente em uma carta do século V da era cristã, equivocadamente atribuída a São Jerônimo. Essa carta foi dirigida a um adulto que havia sido batizado recentemente e era exortado a rejeitar uma vida morna e viver a autêntica vida cristã: “Aja de tal maneira que você progrida na espiritualidade (*in spiritualitate*)” (WISEMAN, 2006, p. 4-5).

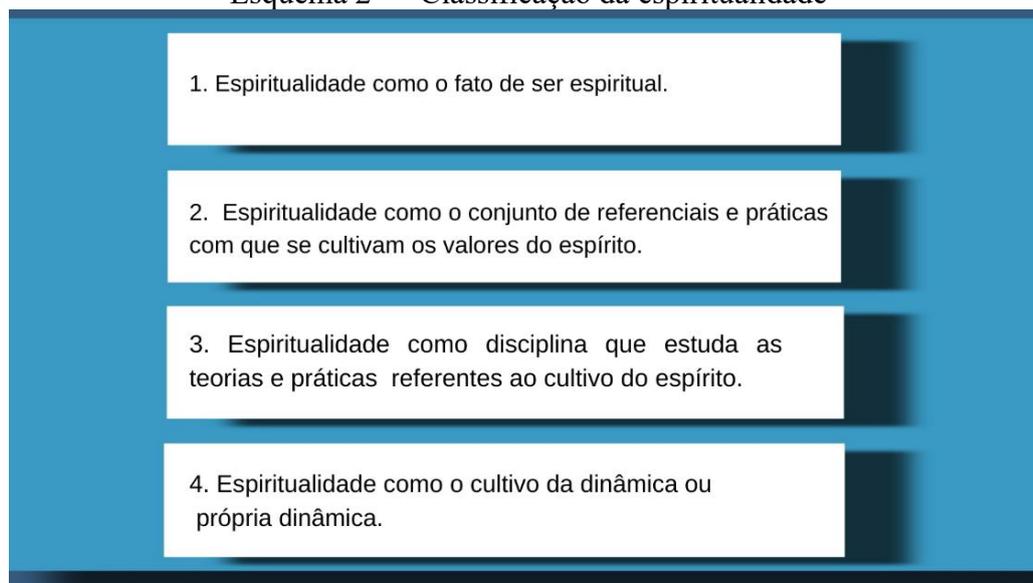
no cosmo. Em 1968, ele concluiu: “Considero a Psicologia Humanista, a Psicologia da Terceira Força, transitória, uma preparação para uma Quarta psicologia ainda “mais forte”, transpessoal, transumana, centrada no cosmos e não em necessidades e nos interesses humanos, que vai além da condição humana, da identidade, da autorrealização etc.” Algo maior do que somos e que seja respeitado por nós, e ao qual nos entregamos num novo sentido não materialista. Vitor Frankl, Stanislav Grof, James Fadiman e Antony Sutich uniram-se a Maslow e oficializaram, em 1968, a Psicologia Transpessoal, enfocando o estudo da consciência e o reconhecimento dos significados das dimensões espirituais da psique.

¹¹² O termo pode ser compreendido também como expressões das diversas formas de se viver a dimensão humana espiritual.

Nesse período, entretanto, “espiritualidade” já não fazia referência apenas a uma vida interior como o faz para muitas pessoas hoje. Fazia, antes de tudo, referência à experiência de Deus, que se realizava por meio de rituais e dogmas, na leitura da Bíblia, na prática litúrgica, na participação em sacramentos e na iniciação como membro da comunidade cristã. Era entendida como o assumir uma vida nova, um novo jeito de pensar e de estar no mundo. Isso se daria por meio da identificação com as práticas e os valores propostos pelo jeito da tradição cristã de ler a experiência de Jesus nas suas relações com o Pai e com as pessoas, sobretudo os considerados excluídos.

O teólogo Márcio Fabri dos Anjos colabora para esta reflexão, ao restabelecer uma classificação interessante sobre os diversos usos do conceito espiritualidade que surgem na história e que possuem reflexo direto na sua compreensão na contemporaneidade, como representado no esquema:

Esquema 2 — Classificação da espiritualidade



Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Anjos (2007, p. 158).

O primeiro conceito de espiritualidade proposto corresponde ao “fato de ser espiritual”, uma concepção que enfatiza certo viés ontológico da espiritualidade como uma dimensão humana. É utilizada frequentemente como adjetivo: espiritualidade humana, força espiritual do pensamento, a dimensão espiritual da ação, dinâmica espiritual social.

O segundo conceito refere-se à “espiritualidade como o conjunto de referenciais e práticas com que se cultivam os valores do espírito”; relaciona-se ao sentido prevalente no mundo contemporâneo, ligado à busca, valorização e prática humana de valores espirituais. Assim, a espiritualidade aproxima-se das religiões e configura-se como um grande leque

variado de espiritualidades: budista, cristã, espírita, moderna, medieval, franciscana, dominicana, judaica, muçulmana, em diversas concepções de mundo.

A terceira visão do termo “espiritualidade” o relaciona à disciplina que estuda as teorias e práticas ao cultivo do espírito”; trata-se da espiritualidade vista a partir da teorização que se faz sobre a vida espiritual. Nessa perspectiva surgem os Cursos de Espiritualidade ou as disciplinas que procuram tratá-la de forma acadêmica, visando sistematizar os conhecimentos relativos ao seu cultivo, analisar seus conteúdos, seus óbices, sua relação com as culturas e perceber suas diferentes correntes e seus métodos. É nesse âmbito que também pode se estabelecer a relação da espiritualidade com outras áreas do conhecimento humano e suas epistemologias, como a Psicologia, a Psicanálise, a Sociologia, a Antropologia, a História, a Política, a Economia, dentre outras.

Já a quarta classificação do termo “espiritualidade” como “o cultivo da dinâmica”¹¹³, ou sendo a própria dinâmica, que impulsiona o ser humano consciente em seus conhecimentos e escolhas vitais. Este sentido também pode aproximar a espiritualidade com as religiões. O importante é que nessa acepção, a espiritualidade é a tentativa de entrar na dinâmica do cultivar e “praticar” essa dimensão importante na vida, favorecendo escolhas mais centradas e pautadas por um nível de profundidade e consciência de si.

O segundo e quarto conceitos propostos acima vão ao encontro do ponto de vista da primeira perspectiva de associação do termo espiritualidade à “busca de significado para a existência e suas relações com o sagrado/transcendente”. Enquanto corpo e psíquico evidenciam a experiência de finitude humana, o espírito aponta para a experiência de infinitude, do que está para além das sensações materiais (RAHNER, 1989, p. 46). Quando em conexão com o sagrado, a espiritualidade tem íntima relação com o caráter intrínseco da religiosidade, é nuclear e correlaciona-se à centralidade do transcendente na vida do ser.

Em direção à perspectiva teológica para o termo, para Hill e Pargament¹¹⁴ (2003, p. 64), a espiritualidade está associada a aspetos subjetivos da experiência de busca pelo sagrado, processo através do qual as pessoas procuram descobrir e, em alguns casos, transformar aquilo que há de sagrado em suas vidas. A noção de espiritualidade constitui-se como crucial no contexto contemporâneo, quando sofre diversas formas de apropriação na experiência de novos agentes do campo religioso.

¹¹³ Nessa acepção, a espiritualidade é a tentativa de entrar na dinâmica do cultivo e prática dessa dimensão importante na vida, favorecendo escolhas mais centradas e pautadas por um nível de profundidade e consciência de si mais íntimo e singular.

¹¹⁴ Kenneth Pargament é um dos principais autores atuais em psicologia da religião. Professor de psicologia clínica na *Bowling Green State University*. Publicou mais de 250 artigos sobre religião e saúde mental.

Em dois ensaios seminais, escritos em 1992 e 1994, o antropólogo José Jorge de Carvalho enuncia a perspectiva da incorporação da noção de “espiritualidade” como chave heurística para uma compreensão articulada da diversidade religiosa contemporânea, tomando como modelo o caso brasileiro. Nesse sentido,

a espiritualidade (origem latina *Spiritus* = sopro) tem sentido primordial de colocar o indivíduo em contato com a transcendência. A espiritualidade funcionaria como um recurso interno, que pode ser acionado pelo contato com o sagrado, com a natureza, com as artes, com a experiência da doação de si, ou engajamento em causas que visam o bem coletivo. Expressar-se-ia como a busca de um ser superior, ou no envolvimento com temas éticos, estéticos, sociais, que vão além do sentido puramente material e imediato (SOCCI, 2006, p. 89).

Há estudiosos que não fazem distinção entre os termos espiritualidade e religiosidade, como Goldstein (1993), por exemplo, que afirma que a espiritualidade e religiosidade estão ligadas ao ser humano independente de raça, cultura ou tempo histórico. Outros, como Oliveira e Junges (2012), afirmam que a espiritualidade é relativa à experiência de contato com o que transcende os aspectos corriqueiros da vida. Esses autores, a partir dos dados de pesquisa realizada com psicólogos, apontam, ainda, que através dos relatos foi visto um entendimento da espiritualidade como experiência singular de encontro consigo, com os outros seres humanos, com o cosmos e com o transcendente.

É notável a possibilidade de transcender sem necessariamente visar o sagrado religioso. Nesse sentido, o termo espiritualidade se relaciona ao “domínio do espírito, ou seja, à dimensão imaterial, extrafísica da existência”, que pode ser expressa por termos religiosos como Deus ou deuses, almas, anjos e demônios, e termos não religiosos como força maior, força da natureza, universo, arte, música, família e comunidade. “Habitualmente se refere a algo invisível e intangível que é a essência da pessoa”. (HUFFORD, 2005, p. 10). Nessa lógica, Elisabeth Lukas afirma:

A dimensão espiritual não se reduz à religiosidade, mas abarca todos os fenômenos especificamente humanos, tais como: o senso valorativo (estético e ético), liberdade e responsabilidade, consciência valorativa, intencionalidade, preocupação como o sentido da vida, dentre outros (LUKAS, 1989, p. 61).

Sob o prisma da segunda perspectiva ontológica do termo “espiritualidade”, que se refere à “manifestação humana de superação de si ou aos obstáculos sem necessariamente ligar-se ao sagrado”, Giovanetti (2004, p. 136) deixa claro que o termo espiritualidade não implica nenhuma ligação com uma realidade superior. Assim, significa toda vivência que pode produzir mudança profunda no interior do sujeito e o leva à integração pessoal e à integração com outros

homens. É de se ressaltar que a espiritualidade tem a ver com a experiência, e não com dogmas, ritos ou celebrações. Este autor, como Viktor Frankl, atrela o conceito de espiritualidade ao sentido de vida. Para ele, a vontade de sentido expressa a motivação primordial do ser humano, rompendo com a ideia de prazer ou felicidade enquanto volição humana.

Victor Frankl (2005, p. 113) considera a espiritualidade ligada ao conceito de autotranscendência¹¹⁵, característica “inerente do ser humano”, que possibilita que ele saia de si mesmo e encontre um sentido para a vida. Assim, em virtude da autotranscendência, o homem é capaz de esquecer-se de si, de se dar, de sair em busca de um sentido para sua existência. Essa dimensão dá ao indivíduo a potencialidade de experienciar valores transcendentais. Ressalte-se que a espiritualidade pode ser cultivada, pode se desenvolver, amadurecer, ou não, caracterizando essencialmente por ser o lugar da lida com a moralidade¹¹⁶, com os valores, com aprofundamentos, com fundamentação das escolhas, com projetos, com tecedura de sentidos e com sentido existencial. Seguindo a mesma linha de pensamento, Christina M. Puchalski *et al.* afirmam:

a espiritualidade corresponde à forma como as pessoas encontram sentido e propósito de vida, e como vivenciam sua conexão com si próprias, com outros e com o sagrado. É uma característica humana universal que pode ser entendida como a relação com o transcendental, expressa através de atitudes, hábitos e práticas (PUCHALSKI *et al.*, 2012, p. 49).

A Conferência Internacional sobre o Aprimoramento da Dimensão Espiritual no Cuidado Integral, realizada em Genebra em 2013, definiu espiritualidade como um “aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual os indivíduos experimentam conexão consigo mesmos, com suas famílias, com os outros, com a comunidade, sociedade, natureza e o aquilo que é significativo ou sagrado.” (PUCHALSKY *et al.*, 2014).

A temática da desconexão consigo ou com os outros remete à crise de sentido existencial. Ela assola a pessoa humana contemporânea e é foco da assistência mental que a todo o momento recebe pessoas em situações de desespero, muitas vezes sem mínimas condições de refletir sobre o vazio existencial que as acomete. Nota-se que a falta de sentido de vida, temática tratada posteriormente, pode ser considerada como uma das raízes para o agravamento da depressão e conseqüente suicídio no mundo contemporâneo.

¹¹⁵ Capacidade especificamente humana de sair de sua esfera e de se fazer participante de algo ou alguém que está no mundo e que não seja a própria pessoa.

¹¹⁶ Franco (2013, p. 404) afirma que frente à atribuição de sentido e à consciência da vida, deparamo-nos com a formação de valores morais do sujeito, em seus questionamentos centrais acerca de bondade, justiça, pecado, erro, vergonha, virtude, dentre outros, que seriam representativos do processo de desenvolvimento da consciência e da concepção que orienta o sentido da existência.

Sob a ótica da saúde pública, a OMS (2001), em seu relatório sobre a saúde no mundo, afirma que a espiritualidade pode ser entendida como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza imaterial, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a nenhum tipo específico de crença ou prática religiosa. Essa ideia que se tem da espiritualidade é a de que está vinculada a uma busca pessoal de sentido¹¹⁷, com ênfase no aperfeiçoamento do potencial humano, conforme apresentaram João Décio Passos e Frank Usarski no *Compêndio de Ciência da Religião*:

E isso pode envolver ou não valores religiosos, mas de toda forma envolve concepções de sentido ligadas à fé, que seria o elemento unificador dessas instâncias aqui tratadas, e a **palavra fé está sendo abordada no sentido amplo**, como elemento que “**dá sentido à vida**”, ou “tomada de posição básica diante da vida”, diferentemente da fé religiosa, que implica “a afirmação ao menos implícita de um absoluto, incondicionado, transcendente, fonte última de sentido, em quem se deposita confiança” (FRANCO, 2013, p. 401, grifos do autor)

Como já exposto, a espiritualidade, na presente acepção do termo, é considerada um conceito moderno, utilizado apenas a partir do século XIX, quando apresentava conotação teológica de perspectiva cristã. Esse conceito exprimia a dimensão religiosa da vida anterior e implicava uma ciência da ascese que conduzia a mística, a uma instauração das relações pessoais com Deus (MOREIRA-ALMEIDA, 2010; SIQUEIRA, 2010). Desse modo, Boff; Betto (1994, p. 163) consideram a espiritualidade como uma experiência mística, misteriosa, que adquire uma conotação normativa em nossas vidas.

Vê-se a mística como uma experiência fundante do humano. Para o professor doutor Souza (2013, p. 135), a espiritualidade alargou seu foco, “deixando de concentrar-se apenas em alguns fenômenos, como os da vida mística, para incluir uma reflexão sobre os valores, as relações e os estilos de vida e opções profundas das pessoas.”. Então, o termo “espiritualidade” amplia-se numa perspectiva ecumênica, chegando a abrigar, por meio do diálogo com outras expressões religiosas para além do cristianismo, um cenário mais abrangente, e não exclusivamente cristão.

Como a espiritualidade pode ser estudada como a motivação para a busca de significado para vida, uma grande referência no estudo das relações entre espiritualidade e religiosidade, o pesquisador Harold Koenig salienta:

¹¹⁷ Não se trata, aqui, de um sentido da vida simples, mas de um sentido percebido de forma mais intensa e profunda, associada à transcendência, mesmo não sendo ela religiosa. É um sentido global da existência, associado à busca pela raiz do viver e existir. Ou seja, há a relação com algum tipo de absoluto. Portanto, faz-se a diferenciação entre sentido existencial e sentido existencial espiritual.

O significado do termo espiritualidade foi ampliado recentemente para **incluir conceitos psicológicos positivos, como significado e propósito, sentido existencial, conexão, paz de espírito, bem-estar pessoal e felicidade** [...], tendência encontrada na maior parte dos resultados de estudos sobre o tema na atualidade. Essa nova versão de espiritualidade evoluiu para incluir **aspectos da vida que não têm nada a ver com religião**, além de, muitas vezes, excluir a religião por completo, como na afirmativa “sou espiritual, não religioso”. [...] Espiritualidade tornou-se um termo popular e flexível, sobretudo em círculos acadêmicos seculares [...]. Esse termo pode incluir a todos, mesmo os não religiosos (KOENIG, 2012, p. 10-11).

Na concepção de Moreira-Almeida (2015, p. 82), “a espiritualidade se coloca além da religião”. Seria uma instância de vivência na qual o principal objetivo é a busca de um sentido para a vida, em sentido de conexão¹¹⁸. A espiritualidade tem a capacidade de fecundar a vida com criatividade, muitas vezes desmontando as certezas tecnológicas, científicas e intelectuais, sendo capaz de colocar o ser humano com os “pés no chão, ou seja, na realidade que o circunda”, oferecendo condições de superação e enfrentamento de suas fragilidades.

É indispensável no processo de redescoberta do ser e das possibilidades de superação, a recriação e o repensar a vida diante da dor, da doença, do sofrimento, da cura, da morte e do luto, e a conexão consigo mesmo, independente da religiosidade ou religião institucional. Ainda segundo Moreira-Almeida (2015), há aumento do emprego do termo espiritualidade tanto em pesquisas acadêmicas como nas falas cotidianas, consequência das evidentes e crescentes resistências sociais à religião institucionalizada.

Marià Corbí observa que a espiritualidade pode manifestar-se de forma não religiosa.¹¹⁹ Para o autor a crise contemporânea de sentido está entre as maiores crises da história devido à perda de “sistemas absolutos de referência”¹²⁰ e à transformação profunda das condições sociolaborais e culturais das sociedades atuais. Durante milênios, o homem cultivou a sua dimensão espiritual por meio da religião, um termo que fica reservado àquelas configurações axiológicas pré-industriais marcadas pelo não dinamismo da fixidez e paradigma da estabilidade. Porém, nas contemporâneas sociedades de conhecimento, a dimensão espiritual,

¹¹⁸ A Conferência Internacional sobre o Aprimoramento da Dimensão Espiritual no Cuidado Integral, realizada em Genebra em 2013, definiu espiritualidade como um “aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual os indivíduos experimentam conexão consigo mesmos, com suas famílias, com os outros, com a comunidade, sociedade, natureza e com aquilo que é significativo ou sagrado.” (PUCHALSKY *et al.*, 2014).

¹¹⁹ Pensamos de início em espiritualidade sem religião como qualquer espiritualidade regulada e experienciada fora de marcos institucionais, doutrinas, com participação comunitária em sistemas de atos. Trata-se, portanto, de uma espiritualidade autônoma em relação ao controle das instituições; independente de doutrinas, de crenças e de adesão aos sistemas de atos (SENRA, 2020).

¹²⁰ Na perspectiva do epistemólogo catalão, a crise axiológica advém de uma radical transformação dos sistemas de vida e de cultura da humanidade. Perdemos todos os sistemas absolutos de referência — os sagrados, os naturais e os científicos — e isso aconteceu precisamente quando acabamos de nos inteirar de que temos em nossas mãos o destino global. Não nos restam mais nenhum critério, nem mais nenhum guia, a não ser nossa própria sabedoria, se a tivermos, nossa própria qualidade como indivíduos e, sobretudo, como coletividades (CORBÍ, 2010, p. 164).

chamada por Corbí de dimensão absoluta, está desafiada pelos modelos da cultura contemporânea. Para ela, o caminho da espiritualidade sem religião é cultivado via conhecimento silencioso.

O acesso que se tem à realidade pela experiência absoluta abre a mente a outro tipo de conhecimento da realidade e faz o homem romper com as fronteiras das necessidades que pautam a existência dos animais. Quem adentra por essa vereda testemunha que aquele que vê e o outro não são dois.

Desse modo, e na contramão da história, os mestres espirituais apresentam um ensinamento poderosíssimo, embora desprovido de alguma posse; um caminho a percorrer, não obstante sem sinalização alguma; um conhecimento transparente ainda que sem conceituações e representações. Marià Corbí qualifica esse outro tipo de conhecimento do real, que consiste na experiência absoluta da realidade, de conhecimento silencioso.

O conhecimento silencioso não é um conhecer oculto e esotérico sobre a realidade, mas um conhecer que faz o homem presenciar o real desprovido das construções da sua condição necessitada.

O fato de não acreditar em Deus, segundo Comte-Sponville (2007, p. 145), não significa abdicar de viver a espiritualidade, a parte ou função mais alta do ser humano. Nesse sentido, a espiritualidade é uma experiência, e não uma teoria na qual se crê. O espírito é a função, a capacidade humana de pensar, querer, agir, amar e sentir conscientemente. É por essa razão, diz o filósofo francês, que é possível viver uma espiritualidade sem Deus.

No ateísmo de Comte-Sponville, “não só é possível comunhão e fidelidade sem religião, mas também espiritualidade sem Deus”. Trata-se da experiência da imensidão da natureza, para além da prisão do eu; da experiência da unidade do universo como a única realidade que há; experiência do inefável e misterioso, ao mesmo tempo que imanente; experiência da vida simples que dilui a ilusão egocêntrica que separa o eu interior do mundo exterior; experiência da eternidade como vivência do presente; experiência da aceitação das coisas como são, como suspensão dos juízos de valor em termos rígidos e absolutistas; experiência da liberdade no que se crê ou não se crê.

Assim, Comte-Sponville propõe um "misticismo ateu", aberto a uma experiência direta do todo universal e que não deixa lugar para crença num Deus supremo, que transcende, infinito em suas perfeições, figura supostamente criada pela mente humana. Este filósofo francês, em sua obra intitulada “O espírito do ateísmo”, afirma que:

O fato de não crer em Deus não significa que não haja possibilidade de se ter uma

vida espiritual. Ele conclui, a partir de evidências históricas, que é possível a uma sociedade viver sem religião. Entretanto, não é possível que uma sociedade viva sem comunhão¹²¹, nem fidelidade. Para o autor, a comunhão é anterior e necessária para a existência de uma comunidade. Ele retorna a Durkheim e diz que para este e para a maioria dos sociólogos a principal função da religião é “a coesão social fortalecendo a comunhão das consciências e a adesão às regras do grupo” (COMTE-SPONVILLE, 2007, p. 23).

Esta é uma concepção de espiritualidade associada à capacidade de desenvolver relação com “absolutos” não religiosos, como valores fundamentais na vida de alguém. Marià Corbí destaca:

Mas se estamos compelidos a cultivar uma espiritualidade não-religiosa¹²² e não-crente, isso implica, por outro lado, que agora podemos herdar o legado espiritual de toda a humanidade: **“de todos podemos aprender; todas as tradições já são nossas.”** (CORBÍ, 2008, p. 105, grifos do autor).

A espiritualidade leiga, livre da submissão a sistemas de crença, deve preservar o rico legado espiritual presente nas várias tradições religiosas como contribuição para uma sociedade mais humana e livre. Na espiritualidade não se trata, segundo Corbí, de uma nova explicação dos mistérios da existência, ou de uma explicação acerca da vida e da morte, ou de uma solução para os problemas metafísicos da existência. Ela não soluciona nada, só cria pessoas capazes de formular explicações e de resolver problemas.

Ribeiro (2014, p. 654) expõe que, diante das “crises de sentido” e “novas possibilidades de emancipação” na “cultura contemporânea”, a condição espiritual ultrapassa domínios morais, metafísicos ou religiosos estabelecidos, o que caracteriza para o autor a espiritualidade não religiosa. Nesse entendimento, a espiritualidade não é considerada um sistema de crenças; não pode, pois, controlar nada. É a manifestação da liberdade em sua plenitude: a experiência espiritual é liberdade completa. A sua autenticidade vem de sua profundidade.

Tudo nasce de dentro e se apoia na própria interioridade¹²³ e na própria autonomia, mas a base da própria e total autonomia, da iniciativa, da criatividade e da liberdade radical é a experiência, em nós mesmos, da grande dimensão do existir. Destarte, abre espaço para o

¹²¹ André Comte-Sponville define o termo comunhão como um compartilhamento sem divisão e afirma que este é, portanto, um ato do espírito, pois somente este é capaz de compartilhar sem, no entanto, realizar uma divisão. É isso que possibilita a criação de vínculos. Segundo o autor, não há sociedade sem vínculos e, portanto, sem comunhão.

¹²² Sinônimo: espiritualidade laica.

¹²³ Segundo Leonardo Boff, a espiritualidade é uma atividade do nosso espírito e não necessariamente implica a fé em algum ser transcendente, característica necessária na vivência da religiosidade. Assim, designa toda vivência que pode produzir mudança profunda no interior do homem, o que o leva à integração pessoal e à integração com outros homens. A Espiritualidade designa o mergulho que fazemos em nós mesmos, por meio de técnicas de meditação; mergulhamos no nosso mais profundo e, ao experimentarmos a realidade como um todo, estamos vivenciando a nossa espiritualidade.

diálogo inter-religioso, incluindo o diálogo entre religiosos e aquele sem religião, agnósticos e ateus.

O que é espiritual não é mensurável, não há instrumento de medição ou tabela que possa confirmar sua presença. Para Dolto (2010, p. 112), essas experiências ultrapassam a linguagem: o que podemos dizer do espiritual ultrapassa a linguagem, mas circula, propaga-se, difunde-se em toda a vida. Aquilo que gera alegria (para além do prazer) — que não pode ser expresso e que deixa uma lembrança inefável de felicidade que desconhecemos — pertence ao domínio espiritual.

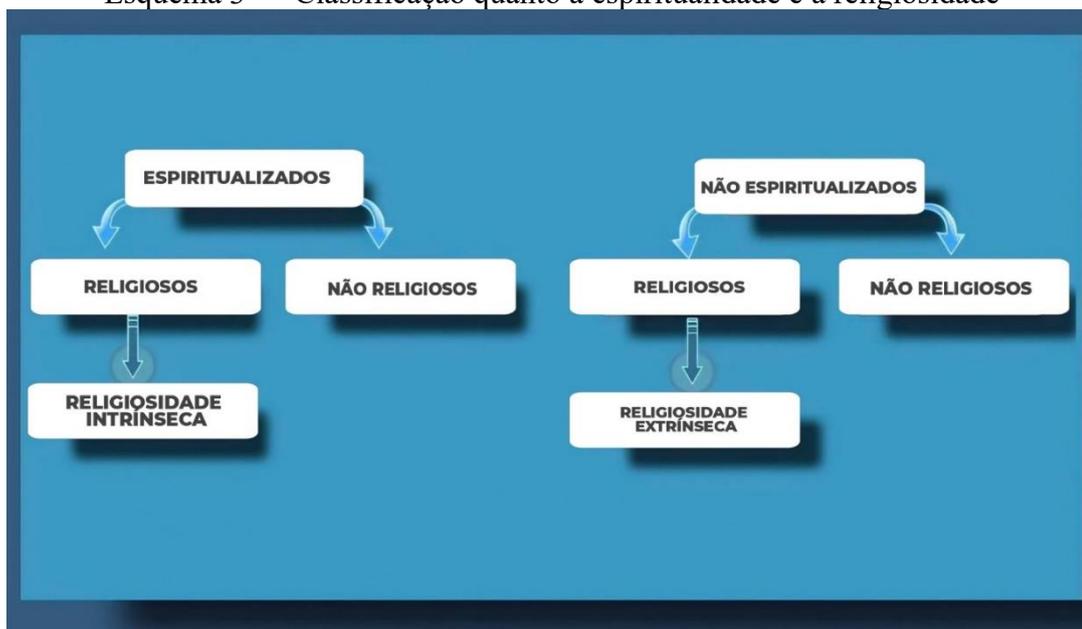
Koenig (2012, p. 412), por sua vez, postula a espiritualidade enquanto parte da experiência humana que possui aspectos cognitivos (a partir da busca de sentido¹²⁴ e crenças), experienciais (sentimentos positivos como esperança, perdão, amor, valores, relações e conexões) e comportamentais (manifestação de crenças espirituais e estado espiritual interno). Segundo Vaillant (2010), a espiritualidade humana corresponde às experiências psicológicas relacionadas à ideia de conexão entre o ser humano e o transcendente. Conforme pensa, a espiritualidade seria uma experiência mais emocional, enquanto a religião, mais cognitiva. Nesse sentido, ateus e agnósticos também possuem fé, já que a ausência de fé resulta no niilismo, e não no ateísmo.

Em que pese nos estudos e pesquisas existentes, ao relacionar a saúde com a religião e dentro deste item tratar-se da espiritualidade, é possível observar que ao contrário do que está posto até aqui, não é a espiritualidade que se submete à religião. Neste caso, é a religiosidade e a religião que estão sob a amplitude da espiritualidade. Resumindo, é possível dizer que a espiritualidade é gênero e a religiosidade e religião, espécies.

Sugiro um esquema ilustrativo com objetivo de facilitar a discussão sugerida neste trabalho. Nele observa-se que há indivíduos espiritualizados religiosos, espiritualizados não religiosos, não espiritualizados religiosos e não espiritualizados não religiosos. Veja:

¹²⁴ Narrativa que vincula a dimensão espiritual à procura de um significado — seja ele existencial ou relacionado a objetivos, condutas e valores — que preencha a vida do ser humano com atributos, qualidades e propósito. Seria algo inerente ao ser humano na procura por compreensão e atribuição de sentido à sua existência.

Esquema 3 — Classificação quanto a espiritualidade e a religiosidade



Fonte: Elaborado pelo autor.

Então, pensando na espiritualidade como busca pessoal para entender questões relacionadas ao sentido da vida, temos indivíduos espiritualizados que vivem uma vida religiosa seguindo os dogmas religiosos, aqui, chamados de espiritualizados religiosos. A busca de sentido, aqui, está diretamente direcionada à proporção em que se manifesta a conexão com o sagrado, no sentido da transcendência divina.

Há também aquelas pessoas espiritualizadas não religiosas, que não se submetem à nenhuma denominação religiosa, mas que desenvolvem a capacidade de autotranscendência, que será tratada posteriormente, encontrando sentido existencial sem a institucionalização de sua fé. Estas são capazes de mergulhar no eu interior e alcançar forças cósmicas, de se sentirem como parte integrante do todo, e de praticar o agradecimento pela vida e pela natureza. Para elas não há a expressão íntima de manifestação de religiosidade.

No que tange à espiritualidade atea, seu desenvolvimento se dá no período industrial. De acordo com Freixes (2014, p. 717), nos últimos anos, houve um novo aspecto cultural que ressaltou o sentimento ao invés da doutrina, em que a experiência direta com a espiritualidade é mais valiosa do que, necessariamente, um vínculo institucional. Os sem religião contemplam ateus, agnósticos e sujeitos que abandonaram instituições religiosas, mas que ainda se declaram crentes no tocante a alguma divindade.

De acordo com Comte-Sponville (2007), o ateísmo não nega o absoluto, mas nega que ele seja Deus. A espiritualidade consiste na fidelidade e na ação, ainda que não direcionada às práticas religiosas. Trata-se, portanto, de uma relação social de comunhão e transmissão em que

a fidelidade e a ação estão direcionadas às práticas sociais a partir da expressão de emoções positivas.

A espiritualidade ateia é crítica, mas não no sentido negativo, no entanto, está pautada na razão e, principalmente, nas relações com a ciência. Assim, tanto a espiritualidade laica de tradição confessional, ou seja, a espiritualidade daqueles que se denominam religiosos, quanto a espiritualidade ateia, ou seja, daqueles que se denominam ateus, possuem em comum a percepção da relevância que ela possui na qualidade de vida do homem, sendo uma experiência real, de transformação da realidade (COMTE-SPONVILLE, 2007).

Por outro lado, existem aqueles seres não espiritualizados, mas religiosos. Vivem o automatismo cotidiano sem reflexões filosóficas profundas. Valorizam uma existência materialista ao viverem somente o aqui e agora para satisfação das necessidades do corpo. Como ser um indivíduo não espiritualizado e religioso ao mesmo tempo? Para muitos, essa ideia parece absurda.

Esses são os religiosos que vivem das superficialidades dogmáticas sem aprofundarem em questões maiores ligadas ao sentido ou à moralidade. Vivem uma religiosidade extrínseca, à espera de “prestações de serviços divinos”. A experiência religiosa rasa é tratada por várias tradições religiosas, como o hinduísmo, o budismo, o confucionismo, o judaísmo, o islamismo, o xintoísmo, o taoísmo, as religiões de matriz africana (candomblé e umbanda), o espiritismo, o catolicismo, o evangelicalismo, dentre outras.

A verdadeira e genuína reforma moral é discutida nas tradições budistas, hinduístas e muçulmanas, assim como as comunidades espíritas valorizam a reforma íntima. O Islam, por exemplo, aperfeiçoou a moral e a elevou em uma alta posição. No Alcorão encontramos a seguinte passagem:

“A bondade não está em voltardes as faces para o Levante e para o Poente; mas a bondade é a de quem crê em Allah, e no Derradeiro Dia, e nos anjos, e no Livro, e nos profetas; e a de quem concede a riqueza, embora a ela apegado, aos parentes, e aos órfãos, e aos necessitados, e ao filho do caminho, e aos mendigos, e aos escravos; e a de quem cumpre a oração e concede az-zakah; e a dos que são fiéis a seu pacto, quando o pactuam; e dos que são perseverantes na adversidade e no infortúnio e em tempo de guerra. Esses são os que são verídicos e esses são os piedosos.” [Sagrado Alcorão 2:177]

Uma preocupação central do islamismo é a atenção interior e a intenção concentrada da parte do muçulmano empenhado em atos de culto. Esses atos são julgados pela intenção (*niyya*).

Assim:

“segundo Al-Gazzali, figura essencial no desenvolvimento do pensamento religioso islâmico, o ritual de qualquer tipo é destituído de significado, a menos que o

muçulmano esteja alerta e ciente do que está fazendo: ‘Longe de vê-Lo ou testemunhá-Lo, o fiel descuidado não atenta para Aquele a quem fala, movimentando a língua simplesmente por hábito’. E para citar o próprio Alcorão, ‘Ai dos que rezam descuidados de suas preces e [que rezam apenas] para ser vistos.’ (surata 107, 4-7).’ (COOGAN, 2007, p. 116)

O dr. Abdurrahman Al-Sheha apresenta em sua obra intitulada “A mensagem do Islã” a seguinte mensagem: “O profeta s.a.w. disse: eu fui trazido para aperfeiçoar e completar o caráter correto e a moral. [al-Bukhari]” (AL-SHEHA, 2014). No Alcorão o valor moral pode ser evidenciado em vários trechos como: "E não voltes, com desdém, teu rosto aos homens, e não andes, com jactância, pela terra. Por certo, Allah não ama a nenhum presunçoso, vanglorioso. E modera teu andar e baixa tua voz. Por certo, a mais reprovável das vozes é a voz dos asnos." [31:18-19]. O princípio norteador para o comportamento de um muçulmano é o que o Alcorão se refere como *Al'amal Assalih* (ações virtuosas), que abrangem todos os atos, não apenas os atos de adoração externos. Neste seguimento, sob o viés teológico cristão, vale lembrar a mensagem do profeta Jesus de Nazaré aos fariseus:

Ai de vós, escribas e fariseus, hipócritas! pois que limpais o exterior do copo e do prato, mas o interior está cheio de rapina e de intemperança. Fariseu cego! limpa primeiro o interior do copo e do prato, para que também o exterior fique limpo. Ai de vós, escribas e fariseus, hipócritas! pois que sois semelhantes aos sepulcros caiados, que por fora realmente parecem formosos, mas interiormente estão cheios de ossos de mortos e de toda a imundícia. Assim também vós exteriormente pareceis justos aos homens, mas interiormente estais cheios de hipocrisia e de iniquidades (Mt 23, 25-28).

Jesus se reportava aos fariseus, em sua maioria, como hipócritas verdadeiros religiosos não espiritualizados. Eram os religiosos ligados aos rituais, às formas, aos dogmas religiosos, mas não experienciavam o sentimento efetivo que a religião pode propiciar à pessoa que a pratica efetivamente, ou seja, aquela participação de dentro para fora, não de fora para dentro.

Os judeus haviam desprezado os verdadeiros mandamentos de Deus para se aferrarem à prática dos regulamentos que os homens tinham estatuído. A substância, muito simples, acabara por desaparecer debaixo da complicação da forma. Como se fosse mais fácil praticar atos exteriores do que se reformar moralmente, lavar as mãos do que expurgar o coração, iludiram-se a si próprios os homens, tendo-se como quites para com Deus, por se conformarem com aquelas práticas, conservando-se tais quais eram, visto se lhes ter ensinado que Deus não exigia mais do que isso. Daí o haver dito o profeta: É em vão que este povo me honra de lábios, ensinando máximas e ordenações humanas.

Jesus trabalhava o lado interior humano. Dizia que o mal não é o que entra pela boca, e sim o que saía da boca, o que as pessoas lançavam em termos de sentimento através das palavras. A questão de não poder curar aos sábados era um protocolo. A mistura de hábitos de higienização como se fossem santos. Pecado era não lavar as mãos. Deixava de ser óbvia providência de saúde pública para preservar a vida por meio de um ato comum. As pessoas se dizerem pertencentes a uma religião herdada pelo tronco familiar não significa que a pessoa seja um religioso espiritualizado.

De outro lado, existem aquelas pessoas não espiritualizadas e não religiosas, vivendo o automatismo cotidiano, sem perspectivas de sentido existencial, sem crítica filosófica, em sua maioria, ao considerar a vida como mero produto da evolução das espécies, em que o acaso se destaca na ordem das coisas. Aqui, além da não manifestação da religiosidade, não há qualquer possibilidade de sistematização institucional de crenças, símbolos, mitos, ritos ou dogmas.

Apesar de parecer evidente o itinerário de classificação agora exposto, observa-se que o foco está na espiritualização dos seres, daí a coexistência ou não das manifestações religiosas como formas de manifestação do gênero maior espiritual, diferentemente da abordagem tradicional em pesquisas sobre saúde e espiritualidade. Atente-se ao fato de que a maioria das análises científicas se baseiam na referência com destaque à religiosidade ou religião.

Dado isso, a existência de classificações como: religiosos espiritualizados e religiosos não espiritualizados, não religiosos espiritualizados e não religiosos não espiritualizados, parece uma questão apenas de ordem classificatória simples e aleatória, mas por trás destas denominações percebe-se o fator de realce que os fenômenos religiosos têm sobre o fazer científico. É como se dentro do gênero religião encontrássemos ou não a espécie espiritualidade.

Como historicamente a espiritualidade tem sido estudada vinculada a aspectos da religiosidade ou religião dos seres humanos, apesar da explícita possibilidade de não se interrelacionarem, é importante entender as peculiaridades e compreender o aspecto multidimensional de cada um deles, tendo em vista a frequência na qual tais aspectos se entrelaçam no cotidiano humano. As diversas formas de expressão da espiritualidade humana são também representações do estado dinâmico mental, como forma de experimentar novos conhecimentos e propiciar equilíbrio, logo, é clara a interconexão entre as dinâmicas espirituais e estratégias associadas ao bem-estar e saúde mental.

2.2 Relevância clínica e social da Espiritualidade

A dimensão espiritual está relacionada diretamente à forma como os indivíduos manifestam suas emoções frente aos conflitos internos ou pressões sociais exteriores. Muitas pesquisas concluem que a espiritualidade¹²⁵, religiosa ou não, pode proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados a maior resiliência¹²⁶ e resistência ao estresse relacionado às doenças (LAWLER; YOUNGER, 2002). Vários estudos enfatizam o desempenho da espiritualidade, incluindo aspectos da religiosidade, como fator de proteção à saúde, acelerando a remissão (KOENIG *et al.*, 1998) e prevenindo a recaída (Miller *et al.*, 1997) da depressão, por exemplo. Esses efeitos são mais evidentes diante de situações de estresse e pressões sociais.

Lazarus e Folkman (1984) definem o estresse psicológico¹²⁷ como a relação entre pessoa e contexto ambiental, que é percebida como indo além do que se pode suportar, excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar. Enquanto mobilização dos recursos pessoais diante das exigências do meio é estado normal/benéfico, mas perante demandas exageradas torna-se fonte de distúrbios (PAIVA, 1998).

A exposição frequente, intensa e crônica ao estresse está associada a numerosos efeitos adversos na saúde física e mental (BOUDREAUX *et al.*, 1995). O mecanismo de ação, ligado ao eixo psiconeuroimunoendócrino¹²⁸, envolve os sistemas nervoso autônomo, imune e endócrino, influenciando o sistema nervoso central e, então, o comportamento manifesto (MCINTOSH; SPILKA, 1990). Entretanto, o estresse não é o único fator na determinação de seu impacto sobre o indivíduo.

O modo como a pessoa lida com o estresse¹²⁹, processo conceituado como *coping*, tem importância crucial, fazendo diferença no funcionamento humano (LAZARUS; FOLKMAN,

¹²⁵ A *American Association of Medical Colleges* (AAMC, 1998) afirma que o conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades. A espiritualidade expressa-se em uma busca do indivíduo do significado definitivo por meio da participação religiosa e/ou crença em Deus, na família, no naturalismo, no racionalismo, no humanismo e nas artes. Todos esses fatores podem influenciar o modo como os pacientes e os profissionais da saúde percebem a saúde e a doença e como interagem uns com os outros.

¹²⁶ No âmbito das Ciências Sociais, existem várias definições de resiliência. Seguem algumas delas: A resiliência é uma habilidade para ressurgir diante das adversidades, adaptar-se, recuperar-se e aceder a uma vida significativa e produtiva (KOTLIARENKO; FONTECILLA; CÁCERES, 1997, p. 5). Resiliência é o enfrentamento efetivo de circunstâncias e eventos de vida severamente estressantes e acumulativos (KOTLIARENKO *et al.*, 1997, p. 5).

¹²⁷ Não há consenso na definição de estresse. Este tem sido definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão de tal situação (LIPP; ROCHA, 1994).

¹²⁸ A psiconeuroimunoendocrinologia tem como objetivo compreender como os sistemas nervoso, endócrino e imune se relacionam entre si e conectam a estímulos psicológicos.

¹²⁹ A capacidade de lidar com o estresse está diretamente relacionada à capacidade de resiliência psicológica.

1984; PARGAMENT, 1997). Objetivamente, o *coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984 e 1986).

O conceito de *coping* espiritual e/ou religioso está inserido nas áreas da psicologia cognitiva-comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva¹³⁰, psicologia da saúde e do escopo de estudos sobre religião e saúde, medicina e espiritualidade, tendo sido delineado a partir do estudo cognitivista do estresse e do *coping*.

As estratégias de *coping* pressupõem avaliação cognitiva do fenômeno estressante, podendo ser classificadas, segundo sua função, como estratégias focadas na emoção (dirigidas à regulação da resposta emocional) ou estratégias focadas no problema (ações práticas dirigidas à solução do evento estressor) (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

Formas habituais de lidar com o estresse desenvolvem-se em estilos de *coping*, podendo influenciar reações em novas situações e a extensão de estratégias selecionadas. Estas são definidas em termos de tendência (não preferência) a usar uma estratégia em maior ou menor grau diante de situações estressantes, sem implicar, necessariamente, presença de traços subjacentes de personalidade predisponentes de determinada resposta (CARVER; SCHEIER, 1994).

Então, enquanto estilos de *coping* se referem mais a resultados de *coping* ou características de personalidade e têm sido ligados a fatores relacionados à disposição do indivíduo, estratégias de *coping* se referem a ações cognitivas/comportamentais e têm sido vinculadas a fatores situacionais (ANTONIAZZI *et al.*, 1998; CARVER; SCHEIER, 1994).

Por ser o *coping* um processo de interação entre indivíduo e ambiente, sua função é administrar, reduzindo, minimizando ou tolerando a situação estressora, mais que controlá-la ou dominá-la (FOLKMAN; LAZARUS, 1980). O processo de *Coping* tem um papel central, como verdadeiro fato, na relação entre espiritualidade e saúde. A palavra não possui uma tradução exata para a língua portuguesa. Alguns estudos traduzem-no simplifadamente como enfrentamento, o que não reflete a complexidade do seu significado.

Na perspectiva da Psicologia da Religião, Pargament define *coping* como “uma busca por significado em tempos de estresse”, “um processo através do qual os indivíduos procuram

¹³⁰ Linha psicológica com enfoque voltado para o otimismo, criatividade, espiritualidade, sabedoria, amor, coragem, justiça e bem-estar, como uma forma preventiva de saúde e de desenvolvimento humano, com nítido enfoque no enfrentamento.

entender e lidar com as demandas significantes de suas vidas”. Para Stroppa, Moreira-Almeida (2008), a tradição religiosa ocidental dá ênfase a uma relação pessoal com Deus e com o próximo. Essas relações podem ter importantes consequências sobre a saúde mental, especialmente com respeito ao enfrentamento de circunstâncias difíceis de vida que acompanham a doença e suas limitações. Crenças e práticas religiosas podem reduzir a sensação de desamparo e perda do controle que acompanham doenças físicas. Já, a percepção de uma relação com Deus pode oferecer uma visão de mundo que proporciona socorro e sentido ao sofrimento e à doença.

A espiritualidade e/ou religiosidade oferece uma variedade de métodos ou estratégias de *coping*, que, contrariando o estereótipo de que seriam meramente defensivos, passivos, focados na emoção ou formas de negação, se mostram cobrindo toda uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações. Pargament e colaboradores elaboraram uma escala de *coping* religioso e espiritual para avaliar esse aspecto.

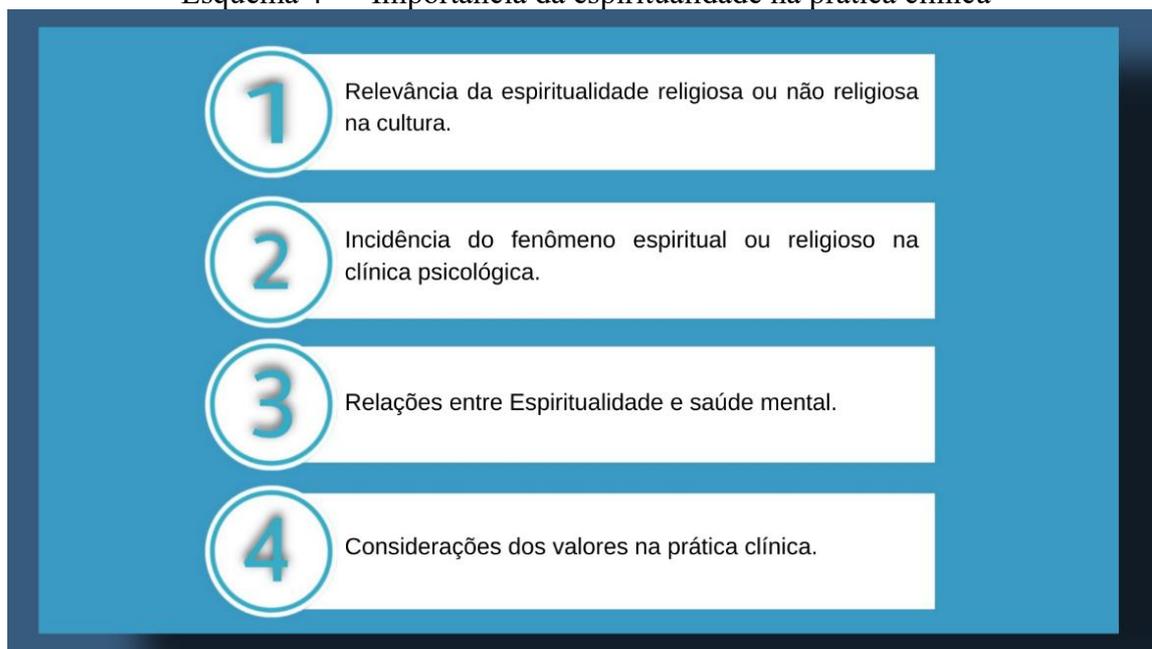
Deste modo, em relação aos resultados, os estilos de *coping* religioso e espiritual podem ser classificados em positivos e negativos. Evidências nos trabalhos de Pargament *et al.* (1998) apontam um uso consideravelmente maior de *coping* religioso positivo do que negativo para diferentes amostras sob diferentes situações estressantes de vida.

Como já referido, com o crescente aumento de indivíduos que se identificam como espirituais, mas não religiosos (ENR), tem existido maior interesse em compreender melhor esta população (CHAVES, 2011). Segundo Fuller (2001), o subgrupo que se classifica como ENR tem tendência a ver a religião organizada e institucionalizada como sufocante, e até mesmo como a maior inimiga de uma espiritualidade autêntica.

São indivíduos que consideram suas vidas jornadas espirituais, procuram fazer novas descobertas e ganhar novos *insights* quase de forma diária. Além disso, têm uma maior tendência para experimentar práticas orientais ou *New age* e não são frequentadores de igreja. (FULLER, 2001). Apesar disso há diversos estudos como o proposto por King *et al.* (2013) confirmando que pessoas que têm uma compreensão espiritual da vida na ausência de uma estrutura religiosa são vulneráveis ao transtorno mental.

Shafranske e Malony (*apud* Ancora Lopez, 1999) apresentam quatro motivos pelos quais é fundamental considerar a espiritualidade religiosa ou não religiosa dos pacientes na área clínica, conforme o esquema:

Esquema 4 — Importância da espiritualidade na prática clínica



Fonte: Elaborado pelo autor.

No que tange a cultura, a espiritualidade do indivíduo agrega diferentes parâmetros culturais, conceitos morais e ideais específicos que oferecem significado à existência humana. Sendo a cultura um espelho que reflete a sociedade, e ao mesmo a transforma, o declínio de uma cultura significa o declínio de uma sociedade e de seus indivíduos. Da mesma forma, quando a cultura floresce, as pessoas e a sociedade também florescem.

Nesse sentido, tomar consciência da relevância e das características da espiritualidade no contexto cultural dos pacientes é uma forma de lidar com uma instrumentação sobre compromisso, moral e papéis sociais mais adequada nas análises do normal e patológico, bem como de auxílio terapêutico a uma série de elaborações que envolvem o sentido existencial, as representações do sujeito e família, a repressão, a culpa, a sexualidade, a liberdade, dentre outros.

Referente à clínica psicológica, cabe destacar que Peres *et al.* (2007) observaram, por meio revisão de literatura, que várias investigações internacionais contemplaram o tema da espiritualidade na psicoterapia, demonstrando pertinência dessa interconexão com bons resultados terapêuticos. Nesta acepção, Bruscagin (2004) aborda, na perspectiva sistêmica, a utilização da religiosidade/espiritualidade dos clientes/pacientes, tanto como estratégias quanto como recursos psicoterapêuticos que visam atingir os objetivos de promoção de saúde mental e qualidade de vida. Sendo assim, pode-se entender a psicoterapia como um meio para a escuta e resolução de conflitos capaz de incorporar a exploração do aspecto espiritual/religioso mais

facilmente, proporcionando espaço para apoio, ressignificação e mudança (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

No caso de o psicoterapeuta ignorar a religião do cliente, este pode não se sentir totalmente compreendido pelo profissional ou passar a acreditar que parte do seu mundo subjetivo não tem lugar na terapia. Além disso, questionar o paciente sobre suas crenças e a forma como utiliza o enfrentamento religioso na solução dos seus problemas por si só pode configurar um modo de intervenção, pois faz com que ele se volte para sua espiritualidade para lidar com determinada situação, incrementando possíveis benefícios que possam advir disso (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Em relação à saúde mental, muitos autores relatam em seus trabalhos o valor positivo ou negativo da integração da espiritualidade em abordagem terapêutica do adoecimento mental. É observável que a temática da espiritualidade se encontra no cerne de muitos transtornos da mente, o que deve ser compreendido por terapeutas. Além disso, há forte impacto da abordagem espiritual no tratamento dos pacientes. Essa temática será abordada no próximo capítulo, concentrando nas possibilidades psicoterapêuticas promovidas pela exploração da espiritualidade dos pacientes.

Por fim, na prática clínica, não se pode negar a necessidade atual de se estudar a espiritualidade vs. saúde mental e compreender os diversos fatores envolvidos com a temática, para que se possa ter um subsídio teórico e empírico que embase a utilização da ferramenta espiritualidade aplicada à prática clínica. Evidenciam-se as recomendações da Associação Psiquiátrica Americana (APA) sobre alguns procedimentos a serem seguidos por psicoterapeutas, ao abordarem os temas espiritualidade e religiosidade, conforme esquema que se segue:

Esquema 5 — Recomendações da APA para psicoterapeutas



Fonte: Elaborado pelo autor.

2.2.1 *Coping Espiritual (CE)*

O *Coping* espiritual corresponde às tentativas de lidar com o estressor ou superá-lo com base no transcendente (CHARZYNSKA, 2015). A transcendência pode assumir diferentes formas: a busca pelo autoaperfeiçoamento do indivíduo, o aprofundar das relações com os outros, pelo sentimento de união com a natureza ou a ligação e a confiança no ser Divino (MILLER; THORESEN, 2003).

Nesse sentido, um dos campos de investigação na área da espiritualidade que mais tem demonstrado relações com a saúde física e mental é o *coping* espiritual (CUMMINGS; PARGAMENT, 2010; GALL *et al.*, 2005; FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004), tendo amplas implicações para o bem-estar psicológico, físico, social e espiritual dos indivíduos, famílias e comunidades (GALL; GUIRGUIS-YOUNGER, 2013).

O *coping* espiritual refere-se à utilização de recursos para compreender e lidar com os agentes estressores, com base no transcendente (CHARYZNSKA, 2015), ou seja, um nível de consciência em que a pessoa alcança novas perspectivas e experiências que ultrapassam os

limites físicos (PIEDMONT, 1999). Fica claro que a experiência da pessoa tem ganhado cada vez mais destaque tanto na conceituação filosófica do cuidado quanto em sua aplicabilidade prática em saúde.

Aqui são identificados dois tipos de *coping* espiritual: o positivo e o negativo. No entanto, isso não significa que exista uma divisão entre espiritualidade positiva e negativa. A espiritualidade é tratada como um todo, mas as suas manifestações podem adotar diferentes formas, sendo o que acontece com *coping* espiritual negativo e positivo (CHARZYSNKA, 2015). Sob o mesmo ponto de vista, na investigação sobre *coping* religioso (PARGAMENT *et al.*, 2011), os dois tipos de *coping* espiritual são relativamente independentes um do outro: um indivíduo pode utilizar *coping* espiritual positivo e negativo simultaneamente.

Na conceitualização de Charzynska (2015), *coping* espiritual positivo (CEP) envolve esforços cognitivos e comportamentais com o objetivo de resolver uma situação de estresse, que, dependendo do domínio em que se encontra, pode-se manifestar conforme esquema:

Esquema 6 — *Coping* Espiritual Positivo



Fonte: Elaborado pelo autor.

O CEP, então, vai em busca de um objetivo, sentido e significado, com um grande foco na vida interior e na tentativa de ultrapassar as próprias fraquezas e de se conhecer cada vez melhor, procurando paz interior e harmonia (Domínio Pessoal positivo). Visa também à criação e manutenção de relações profundas e significantes com outras pessoas, atendendo aos valores morais, tratando as pessoas de forma justa, cuidando e se preocupando com os outros, na disposição de ajudar, demonstrando amor, empatia e compaixão (Domínio Social/Comunitário positivo); à focalização do sentimento de ligação e de pertença à natureza, percebendo a harmonia e ordem, tratando e cuidando da natureza, e na abertura para observar milagres na

mesma (Domínio Ambiental positivo); e à manutenção de uma relação forte com Deus/Supremo, baseado no sentido de presença, amor e confiança (Domínio Religioso positivo).

Já no *coping* espiritual negativo (CEN), torna mais difícil/impossível a um indivíduo obter força por meio recursos espirituais, bloqueando a procura de sentido e significado na vida, dificultando a tendência ao crescimento e ao alcance daquilo que é material. Pode manifestar-se de diversas formas, de acordo com o esquema seguinte:

Esquema 7 — *Coping* Espiritual Negativo



Fonte: Elaborado pelo autor.

Então, o CEN pode manifestar-se na negação do objetivo e significado da própria vida, enfatizando-se nas próprias fraquezas e limitações, concentrando-se nas suas próprias transgressões (Domínio Pessoal negativo), percebendo os outros como inerentemente egoístas e se preocupando apenas com os seus próprios assuntos, o que resulta em aversão, hostilidade, ou inveja em relação às outras pessoas, bloqueando a possibilidade de estabelecer e manter relações interpessoais profundas e significantes (Domínio Social negativo).

Outro efeito negativo é com relação à luta religiosa interna, desenvolvendo mágoa relativamente a Deus/Ser Superior, culpando-o pelas suas próprias fraquezas e negando o amor e cuidado de Deus/Ser Superior pelos humanos (Domínio Religioso negativo).

É notável que os termos “religiosidade” e “espiritualidade” têm sido comumente diferenciados na literatura, no entanto, tal divisão ainda não é comum no que concerne ao *coping*, por isso a maioria dos artigos utilizam o termo “*coping* religioso/espiritual” (THUNÉ *et al.*, 2013; KLAASSEN *et al.*, 2006).

Grande parte dos estudos que medem *coping* espiritual ainda fazem-no de forma inadequada: muitas vezes são utilizadas medidas de um item como a frequência da prece, ou a importância da religião/espiritualidade no indivíduo, ou escalas gerais¹³¹ de *coping* como o *Brief COPE*¹³² (e.g. Green *et al.*, 2011), que tem apenas dois itens referentes à religião, o que restringe sobremaneira o papel da mesma (GALL; GUIRGUIS-YOUNGER, 2013). Outras vezes, são utilizados instrumentos como o *Brief RCOPE*, que apenas tem em conta o *coping* religioso, não medindo adequadamente o papel da espiritualidade do indivíduo no seu processo.

Por fim, os poucos estudos existentes que cumprem estes requisitos utilizam um instrumento que apenas tem em consideração estratégias de *coping* positivas (SAFFARI *et al.*, 2014). É neste contexto que surge o *Spiritual Coping Questionnaire* — SCQ (Charzynska, 2015) —, um instrumento que mede o *coping* espiritual de forma multidimensional, baseado em modelos empíricos já bem estudados, nomeadamente, o modelo transacional de *stress* de Lazarus e Folkman (1984), no conceito de *coping* religioso de Pargament (1997), e segundo o conceito de transcendência espiritual de Piedmont (1999), vendo-o sob 4 domínios: o pessoal, social/comunitário, ambiental e o religioso e abrangendo dois tipos de *coping* espiritual: positivo e negativo, sendo um instrumento capaz de medir *coping* espiritual, independentemente de qualquer religião/crença religiosa. Essas ideias vão ao encontro da opinião de Marià Corbí,

a espiritualidade não é um sistema de crenças; não pode, pois, controlar nada. E não apenas não controla nada, mas faz cair em pedaços qualquer sistema de controle, porque põe em contato com a realidade de uma maneira tal que relativiza qualquer forma de pensar, sentir e viver” (CORBÍ, 2007, p. 151).

Então, a ideia da associação simbiótica entre os termos não corresponde à realidade vivencial humana quanto às estratégias de enfrentamento dinâmico. Essa tendência pode ser

¹³¹Os instrumentos mais utilizados de *coping*: *Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality* (BMMRS); *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES); Escala de Atitude Religiosa/Espiritualidade; Escala de Avaliação do Bem-estar Espiritual (SWBS)/ Escala de Bem-estar Espiritual (EBE); Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve)/Escala de *Coping* Religioso/Espiritual (CRE); Escala de Orientações Religiosas; *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* FACIT-SP; Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)/P-DUREL; Inventário de Religiosidade Intrínseca (um); Perspectiva Espiritual de Reed; *Private and Social Religious Practice Scale* (dois); Escala de Religiosidade de Francis; *Self-rating Scale for Spirituality* (SSRS); *Treatment Spirituality/Religiosity Scale* (TSRS-Br) e WHOQOL-100/WHOQOL-bref e módulo *Religiousness and Personal Beliefs* (SRPB).

¹³² O Brief COPE foi desenvolvido em 1989 por Carver, Scheier e Weintraub, com o objetivo de disponibilizar um questionário que avalia estilos e estratégias de *coping* (PAIS RIBEIRO; RODRIGUES, 2004). A escala consiste em 28 itens, que se distribuem por 14 dimensões que visam avaliar as diferentes formas de como as pessoas respondem ao estresse (CARVER, 1997).

explicada pela falta já explicitada de pontuações e delimitações conceituais claras expressas, inclusive em alguns questionários avaliativos.

O bem-estar espiritual é um componente importante numa visão holística de saúde multidimensional e inclui a saúde física, social, emocional, mental e espiritual, sendo a espiritualidade um importante recurso de *coping* para o indivíduo e que pode ajudar a estratégias de *coping* adaptativas e a mitigar o impacto negativo do estresse na saúde mental e física (PARGAMENT, 2011).

É esperado que o *coping* espiritual se associe de forma significativa ao bem-estar real e atual do indivíduo, e que o negativo se associe à diferença entre o bem-estar espiritual ideal e real do indivíduo. É por fim provável que *coping* espiritual se associe à filosofia do indivíduo e que possam ser traçados perfis de utilização de estratégias de *coping* espiritual diante da concepção que diferentes pessoas têm acerca da sua própria espiritualidade (e.g. espiritual e religioso, espiritual, mas não religioso).

É notável que o *coping* espiritual pode estar presente nas pessoas crentes. Como a espiritualidade diz respeito à construção de sentido profundo e capacidade de conexão, para quem é religioso, isso ocorre de forma religiosa por meio de mecanismos da própria religião. O religioso, nesse sentido, abarca as respostas na ordem da adesão a uma instituição, seus rituais, símbolos, dogmas, e outros, ao desenvolver sua espiritualidade para enfatizar ou dar conta da subjetividade nestes processos.

Em contraste com a religiosidade, a espiritualidade é normalmente associada a um sentido de ligação sagrada com a natureza e todos os seres vivos (ZINNBAUER; PARGAMENT; SCOTT, 1999). Existe ainda pouca investigação empírica na relação entre a ligação da natureza e *coping* com o estresse, no entanto, o potencial de tal associação é evidente (GAL *et al.*, 2005).

As condições ambientais são fatores antecedentes nos mecanismos relacionados com estresse, intercedendo entre o ambiente e a saúde: podem, por um lado, operar como um estressor ambiental, constringindo as capacidades de adaptação dos indivíduos, ou como estratégia de *coping*, reestabelecendo algum equilíbrio entre as exigências do meio e os recursos pessoais.

O Ambiente físico pode prejudicar ou melhorar os recursos de *coping* do indivíduo, podendo aumentar ou reduzir estresse por si próprio (BERTO, 2014). Existem vários estudos experimentais que demonstram que ambientes naturais têm um efeito acelerativo e restaurador na recuperação do estresse e da fadiga mental quando em comparação com ambientes urbanos (ULRICH *et al.*, 1991).

A religião e a espiritualidade têm um grande impacto no processo de encontrar significado tanto em nível de significado global como situacional em relação a um acontecimento estressante, como por exemplo a pertença a uma determinada religião ou crença espiritual.

A espiritualidade tem um importante peso em muitos dos aspectos do significado global e em muitas das suas crenças (a natureza de Deus e da humanidade, controlo, destino, karma) e proporciona motivação e objetivos primários para a vida, bem como diretrizes para atingir esses objetivos, ao mesmo tempo que proporciona um profundo sentido de propósito e de pertença (PARK, 2013, p. 41).

Já o significado situacional envolve uma atribuição mais benigna em relação a um acontecimento, vendo oportunidades para crescer ou benefícios em resultado desse acontecimento, ou determinando que ele é menos central para a vida do indivíduo do que o inicialmente percebido (PARK, 2013, p.40). O acontecimento pode ser reavaliado como uma oportunidade espiritual que oferece benefícios e a possibilidade de ganhar novos *insights* sobre a vida.

2.2.2 *Coping Religioso (CR)*

Parece incoerente tratar sobre estratégias de enfrentamento religioso quando a proposta é avaliar a temática da espiritualidade, mas basta entrar nos principais sites de busca sobre o tema que se encontra a quase fusão dos termos *coping* religioso e *coping* religioso/espiritual. Esse amálgama pode nos confundir desde a seleção à interpretação dos dados acerca da espiritualidade. Às vezes é difícil até mesmo compreender do que os autores estão tratando. Há momentos em que se abordam aspectos essencialmente religiosos e as escalas de medida do *coping* ora se referem ao *coping* religioso/espiritual, ora ao *coping* religioso.

Para Pargament, autor de referência no tema, quando as pessoas se voltam para a religião, e utilizam a fé¹³³, para lidar com o estresse e problemas diários, ocorre o *coping* religioso. Koenig *et al.* (1998b) o definem como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações de vida estressantes.

¹³³ A fé, religiosa ou não, pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais.

Esse processo multidimensional engloba aspectos cognitivos, emocionais, interpessoais, comportamentais e fisiológicos, conforme Pargament *et al.* (2005) descreveram. Essas concepções podem impactar positiva ou negativamente na vida das pessoas. Sendo assim,

o ***coping religioso positivo*** abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico ao praticante, e envolvem expressão de espiritualidade, segurança no relacionamento com o Divino e conexão espiritual com outros. Por outro lado, o ***coping religioso negativo*** envolve métodos relacionados a uma relação insegura com Deus e tensão entre membros de uma comunidade religiosa, pessimismo e desconforto espiritual, ou seja, com caráter prejudicial, não adaptativo (PANZINI; BANDEIRA, 2007; PARGAMENT *et al.*, 2005, grifos do autor).

O CRP relaciona-se com a busca do perdão, da benevolência, da colaboração, da proteção divina, do conforto e segurança em orações, das leituras religiosas, das orações positivas, da busca do amor e da prática da caridade, e outrossim em interpretar dificuldades e problemas como oportunidades de crescimento espiritual.

De outro modo, o CRN, que representa uma avaliação dos conteúdos religiosos como punitivos, malévolos, indicativos de descontentamento ou delegação, relaciona-se a dúvidas quanto à existência e ao potencial amor de Deus, com a insatisfação com o Criador ou instituição religiosa. Sabe-se que o CRN está associado a maior frequência de sintomas depressivos e pior qualidade de vida (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012).

Existem três meios pelos quais a religião pode estar envolvida no *coping*: pode ser parte, contribuir ou ser resultado/produto do processo de *coping*; os dois últimos exemplificando seu papel bidirecional no *coping* (PARGAMENT, 1997). Tais definições não mencionam explicitamente a espiritualidade, embora a religiosidade também se constitua importante fonte de *coping* espiritual.

Sob a ótica da saúde mental, as crenças e os valores religiosos potencialmente propiciaram uma visão mais positiva do mundo e da vida, aumentando a resiliência psicológica diante dos fatos negativos. Nesse sentido, eventos da vida podem ser interpretados em termos religiosos, as religiões podem proporcionar às pessoas estratégias de enfrentamento do estresse cotidiano e poderiam dar significado sagrado a vida.

2.2.3 *Coping Religioso/espiritual (CRE)*

Como já referido, apesar de existir uma clara diferenciação entre espiritualidade e religiosidade a que o *coping* se refere, grande parte da literatura utiliza os termos *coping* religioso/espiritual não fazendo essa distinção. Pode-se atribuir sobretudo ao fato de até há bem

pouco tempo ser uma esfera pouco estudada, a não ser por Kenneth I. Pargament, autor de referência na área e em cujo estudo sempre incidiu mais especificamente no *coping* religioso.

É, no entanto, conflituoso este mesmo uso dos termos de forma conjunta, considerando que o instrumento mais utilizado para medir o *coping* é o *Religious Coping Scale* (RCOPE), que apenas mede de fato *coping* religioso, não medindo formas de *coping* espiritual (BALDACCHINO; BUHAGIAR, 2003; BALDACCHINO; BONELLO; DE BATTISTA, 2014).

Tix e Frazier (1998) definiram o CRE como o uso de técnicas cognitivas ou comportamentais baseadas na religião/espiritualidade de cada um perante eventos de vida estressantes, incluindo a espiritualidade na descrição do conceito, mas ressaltando sua preferência em usar os termos religião/*coping* religioso, em vez espiritualidade/*coping* espiritual, em virtude da literatura estabelecida na área até então.

Estudos demonstram que o CRE pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para a emoção, bem como à liberação de sentimentos negativos relacionados ao estresse, podendo, então, apresentar caráter não adaptativo (CLARK *et al.*, 1995). Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de CRE positivo que negativo, para diferentes amostras em diferentes situações estressantes (PARGAMENT *et al.*, 1998) e que as pessoas utilizam o CRE especialmente em situações de crise (CARVER *et al.*, 1989), principalmente diante de problemas relacionados à saúde/doença, ao envelhecimento e à morte (KOENIG *et al.*, 1995; SIEGEL *et al.*, 2001; TIX; FRAIZER, 1998), à perda de entes queridos (MCINTOSH *et al.*, 1993) e às guerras (PARGAMENT *et al.*, 1994).

Define-se o CRE positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar apoio ou suporte espiritual, procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar resolver problemas em colaboração com o transcendente, redefinir o estressor de forma benevolente, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, buscar ajuda dos membros das instituições religiosas, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico, valorizar o positivismo, sublimar diante das adversidades psicológicas, encontrar dentro de si possíveis respostas às intempéries cotidianas (KOENIG *et al.*, 1998; PARGAMENT, 1998; PARGAMENT *et al.*, 2000).

Em pacientes internados num hospital, comumente a fé, religiosa ou não, pode emergir de forma inusitada, caracterizando um produto do *coping*, muitas vezes contrariando a própria história de vida do paciente. Pessoas que antes mantinham distância ou até repeliam o comportamento espiritual/religioso passam a buscar apoio e a valorizar uma espiritualidade que

nunca tiveram. Nessas horas, o doente se volta para o centro de si mesmo em busca de respostas e a fé consistirá em importante maneira de transcender à ameaça imposta pela doença, encontrando significados para o sofrimento e mitigando a dor psicológica.

O CRE negativo envolve estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal, delegar a Deus a resolução de problemas, promover conflitos interpessoais com membros do grupo religioso, crença num Deus punitivo, vingativo, severo (KOENIG *et.al*, 1998; PARGAMENT *et.al*, 2000).

A religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais. Pode ser usada para induzir culpa, vergonha, medo ou justificar raiva e agressão. Como agente de controle social, pode ser restritiva e limitante, isolando socialmente aqueles em desacordo com os padrões religiosos. No geral, entretanto, as principais religiões com tradições bem estabelecidas e lideranças responsáveis tendem a promover mais experiências humanas positivas que negativas.

Aspectos sociais podem mediar o CRE, como o nível socioeconômico, uma vez que as pessoas com nível social mais baixo tendem a apresentar mais CRE negativo (VALCANTI *et al.*, 2012). Outra variável é o gênero, com destaque para o fato de as mulheres apresentarem mais CRE positivo em relação aos homens (HAGHIGHI, 2013, p. 236). A idade é outro mediador - pessoas mais velhas apresentam maior religiosidade e espiritualidade e, portanto, tendem a apresentar mais CRE positivo (SANTOS *et al.*, 2013).

Nota-se que, por questões práticas e outras já mencionadas anteriormente, CRE e CR se mesclam, levando a dificuldades quanto à análise da temática da saúde mental. Mas não haverá comprometimento da análise proposta nesta dissertação, ao passo que o objetivo da reflexão acerca desta questão é propor o diálogo e estratégia para lidar cientificamente com a temática do *coping*.

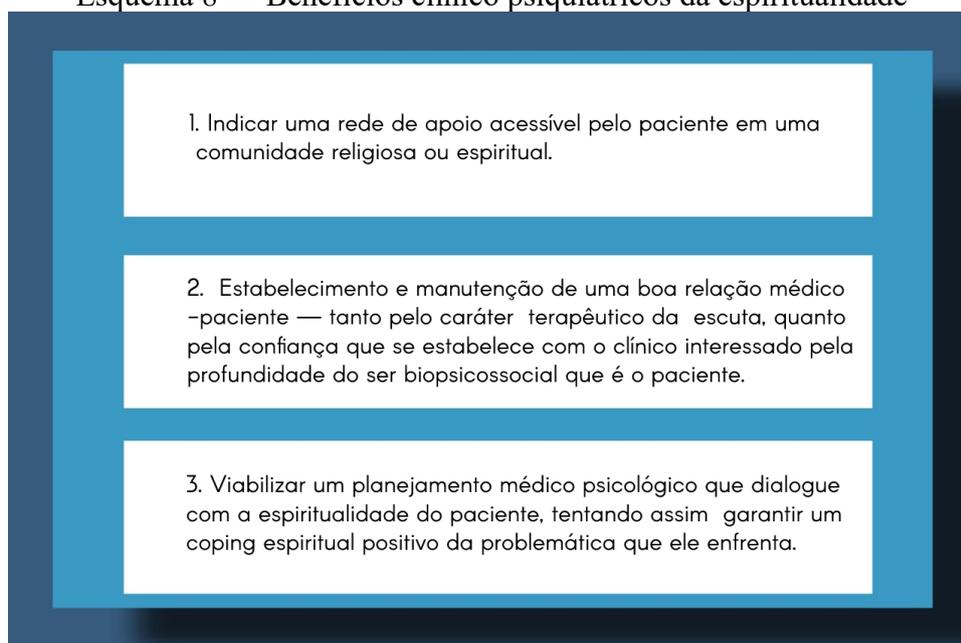
2.3 Dificuldades na abordagem da Espiritualidade na saúde mental

A princípio, existe uma ideia de incongruência moderna entre o caráter científico do exercício da medicina e as categorias de espiritualidade e religiosidade. Tal incongruência é uma das principais resistências enfrentadas para a consolidação da espiritualidade enquanto

uma categoria de saúde, fazendo com que o uso clínico das anamneses espirituais esteja primeiro relacionado a um caráter de pesquisa.

A espiritualidade tem ao menos três benefícios para um paciente clínico e hospitalar, conforme esquema:

Esquema 8 — Benefícios clínico psiquiátricos da espiritualidade



Fonte: Elaborado pelo autor.

No entanto, os obstáculos para a consolidação desse tipo de abordagem clínica vão além do ceticismo da medicina moderna a respeito dos benefícios de se trabalhar com espiritualidade. A questão da falta de tempo, durante um encontro clínico, para se aprofundar em um aspecto da vida do paciente que não esteja diretamente ligado aos seus sintomas aparece como um empecilho para esse tipo de abordagem.

Historicamente há mitos a respeito do estudo da espiritualidade humana. Um deles é de que o universo é composto apenas de matéria física ou forças físicas e que tudo o que transcende o misticismo seria superstição e anticientífico. Nesse caso, todas as explicações válidas para a ciência reducionista seria uma explicação materialista da realidade.

Nessa perspectiva, muitos consideram o cérebro como a fonte produtora do pensamento. Devido ao conflito histórico entre a ciência e a religião, houve grande dificuldade na produção científica sobre saúde e espiritualidade, que parecia insolúvel. Existia falsa crença de que é impossível estudar religião e espiritualidade cientificamente, associada ao mito de oposição entre medicina (Psiquiatria) e espiritualidade.

Há carência de diretrizes baseadas em evidências empíricas para fazer o diagnóstico diferencial entre experiências espirituais saudáveis e transtornos mentais. Um tema que foi pouco explorado neste campo refere-se às experiências espirituais. Do ponto de vista clínico, um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto é necessário, pois certas experiências espirituais podem ser confundidas com episódios psicóticos, uma vez que envolvem eventos de natureza visionária ou transcendental que podem ser interpretados como sintomas de esquizofrenia. Por outro lado, pacientes psicóticos podem apresentar sintomas de conteúdo religioso/espiritual. Para o dr. Alexander Moreira, clínicos e pesquisadores devem reconhecer a importância de:

a) Reconhecer a relevância da competência cultural no manejo de pacientes com relatos de experiências espirituais e desenvolver esta competência e o raciocínio clínico no estabelecimento do diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais. Isso deve ajudar a reduzir a ocorrência de danos iatrogênicos ao evitar o risco de patologização de comportamentos saudáveis e a expandir a relevância transcultural da CID-11; b) Reconhecer que experiências dissociativas, psicóticas ou outros eventos incomuns não são necessariamente patológicos, embora possam causar desconforto caso o ambiente circundante não seja receptivo ou não forneça parâmetros para uma interpretação não patológica de sua ocorrência; c) Estimular pesquisas que expandam o nosso conhecimento sobre as experiências espirituais, melhorando nossa compreensão sobre sua natureza (por exemplo, prevalência, fatores precipitantes, fenomenologia e desfecho) para que possamos realizar diagnósticos diferenciais e manejo clínico adequados (MOREIRA-ALMEIDA (2011, p. 26).

Conforme elucidada Moreira-Almeida (2011, p. 23), desde o século XIX, psicólogos e psiquiatras tenderam a considerar experiências espirituais como sinônimo de transtornos mentais e envolvimento religioso como um marcador de patologia ou imaturidade psicológica, com poucas exceções, como William James. Tal abordagem era especialmente forte no caso de experiências espirituais semelhantes a transtornos psicóticos e dissociativos, como as que ocorrem dentro das tradições espíritas e afro-americanas, bastante populares em países latino-americanos.

Esta abordagem psiquiátrica inadequada fomentou o preconceito, a segregação e internações psiquiátricas involuntárias. Por isso, algumas barreiras são colocadas por médicos, psicólogos e outros profissionais de saúde para não abordarem a espiritualidade dos pacientes durante atendimentos em todos os níveis de atenção à saúde.

Na psicologia clínica e psiquiatria não raro as queixas principais dos pacientes estão na ordem espiritual ou religiosa, além de associações entre quadros psicopatológicos e conteúdos delirantes do pensamento, como o delírio místico-religioso, presente em muitos transtornos psicóticos como a esquizofrenia.

Cabe frisar que uma ideia diferente, desviante do senso comum, só pode ser considerada patológica quando o entorno cultural não a legitima. Percebe-se o preconceito social, inclusive por parte dos profissionais da área da saúde, ao considerarem algumas crenças, compartilhadas com um grupo social, como sintomas psiquiátricos ou psicopatológicos.

Esse limite tênue entre o adoecimento e o equilíbrio mental torna desafiadora a prática psicoterápica e psiquiátrica deste perfil de pacientes. Os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-V demonstram preocupação nesta esfera quando se prescreve como forma de diagnóstico diferencial por exclusão: “A perturbação não é parte normal de uma prática religiosa ou cultural amplamente aceita”.

Nesse ponto, surgem muitos questionamentos que tentam compreender como não considerar patológicos os eventos místico religiosos cotidianos da prática espiritual religiosa. Um exemplo é notado no processo mediúnico espírita da psicofonia, quando no momento do transe ocorrem alterações sensoperceptivas (frequentemente com conteúdo delirante do pensamento). O médium manifesta o que a psiquiatria classifica como alucinações e discursas, em vários momentos, com alterações da forma e conteúdo do pensamento, como na manifestação psicótica.

Se os fenômenos patológicos (como os delírios e alucinações da esquizofrenia) têm a mesma forma de manifestação da ação mediúnica, quais seriam as causas dos eventos? Haveria correlação entre mediunidade e psicose? O que define¹³⁴ um médium ou um psicótico? E o que os diferenciam? Para iniciar a discussão a esse respeito parte-se do referencial do sofrimento. Diferentemente do doente mental, o médium consciente de sua ação e pertencente ao ritual de sua religião não sofre ou tem impactos em sua vida social. Então a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise focam o tratamento em apenas o que gera sofrimento mental.

Apesar das barreiras citadas acima, finalmente pretende-se verificar os impactos da espiritualidade na saúde mental da terceira idade, demonstrando suas perspectivas psicológica e psiquiátrica. Haveria sinergismo entre os eixos Saúde mental e Espiritualidade? Essa questão

¹³⁴ No que tange a espiritualidade religiosa, Junior; Moreira-Almeida (2009, p. 75) realizaram estudo a respeito do diagnóstico diferencial entre experiências espirituais mediúnicas e transtornos mentais de conteúdo religioso. A pesquisa foi feita a partir de ampla revisão na literatura sobre o tema, na qual foram examinados 135 artigos identificados em pesquisa no *PubMed*. Foram identificados nove critérios de maior concordância entre os pesquisadores que poderiam indicar uma adequada diferenciação entre experiências espirituais e transtornos psicóticos e dissociativos. São eles, em relação à experiência vivida: ausência de sofrimento psicológico, ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, duração curta da experiência, atitude crítica (ter dúvidas sobre a realidade objetiva da vivência), compatibilidade com o grupo cultural ou religioso do paciente, ausência de comorbidades, controle sobre a experiência, crescimento pessoal ao longo do tempo e uma atitude de ajuda aos outros. A presença dessas condições sugere uma experiência espiritual não patológica, mas, por outro lado, há carência de estudos bem controlados testando esses critérios.

é densa, mas, passível de análise. Quando se sofre uma dor psicológica ou moral, toda a existência se consome neste sofrimento, toda ela é afetada. Essa é a razão da necessidade de um olhar profissional empático e respeitoso, porquanto a dor do outro não é uma dor pessoal, como se pensava, acima de tudo é uma dor social.

Apesar das barreiras citadas acima, finalmente pretende-se verificar os impactos da espiritualidade na saúde mental na terceira idade, demonstrando suas perspectivas psicológica e psiquiátrica.

2 ESPIRITUALIDADE: EFEITOS NA SAÚDE MENTAL

“A Espiritualidade desponta como resposta ao apelo do ser humano, como a inquieta vigilância do psiquismo antes que a finitude do ser, ferido pelo infinito, não seja levado a se recolher num Eu, hegemônico e ateu, do saber” (LÉVINAS, 1996).

Durante os tratamentos médicos e psicológicos, como resposta adaptativa desfavorável durante o processo de enfrentamento, os profissionais de saúde podem identificar possíveis obstáculos da espiritualidade dos clientes. No entanto, podem também observar vantagens à saúde mental, tendo em vista a ideia de que esta prática está vinculada ao bem-estar, equilíbrio e à busca pessoal de sentido, com ênfase no aperfeiçoamento do potencial humano.

É notável que muitas vezes há perda de integração da pessoa em relação a seus pensamentos, crenças, emoções, comportamentos, valores e sistema social que poderia levar a um envolvimento ineficaz da espiritualidade no processo de equilíbrio mental. Não obstante, a imatura espiritualidade não é um fator determinante no desenvolvimento de transtornos psíquicos, uma vez que há indivíduos com baixo nível de espiritualidade associado a baixos níveis de desenvolvimento de transtornos mentais.

Apesar dos possíveis prejuízos à saúde mental associados a estratégias desajustadas de espiritualidade, que dependem essencialmente da forma como os indivíduos absorvem e elaboram internamente os processos psíquicos de sofrimento, nota-se robustez de estudos demonstrando relação inversa entre transtornos mentais e bem-estar espiritual. Nesta proposta, Robert A. Emmons propôs uma série de mecanismos que refletem as conexões entre espiritualidade e melhor saúde e bem-estar:

1. os esforços espirituais são fortalecedores — as pessoas tendem a perseverar na busca de objetivos transcendentais; 2. esforços espirituais podem fornecer estabilidade e suporte em momentos críticos — as pessoas podem possuir um senso de propósito final e significado mesmo em meio a eventos de vida perturbadores; 3. esforços espirituais oferecem uma filosofia de vida universal — fornecendo força psicológica às pessoas em tempos de desintegração social e cultural (EMMONS, 1999, p. 151).

Na alçada do bem-estar psicológico e do equilíbrio, com algumas exceções, a maioria dos trabalhos encontraram relação positiva entre espiritualidade e bem-estar, demonstrando através do otimismo, felicidade, esperança, autoestima, senso de significado e propósito de vida, controle interno, suporte social, afeto positivo, moral elevado ou ter maior satisfação conjugal (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006, p. 243).

Nesta lógica, num estudo realizado por Marques (2003, p. 57), foi observado que a espiritualidade parece favorecer uma ótica positiva frente à vida, que funciona diminuindo o

estresse frente a situações perturbadoras e a eventos traumáticos. Assim, as implicações da associação significativa entre espiritualidade e saúde são amplas, tanto individual quanto coletivamente. Se ambas mantêm uma correlação importante, a espiritualidade torna-se um recurso promissor de manutenção da saúde, prevenção¹³⁵, cura e reabilitação.

Embora não seja possível determinar, com exatidão, os mecanismos de interação da espiritualidade na saúde, e especialmente na saúde mental, vários estudos sugerem que o exercício de atividades espirituais, como os trabalhos voluntários, a busca de autoconhecimento, as práticas de relaxamento, as leituras, as experiências com a natureza e a arte, podem influenciar psicodinamicamente por meio de emoções positivas, como a paz, a esperança, o perdão, o senso de si (*self*), a autoestima e o amor.

De acordo com Franco (2013, p. 401), a importância da relação entre espiritualidade e saúde mental passou a ser reconhecida por profissionais de saúde nas últimas décadas, apesar das evidentes e já explicitadas dificuldades de lidar com sua própria espiritualidade e a dos pacientes, assunto que será aprofundado neste capítulo. No que tange ao desenvolvimento da espiritualidade, Moreira-Almeida *et al.* afirmam:

Dependendo do tipo e do uso, o desenvolvimento da espiritualidade, que nem sempre abrange crenças religiosas, pode proporcionar maior aceitação, esperança, resiliência¹³⁶, coragem, firmeza e capacidade de adaptação a situações adversas de vida ou pode gerar sentimento de culpa, dúvida, ansiedade, apreensão, medo, tristeza e insegurança, o que pode interferir diretamente no processo terapêutico psicológico e/ou psiquiátrico (MOREIRA-ALMEIDA, 2006, p. 247).

Segundo Calvetti, Muller e Nunes (2008, p. 529), a Psicologia da Saúde considera os esforços espirituais como possíveis fontes de apoio social no enfrentamento da doença, especialmente em enfermidades crônicas, mais frequentes entre longevos.

Nesta proposta, as pesquisas relacionadas à Psicologia Positiva¹³⁷ complementam indicando que as emoções positivas, como a fé e a espiritualidade, podem auxiliar na

¹³⁵ A posição preventiva torna a espiritualidade uma poderosa ferramenta no cuidado ao paciente com transtorno psíquico. Uma vez que detém atenção dos pesquisadores no cenário mundial e por manter uma relação direta com a saúde mental, esta é uma promissora estratégia de saúde no âmbito da busca por novas estratégias do cuidar integral, favorecendo a autonomia, reabilitação e reinserção social.

¹³⁶ Boris Cyrulnik, psicanalista francês, visualiza a resiliência como um oxímoron, em que o sujeito é cindido por um trauma, mas paradoxalmente se reconstrói e resiste; sofre, mas tem esperança apesar de tudo. Define-se aqui a resiliência como a capacidade de transformar uma situação de dor em possibilidade de crescimento, ou “capacidade humana para enfrentar, sobrepor-se e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade.” (GROTBERG, 2002, p. 20). Calvetti, Muller e Nunes (2008, p. 524) destacam a importância das variáveis religiosidade e espiritualidade no processo de resiliência e de proteção à saúde, em especial, no que diz respeito aos pacientes com HIV/Aids.

¹³⁷ Segundo Sheldon; King (2001, p. 216) a psicologia positiva é um movimento recente dentro da ciência psicológica que visa fazer com que os psicólogos contemporâneos adotem “uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas”, enfatizando mais a busca pela felicidade humana que

manutenção e desenvolvimento saudável, mesmo no processo de saúde-doença, na busca da preservação dos aspectos sadios do desenvolvimento humano. Entretanto, as autoras acima assinalam a importância de se compreender que as emoções não são um afastamento para o enfrentamento da doença, mas uma contribuição como fonte de apoio social no tratamento.

Sob a ótica da espiritualidade não religiosa, muitos estudos sugerem taxas mais baixas de sintomas ansiosos, depressivos, obsessivos e compulsivos em quem afirmava ter maior espiritualidade, e pouco se tinha investigado sobre os mecanismos pelos quais a espiritualidade poderia influenciar a saúde mental.

Há um “mundo” de pesquisas a empreender, a fim de entender quem é o espiritualizado não religioso, a variedade de suas crenças e visões de mundo, bem como práticas e como elas podem interagir com a saúde mental. Não há dúvida de que a literatura é limitada e controversa. Alguns estudos, por exemplo, sugerem que os indivíduos sem religião, ateus e agnósticos podem, às vezes, experimentar níveis mais elevados de saúde física, mas não de saúde psicológica ou bem-estar como os indivíduos religiosos.

Ressalto que os espiritualizados não religiosos, assim como crentes fanáticos (espiritualizados religiosos ou não espiritualizados religiosos), podem ser dogmáticos e preconceituosos em relação a seus grupos externos e podem mostrar uma falta de flexibilidade com aquele que tem uma perspectiva diferente.

Sob a ótica da saúde física, relacionada indiretamente à saúde mental, houve destaque para a melhora na saúde física nas funções dos sistemas imune e endócrino, na diminuição da pressão arterial e no controle de doenças cardiovasculares. Há maior frequência de comportamentos saudáveis, como menor número de fumantes e maior número de praticantes de exercícios físicos entre as pessoas mais religiosas. Koenig, McCullough e Larson (2001) relataram menores níveis de colesterolemia, melhor padrão de sono e menor taxa de mortalidade.

Com a proposição de facilitar as interpretações dos estudos a serem apontados, optou-se por reservar o próximo tópico à temática religiosa da espiritualidade na tentativa de delinear o assunto. Há relativamente poucas pesquisas na área da saúde que tratam da espiritualidade desmembrada do viés teológico. A proposta é de facilitar as interpretações dos estudos a serem apresentados.

3.1 Espiritualidade religiosa e saúde mental

Há questionamentos do porquê da excessiva valorização da religião em estudos sobre saúde mental. Como estudar espiritualidade partindo do que é do seu possível desdobramento? Ou seja, uma subclassificação com destaque maior que a própria classificação, a parte que toma o destaque do todo. Se o gênero espiritualidade se manifesta em espécies por meio de atividades espirituais como a manifestação de várias formas de expressão da arte; o hábito de praticar a benevolência e a caridade; a busca pelo autoconhecimento; as práticas meditativas e de relaxamento; as experiências naturalistas; as expressões da linguagem a partir de leituras e as vivências da religiosidade, por que a insistência de o tratar em subordinação à religião?

A partir destes questionamentos, no tocante à espiritualidade religiosa¹³⁸, não se pode deixar de notar que a maior parte das pessoas do mundo acredita em Deus¹³⁹ (Zuckerman, 2007), o ser mais cultuado pelas religiões monoteístas.

Nota-se que no Brasil, segundo o Censo de 2010 sobre a religião (ou a não religião) declarada dos brasileiros, a maioria da população é cristã, em sua maioria católica. Noutro levantamento, 83,8% dos 3.007 brasileiros (maiores de 18 anos) atribuíram muita importância à sua religião, e a maior parte deles frequenta reuniões religiosas ao menos uma vez por mês (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010, p. 17). Dados comparáveis são encontrados em outros países (*e.g.*, nos EUA; SCHNITTKER, 2001).

Os efeitos positivos da espiritualidade neste viés teísta e cristão têm sido o foco de maior interesse da maioria das pesquisas ocidentais sobre o tema, evidentemente por questões culturais. Há também questionamentos acerca do relativo baixo interesse em estudos com a crescente população dos denominados sem religião, que, apesar da ascensão, pouco se sabe efetivamente acerca dos efeitos da espiritualidade na saúde mental nesta população. Isto posto, parece mera questão de falta de interesse e motivação dos pesquisadores diante da prometida aplicabilidade clínica psiquiátrica.

Nota-se que o impacto positivo do envolvimento religioso com o bem-estar é mais robusto entre as pessoas idosas, deficientes e pessoas enfermas, significando, provavelmente,

¹³⁸ Um artigo produzido por Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig, em 2006, reviu evidências científicas disponíveis sobre a relação entre espiritualidade religiosa e saúde mental, baseado, em grande parte, na revisão de Koenig e colaboradores, publicada no *Handbook of Religion and Health*, no ano de 2001, no qual mais de 1200 trabalhos divulgados, durante o século XX, foram avaliados, considerando-se a análise mais abrangente e sistemática já realizada neste domínio, e na atualização de artigos publicados após 2000 e a descrição de pesquisas conduzidas no Brasil.

¹³⁹ Num estudo nacional, promovido por Lucchetti *et al.* (2012), 83,6% das pessoas disseram sentir a presença de Deus, 51,7% apresentavam atividades religiosas não organizacionais todos os dias (*e.g.*, orar, meditar e/ou estudar a Bíblia) e 72,6% possuem um estilo de vida fundamentado em suas crenças religiosas.

que o efeito desse abarcamento no bem-estar era mais elevado para aqueles em circunstâncias adversas e estressantes. Nesta proposta terapêutica de enfrentamento e de sentido que seguiremos adiante nesta dissertação.

Por outro lado, muitos estudos apontam que há efeitos nocivos da vivência religiosa sobre a saúde mental de grupos de indivíduos, sobretudo quando eles se utilizam de padrões de enfrentamento religioso negativo¹⁴⁰ (*coping* religioso negativo). Dentre eles, destacam-se:

A delegação de toda responsabilidade sobre sua vida a Deus ou divindade, atitude de, ao considerar-se abandonado, culpar a espiritualidade por seus possíveis fracassos e redefinir o estressor como punição divina ou como ação das “forças do mal” (O’BRIEN *et al.*, 2018, p. 318).

É clara, aqui, a percepção de dificuldades religiosas envolvendo tensão interpessoal, ao invés de suporte social e conflitos com Deus, contrariamente a uma percepção de colaboração.

Nesse sentido, *Coping* religioso negativo envolve crenças e atividades, como expressar raiva de Deus ou divindade, questionar o poder de divino e atribuir eventos negativos a punições provenientes da divindade. Isso pode conduzir a dificuldades no relacionamento interpessoal, levando a um descontentamento com comunidades religiosas e suas lideranças, autonegação da pessoa em detrimento dos objetivos da igreja ou grupo religioso, e o conflito com o dogma da igreja ou grupo religioso do qual faz parte. Há que se ressaltar que *Coping* religioso negativo foi associado a maiores aflições afetivas, incluindo maior ansiedade e depressão e autoestima mais baixa (EXLINE; YALI e LOBEL, 1999, p. 366).

É necessário lembrar que a rigidez na vivência de práticas/dogmas e conflitos com os membros da instituição religiosa são fontes de sofrimento e estresse, além de desestimular a busca por cuidados médicos, interferindo negativamente na saúde das pessoas.

Em síntese, pesquisas em populações não clínicas mostram que quando a religião é experimentada de modo rígido ou radical costuma trazer resultados que se traduzem em malefícios à saúde mental e risco aumentado de suicídio em membros da comunidade, que, em geral, são pertencentes a grupos minoritários que não aderem ou não compactuam com alguns dogmas ou regras religiosas, sofrendo discriminações e exclusões sociais (TAYLOR *et al.*, 2011, p. 1). Isso reforça o quanto o relacionamento social é importante na promoção de saúde em grupos religiosos.

¹⁴⁰ Apesar da maioria dos estudos encontrados indicar uma associação positiva entre espiritualidade religiosa e saúde mental, destaca-se que o papel da religião não deve ser subestimado (PARGAMENT, 2010), pois dependendo do tipo e uso das crenças religiosas podem gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão (STROPPIA; MOREIRAALMEIDA, 2008, p. 5), tamanha influência que exercem sobre a vida das pessoas.

É indubitável que experiências negativas com grupos religiosos podem agravar os sentimentos de rejeição e marginalização, enquanto convicções religiosas desfavoráveis podem intensificar excessos de autculpa e percepções de pecaminosidade imperdoável. Se forem entrelaçados a padrões de sintomas obsessivos¹⁴¹ ou depressivos, podem ser ainda mais aflitivos. Ademais, dificuldades emocionais e sentimento de rejeição podem ser reforçados por comunidades religiosas que veem as desordens mentais como sinais de fraqueza ou falha moral ou espiritual.

Observa-se que orações ou outros rituais religiosos podem se tornar viciosos e interferir no funcionamento diário geral (TEPPER *et al.*, 2001, p. 663), inclusive levando a comportamentos compulsivos¹⁴², como resposta à manifestação obsessiva dos pacientes. Finalmente, crenças envolvendo temas do abandono divino ou condenação, rejeição implacável ou poderosa retaliação podem fazer a recuperação parecer inatingível ou desimportante.

Independente de manifestação positiva ou negativa da espiritualidade, religiosa ou não, o seu impacto na saúde mental é foco de interesse médico psicológico pela evidente repercussão clínica nas estratégias preventivas, nas sugestões de tratamento ou em avaliações prognósticas. Pretende-se esclarecer o sofrimento psíquico e prejuízos sociais do adoecimento mental sob o olhar da espiritualidade humana.

3.2 Transtornos da mente e espiritualidade

O itinerário de ideias propostas até aqui nos faz concluir que quando bem integradas na vida dos indivíduos as abordagens espirituais podem ser benéficas nos transtornos psiquiátricos. Nesta asserção, Koenig, em 2004, publicou um levantamento de pesquisas relacionando saúde física e mental com espiritualidade, emoções positivas e relações sociais.

Sabe-se que religiões podem ajudar as pessoas a se integrarem a uma comunidade e motivá-las para o tratamento. Para isto, é preciso identificar os efeitos positivos traçando estratégias de apoio espiritual/religioso no processo de saúde.

¹⁴¹ As ideias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, esses pensamentos perturbam muito o sujeito, que tenta frequentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. Nesse caso, se reconhecem como seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade.

¹⁴² Compulsões (ou rituais) são comportamentos repetitivos (p. ex., lavar, verificar) ou atos mentais (p. ex., contar, repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. As compulsões são geralmente executadas em resposta a uma obsessão (p. ex., pensamentos de contaminação levando a rituais de lavagem ou pensamentos de que alguma coisa está incorreta levando à repetição de rituais até parecer “direita” [*just right*]). O objetivo é reduzir o sofrimento desencadeado pelas obsessões ou evitar um evento temido (p. ex., ficar doente). As compulsões não são executadas por prazer, embora alguns indivíduos experimentem alívio da ansiedade ou sofrimento.

Carlson *et al.*, citados por Koenig *et al.* (2001, p. 203), conduziram um estudo controlado para determinar os efeitos da meditação devocional sobre o estado de estresse fisiológico e psicológico. A técnica consistia em um período de oração e leitura silenciosa das escrituras. Outro grupo se submeteu a uma técnica de relaxamento progressivo. As intervenções foram realizadas em seis sessões de 20 minutos cada, por duas semanas. Os escores de ansiedade foram significativamente mais baixos entre os que se submeteram à meditação devocional, quando comparados com o grupo de relaxamento progressivo e o grupo controle.

Estudo realizado por Kabat-Zinn *et al.*, citado por Koenig *et al.* (2001, p. 142), examinou os efeitos da meditação budista sobre transtornos de ansiedade. Eram 22 indivíduos com transtorno de pânico¹⁴³ com ou sem agorafobia, segundo critérios do DSM-III. O programa consistiu em duas horas por semana de aulas sobre relaxamento e redução do estresse e sete horas e meia de meditação silenciosa por seis semanas. Os resultados apontaram redução significativa da ansiedade e frequência dos ataques de pânico em 90,09% nesta população (20 dos 22 indivíduos).

No que corresponde à saúde mental, há muitos exemplos de estudos mostrando que a espiritualidade está correlacionada a menores níveis de ansiedade geral e com resultados positivos no enfrentamento da ansiedade, como o trabalho retratado por Jahangir (1995). A maioria dos estudos que investigaram a eficácia da espiritualidade em tratar problemas de ansiedade teve seu foco nas técnicas de meditação e relaxamento, com vários deles apontando sua eficácia no tratamento.

Muitos estudos, como o de Dantas *et al.* (1999) e de Kirov *et al.* (1998), investigaram o papel de crenças e práticas religiosas sobre a doença mental. Esses estudos apontaram uma especial importância de aspectos religiosos e místicos na vida de pacientes bipolares e esquizofrênicos, bem como a maior frequência com que utilizam suas crenças religiosas para lidar com situações de estresse e com sua doença.

Nota-se que as investigações sistemáticas a respeito da relação entre espiritualidade e Transtorno Bipolar do Humor¹⁴⁴ (TBH) são recentes. Assim, existem evidências de uma maior

¹⁴³ Segundo a APA (2013, p. 209), transtorno de pânico são ataques de pânico inesperados recorrentes (Critério A). Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso, que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos.

¹⁴⁴ Segundo a APA (2013, p. 123), transtorno bipolar pode ser classificado como tipo I, tipo II e Ciclotímico. Os critérios para transtorno bipolar tipo I representam o entendimento moderno do transtorno maníaco-depressivo clássico, ou psicose afetiva, descrito no século XIX. Diferem da descrição clássica somente no que se refere ao fato de não haver exigência de psicose ou de experiência na vida de um episódio depressivo maior. No entanto, a vasta maioria dos indivíduos, cujos sintomas atendem aos critérios para um episódio maníaco, também tem episódios depressivos maiores durante o curso de suas vidas. O transtorno bipolar tipo II, que requer um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida, não é mais considerado uma condição “mais leve” que o transtorno bipolar tipo I, em grande parte em razão da quantidade de

preocupação e envolvimento religioso e espiritual entre pacientes bipolares, bem como mais frequente uso de CRE que em outros transtornos mentais. Em razão disso, o número de estudos sobre práticas religiosas saudáveis e recursos de CRE merece ser ampliado, bem como sua relação com a adesão ao tratamento e as recorrências do transtorno.

Estudos longitudinais com pacientes bipolares examinados em suas fases de mania, eutímia e depressão poderão esclarecer aspectos ainda obscuros da espiritualidade no TBH. Indicam, ainda, uma relação frequente e significativa entre sintomas maníacos e experiências místicas¹⁴⁵ e modificações na intensidade da fé após o início do transtorno. Em 1969, Gallemore *et al.* realizaram um estudo transversal envolvendo 62 pacientes bipolares. Observaram maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação entre os pacientes bipolares, estivessem bem ou em período crítico da doença.

Num estudo de Panzini, Bandeira (2007, p. 129) sugere que em pacientes bipolares o *coping* religioso e espiritual (CRE) é muitas vezes benéfico, porém, algumas vezes resultam em sentimentos de culpa, de medo e de autodesvalorização, que não são benéficos para a saúde mental. Portanto, as atividades voltadas a estes pacientes devem seguir estratégias de fortalecimento do CRE orientadas por meio de uma educação psíquica que permita sua melhor aplicabilidade, de forma a conduzir aos benefícios deste recurso.

Existe uma correlação forte, consistente e inversa entre espiritualidade religiosa e uso/abuso de álcool e outras drogas, tanto entre adolescentes quanto entre adultos. Três estudos brasileiros envolvendo milhares de adolescentes constataram que fatores espirituais e religiosos estão fortemente associados com menor frequência de uso de drogas, bem como indivíduos assíduos em serviços religiosos são menos suscetíveis a iniciar ou continuar fumando, fazer uso excessivo de álcool e outras drogas (DALGALARRONDO, *et al.*, 2004; TAVARES *et al.*, 2004).

Um estudo qualitativo investigando fatores protetores do uso de drogas entre adolescentes muito pobres, residentes em áreas violentas de São Paulo, apontou a religiosidade como o segundo principal fator protetor, depois somente de família estruturada. Família estruturada, por sua vez, estava associada com família religiosa. O estudo apontou que 81% dos

tempo que pessoas com essa condição passam em depressão e pelo fato de a instabilidade do humor vivenciada ser tipicamente acompanhada de prejuízo grave no funcionamento profissional e social. O diagnóstico de transtorno ciclotímico é feito em adultos que têm pelo menos dois anos (um ano em crianças) de períodos hipomaníacos e depressivos, sem jamais atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior.

¹⁴⁵ De modo semelhante, Koenig (2007) observou entre pacientes bipolares maior incidência de experiências místicas em suas vidas religiosas, o que poderia estar relacionado ao incremento da afetividade própria da doença, com maior frequência de uso de *coping*.

não usuários de drogas acreditam e praticam uma religião, enquanto entre os usuários apenas 13% encontram-se nessa condição, atribuindo à prática religiosa um meio de abandono às drogas (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004, p. 43).

Maiores níveis de espiritualidade entre indivíduos se recuperando do abuso de substâncias estão associados ao otimismo e à resiliência ao estresse (PARDINI; PLANTE; SHERMAN, 2001), sendo que foi descoberto que os métodos de *coping* espiritual têm efeitos positivos para pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (WALSH, 1995). E a participação em atividades espirituais e religiosas ajuda a integrar os indivíduos em suas famílias.

Abre-se um campo vasto de investigações a respeito do tema, com possibilidades de melhores propostas terapêuticas, ao se considerar a abordagem integrativa que considera a espiritualidade como pilar terapêutico. Aqui, a pretérita visão preconceituosa e subjetiva da espiritualidade abre espaço para a valorização desta primordial dimensão da pessoa enquanto ser integral. Porquanto não cabe retratar os indivíduos em representações mecanicistas, que os modulam sob paradigmas organicistas.

Neste tópico, o objetivo foi apresentar apenas algumas aplicações de aspectos espirituais em saúde mental, porque há uma vasta literatura elucidando o assunto. O que se observa é que a espiritualidade não religiosa, atea e agnóstica, tem sido pouco estudada. Cabe, aqui, fazermos o recorte temático dos transtornos depressivos. Já sabemos que a depressão é um dos transtornos mentais mais prevalentes e que leva a grandes prejuízos individuais e sociais. Então, agora, a sugestão é avaliar os mecanismos propostos de interação de variáveis e as potencialidades da espiritualidade sob perspectiva da depressão.

3.3 Perspectiva clínica psiquiátrica da espiritualidade do paciente depressivo

Como já afirmado, a partir dos anos 80, a espiritualidade começa a ocupar espaço na área da saúde. Os esforços bem-sucedidos de Puchalski, nos anos 1990, para inclusão da espiritualidade no currículo das escolas médicas norte-americanas, divulgando sua experiência de ensino na *George Washington University*, contribuíram para o aumento do interesse no assunto (PUCHALSKI *et al.*, 1998; PUCHALSKI, 2006).

Apesar de trivial, as insistentes investidas médicas de incorporação deste conceito na área da saúde se justificam pela ainda frequente abordagem fragmentada da saúde do ser humano. É comum ignorar na prática clínico-psiquiátrica suas potencialidades, desconsiderando a natureza de individualidade dinâmica e multidimensional dos indivíduos.

Organizando essa entrada da espiritualidade na prática clínica¹⁴⁶, surgem os protocolos que buscam investigar a espiritualidade do paciente. As anamneses espirituais são uma nova categoria de protocolo clínico que podem vir tanto na forma de um questionário anamnésico fechado, de um questionário de caráter psicométrico, de um roteiro de perguntas que oriente as indagações do clínico, bem como na forma de perguntas feitas pelo médico, de maneira espontânea ao paciente, perguntas estas se referindo, pelo menos uma delas, ao paciente com sua espiritualidade.

Importante lembrar que a Anamnese Espiritual vai além de indagar o paciente apenas a respeito de sua filiação religiosa. Ela se preocupa, em alguma medida, em como essa filiação ou suas crenças espirituais impactam na vida do paciente. O embrião desses protocolos surge ainda em 1998, logo após a alteração do preâmbulo da constituição da OMS.

O WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life – 100*) foi um questionário psicométrico (anexo A) de 100 questões, desenvolvido pela própria OMS, que pretendia aferir a qualidade de vida de pessoas independente de seus contextos culturais. Ele investigava seis níveis de bem-estar pessoal: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. No entanto, as quatro perguntas referentes ao domínio da espiritualidade se mostraram insuficientes ao mesmo tempo em que suas respostas foram muito potentes para medir a qualidade de vida.

A OMS então desenvolveu o questionário WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life — Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs*). Constituído por 32 perguntas, o novo questionário (anexo C) se propunha a aprofundar exclusivamente as relações do indivíduo com sua espiritualidade, religiosidade ou crenças pessoais, numa tentativa de complementar o instrumento psicométrico de qualidade de vida da OMS.

No ano seguinte, em 1999, a americana Dra. Christina Puchalski desenvolve um roteiro de avaliação da espiritualidade para uso clínico, denominado FICA, conforme anexo B. O instrumento consiste num questionário de quatro perguntas relacionadas à fé e crenças, sua importância e influência na vida do paciente, se o paciente pertence a alguma comunidade religiosa e se gostaria que os profissionais de saúde abordassem sua espiritualidade durante o tratamento da saúde. Além disso, o instrumento contém cinco recomendações para que tais perguntas sejam feitas de maneira sensível ao paciente.

¹⁴⁶ Tem-se observado a formação de cursos especializantes para abordar o tema da espiritualidade na prática clínica; o surgimento de propostas de disciplinas para implementação dos currículos de medicina e a organização de congressos internacionais em que os profissionais e pesquisadores no assunto possam dividir seus achados e construir suas redes temáticas.

No mesmo ano, Puchalski afirmou, em entrevista ao periódico americano *Journal of Palliative Medicine*, que a relevância da espiritualidade para os cuidados da saúde se dá na medida em que, por vezes, os pacientes aprendem a lidar com sua condição (*to cope*) e a entender suas doenças por meio de suas concepções espirituais — que não necessariamente se relacionam com a ideia de Deus. Dessa forma, Puchalski insere a perspectiva espiritual no espectro de possibilidades de significação da própria condição humana enferma e faz uma significativa contribuição metodológica para abordagem do assunto em clínica.

A temática da espiritualidade, segundo Lucchetti *et al.* (2010, p. 155), tem sido pesquisada por diversos centros universitários no mundo como: o Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade Duke; o Instituto George Washington de Espiritualidade e Saúde; o Centro de Espiritualidade e Saúde — Universidade da Flórida e o Centro de Estudos de Saúde, Religião e Espiritualidade da Universidade Estadual de Indiana.

Os autores salientam, ainda, que na Universidade de Massachusetts foi instituída uma disciplina obrigatória de Medicina e Espiritualidade para os residentes do programa de Medicina Interna. O programa da disciplina contempla aulas teóricas e práticas, através das quais o residente aprende a reconhecer problemas espirituais, obter a história espiritual, participar de atendimentos com líderes da pastoral local e aprender princípios básicos sobre todas as religiões. No Brasil, destaca-se o centro internacional de estudos sobre o tema, o Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES/UFJF), que tem como missão desenvolver pesquisas interdisciplinares de excelência sobre as relações entre espiritualidade e saúde.

É relevante ressaltar que a incorporação e expansão do paradigma espiritual no conceito de saúde humana, como comentado no capítulo anterior, fortaleceu a utilização do Modelo Biopsicossocial Estendido (MBE) na psiquiatria e medicina psicossomática. Nele os fatores biológicos, emocionais, sociais e espirituais interagem de maneira complexa com mecanismos de saúde e de doença. Além disso, ilustra que a abordagem holística¹⁴⁷ na doença mental deve integrar a terapêutica farmacológica, a psicoterapia, a terapêutica social e os elementos espirituais.

Os autores Guimarães e Avezum (2007, p. 93), Peres, Simão e Nasello (2007, p. 139) e Moreira-almeida (2010, p. 41) argumentam em seus artigos o valor positivo da integração da espiritualidade na prática clínica do transtorno depressivo em todas as fases do tratamento

¹⁴⁷ Considera-se que essa estrutura holística e integrativa é uma ferramenta útil para entender como a espiritualidade influencia a saúde tanto mental quanto física. Interações com as dimensões biológica, psicológica e social constituem as disciplinas distintas da psicologia da religião e da sociologia da religião.

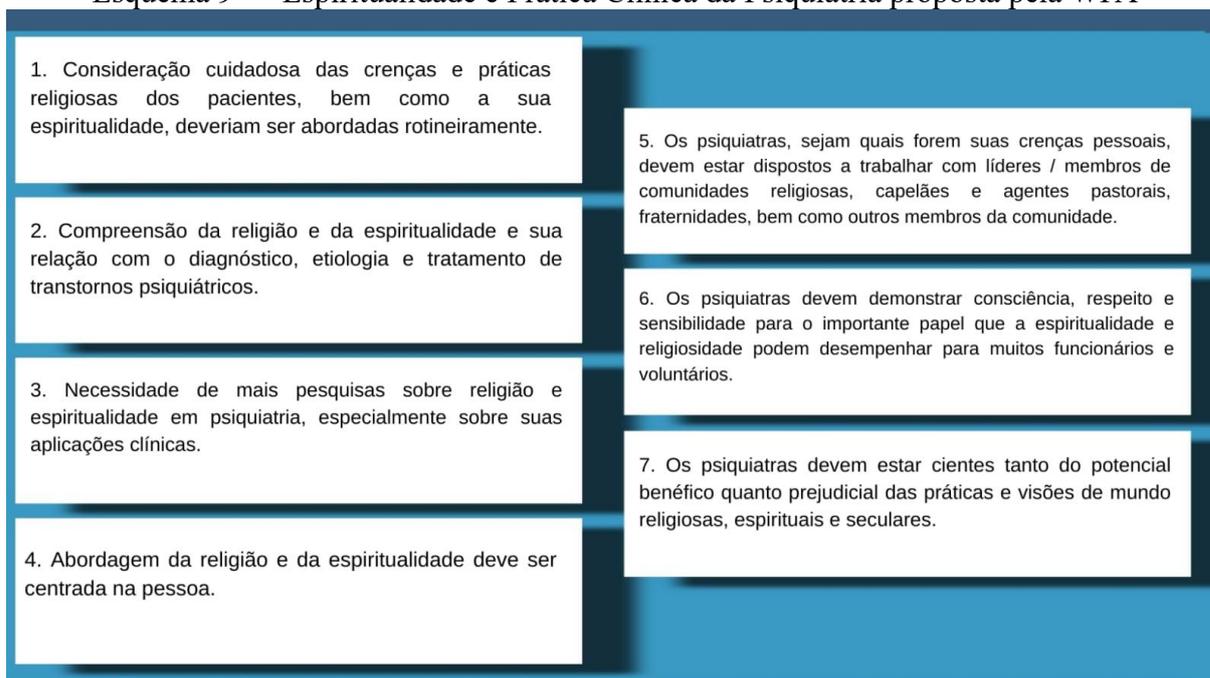
psíquico, seja no âmbito da prevenção e promoção de saúde mental, seja no enfrentamento das adversidades por parte dos pacientes psiquiátricos e seus familiares ou na reabilitação e reinserção social.

A *World Psychiatric Association* (WPA) e a OMS trabalham arduamente para garantir que a promoção e os cuidados em saúde mental sejam baseados cientificamente e, ao mesmo tempo, compassivos e com sensibilidade cultural (SAXENA, *et al.*, 2014, p. 107). Nesse sentido, nas últimas décadas, tem havido uma crescente conscientização da academia e da população geral sobre a relevância da espiritualidade nas questões de saúde.

De acordo com Koenig, *et al.* (2012), revisões sistemáticas da literatura científica identificaram mais de 3.000 estudos empíricos investigando as relações entre espiritualidade e saúde. No campo dos transtornos mentais, demonstrou-se que a espiritualidade religiosa ou não religiosa têm implicações significativas na prevalência (especialmente em transtornos depressivos e por uso de substâncias), diagnóstico (*eg.*: diferenciação entre experiências espirituais e transtornos mentais), tratamento (*eg.*: comportamento de busca de tratamento, aderência, *mindfulness*, terapias complementares), desfechos clínicos (*ex.*: melhora clínica, suicídio, dentre outros) e prevenção, bem como na qualidade de vida e bem-estar.

Mediante as observações já tecidas neste trabalho, constata-se que as considerações espirituais têm implicações éticas significativas na prática clínica da psiquiatria, conforme propõe a WPA:

Esquema 9 — Espiritualidade e Prática Clínica da Psiquiatria proposta pela WPA



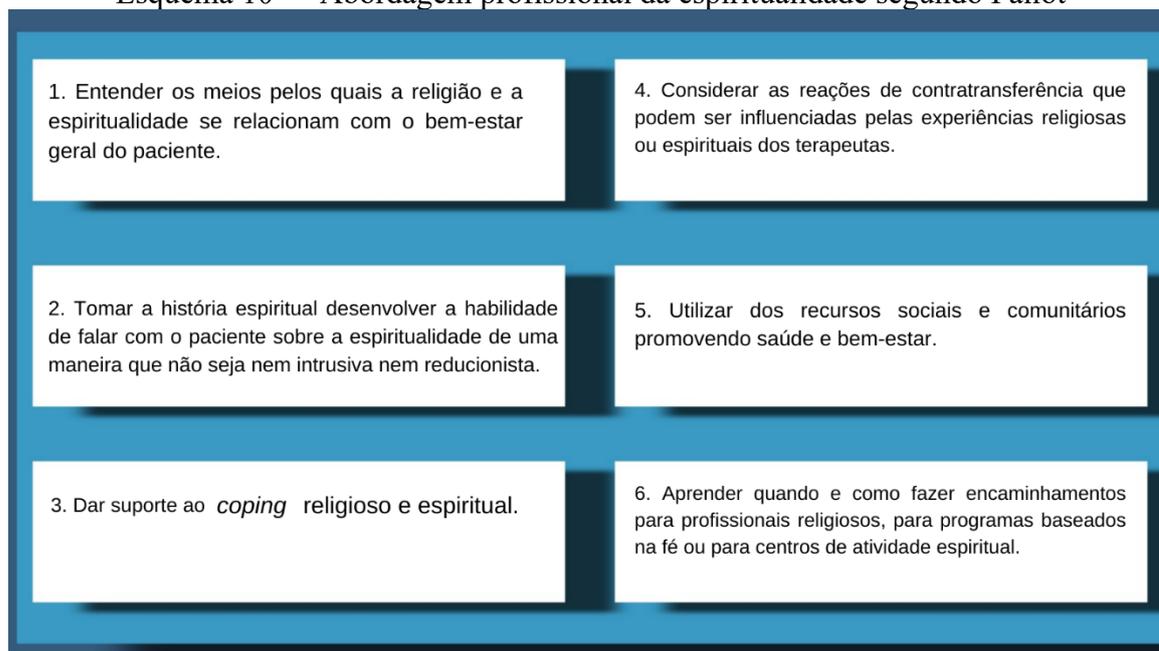
Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Moreira-Almeida *et al.* (2018, p. 7).

Nesse sentido, como afirma MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2016, para a Associação Mundial de Psiquiatria, “a consideração cuidadosa à espiritualidade dos pacientes deveria ser feita rotineiramente, sendo, por vezes, um componente essencial da anamnese psiquiátrica”. À vista disso, a compreensão da dimensão espiritual e sua relação com o diagnóstico, etiologia, prevenção e tratamento de transtornos depressivos devem ser consideradas como componentes essenciais na prática profissional. Além do mais, há uma necessidade de mais pesquisas sobre espiritualidade em psiquiatria, especialmente sobre suas aplicações clínicas.

Propõe-se que a abordagem de espiritualidade religiosa ou não deva ser centrada na pessoa. É notável que muitos pacientes desejam que os provedores dos serviços deem atenção a questões espirituais e religiosas durante a terapia (D’SOUZA, 2002, p. 44). Entretanto, alguns temem que os clínicos irão “diminuir” ou “banalizar” suas crenças ou que verão as mesmas como um sinal da patologia. Tal como, ao relatarem experiências místico-religiosas e/ou alterações de sensopercepção ligadas a fenômenos mediúnicos, receiam que os psiquiatras considerem como algo patológico típico de transtornos psicóticos como a esquizofrenia. Isso requer que os profissionais adotem uma abordagem respeitosa e individualizada em relação ao histórico espiritual e religioso do paciente (PLANTE, 2007, p. 894).

Percebemos aqui uma preocupação social que reflete a demanda populacional de abordagem espiritual nos tratamentos. Para desenvolver a competência na integração da espiritualidade no cuidado em saúde mental, conforme afirma Fallot (2001, p. 110), os clínicos (incluindo psiquiatras, psicoterapeutas, assistentes sociais e enfermeiros psiquiátricos) precisam de treinamento profissional pertinente para cada serviço particular. Tal treinamento deve contemplar os seguintes tópicos presentes no esquema seguinte, de acordo com Roger D. Fallot:

Esquema 10 — Abordagem profissional da espiritualidade segundo Fallot



Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Fallot (2001, p. 110).

Em síntese, os meios pelos quais a espiritualidade se relaciona com o bem-estar geral do paciente devem ser mais bem compreendidos, ao avaliar se a expressão particular da espiritualidade do paciente é útil ou danosa para seu processo de recuperação; ou ao tomar a história espiritual e desenvolver a habilidade de dialogar com os pacientes sobre a espiritualidade sem fazer proselitismo ou ser reducionista.

Além disso, é recomendável dar suporte ao *coping* religioso e espiritual, por exemplo, orações, preces, meditação, leituras sagradas e outras literaturas religiosas/espirituais, frequentar serviços religiosos; considerar as reações de contratransferência que podem ser influenciadas pelas experiências religiosas ou espirituais dos terapeutas (KOENIG, 2002); utilizar dos recursos sociais e comunitários, provendo oportunidades para expandir as conexões entre as atividades religiosas ou espirituais na comunidade e no próprio programa de saúde mental; aprender quando e como fazer encaminhamentos para profissionais religiosos, para programas baseados na fé ou para centros de atividade espiritual, uma desafiadora mas promissora proposta de integração social e coparticipação durante o cuidado.

Programas de cuidado em saúde mental que integram questões espirituais variam desde grupos psicoeducacionais até grupos de discussão abertos que integram “questões espirituais” e a maneira como se relacionam com as preocupações da saúde mental. Os programas descritos ilustram as possíveis formas de integração. Para a psicoterapia, o estudo de Probst *et al.* (1992, p. 94) indica claramente que os resultados em pacientes religiosos podem ser melhorados pela integração de elementos religiosos na terapia e que isso pode ser feito com sucesso tanto por

terapeutas religiosos ou não. Futuros estudos são necessários para investigar essa área promissora.

É relevante ressaltar que os profissionais da área da saúde precisam estar capacitados para a anamnese espiritual, além de sensibilidade para os detalhes, como: gestos, palavras, feições, não ter preconceitos de qualquer tipo, apresentar empatia, saber quando deve abordar e incentivar o lado espiritual do paciente, pois a forma com que o paciente vê a espiritualidade pode interferir positivamente no seu prognóstico.

Os quadros psicopatológicos depressivos apresentam frequentemente em sua gênese e desenvolvimento a problemática da falta de sentido existencial, um estado fugaz ou não, que deve ser compreendida de forma detalhada para se chegar aos resultados e às interpretações da relação entre a dimensão espiritual dos seres e a depressão. Nesta perspectiva, pretende-se estudar a teoria do maior especialista e referência neste tema: o pesquisador Viktor Frankl.

3.4 Busca de sentido: panorama da espiritualidade de Viktor Frankl

O psiquiatra e neurologista austríaco Viktor Emil Frankl (1905-1997) é o fundador da chamada Logoterapia, escola psicológica de caráter fenomenológico. No final dos anos 1920, Oswald Schwarz escreveu, em seu prefácio a um livro de Frankl, que as ideias centrais daquilo que viria a se tornar a Logoterapia significavam para a “história da psicoterapia o mesmo que a Crítica da Razão Pura¹⁴⁸ para a filosofia” (FRANKL, 1981, p. 118).

A autotranscendência assinala o fato antropológico fundamental de que a existência humana sempre se refere a alguma coisa que não ela mesma, a algo ou a alguém, isto é, a um objetivo a ser alcançado ou à existência de outra pessoa que ele encontre. Para Frankl, na verdade,

o homem só se torna homem e só é completamente ele mesmo quando fica absorvido pela dedicação a uma tarefa, quando se esquece de si mesmo no serviço a uma causa, ou no amor a uma outra pessoa. É como o olho, que só pode cumprir sua função de ver o mundo enquanto não vê a si próprio (FRANKL, 1991, p. 18).

Frankl reconheceu nas diversas psicologias, sobretudo na psicanálise freudiana e na psicologia individual de Adler¹⁴⁹, o mesmo vício: a preocupação com um equilíbrio interno,

¹⁴⁸ A Crítica da Razão Pura (em alemão, *Kritik der reinen Vernunft*) é a principal obra de teoria do conhecimento do filósofo Immanuel Kant, cuja primeira edição é de 1781, com alterações substanciais feitas pelo autor em determinadas seções, de 1787. A obra é considerada como um dos mais influentes trabalhos na história da filosofia e dá início ao chamado idealismo alemão.

¹⁴⁹ Alfred Adler (1870-1937), médico e psicólogo austríaco, conviveu diretamente com Sigmund Freud apresentando

numa perene busca pela cessação de tensão, como objetivo maior da gratificação dos instintos e da satisfação das necessidades, constituindo-se, assim, o fim de toda atividade que envolva a vida. No caso da psicanálise, o próprio princípio da realidade estaria apenas a serviço do princípio do prazer, modulando-o na vida social, mas sempre com o interesse de garanti-lo.

Sob a lógica de Frankl, pode-se falar de um “descentramento” do indivíduo em favor do sentido, já que uma das consequências da teoria motivacional da Terceira Escola Vienense¹⁵⁰ é a de que o sujeito só se singulariza na medida em que cumpre sua orientação ontológica para tornar significativa a própria vida.

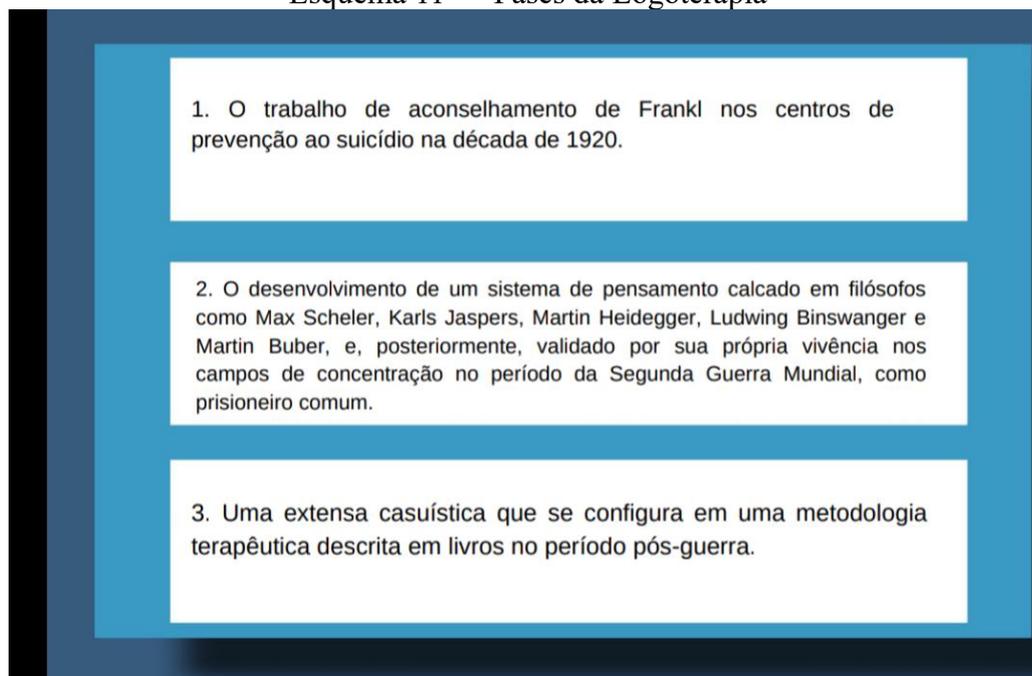
A busca desse sentido — que tem um caráter objetivo, fundando-se no mundo, não no sujeito — constitui, na Logoterapia, o fim último de toda a atividade que envolve a existência humana. A analogia crítica com os modelos homeostáticos de funcionamento é bastante rica aí. É nesse contexto que se pode entender mais apropriadamente essa face da “revolução copernicana” na psicologia: uma ideia de ser humano marcado pela autotranscendência se confunde com um ideal de dever-ser que não se esgota em leituras psicológicas que fundem o ser humano no prazer ou no poder.

O envelhecer demanda do sujeito a busca constante de sentido. Como buscadora do sentido, a pessoa idosa torna-se capaz de encontrar, em sua caminhada existencial, um para quê viver que a possibilite prosseguir extraindo sentido nas situações adversas da vida. Como esclarece, a Logoterapia se constitui por meio de três fases distintas, conforme o esquema seguinte:

suas contribuições à psicanálise, embora bastante controversas para muitos autores. Em sua publicação de 1912, *O temperamento nervoso*, expôs a essência da sua doutrina. No ano seguinte criou, juntamente com ex-membros da Sociedade freudiana, a *Psicologia Individual*, posteriormente conhecida como *Psicologia do Eu*. Também transformou a Sociedade para a Pesquisa Psicanalítica Livre, por ele fundada, na Sociedade de Psicologia Individual. Com isso, provocou a primeira cisão importante do movimento psicanalítico (MIJOLLA, 2005, p. 27). Em 1914, passou a editar, com Karl Furtmüller, sua própria publicação científica, a *Revista de Psicologia Individual*.

¹⁵⁰ Logoterapia e Análise Existencial é uma abordagem psicoterapêutica reconhecida internacionalmente e que se fundamenta empiricamente no sentido da vida. Historicamente, a Logoterapia foi considerada por Wolfgang Soucek (1948) como a terceira escola de Psicoterapia de Viena, sendo precedida pela Psicanálise de Freud e a Psicologia Individual de Adler.

Esquema 11 — Fases da Logoterapia



Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Aquino (2015, p. 46).

Cabe a compreensão da relação necessária entre o “sentido da vida”, como sentido concreto de cada situação vivida, e a visão de mundo subjacente ao pensamento de Frankl. O Logos, da Logoterapia, refere-se a um sentido que se funda no mundo, que, por sua vez, apresenta, intrinsecamente, uma estrutura própria de inteligibilidade axiológica. Nesse estado de coisas pode-se falar de uma fundação de mundo a partir do sentido e, conseqüentemente, de uma ética fundada no real e só sustentada pela pressuposição de um domínio ontológico a partir do qual o homem seja compreendido como livre e responsável diante de sua consciência [*gewissen*].

A vontade de sentido¹⁵¹ expressa a motivação primordial do ser humano, rompendo com a ideia de prazer ou felicidade enquanto volição do ser humano. É, nesse sentido, o motivo que o leva à felicidade ou proporciona essa felicidade, como consequência de uma ação dotada de sentido. Para Frankl (2011, p. 7), antropologicamente, o ser humano sempre se direciona a algo além dele, a fim de alcançar a autotranscendência, num processo originado pela tensão que direciona essa pessoa à relação com o mundo, caracterizando a abertura do ser humano em contrapartida à ideia de um ser fechado em si mesmo.

¹⁵¹ Motivação primária do ser humano que anseia realizar valores e sentidos. A vontade de sentido está diretamente proporcional à percepção de sentido, assim, quanto maior a percepção de sentido, maior a vontade de realizá-lo. Por outro lado, uma diminuição da percepção de sentido resulta em um enfraquecimento da vontade de sentido, emergindo as vontades de poder e de prazer.

Segundo a logoterapia, de Viktor Frankl, “através da atitude da pessoa de buscar sentido para a vida pode-se desenvolver resiliência, a resistência diante da adversidade” (Silveira, 2007, p. 81). Para Frankl, a autotranscendência assinala:

O fato antropológico fundamental de que a existência do homem sempre se refere a alguma coisa que não ela mesma — a algo ou alguém, isto é, a um objetivo por ser alcançado ou a uma existência de outra pessoa que ele encontre, assim o homem só se torna homem e só é completamente ele mesmo quando fica absorvido pela dedicação a uma tarefa, quando se esquece de si mesmo no serviço a uma causa ou no amor a uma pessoa (FRANKL 1991, p. 19).

É a partir do sentido que a pessoa golpeada pela vida se motiva para reconstruir-se, mantendo a esperança, em busca dos recursos que fomentem a resiliência. As pesquisas realizadas sobre a resiliência têm evidenciado a importância da relação entre o resiliente e o outro, a alteridade no contexto da resiliência (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008, p. 573).

Para Frankl (1978, p. 56), a autotranscendência é o único caminho que possibilita a realização do ser humano. Na perspectiva frankliana, são os valores que direcionam a pessoa ao encontro do sentido, seja por meio de algo que ele contribui ao mundo, em um trabalho (valores criativos), ou nas relações que o ser humano estabelece com as pessoas e o mundo (valores experienciais), ou a partir do posicionamento que o sujeito toma em situações-limite (valores atitudinais).

Tanto os valores como a vontade de sentido são expressos a partir de uma terceira dimensão do ser humano, noética ou espiritual, além das dimensões biológica e psicológica. Sendo assim, o ser humano deve ser visto de forma a não ignorar todas as dimensões que compõem o ser. O acesso ao espiritual se dá a partir da expressão dos fenômenos especificamente humanos, que Ortíz (2012, p. 1) denomina recursos noológicos, características antropológicas de potencialidades do ser humano que contribuem para o processo de autodistanciamento e autotranscendência.

É na dimensão noética que se localiza a religiosidade inconsciente, a fé, os valores e a vontade de sentido do ser humano. A partir do postulado de que essa dimensão é sadia, caracterizando o aspecto resiliente do ser, ainda assim existem situações em que há uma inacessibilidade da dimensão noética, podendo caracterizar atitudes inautênticas do ser humano, um vazio existencial ou neurose¹⁵² noogênica¹⁵³.

¹⁵² O termo neurose foi formulado pela primeira vez pelo médico escocês Willian Cuilen nos fins do século XVIII. Até fins do século XIX o conceito pretendia englobar entidades diversas cuja origem seria genericamente a disfunção do sistema nervoso. Esta tendência criou raízes tão profundas que ainda nos nossos dias se recorre a expressão sofrer dos nervos para referir a distúrbios neuróticos ou perturbações psicossomáticas. A delimitação entre o normal e o neurótico é muitas vezes difícil, sobretudo quando as atitudes e comportamentos de uma pessoa não

As neuroses atuais devem ser atribuídas em muitos casos à "frustração existencial", à não satisfação da aspiração humana de levar uma vida rica de sentido. Nesse sentido, segundo Frankl, esse novo tipo de neurose, a noogênica, é resultado de uma carência de iniciativa de interesse que mobilize o homem em uma certa direção. Os sintomas dessa neurose podem ser semelhantes de uma neurose psicógena (causada por traumas psíquicos) ou de uma neurose somatógena (causada por desequilíbrios orgânicos).

Na perspectiva do ateísmo, Frankl e Lapide (2013) caracterizam o ateu como alguém que obedece à sua consciência enquanto instância última, ignorando a sua transcendência. Já os sujeitos religiosos atribuem sua consciência a Deus, ao criador ou à força Maior, enquanto voz. Estes autores agrupam os ateus em três categorias, a partir de suas posturas: os anticlericais, que se revoltam contra Deus, culpando-o pelos males percebidos na terra e com os que o representam; os pseudoateus, que têm um histórico de imposição religiosa, e assim irritam-se com Deus, e os antiteístas, que não podem ser vistos como ateus, uma vez que travam lutas contra Deus.

O ateísmo, segundo os autores, não possui o direcionamento vertical, no caso, para uma divindade, mas não significa que também não possam desenvolver a espiritualidade. Concluem que o ateísmo verdadeiro perpassa pela tolerância, expressando valores que transcendem a partir do noético (FRANKL; LAPIDE, 2013).

Quando Frankl observou o fato do declínio das tradições, desse modo, ao invés de novos valores serem encontrados por meio de sentidos únicos, o inverso ocorre. Valores universais estão em declínio. Por isso, cada vez mais pessoas são tomadas por um sentimento de falta de propósito, ou de vazio, ou ao que o autor chama de vácuo existencial.

No entanto, mesmo se todos os valores universais desaparecessem, a vida continuaria cheia de sentido, já que os sentidos únicos permanecem intactos mesmo com a perda das tradições (FRANKL, 1988, p. 54). Faz-se mister que se frise a consequência maior que um mundo fundado pelo sentido acarreta: uma postura radical de afirmação da vida, mesmo em seu caráter de finitude e de sofrimento.

Contra o pessimismo contemporâneo, Frankl se diz "realista", ou ainda um "otimista trágico", que, em momento nenhum, pode ser confundido com um "otimista barato" (FRANKL,

são evidentemente desviados daquilo que se considera normal, padrão, numa determinada sociedade ou comunidade. Os neuróticos agem para se defenderem das perdas reais ou do imaginário, comuns em depressivos e ansiosos. Ao contrário dos psicóticos, geralmente o medo e o sentimento de fracasso têm origem em alguma perda ou ameaça real de perda.

¹⁵³ As neuroses noogênicas ou noógenas são sempre de cunho espiritual e se baseiam em conflitos existenciais em quem as frustrações existenciais desempenham um papel central.

1981, p. 64). As dificuldades apresentadas durante o envelhecimento demandam por parte dos indivíduos uma capacidade de enfrentamento positivo, em busca de significação diante da fragilidade imposta pelas perdas, limitações e medos. A este respeito Frankl discorre sobre

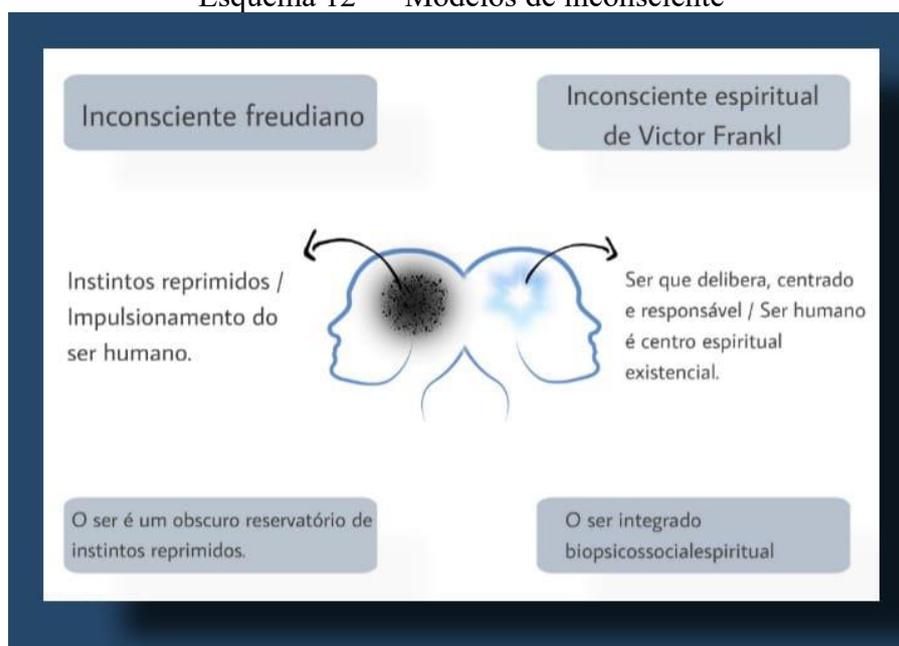
um otimismo trágico, isto é, um otimismo diante da tragédia e tendo em vista o potencial humano que, nos seus melhores aspectos, sempre permite: 1. transformar o sofrimento numa conquista, numa realização humana; 2. extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor; 3. fazer da vida um incentivo para realizar ações responsáveis (FRANKL, 1985, p. 119).

Para o psiquiatra e neurologista Viktor Frankl (1905-1997), até o inconsciente tem uma dimensão espiritual. Na obra “A Presença Ignorada de Deus” (Frankl, 1993), onde este tema do inconsciente espiritual ou noético é aprofundado, o autor acrescenta sobre a possibilidade da espiritualidade se manifestar no inconsciente, dizendo “a pessoa profunda, ou seja, o espiritual-existencial em sua dimensão profunda, é sempre inconsciente.” Não se trata de dizer que a espiritualidade é facultativamente, ou às vezes, inconsciente. O que Frankl afirma é que a dimensão espiritual é, obrigatoriamente inconsciente. Para Correio (2021) Frankl considerou o inconsciente espiritual como “a raiz das boas realizações humanas, o lugar do sentido. Como evidência dessa realidade, além da descrição fenomenológica, que reconhece na prática que o homem faça escolhas livres, Frankl apresentou também, como prova do inconsciente espiritual, conteúdos oníricos que vêm dele”.

Como o homem é constituído de uma intencionalidade que o dirige para algo ou alguém fora de si mesmo, somente por meio desta autotranscendência é que o espírito se realiza. Nesta realidade de execução “a pessoa fica tão absorvida ao executar seus atos espirituais que ela não é passível de reflexão na sua verdadeira essência, ou seja, de maneira alguma ela poderia aparecer na sua reflexão” (Frankl, 1993, p. 23). Isto acontece, por exemplo, quando o pensamento está profundo e totalmente voltado para um ato muito importante a ponto de não caber a ele perceber-se, simultaneamente, pensando totalmente em algo. Portanto, a existência-espiritual é irreflexível por não ser passível de reflexão quando ela está se realizando pela autotranscendência.

Nesse caminho o inconsciente espiritual é uma força criadora que precisa ser reabilitada. Nesse caso, para Frankl a ideia de inconsciente está além do inconsciente pulsional de Freud, um obscuro reservatório de instintos reprimidos, conforme esquema:

Esquema 12 — Modelos de inconsciente



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para Frankl, o ser humano não é um ser impulsionado, ao contrário, é um ser que decide, é um ser responsável, existencial, que pode ser ele mesmo, até nos estados inconscientes. O ser que decide é um ser centrado. O que compõe a sua centralidade são os atos espirituais, e é em torno do seu centro que se agrupa o psicofísico. Nesse sentido, o ser humano é um centro espiritual existencial, um ser integrado: biopsicossocioespiritual em sua totalidade.

A pessoa profunda, centrada, total, como centro da existência espiritual, foi por longo tempo negligenciada pela psicologia profunda. Frankl (1992, p. 23-24) considera que a pessoa profunda é inconsciente, porque é espiritual-existencial. A responsabilidade, a capacidade de discernir e decidir são capacidades da instância espiritual. A dimensão religiosa, a dimensão intelectual e artística são forças primárias e dinamizadoras do inconsciente transcendental.

De igual maneira, o teólogo e filósofo Tillich (1992, p. 7), séculos XIX-XX, afirma que a “fé é o estado em que se é possuído por algo que nos toca incondicionalmente”. Trata-se da “preocupação última”, isto é, da preocupação que nos toma plenamente, que nos orienta, que nos ocupa de forma suprema, ou aquilo com que o nosso ser está ocupado, e aquilo em que a nossa vida está centrada e que orienta a nossa vida. “Fé é um ato da pessoa como um todo.” Por isso ela “participa da dinâmica da vida pessoal”. E “é o ato mais íntimo e global do espírito humano”. Ela tem sua raiz no centro da pessoa.

Frankl (2003, p. 10) fala de “um processo crescente de adoecimento espiritual da sociedade”, que se apresenta como uma neurose de massa, como um desespero diante de um imenso vazio, que pode ser verificado na violência, na depressão, no excesso de consumo de todo tipo

de drogas, na banalização da sexualidade. Segundo Frankl, a mais humana de todas as necessidades é a necessidade de sentido, vontade que hoje está tão frustrada na humanidade.

3.4.1 Sentido existencial e longevidade

Com o passar dos anos, o crescente número de perdas de pessoas estimadas e o afastamento de suas atividades triviais levam a pessoa idosa a um questionamento sobre a vida e seu sentido. Pergunta esta que só pode ser respondida a partir da própria vida de quando o sujeito assume responsabilidades. Esses mesmos questionamentos podem ou não conduzir o idoso à construção de novos sentidos de vida, que podem acontecer, conforme cita Frankl (2003, p. 24), a partir da criação e execução de um trabalho ou prática de um ato, experimentando algo ou encontrando alguém para amar, ou pela atitude que toma em relação ao sofrimento inevitável.

Tais atitudes e posicionamentos frente às experiências podem favorecer significativamente na promoção de saúde mental e bem-estar psicológico, assim como na prevenção de doenças derivadas de um quadro de mal-estar psicológico.

Ademais, a vivência solitária, quando combinada com uma idade avançada, faz da população de idosos um grupo vulnerável à neurose sociogênica. As pessoas idosas perdem espaços que possuíam nas sociedades tradicionais, como seres de sabedoria e memória, sendo que na sociedade industrializada, muitas vezes, vivem o insulamento.

A perda de pessoas queridas e ausência de uma rede social de apoio transformam a vida dos idosos, colocando-os num estado de isolamento social, privação, sem companhia e redução na participação no mundo que os rodeia. Em uma situação como essa, em que muitas vezes o indivíduo identifica a própria vida como vazia e sem sentido, o risco de suicídio é elevado (FUSTER, 1997, p. 3-4).

Ancorados na perspectiva da logoterapia de Viktor Frankl, podemos afirmar que tal fato pode estar correlacionado a um profundo vazio existencial e à perda do sentido da vida. Igualmente se torna imperativo, nessa fase do ciclo da vida, que o ser humano aprofunde seus questionamentos acerca da própria existência, dada a proximidade com a morte, de si e de outros.

Jung destacava que os últimos anos da vida de uma pessoa são preciosos para se fazer uma revisão existencial, além de ser etapa fundamental para o desenvolvimento da personalidade (SCHWARZ, 2008, p. 69). Ele mesmo afirmou que “o ser humano não viveria setenta ou oitenta anos, se esta longevidade não tivesse um significado para a sua espécie”

(Jung, 1971/1984, *apud* Schwarz, 2008, p. 77), reconhecendo assim a importância do sentido no processo de envelhecimento. O fato de não desenvolver uma nova atitude diante da vida pode aprisionar o idoso ao “lado sombrio” de tal fase, na qual predominam as excessivas preocupações com a saúde física e os sentimentos de incapacidade.

Envelhecer com sentimento de frustração pode fixar seus olhos no passado, o que é prejudicial numa fase em que ele deveria ter objetivo e perspectiva fixados no futuro (SCHWARZ, 2008, p. 79). Faz-se necessário, nesse momento, redescobrir um sentido fundamental para a existência, que possa orientá-lo a acreditar que sua vida futura, quão breve possa ser, pode ser bem vivida.

Nessa temática, a religiosidade proporciona uma sensação de amparo, e como efeito colateral promove efeitos psico-higiênicos. Seja religioso ou não, todo indivíduo busca fundamentalmente um sentido, sendo o vazio existencial o que mais o atormenta. A religiosidade pode ajudar a encontrar um significado para a vida, que a protege contra o vazio e o desespero (AQUINO *et al.*, 2009, p. 242).

Estudos realizados por Aquino *et al.* (2009, p. 229) apontam forte correlação entre realização existencial e atitude espiritual religiosa. O desespero incide da não percepção de um sentido para a própria existência. O mesmo estudo sugere que entre os idosos percebe-se a utilização da religiosidade como recurso de enfrentamento e atribuição de sentido diante da morte, já que estes se apresentam mais conscientes da finitude da vida.

O ser humano moderno está tomado por uma sensação de falta de sentido, que vem acompanhada de uma sensação de vazio interior, também denominada de vazio existencial, que se manifesta por meio de tédio, apatia e indiferença. O tédio se revela na perda de interesse pelo mundo. A indiferença se manifesta na falta de iniciativa para melhorar ou modificar algo no mundo.

Nesta proposta, Frankl (2007, p. 101) mostra que os índices de depressão, suicídio, agressão e violência, o uso de entorpecentes e a superficialidade com que são vividas dimensões tão íntimas como a sexualidade e a espiritualidade revelam justamente a fragilidade dos valores humanos e o profundo desespero e desânimo neste mundo. Para Frankl, ao considerar o vazio existencial uma neurose, esta não poderia ser noogênica ou psicogênica e sim uma neurose sociogênica.

A neurose sociogênica é consequência de uma sociedade industrializada que cria desarraigamento e alienação de tradições e valores. Esse contexto cria a síndrome da neurose de massa, essa neurose sociogênica, de caráter espiritual, que tem como causa a falta de sentido e como sintomas a depressão, a violência, os vícios etc. Por isso, ao contrário da psicologia do

profundo de Adler e Freud, Frankl sugere a psicologia das alturas. Essa psicologia inclui em sua imagem de ser humano a vontade de espiritualidade e a necessidade de sentido.

Nessa perspectiva, cresce no meio acadêmico e social o número de estudos que relacionam sentido de vida e bem-estar, sobretudo entre indivíduos que passam por situações-limites, e entre sujeitos que se encontram em momento de significativas transformações, como, por exemplo, a entrada na terceira idade.

É fundamental para a saúde mental do idoso que ele tenha percepção de uma perspectiva positiva de vida. A logoterapia vê no sentimento de esperança um aspecto fundamental da vontade de sentido, uma vez que, se existe uma expectativa de futuro, existe sentido de vida (RODRIGUEZ, 2007; DAMÁSIO; SILVA; MELO e AQUINO, 2010; SOMMERHALDER, 2010).

A falta de sentido de vida na frustração e vazio existenciais, tão presente na terceira idade, pode acarretar quadros depressivos quando num grau elevado. Tais depressões são ditas noogênicas, uma vez que se originam unicamente na frustração existencial do ser, diferentemente das depressões orgânicas ou fruto de conflitos psicológicos.

Na medida em que agravam os quadros de mal-estar, perdas e dores que repercutem no vazio existencial e depressão, aparece também o risco de suicídio, covardia moral, como resolução dessa frustração existencial. Pela relevância clínica e social, é preciso aprofundar mais nesta temática.

3.5 Nexo entre Espiritualidade e Depressão

Quanto aos transtornos de humor, o transtorno depressivo maior é uma das doenças mentais com maior crescimento absoluto nas últimas décadas, sendo extremamente incapacitante ao paciente. Devido a isso, novas abordagens vêm sendo propostas para auxiliar no tratamento, dentre elas, a espiritualidade. Segundo Moreira-Almeida *et al.* (2006, p. 245), apesar de possíveis e excepcionais malefícios à saúde frente às possibilidades de *coping* espiritual negativo, há muitas evidências científicas da associação positiva entre manifestações espirituais religiosas e estratégias preventivas e terapêuticas de quadros depressivos.

Apesar da espiritualidade compreender a religiosidade, cada um afeta a depressão de forma diferente. Observou-se que a religiosidade intrínseca está bastante ligada à espiritualidade e produz resultado similar, enquanto a religiosidade extrínseca não possui uma

correlação tão forte com a remissão da depressão (ALLPORT; ROSS, 1967, p. 432; SMITH *et al.*, 2003¹⁵⁴).

Quanto ao prognóstico, para Pesolow *et al.* (2014, p. 18), pacientes com maior espiritualidade e teístas possuem depressão menos grave, sendo que a maior espiritualidade foi associada com melhora significativa nos sintomas depressivos severos, níveis de desesperança e distorções cognitivas.

Na população envolvida em estudo promovido por Miranda *et al.* (2015, p. 878), verificou-se que a depressão e o bem-estar espiritual também estão correlacionados positivamente, e escores baixos para o domínio físico da qualidade de vida estão correlacionados com escores altos de bem-estar espiritual, o que sugere uma busca maior ou menor pela espiritualidade, dependendo do aspecto físico e psíquico do paciente.

Antes de mais nada, um indivíduo limitado fisicamente por lesões osteomusculares e dor tenderia a desenvolver mais aspectos da sua espiritualidade diante do sofrimento, o que sugere a ideia do “otimismo trágico”, abordado por Viktor Frankl. Um outro exemplo, remetendo a estudos em área oncológica, mostra que as correlações apontam para:

uma busca significativa do paciente por uma vivência espiritual e religiosa e uma melhora em sua qualidade de vida, em todos os domínios, perante o medo da morte, bem como para o fato de que quanto maior a depressão do paciente maior o seu apego à espiritualidade (MIRANDA, S. L., *et al.*, 2015, p. 878).

Dialogando com o sentido da vida abordado por Viktor Frankl, nota-se que essa proposta se mobiliza na essência da existência humana, das razões de vontade e da construção e reconstrução do próprio ser livre e autotranscendente. A busca e a vontade de sentido atuam em cima desta realidade que em Frankl está no sujeito e é uma possibilidade a ser desenvolvida nele para alcançarem efetividades terapêuticas, o que contribui para melhores índices de saúde física e/ou mental.

Na época atual, há diversas linhas de pesquisa para explicar os possíveis benefícios da espiritualidade no tratamento dos transtornos depressivos. O quadro seguinte resume os principais fatores associados:

¹⁵⁴ Em metanálise incluindo 147 estudos, Smith e colaboradores identificaram que a religiosidade intrínseca apresentou maior correlação inversa com a depressão (-0.17).

Quadro 1 — Principais fatores estudados para explicar efeitos positivos da Espiritualidade na depressão

Fatores	Comentários	Pesquisadores
1.Práticas espirituais	Literatura: Leituras laicas, poesias. Naturalismo: experiências com a natureza ou animais de estimação. Racionalidade. Humanismo. Artes: música, pintura, escultura, dança, teatro, cinema. Rituais religiosos como: preces, meditações, leituras sagradas.	(ANDERSON; NUNNELLEY, 2016) (KOENIG <i>et al.</i> , 2016) (WIT-TINK <i>et al.</i> , 2009) (ANDRADE (2005)
2.Hábitos saudáveis de vida	Alimentação mais equilibrada, menor uso de bebidas alcoólicas ou tabaco, menor consumo de drogas ilícitas, atividades físicas regulares, dança, e menos envolvimento com situações violentas e de risco à saúde.	(KOENIG <i>et al.</i> , 2012). ALLEN; IRISH, 2003; ZAMONER, 2005) (SAAD; MEDEIROS, 2008)
3.Efeitos comportamentais	Frequência regular a encontros religiosos e a outras atividades relacionadas a comunidades propiciam saúde mental.	(LI <i>et al.</i> , 2016). KOENIG (1990, 1992)
4.Sentimentos de pertencimento	Instituições religiosas ou grupos sociais. O sentimento de pertença e afeição numa comunidade pode ter importância especial para pessoas que são tipicamente rejeitadas, isoladas ou estigmatizadas.	(MOREIRA-ALMEIDA <i>et al.</i> , 2011). (PARGAMENT, 2010) (FALLOT, 1997)
5.Redes social	Maior e mais profunda rede social (relacionamentos interpessoais saudáveis), trabalhos voluntários ligados ou não a instituições religiosas.	(MOFIDI, <i>et al.</i> 2017) (LONGO & PETERSON, 2002)
6.Estratégias cognitivas	Crenças que promovem a autoestima e provêm significado à vida e às situações estressantes. Visões de mundo e senso de coerência compartilhados com efeito protetor a estressores e adversidades.	(ANYFANTAKIS <i>et al.</i> , 2015) (AGISHTEN <i>et al.</i> , 2013)
7.Estratégias de coping	Enfrentamento com conteúdo religioso/espiritual, como estratégia positiva de saúde mental. Recursos de <i>coping</i> podem facilitar a adaptação de pacientes às limitações impostas pela doença, reduzindo os efeitos sobre a ocorrência e a recorrência da depressão.	(PARGAMENT <i>et al.</i> , 2000) (CHANG, 2001; KOENIG, 1992) (SIMONE, MARTONE; KERWIN, 2002) (MOREIRA-ALMEIDA, 2006,
8.Estímulos e desenvolvimento de sentimentos positivos	Resiliência, gratidão, esperança, propósito existencial, otimismo, sentimentos benéficos à sanidade emocional.	(JESTE <i>et al.</i> , 2015). (PINTO <i>et al.</i> , 2007) (FALLOT, 1998; SULLIVAN, 1998; ONKEN <i>et al.</i> , 2002)
9.Maturidade do sentimento espiritual/religioso e desenvolvimento emocional	Maturidade espiritual, associada à religiosidade intrínseca, como propiciador de saúde mental.	(FOWLER, 1981) (BRAAM & KOENIG, 2019)
10.Estímulos a ações comunitárias	Convivência solidária e altruísmo e melhor saúde mental.	(VANDERWEELE <i>et al.</i> , 2019)
11.Predisposições genéticas — marcadores biológicos	Em grupos de indivíduos com maior religiosidade, com efeitos protetores para saúde mental. Fator Neurotrófico Cerebral (BDNF) e serotonina. Espessura cortical. Aumento do fluxo sanguíneo cortical em áreas de emoção positiva.	(MILLER <i>et al.</i> , 2012) (MOSQUEIRO; (FLECK; ROCHA, 2019) (POLYAKOVA <i>et al.</i> , 2015) KOWIANSKI <i>et al.</i> , 2018 (KAPCZINSKI <i>et al.</i> , 2017)
12.Psiconeuroimunologia	Diminuição dos níveis de interleucina-6 e cortisol em pacientes mais espiritualizados. Com base nos princípios da psiconeuroimunologia, é possível inferir que o estado mental de aceitação e esperança gerado pela visão espiritualizada da vida pode desencadear, por meio do eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal, um processo bioquímico com repercussões nos sistemas imunológico, nervoso e endócrino, gerando efeitos orgânicos salutares.	(GUIMARÃES; AVEZUM, 2007); DALFARRA; (GEREMIA, 2010); (CARRICO <i>et al.</i> 2006) TARTARO <i>et al.</i> (2005) LUTGENDORF <i>et al.</i> (2004)

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que se refere às práticas espirituais¹⁵⁵, filosóficas ou não, segundo Koenig *et al.* (2016), as experiências espirituais diárias preveem menores níveis de depressão. Dentre os mecanismos que podem estar relacionados com esses resultados, encontram-se o aumento da autoestima e da sensação de domínio, menores níveis de desesperança e uso de crenças ou comportamentos religiosos para solucionar os problemas e aliviar as consequências emocionais negativas das circunstâncias estressantes da vida (PESELOW *et al.*, 2014).

A atividade religiosa não organizacional (oração, meditação¹⁵⁶, leitura das escrituras, o acompanhamento de programas religiosos na televisão ou rádio), rituais religiosos¹⁵⁷ (sacramentos, leis sobre dieta, modo de vestir) e crenças religiosas ajudam a enfrentar o estresse psicológico. Alguns estudos, como o de Wittink *et al.* (2009), sugerem que as crenças espirituais, através da religião e/ou atividades comunitárias, estão associadas a métodos de enfrentamento ativo. A espiritualidade expressa no contato com a natureza e no cuidado de plantas e/ou animais também se relaciona a melhores índices de saúde mental. Um importante estudo de revisão realizado por Anderson; Nunnelley (2016), demonstra efeitos positivos sobre sintomas depressivos e ansiosos de práticas e rituais religiosos como preces, meditações, leituras.

É necessário considerar que indivíduos deprimidos inclusive podem se envolver menos com as atividades espirituais, sendo essa uma causa e efeito da depressão. Em contrapartida, passar muito tempo realizando atividades que não têm significado pessoal pode agravar o estresse, que se liga fortemente à depressão. Dessa forma, aqueles que têm comportamento espiritual religioso, mas possuem baixa religiosidade intrínseca, independentemente da afiliação religiosa, sexo, condição social ou atividade física, tendem a persistir no estado depressivo (AGISHTAIN *et al.*, 2013, p. 285).

Diversamente das práticas espirituais de cunho religioso, os indivíduos podem desenvolver a espiritualidade a partir da manifestação do Racionalismo¹⁵⁸ e/ou do Humanismo, vertentes cujo foco central está no homem, sem mirar para o transcendente sagrado.

¹⁵⁵ Num sentido amplo entende-se que a prática da espiritual abrange o desenvolvimento de possíveis manifestações da espiritualidade humana, como por exemplo: os mecanismos de *coping*; as experiências com a arte, a música e a natureza; o racionalismo; o humanismo; os processos de comunicação e de socialização; as estratégias cognitivas; os hábitos saudáveis de vida etc.

¹⁵⁶ Andrade (2005, p. 24) admite que, na prática de Yoga, em especial o Hatha Yoga¹⁵⁶, o corpo é o templo do Espírito Santo, por isso preocupa-se em corrigir, purificar e embelezar tal estrutura para receber esse hóspede tão esperado, funcionando como um recurso protetor para a saúde.

¹⁵⁷ É pertinente crer na influência da espiritualidade religiosa sobre a saúde das pessoas, pois ela possibilita mudanças: melhora do hábito alimentar; manutenção de práticas regulares de atividades físicas; maior confiança numa força Maior, no Universo, em Deus; alteração em alguns hábitos de sono; maior socialização e abstenção de bebidas alcoólicas.

¹⁵⁸ O racionalismo é uma posição epistemológica ou corrente filosófica caracterizada pela aceitação de ao menos

O Racionalismo é uma corrente filosófica que traz como argumento a noção de que a razão é a única forma que o ser humano tem de alcançar o verdadeiro conhecimento por completo. Nota-se que tal visão pode ser uma das expressões da espiritualidade, assim, racionalidade e espiritualidade não se excluem, mas se complementam mutuamente (ZILLES, 2007, p. 59). Aqui, a razão é vista como caminho para se chegar à espiritualidade, inclusive exerce papel fundamental na formulação da fé religiosa ou não.

Como manifestação da espiritualidade não religiosa, o Humanismo implica um compromisso com a busca da verdade e da moralidade por meios humanos em apoio a interesses próprios, rejeita justificativas transcendentais, como dependência da fé, do sobrenatural ou de textos revelados por meios divinos.

Ainda com alusão às práticas espirituais e à espiritualidade não religiosa, a arteterapia pode ser coadjuvante no tratamento, servindo como instrumento de intervenção voltada ao enfrentamento e à diminuição do sofrimento psíquico, ou até mesmo a saída de um grande sofrimento: um itinerário para o sujeito perceber as possibilidades de expressão, construção e reconstrução de suas dificuldades de se relacionar com o mundo e consigo mesmo.

Outro dispositivo para essa atividade espiritual não religiosa é a dança, um recurso expressivo que favorece a tomada de uma consciência corporal, além de possibilitar ao sujeito compreender sua existência e sua relação com o mundo, a partir dos movimentos no contato e conhecimento com o próprio corpo. Dentre as atividades físicas, a dança, especialmente para idosos, além de manifestação da arte, é um importante colaborador de processos terapêuticos para diversas doenças crônicas, pois proporciona condicionamento físico e benefícios psicológicos. Há relevância da dança como exercício físico e colaborador nos processos terapêuticos, sendo assessora da saúde mental, da saúde emocional e do estado físico, especialmente do idoso (ALLEN; IRISH, 2003; ZAMONER, 2005).

Em relação aos hábitos saudáveis de vida, há evidências de que pessoas com a espiritualidade bem desenvolvida tendem a adoecer menos, a ter hábitos de vida mais saudáveis e, quando adoecem, apresentam menos quadros depressivos e se recuperam mais rapidamente. Ressalta-se que a espiritualidade pode ser forte independente da religião, bem como em pessoas com crenças que não se encaixam dentro de uma religião formal (SAAD; MEDEIROS, 2008, p. 135).

uma entre três teses: a razão e a intuição devem ter privilégio sobre a sensação e a experiência na obtenção do conhecimento; toda ou a maior parte das ideias é inata ao invés de adquirida no decorrer da vida; e a certeza do conhecimento deve ser privilegiada sobre a mera probabilidade dele em investigações filosóficas.

Quanto à frequência regular em templos religiosos e o sentimento de pertencimento, Koenig (2007a) investigou a relação entre atividades religiosas em 115 pacientes com doença cardíaca e/ou pulmonar obstrutiva crônica, com diagnóstico concomitante de depressão, e encontrou 53% maior remissão da depressão em pacientes que combinavam frequência religiosa, preces e estudos da Bíblia.

Koenig revisou extensamente os trabalhos relacionando saúde e religião em idosos, observando que o compromisso religioso maduro e dedicado sob a forma de crenças e atividades baseadas na tradição judaico-cristã está relacionado a maior bem-estar, e menores níveis de depressão. Estes trabalhos operacionalizaram religião como atividade religiosa organizacional, representada pela frequência à igreja e a outras atividades relacionadas.

A Religiosidade Organizacional (RO), a Religiosidade Não Organizacional (RNO) e a Religiosidade Intrínseca¹⁵⁹ (RI) correlacionam-se de maneira consistente com ajustamento pessoal, felicidade ou satisfação na vida, bem-estar, menor taxa de suicídio¹⁶⁰, menos sintomas depressivos, menor ansiedade em relação à morte, e melhor adaptação a períodos de luto, tanto em idosos que estão morando na comunidade ou em instituição.

O envolvimento na comunidade religiosa provê companhia e estreitamento de laços de amizade com os mesmos interesses; um ambiente que fornece apoio para amortecer mudanças estressantes na vida; uma atmosfera de aceitação, esperança e perdão; uma fonte prática de assistência, quando necessário; uma visão comum do mundo e uma filosofia de vida.

Em situações estressantes, a religião pode proporcionar às pessoas um sentimento de pertencimento, conexão, significação e identidade. Por mais importante que seja sua função psicossocial, o propósito religioso mais central de todos é a função espiritual.

Relativamente aos suportes sociais¹⁶¹ recebidos e percebidos pelas pessoas, nota-se que são fundamentais para a manutenção da saúde mental, haja vista que uma rede social fortalecida ajuda o indivíduo a enfrentar situações estressantes, como, por exemplo, ter alguém com

¹⁵⁹ Revisão sistemática de Smith *et al.* (2003, p. 614), por exemplo, incluindo 147 estudos sobre depressão e religiosidade (n=98,975) relata uma correlação geral inversa da religiosidade com sintomas depressivos ($r = -0,096$). Uma correlação maior, entretanto, foi identificada quando considerado o efeito da religiosidade intrínseca ($r = -0,17$) e em pacientes que se encontravam em situações de estresse e adversidade ($r = 0,15$).

¹⁶⁰ Estudos recentes também identificam que existe um significativo efeito protetor da religiosidade para o risco de suicídio, incluindo estudos em pacientes graves em internação psiquiátrica (FAZEL; RUNESON, 2020; MOSQUEIRO *et al.*, 2015). Além de o envolvimento religioso propiciar uma rede social de apoio, outros mecanismos são propostos para explicar seu efeito protetor contra o suicídio. São eles: crenças na vida após a morte, autoestima e objetivos para a vida, modelos de enfrentamento de crises, significado para as dificuldades da vida, uma hierarquia social que difere da hierarquia socioeconômica da sociedade, além de desaprovação enfática ao suicídio.

¹⁶¹ Religião e espiritualidade também proveem recursos sociais, com melhora do relacionamento interpessoal e engajamento comunitário (LONGO; PETERSON, 2002; SULLIVAN, 1998), os quais são aprimorados pela “natureza transcendente” desse suporte.

transtorno mental na família ou receber o diagnóstico de uma doença crônica. Neste sentido, para Jussani *et al.* (2007) e Souza *et al.* (2009), quanto mais diversificadas as relações e mais contextos abrangerem, maiores e mais variados serão os recursos psicossociais à disposição da pessoa. Nesse cenário, Schettino *et al.* (2011) afirmam que muitos autores defendem que o envolvimento religioso oportuniza o apoio social avançado a partir de congregação religiosa local, por exemplo, que oferece momentos de comunhão com outras pessoas que compartilham uma mesma visão de mundo e possuem valores semelhantes, o que potencializa o suporte social e causa um impacto positivo no bem-estar psicológico.

Lindgren e Coursey (1995) entrevistaram participantes de um programa de reabilitação psicossocial: 80% disseram que a espiritualidade foi propiciadora de equilíbrio e saúde para eles. Um estudo canadense de Baetz *et al.* (2002, p. 159) demonstrou que, entre pacientes psiquiátricos internados, tanto a religião pública, como, por exemplo, ida a missas e cultos, quanto a espiritualidade privada estavam associadas a sintomas depressivos menos severos. Pacientes religiosos inclusive tiveram períodos menores de estadia no hospital e maior nível de satisfação com suas vidas.

No tocante às estratégias cognitivas espirituais propiciadoras de saúde mental, a vivência de ter sentido e a satisfação na vida possibilitam ao indivíduo um recurso interno para o manejo e entendimento de situações existenciais críticas, como a dor, o sofrimento e a morte. As crenças que promovem a autoestima e esperança, as visões de mundo e o senso de coerência compartilhados com efeito protetor a estressores e adversidades, favorecem a saúde mental e resiliência emocional diante das adversidades. Segundo Agishtein *et al.* (2013, p. 276), a religiosidade, se subjetivamente valorizada, é capaz de interromper o ciclo depressivo, por mecanismos intrínsecos de reforço positivo, que se encontram reduzidos na depressão.

Considerando o sentido da vida como uma das manifestações da espiritualidade, Mascaro e Rosen (2006, p. 168) demonstram em estudo que a vontade de sentido atenua os efeitos do estresse, reduzindo igualmente os indícios de depressão. A referida pesquisa avalia que o sentido existencial, por meio de uma escala de sentido espiritual, modera as relações entre estresse e depressão. As correlações feitas confirmam que o sentido existencial e a esperança são análogos e que a ausência de ambos aumenta, de forma considerável, os índices de estresse e depressão, resultantes de um quadro de mal-estar subjetivo.

No que tange ao enfrentamento espiritual ou religioso positivo, a espiritualidade pode funcionar como estratégia de *coping*, atuando como um gerenciador de estresse, fornecendo ao indivíduo um suporte social e apoio para a continuação do tratamento da depressão. Pargament (2002) aponta que, durante os tempos de estresse ou crise, práticas espirituais ou religiosas,

como meios de suporte, são convertidas em formas concretas de enfrentamento com um forte impacto na saúde das pessoas. Assim, as práticas espirituais e religiosas têm um efeito positivo em um indivíduo durante o estresse ou crise, fornecendo recursos para lidar e afetar a percepção do indivíduo sobre o evento, o que é constatado em diversas manifestações dos quadros depressivos. Tepper *et al.* (2001) identificaram que participantes vivenciando sintomas de maior severidade e menor funcionamento geral, com limitações e incapacitações, estão mais propensos a usar atividades religiosas como parte de seu *coping*. Tensões relacionadas aos sintomas levam a um maior uso do *coping* religioso, fenômeno também evidenciado em outros estudos (CHANG, 2001; KOENIG, 1992).

Para Oliveira e Junges (2012, p. 471), a espiritualidade pode estimular o desenvolvimento de sentimentos positivos, por isso apresenta-se como uma importante experiência do sujeito. Experiências espirituais facilitam o desenvolvimento de um senso fundamental de conexão. Religião e espiritualidade também alimentam um senso de esperança e propósito, uma razão de ser, assim como oportunidades para o crescimento e mudanças positivas (FALLOT, 1998; SULLIVAN, 1998; ONKEN *et al.* 2002). A forma de sentir e interpretar é o que mantém ou desenvolve os comportamentos saudáveis ou desorganizados.

Outras pesquisas corroboram essa percepção, ao informar que tais fenômenos podem influenciar decisões, auxiliar no processo de aceitação do sofrimento, e intervir de forma direta na saúde física e mental (KOENIG, 2005; SELLI; ALVES, 2007, p. 49), produzir satisfação pessoal, conforto, proteção, distração e inclusão social, alimentar o otimismo¹⁶², a resiliência¹⁶³, a esperança, reduzir a sensação de depressão e tristeza, ser mais otimistas e mostrar esperanças para o enfrentamento de doenças, se sentirem mais felizes e satisfeitos com os pequenos prazeres da vida (PINTO *et al.*, 2007, p. 49).

Segundo Agishtein *et al.* (2013, p. 276), o modelo comportamental evidencia que os reforços positivos estão reduzidos na depressão, dando espaço para o humor deprimido e a

¹⁶² De acordo com Mofidi, *et al.* (2017), otimismo e positividade são constantemente ligados a melhor saúde mental, inclusive à diminuição de sintomas depressivos, e sua relação com a espiritualidade, provavelmente, vem da visão do mundo espiritual, que situa os eventos em um plano global ou os vê como animados por um propósito maior, fomentando, além do sentimento de otimismo, a confiança.

¹⁶³ No artigo de revisão da literatura publicado recentemente, intitulado “Espiritualidade e Resiliência na Adulterz e Velhice: Uma Revisão”, os autores discutem sobre a questão da espiritualidade enquanto fator promotor da resiliência nos dois momentos do ciclo vital. O estudo conclui que a resiliência se encontra fortemente relacionada ao fato de o sujeito conseguir envelhecer de forma ativa, permitindo-lhe manter a sua qualidade de vida, a sua saúde física, cognitiva e social. A pesquisa revela que a religiosidade e a espiritualidade podem estar associadas a uma maior resiliência em condições estressantes ou situações de perda, sobretudo na velhice. Assim, a espiritualidade como um recurso para o bem-estar na velhice, juntamente com a participação em ambientes motivadores e a presença de oportunidades de crescimento, mostrou-se fundamentais nesta fase do ciclo vital (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019).

diminuição do prazer. Níveis elevados de atividades são capazes de interromper o ciclo depressivo, principalmente se essas forem subjetivamente valorizadas, por mecanismos intrinsecamente fortalecedores.

A espiritualidade se insere nesse contexto, contribuindo para o aumento dos reforços positivos e na geração de reforços não depressivos adicionais. Além disso, a crença em um Deus preocupado e atencioso, que ouve nossos pensamentos e nos guia nos momentos de luta, faz parte da tradição de diversas religiões, funcionando como um moderador do estresse, relacionado ao episódio depressivo, capaz de compensar a desesperança.

No que concerne à maturidade do sentimento espiritual/religioso e desenvolvimento emocional, a religiosidade intrínseca e força do compromisso religioso enfatizaram o uso de formas de expressão religiosa como ajuda para enfrentar o estresse psicológico. Sob esta perspectiva, em diversos momentos as crenças poderiam atuar como uma barreira ao desequilíbrio mental (WITTINK *et al.*, 2009, p. 402).

Um outro aspecto interessante foi que, em relação à religiosidade, Schettino *et al.* (2011) encontraram redução significativamente maior na gravidade da depressão somente quando dividiu a religiosidade em três categorias: baixa, moderada e alta. A partir desses níveis, eles perceberam influência positiva da religiosidade moderada¹⁶⁴, em que os pacientes tiveram três vezes mais chances de remissão, se comparados com os outros dois grupos.

Segundo Schettino *et al.* (2011, p.9), duas explicações foram propostas para esses resultados, ao justificarem o porquê de o grupo classificado como de “alta religiosidade” não apresentar os melhores resultados. Primeiro, a ideia de que muitos participantes que relataram níveis mais altos de religiosidade pertençam a tradições religiosas que defendem que a depressão é uma doença de cunho espiritual, reduzindo a expectativa de que o tratamento seja eficaz, além de provocar sentimento de culpa e de vergonha por acreditar que esse transtorno indique uma deficiência espiritual. Essa hipótese não pôde ser confirmada porque não foram

¹⁶⁴ No mesmo sentido, em achados relacionados à depressão, uma revisão sistemática, conduzida por Smith, McCullough e Poll (2003), com uma amostra total de 98.975 sujeitos, encontrou a religiosidade modesta, mas robustamente relacionada a um menor nível de sintomas depressivos. Tal associação era maior em pessoas sob estresse severo, similarmente ao que foi visto para o bem-estar psicológico. O único estudo prospectivo, encontrado pelos autores, realizado por Koenig e colaboradores (1998), mostrou que a orientação religiosa extrínseca e o *coping* religioso negativo estavam associados ao aumento na frequência dos sintomas depressivos, enquanto a orientação religiosa intrínseca relacionava-se a baixos níveis de depressão. Outros estudos foram conduzidos no Brasil, utilizando-se questionários para distúrbios mentais (depressão, ansiedade e distúrbio somático) em duas diferentes populações religiosas. Em um deles, coordenado por Lotufo Neto (1997), com uma amostra de 207 ministros religiosos, encontrou-se a religiosidade intrínseca associada com uma melhor saúde mental. O outro, realizado por Moreira-Almeida (2004), com uma amostra de 115 médiuns espíritas, teve menores escores de sintomas psiquiátricos do que a amostra da população em geral.

obtidos dados qualitativos sobre as crenças religiosas, mas evidentemente nesse caso haveria baixa adesão a tratamentos médico-psicológicos.

A segunda ideia é de que os participantes que relataram altos níveis de religiosidade, na verdade só exibem esses níveis em momentos de estresse e não estão com as ferramentas de enfrentamento religioso consolidadas, pois só as utilizam de forma aguda em momentos de crise.

Frente aos estímulos a ações comunitárias, no que diz respeito às relações ligadas à solidariedade e altruísmo¹⁶⁵, ajudar os outros contribui para a manutenção da sua saúde e pode diminuir o efeito de doenças físicas e psicológicas. A euforia sentida após um ato generoso envolve sensações físicas, que liberam endorfinas e outras substâncias naturais do corpo que diminuem dores. Os benefícios na saúde mental e física continuam sendo sentidos por horas e até dias depois do ato solidário, especialmente quando ele é lembrado com carinho.

No que se refere às predisposições genéticas e marcadores biológicos, diferenças genéticas e em expressão de marcadores biológicos também têm sido relacionados aos efeitos protetores da R/E na depressão. Nessa perspectiva, indivíduos com maior religiosidade apresentariam diferenças genéticas e correlatos neurobiológicos com efeitos protetores para depressão (Miller *et al.*, 2012, p. 93). De acordo com tal hipótese, estudos genéticos identificam que parte da religiosidade apresenta herdabilidade genética (LEWIS; BATES, 2013, p. 402).

A lembrança de experiências místicas foi correlacionada com aumento do fluxo sanguíneo em diversas áreas corticais associadas com emoções positivas, como áreas do córtex temporal, caudado, cingulado, orbitofrontal e pré-frontal. Esses dados apontam, mais uma vez, para o efeito protetor da religiosidade/espiritualidade em pacientes deprimidos (MOSQUEIRO; FLECK; ROCHA, 2019, p. 6).

Em revisão de estudos de neuroimagem, diferentes áreas cerebrais parecem apresentar ativação diversa em pacientes com maior envolvimento com religiosidade e espiritualidade e experiências espirituais, incluindo áreas como córtex medial frontal, córtex orbitofrontal, precúneo, córtex cingulado posterior e caudado (BEAUREGARD; PAQUETTE, 2006, p. 186; RIM *et al.*, 2019, p. 9).

Em pacientes com depressão, pesquisas têm procurado compreender de que forma efeitos positivos da R/E podem ser traduzidos em marcadores ou desfechos biológicos. Estudo

¹⁶⁵ Segundo o pensamento de Comte 1798-1857, o altruísmo é a tendência ou inclinação de natureza instintiva que incita o ser humano à preocupação com o outro e que, não obstante sua atuação espontânea, deve ser aprimorada pela educação positivista, evitando-se assim a ação antagônica dos instintos naturais do egoísmo. Sob esse ângulo, a espiritualidade pode se manifestar como a tendência que nos impulsiona para a diminuição da velocidade, ao deixar de olhar para si e tomar tempo para o outro.

com seguimento de 10 anos, por exemplo, identificou que pessoas que declaravam maior importância para religiosidade apresentavam um quarto do risco de apresentar episódios depressivos no seguimento (OR 0,24), com fator protetor ainda maior, um décimo do risco (OR 0,09), em indivíduos com histórico familiar de depressão (Miller *et al.*, 2012, p. 93). No mesmo grupo de pacientes, indivíduos que relatavam maior importância na religiosidade em suas vidas apresentavam maior espessura cortical em diversas áreas, possivelmente correspondentes ao fator protetor para depressão (Miller *et al.*, 2013, p. 7).

Corroborando estudo publicado em 2014 no periódico “*JAMA Psychiatry*”, relaciona a espiritualidade a uma maior espessura do córtex — já se sabe que, quanto mais fina esta camada, maior a associação com a depressão.

A pesquisa da Universidade de Columbia, nos EUA, revelou inclusive que os efeitos da espiritualidade se mostraram mais fortes nos indivíduos com maior risco de desenvolver a depressão, por histórico familiar.

Para Mosqueiro, Fleck, Rocha (2019, p. 1), pacientes deprimidos com alta religiosidade intrínseca apresentaram níveis séricos de Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) significativamente mais altos, comparados com aqueles com baixa religiosidade intrínseca. Metanálises identificam que existe consistente diminuição dos níveis de BDNF¹⁶⁶ séricos em pacientes com depressão comparados a controles saudáveis e um significativo aumento nos níveis de BDNF em pacientes que apresentam resposta a antidepressivos e melhora nos sintomas depressivos, reforçando um relevante papel do BDNF como marcador biológico periférico na depressão (KISHI *et al.*, 2017, p. 1; MOLENDIJK *et al.*, 2013, p. 791).

Em referência à espiritualidade e o sistema imunológico, autores têm relacionado ainda a espiritualidade com marcadores de imunidade, como interleucinas e marcadores de inflamação como proteína C-reativa (PCR). Há evidências de menores níveis PCR e menores níveis de cortisol nos pacientes que possuem maior frequência religiosa. Periódicos de alto impacto na literatura médica têm vinculado publicações científicas na área, como é o caso do *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, *New England Journal of Medicine*

¹⁶⁶ O Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (*Brain-Derived Neurotrophic Factor* ou BDNF) é uma das neurotrofinas cerebrais mais relevantes e extensivamente estudadas desde sua descoberta em 1989 por Yves-Alain Barde (professor de neurobiologia da Universidade de Cardiff e Instituto Max Planck) e Hans Thoenen (Instituto Max Planck de Psiquiatria e posteriormente Neurobiologia) (Kowianski *et al.*, 2018). O BDNF possui papel relevante na plasticidade sináptica, formação dendrítica e na sobrevivência neuronal. Estudos indicam que também exerce efeitos moduladores na substância cinzenta em diferentes regiões do córtex pré-frontal e hipocampo, apresentando relevante papel na memória e cognição. Nas últimas duas décadas tem sido estudado como potencial marcador de neuroplasticidade cerebral em pacientes com depressão (Polyakova *et al.*, 2015) e neuroprogressão em pacientes com transtornos mentais graves (KAPCZINSKI *et al.*, 2017).

e *Annals of Internal Medicine*, dentre outros. O clínico deve ter conhecimento das evidências que suportam este campo, de forma a entender suas repercussões na saúde do paciente.

Recentemente, Lutgendorf *et al.* (2010, p. 466) mostraram que a frequência religiosa levaria à diminuição na IL-6¹⁶⁷ e esta levaria à diminuição da mortalidade. Este estudo seria a primeira pesquisa a demonstrar uma participação de um fator imunológico mediando um fator comportamental com a mortalidade. A seguir, vieram, então, estudos voltados às populações específicas, como no caso de mulheres com câncer de mama, nos quais a maior espiritualidade esteve diretamente relacionada ao número total de linfócitos, de células Natural Killer (NK) e de linfócitos T-helper (LTh) e T-citotóxicos (LTc).

Vários pesquisadores têm encontrado diminuição de interleucina 6 (IL-6) e outros marcadores inflamatórios, quando associados a maior espiritualidade, em especial, frequência religiosa (Lutgendorf *et al.*, 2004, p. 471). Os marcadores inflamatórios, especialmente IL-6, estão presentes em diversas doenças osteomusculares, cardiovasculares, depressão e fatores agudos de estresse, além de estreitamente relacionados à mortalidade na população idosa (Harris *et al.*, 1999, p. 511).

A respeito da mortalidade, Lutgendorf *et al.* (2004, p. 473) observaram, por meio de um estudo prospectivo, que os pacientes que não tinham prática religiosa apresentavam maior mortalidade, quando comparados aos que praticavam sua religião de uma a duas vezes por mês.

A espiritualidade está presente na vida das pessoas e não seria diferente na dinâmica do transtorno depressivo na população idosa. A proposta é, neste momento, avaliar a dinâmica e profunda relação entre espiritualidade, depressão e longevidade ao verificar sua aplicabilidade na prática clínica.

3.5.1 Efeitos positivos da espiritualidade no tratamento da pessoa idosa depressiva

Como já afirmado anteriormente, em se tratando de uma vontade inerente ao ser humano, o desejo de sentido se constitui numa prova circunstancial de indícios de saúde mental. Em contrapartida, a ausência de vontade de sentido aponta para uma falta de significado existencial que indica incapacidade emotiva¹⁶⁸ de adaptação ao ambiente.

Entre as pessoas em idade adulta tardia, as peculiaridades desta etapa do desenvolvimento tornam a questão da morte mais presente, potencializada pelas possíveis perdas inerentes

¹⁶⁷ A IL-6 (interleucina 6) é um tipo de marcador inflamatório potencialmente relacionado à depressão.

¹⁶⁸ Essa incapacidade, a depender da intensidade da frustração que provoque, pode, até mesmo, despertar pensamentos suicidas, um estado característico em transtornos depressivos graves (DOURADO *et al.*, 2010).

ao processo de envelhecimento. Quadros depressivos muitas vezes surgem a partir de causas orgânicas, como nas doenças crônicas endocrinológicas e neurológicas, ou por conta das pressões impostas pelo contexto sociocultural. Algumas vezes, como ato de desespero, o suicídio aparece como um risco iminente ante a perda de sentido.

A deterioração da saúde e do bem-estar na população idosa é caracterizada pelo declínio na função cognitiva, na habilidade da resolução de problemas, no desempenho profissional, na concentração e no entendimento, que, combinados, causam confusão mental e isolamento. Estudos voltados para a investigação do sentido de vida na terceira idade contribuem para o conhecimento do desenvolvimento humano e a compreensão das mudanças dos fatores que se associam à adaptação e ao ajustamento pessoal.

Em se tratando de envelhecimento, esse é um processo que requer do sujeito maior recorrência a estes recursos internos, posto que indivíduos nessa faixa etária estão mais expostos a limitações, e a perdas, de todos os tipos, que interferem na vontade de viver (SOMMERHALDER, 2010, p. 272). Avalio que pesquisas como estas têm o intento de contribuir para o avanço do olhar sobre os diversos processos humanos nos quais estão inseridos os indivíduos da terceira idade.

A dimensão espiritual é capaz de gerar força para ajudar nos enfrentamentos mais torrenciais da vida, como essência humana. E diferentemente do que ocorre com a população jovem, a dimensão espiritual é mais desenvolvida nas pessoas idosas (ZENEVICZ, 2009, p. 438). Em síntese, quanto maior a idade, maior a frequência a atividades relacionadas às práticas espirituais, religiosa ou não.

Segundo Vitorino e Vianna (2012, p. 140), os idosos relatam que se sentem mais confortáveis quando estão envolvidos nas práticas espirituais e religiosas, considerando-as uma forma de prevenção para problemas de declínio da saúde, por exemplo, das doenças psíquicas que são as mais comuns, como a depressão. Assim, as pessoas mais velhas que participam de atividades religiosas particulares e congressionais apresentam menos sintomas, menos invalidez e taxas mais baixas de depressão, de ansiedade crônica e de demência.

Para esclarecer o itinerário proposto até aqui podemos citar o trabalho de Duarte e Wanderley (2011, p. 49), que ao realizarem pesquisa em hospital com pacientes geriátricos, constataram a relevância da espiritualidade como recurso de enfrentamento, apoio e ajuda para suportar as adversidades impostas pela condição em que se encontram, bem como pela rotina hospitalar. Os pacientes se veem numa condição de maior vulnerabilidade por terem sofrido perdas ao longo da vida. Como se não bastasse, a hospitalização também representa um evento estressor, tendo de se deparar com a proximidade da perda da própria vida.

Nesse contexto, vivenciam comumente, além da própria doença, os procedimentos invasivos, os sintomas físicos, a distância dos familiares, a quebra de rotina, a gravidade do estado de saúde, as fantasias sobre a morte e o medo do desconhecido. Portanto, nessa circunstância, a religião e a espiritualidade podem auxiliar no enfrentamento da situação. É importante olhar o paciente não somente como um corpo que adocece, mas levar em consideração toda a sua história de vida, hábitos, costumes, cultura, crenças (DUARTE; WANDERLEY, 2011, p. 53).

Em contrapartida, outros estudos apontam que a conduta por influência religiosa pode desencadear malefícios à saúde do paciente, a saber: comportamentos decorrentes de um positivismo exagerado baseado na crença de que um ser superior os protegerá de qualquer mal, comportamentos que venham a negligenciar sintomas e não adesão às práticas preventivas ou ao tratamento proposto. Igualmente, as crenças de que a doença é vista como punição são consideradas prejudiciais ao enfrentamento religioso.

A relação entre espiritualidade e velhice se dá pela capacidade de suportar limitações, dificuldades e perdas inerentes ao processo, e a vivência da espiritualidade possui importância e relevância para se viver a velhice com qualidade. Já a religiosidade é vista como uma forma de ajuda e proteção do estresse frente às perdas e às modificações que ocorrem durante o processo de envelhecimento (COSTA; GOTTLIEB; MORIGUCHI, 2012). A religiosidade e espiritualidade desempenham papel importante no meio social, pois atuam tanto em nível cognitivo quanto afetivo, oferecendo suporte emocional, espiritual e social, promovendo o bem-estar na velhice.

Ademais, têm-se promovido o bem-estar das pessoas idosas através do conforto espiritual, do caráter de apoio social, ou, até mesmo, pelas regras estabelecidas por elas. A espiritualidade parece ser uma mola propulsora no que concerne às diversas situações problemáticas e dificuldades encontradas nos últimos anos da vida de um indivíduo. Assim, apesar das suas diferenças conceituais, a religiosidade e espiritualidade, utilizadas como estratégia de resiliência, revelam influências surpreendentes na melhor QV da população idosa (LIMA, 2013).

Estudos demonstram maior prevalência de depressão em idosos não espiritualizados e não religiosos portadores de neoplasias (FEHRING *et al.*, 1997), em reabilitação (PRESSMAN *et al.*, 1990), em pacientes da comunidade (PARKER *et al.*, 2003) e em pacientes hospitalizados (KOENIG, 2007). Da mesma forma, há uma maior remissão da depressão quanto maior a espiritualidade do idoso (BEEKMAN *et al.*, 1997).

É importante ressaltar que, mesmo com possíveis adversidades impostas pela idade, as pessoas da terceira idade reconhecem a importância da espiritualidade em suas vidas,

manifestada por meio da satisfação em vivê-la de forma contínua, pois não há uma intensificação na importância, e sim um amadurecimento e aprofundamento dessa vivência.

A conexão com o sagrado, seja ele Deus, poder maior, força do universo, é considerada um componente-chave da espiritualidade religiosa, estando associada ao eu e ao próprio modo de estar na vida. De acordo com Falconi (2011), as práticas espirituais, ao alterarem a neuroquímica cerebral, oferecem uma sensação de paz, segurança e felicidade, reduzem a ansiedade, estresse e depressão. Nesse cenário, Eymard Vasconcelos discorre sobre patologia e transcendência, aplicáveis ao contexto da longevidade:

A doença em si ou em pessoas próximas evidencia para a consciência a corporeidade do ser humano. Se, de um lado, impõe limites para os desejos e pretensões da vontade, por outro, conecta a mente com dimensões internas fundamentais com grande potência de operação. Há um importante processo de aprendizado de si mesmo. Valores que antes governavam a vida são relativizados. A experiência do eu profundo cria conexões com o cosmo e com os outros, podendo transformar o tipo de relação que com eles se tinha. [...] É frequente a crise da doença ser porta para o contato com a transcendência. Uma transcendência que se mostra ao se assumir os limites da condição humana e não ao buscar, no além, uma divindade que está fora do mundo material (VASCONCELOS, 2011, p. 61-62).

Como já afirmado, a espiritualidade consiste em valiosa estratégia que os idosos utilizam em seu cotidiano para buscar apoio nas situações estressantes, relacionadas a diversos fatores, inclusive os problemas de saúde comuns do cotidiano. Nesse ponto, o transcender é buscar significado, enquanto a espiritualidade é o percurso.

A espiritualidade cura o ser humano e é profundamente sã, visto que a pessoa idosa que se encontra doente quer mais do que cuidados para as suas necessidades básicas, como alimentação, segurança e conforto. Ela quer a leitura de textos religiosos, o falar da fé e da esperança, o rezar e o meditar, a oração, a escuta sensível, o olhar compreensivo, o toque de uma mão suave e a amorosidade, uma vez que é sabido que a pessoa idosa doente não apenas sofre fisicamente, mas mental e espiritualmente (ZENEVICZ, 2009).

Desse modo, cuidar do espírito significa cuidar dos valores que dão rumo à vida e das significações que geram esperança (Boff, 1999). Devido às limitações e dependências enfrentadas na senescência, para algumas pessoas centenárias, estar próximo da morte pode ser uma alternativa, porém, a morte, enquanto acontecimento singular e inevitável, nem sempre é visto como finitude total. Por conseguinte, a espiritualidade se torna fundamental neste momento da vida (BIOLCHI; PORTELLA; COLUSSI, 2014).

Nesse contexto, um estudo promovido por Vitorino e Vianna (2012) confirma que pessoas com vínculos espirituais, neste caso, religiosos, apresentavam taxas mais baixas de

doenças e de mortalidade do que aquelas que não frequentam regularmente. Pessoas mais velhas que participam de atividades religiosas particulares e congressionais apresentam menos sintomas, menos invalidez e taxas mais baixas de depressão, de ansiedade crônica e de demência.

Sommerhalder (2010, p. 270), em levantamento bibliográfico exploratório, destaca que o sentido de vida na velhice vem sendo estudado sob diversas perspectivas, entre elas, saúde mental e física, bem-estar e religiosidade. Trata-se de um conteúdo ainda novo na área de envelhecimento e tais estudos partem de um conceito de envelhecer como um processo universal imerso em questões sobre a finitude da vida.

Nessa mesma perspectiva, Reker (1997, p. 714), em análise sobre depressão em idosos, constata que ter um propósito (sentido) na vida e ser otimista são fatores protetores contra a depressão. Assim a religiosidade, operando na construção de novos sentidos de vida, contribui como fator protetor à saúde na medida em que promove recurso de enfrentamento e bem-estar subjetivo, sobretudo em idosos (SIMONE; MARTONE; KERWIN, 2002).

De eficácia simbólica, a religião pode apresentar significado social oferecendo a fé como recurso de sentido à vida, além de consolo e orientação frente a situações angustiantes (PIETRUKOWICZ, 2001). Lidar com situações difíceis do cotidiano faz com que as pessoas envelhecidas recorram à fé como mecanismo de superação a atribuição de significado aos acontecimentos aos quais são acometidos. Assim, o engajamento e uma identificação com algum grupo religioso pode proporcionar um bem-estar subjetivo, uma vez que proporciona um processo de ressignificação a acontecimentos, como doenças, limitações físicas, perdas de pessoas queridas, proximidade da morte, enfim, contextos mais evidentes na velhice.

Hill e Pargament listam três motivos cruciais de como a espiritualidade pode motivar indivíduos:

Primeiramente, as pessoas podem perceber muitos aspectos da vida como sagrados em significado e caráter, incluindo saúde, tanto física quanto psicológica. Então, eles tendem a tratar essas dimensões da vida com respeito e cuidado. Este senso de sacralidade pode representar uma fonte vital de força, significado e enfrentamento que é usado em situações estressantes. Além disso, estruturas de espiritualidade podem fornecer às pessoas uma noção de seus objetivos e destinos finais na vida. Esses destinos se tornam esforços espirituais que direcionam a vida das pessoas e causam um forte impacto em seus aspectos psicológicos e funcionamento físico. Por fim, além de um senso de destinos finais, orientações de religião e espiritualidade, também podem fornecer caminhos práticos para chegar a esses destinos. Em estressantes situações, indivíduos com forte espiritualidade podem ter maior acesso a uma ampla gama de métodos espirituais ou religiosos de enfrentamento (por exemplo, oração, prece, meditação, leituras, liturgia). Esses métodos têm sido associados a melhores práticas mentais e físicas de saúde (HILL; PARGAMENT, 2003).

A partir do estudo de Lima; Portugal e Ribeiro (2015, p. 42), os resultados apontaram para a centralidade de atividades religiosas/espirituais que reforçam a importância dos sentidos existenciais na longevidade avançada.

No estudo realizado por Gutz e Camargo (2014), na Região Metropolitana de Florianópolis (SC), com pessoas idosas entre 80 e 102 anos, verificou-se que a espiritualidade é significada como uma dimensão importante da existência humana tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino, sendo que, na última fase da vida, a dimensão espiritual aparece vinculada como fonte de preparação para a morte e ao enfrentamento de situações cotidianas, haja vista que a maior parte das pessoas idosas entrevistadas não enxergam a morte como um limite para a existência, uma forte perspectiva espiritual de viés espiritualista¹⁶⁹.

Assis *et al.* (2013, p. 136) consideram que a espiritualidade religiosa na vida da pessoa idosa é um dos fatores a proporcionar qualidade de vida, seja pela socialização por frequentar uma igreja, seja pelo estímulo a estratégias de enfrentamento, seja pela construção do sentimento de pertença, seja pelos significados que uma crença importa para a vida da pessoa, especificamente para a pessoa idosa que enfrenta um momento de perdas constantes e necessita de mecanismos que lhe permitam vivenciar com qualidade a fase final da vida.

Koenig, George e Peterson (1998, p. 536) acompanharam adultos da terceira idade hospitalizados por doenças clínicas, diagnosticados com depressão e descobriram que a religiosidade intrínseca (entendendo a religião como um “fim em si mesmo”, ao invés de um meio para outros fins) era preditivo de um tempo mais curto para a remissão da depressão, depois de controlar muitos outros preditores da remissão.

Em 832 pacientes, o CRE esteve associado com menores sintomas cognitivos de depressão, mas não sintomas somáticos. Sentimentos de infelicidade, fracasso, desesperança ou que outras pessoas estão melhores, perda de interesse, tédio, isolamento social e impaciência foram significativamente menos comuns entre os que usavam CRE (KOENIG *et al.*, 1995).

O psicólogo Keneth I. Pargament estudou extensivamente o papel dos métodos de *coping* religioso para lidar com o estresse. Estilos de *coping* religiosos, como a percepção da colaboração com Deus, busca de suporte espiritual vindo de Deus ou de comunidades religiosas e avaliações religiosas benevolentes de situações negativas, foram associados com redução da

¹⁶⁹ Por espiritualismo entende-se a doutrina oposta ao materialismo, que afirma não existir outra coisa além da matéria tangível e palpável. Todas as religiões, necessariamente, estão baseadas no Espiritualismo. Nesse caso, há crença que há entre nós outra coisa além da matéria, e que após a morte a vida não cessa. O espiritualista admite a existência de uma alma, mas não implica na crença nos espíritos e nas suas manifestações.

depressão (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998, p. 541), redução da ansiedade (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000) e outros afetos positivos (BUSH *et al.*, 1999).

No entanto, ainda há poucas pesquisas mundiais envolvendo saúde e espiritualidade. Em pesquisa realizada por Lucchetti, *et al.* (2011), objetivou-se investigar qual o impacto da espiritualidade em diferentes aspectos do envelhecimento. Foram incluídos 48 artigos divididos nas seguintes temáticas: envelhecimento bem-sucedido, bem-estar, qualidade de vida, doenças crônico-degenerativas, doenças neuropsiquiátricas, funcionalidade, mortalidade e impacto no fim da vida. A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Pubmed/Medline*, LILACS e *SciELO*, nos idiomas inglês e português, no período de 1966 a 2009, tendo como palavras-chave *aged: idoso* e *spirituality*: espiritualidade.

Os resultados e a discussão apontam para o impacto das crenças pessoais influenciando o envelhecimento bem-sucedido; a resiliência foi associada ao envelhecimento bem-sucedido, e o achado de que as pessoas envelhecidas cujas crenças pessoais davam maior significado as suas vidas tinham 10,41 vezes mais chance de cursar com o envelhecimento bem-sucedido (MORAES; SOUZA, 2005, p. 305).

Ao pensar no processo do envelhecer em seu aspecto multidimensional, Sommerhalder e Goldstein (2006) reconhecem a importância de uma base emocional e motivacional na busca de um significado para a vida e propõem a religiosidade e a espiritualidade como recursos de enfrentamento para situações adversas. Isto significa dizer que as pessoas utilizam recursos cognitivos, emocionais e sociais proporcionados pela crença para enfrentar situações inusitadas. Assim, uma compreensão das dimensões da espiritualidade pode proporcionar uma imagem mais completa da dinâmica do envelhecimento bem-sucedido.

Em 2007, Bekelman *et al.* (2007, p. 471) demonstraram correlação entre maior espiritualidade e menor depressão em pacientes idosos com insuficiência cardíaca, resultado semelhante ao obtido em uma população iminentemente geriátrica, internada por acidente vascular cerebral.

Quanto às doenças osteoarticulares, as pessoas em idade adulta tardia com artrite que cultivavam um maior número de experiências espirituais diárias possuíam maior energia e menor depressão. Da mesma forma, em pacientes com artrite reumatoide, aqueles com maior espiritualidade tiveram maior resiliência e percepção de saúde (McCAULEY, *et al.*, 2007); (BARTLETT, *et al.*, 2003).

Da mesma forma, outro estudo avaliou idosas admitidas para correção de fratura de quadril e demonstrou uma correlação entre crenças religiosas, menor depressão e melhor recuperação para deambulação no momento da alta hospitalar (PRESSMAN, *et al.*, 1990).

Sobretudo no tocante à promoção de saúde e bem-estar, no Brasil, o SUS pretende garantir o direito básico e fundamental à saúde e o acesso aos dispositivos próprios que o integrem, e o fortalecimento e a estruturação das redes nas quais estão inseridos estes idosos, como, por exemplo, a família, confirmada como principal rede de apoio social.

Por consequência, as políticas de saúde pública poderiam inclusive lançar o olhar em projetos e dispositivos que possibilitem a construção de sentidos de vida, tema com o qual a Logoterapia e Análise Existencial podem contribuir significativamente.

Embora represente uma realidade local, a presente pesquisa ganha importância acadêmica, tendo em vista a ampliação de estudos que relacionem a idade adulta tardia com os recursos psicossociais dispostos nesse processo, além de importância social, posto que configura um esboço mundial do processo de envelhecer, revelando, assim, as peculiaridades dos recursos (psicossociais) de enfrentamento e como estes se articulam a um modelo cultural diferenciado.

3.6 Desafios na prática clínica e psicológica

Os médicos e psicólogos em geral questionam por que deveriam abordar a espiritualidade dos pacientes. Não se pode esquecer que manifestações espirituais perpassam pela realidade tanto do profissional assistente quanto dos seus clientes. Como afirmam Dal-Farra e Geremia (2010, p. 592), muitos pacientes desenvolvem estratégias espirituais e suas crenças (religiosas ou não) ajudam-nos a lidar com muitos aspectos da vida.

Os dados demonstram a importância de reconhecer e valorizar a espiritualidade dos pacientes, pelos profissionais, considerando-a como um recurso que favorece a sua saúde mental. A importância da sua relevância para as origens, a compreensão e o tratamento dos transtornos psiquiátricos, bem como para a atitude do paciente frente à doença, deveriam estar no centro da psiquiatria acadêmica e clínica.

A percepção de mundo está sujeita às crenças do sujeito e ao seu histórico de vida que afeta sua sensibilidade para estímulos específicos, critérios de escolha e limiar de observação. Assim, as crenças afetam as experiências subjetivas as quais alteram o arranjo sináptico na rede neural (KANDEL *et al.*, 2000, p. 34).

Nesse sentido, vários estudos demonstram que o conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos clientes/pacientes/sujeitos colaboram com a aderência do indivíduo às terapias médicas e à psicoterapia, assim como possibilita melhores resultados das intervenções (GIGLIO, 1993; RAZALI *et al.*, 1998).

Além disso, as crenças pessoais influenciam nas suas decisões, tanto por parte do paciente (e.g., o paciente que é Testemunha de Jeová que não aceita ser submetido a procedimentos como a hemotransfusão), como por parte dos próprios médicos (e.g., médicos que se recusam a prescrever anticoncepcionais devido aos seus princípios religiosos) (CURLIN *et al.*, 2007, p. 597).

De outro modo, as atividades e crenças religiosas podem estar relacionadas à melhor saúde e qualidade de vida. Há tendência de médicos se referirem às necessidades espirituais no contexto clínico psiquiátrico e de muitos pacientes solicitarem comentários e orientações sobre suas necessidades espirituais. Em estudo proposto por Curlin *et al.* (2007), os pacientes relataram que sentiriam mais empatia e confiança no médico que questionava esses temas, o que proporciona melhora da relação médico-paciente, com esta nova proposta de visão holística e mais humanizada.

É claro na prática clínica que, na grande maioria das vezes, não é possível fragmentar o paciente em várias frações como a social, a biológica, a psíquica e a espiritual, afinal, todas são interligadas e podem ser responsáveis pelas comorbidades, aderência aos medicamentos, sucesso ou fracasso no tratamento.

Ao refletir sobre a célebre frase *Mens sana in corpore sano* (uma mente sã num corpo são), uma famosa citação latina, derivada da Sátira X do poeta romano Décimo Júnio Juvenal, inspirada na filosofia de Sócrates, pensamos em duas hipóteses: Um corpo saudável com hábitos saudáveis de vida, sejam eles atividades físicas, práticas de relaxamento ou boa alimentação, promove bem-estar psicológico, o que nos remete ao eixo psiconeuroimunoendocrinológico. Então, a saúde física ligada aos sistemas físicos (neuronal, imunológico e endocrinológico) interfere na saúde mental (equilíbrio, pensamentos, emoções), ou seja, se interpenetram interferindo substancialmente uns nos outros de forma positiva ou negativa.

Por outro lado, pensamos que uma mente saudável é capaz de gerar dinamismo em todos os outros eixos, proporcionando melhores relações sociais e maior saúde física. Supõe-se que um corpo são só pode vir de uma mente saudável. Uma mente saudável só pode existir quando se mantém o equilíbrio psíquico e emocional a partir da dinâmica da espiritualidade, com suas perspectivas de sentido existencial. Então, a espiritualidade é primordial para o bem-estar e a saúde física e mental dos indivíduos. Curiosamente, estamos diante de uma conclusão contemporânea já explicitada antes da Era Cristã.

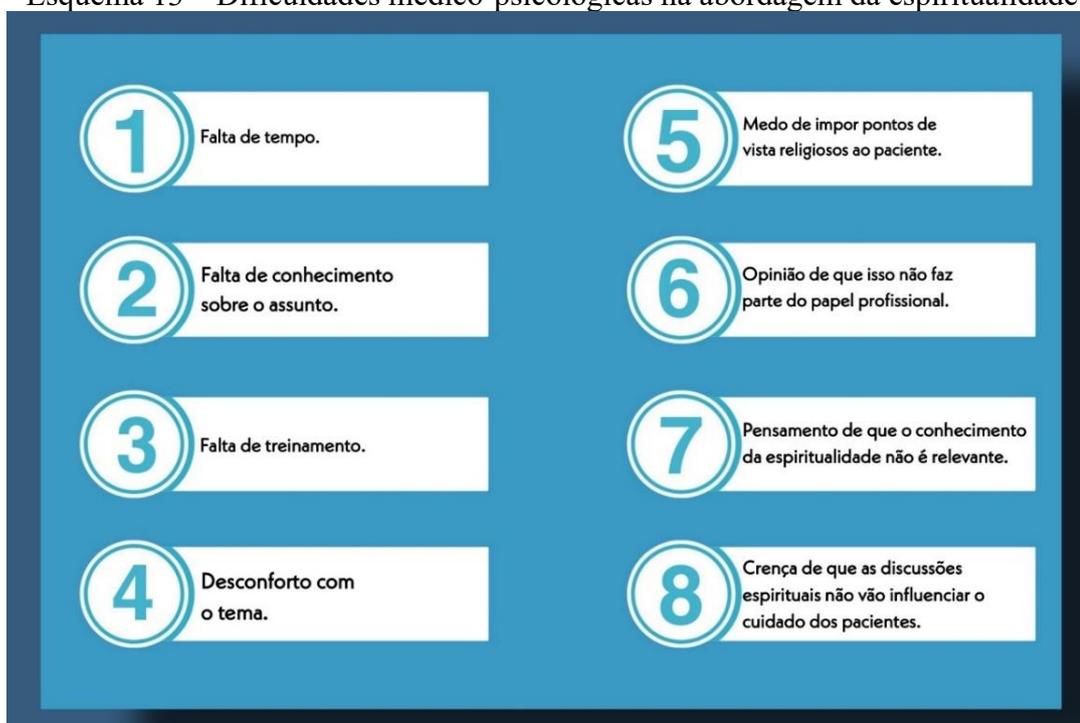
Em face do exposto, a espiritualidade funciona como um gerenciador dos demais eixos da saúde do antigo modelo organicista: o físico, o mental e o social. Então giram em dinamismo

contínuo todos esses complexos eixos sob o império da dimensão espiritual capaz de proporcionar reflexões filosóficas e tocar aspectos inalcançáveis pelo objetivismo da ciência materialista. É aqui que entram as crenças, sejam elas no transcendente sagrado (ou não) ou em si mesmo; os valores morais e éticos, as posturas políticas, as dinâmicas do relacionamento interpessoal em todas as formas de expressão, componentes intrínsecos do ser.

Esse itinerário nos leva a pensar nos desafios do estudo da espiritualidade e saúde. Como a temática está ligada às direções das futuras pesquisas? Qual seria a aplicabilidade da espiritualidade na saúde pública? Como abordar e propor diagnósticos diferenciais entre os aspectos de espiritualidade e de saúde mental? São preocupações atuais a respeito da compreensão do manejo nos tratamentos e da formação profissional envolvendo o tema.

Apesar de várias ferramentas consistentes disponíveis para a anamnese espiritual e do próprio treinamento na prática centrada na pessoa, Lucchetti *et al.* (2010, p. 156) apontam sobre algumas barreiras que os médicos colocam para não abordarem a temática espiritual/religiosa com o paciente, conforme esquema:

Esquema 13 – Dificuldades médico-psicológicas na abordagem da espiritualidade



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em contrapartida, os autores afirmam que essas barreiras são quebradas à medida que o profissional de medicina ou psicologia se aprofunda no tema e desvencilha-se de seus próprios medos e preconceitos.

Foram descritos também por Koenig *et al.* (2005) falta de consciência espiritual do médico, dificuldade em utilizar linguagem espiritual, medo de causar desconforto ao paciente, incômodo com o tema, preocupação em atuar em área não médica e medo de ofender ou de impor pontos de vista religiosos fazendo proselitismo. Neste estudo a maior parte dos respondedores consideraram a falta de tempo o fator de maior barreira (95%). Curlin *et al.* (2006), em estudo transversal com 2000 médicos americanos, avaliaram a espiritualidade e religiosidade (consideradas sinônimos pelos autores) autorreferidas e observaram que aqueles que se declaravam mais religiosos ou espiritualizados (17%) apresentavam uma maior tendência a abordar aspectos da religiosidade ou espiritualidade dos pacientes (63% vs. 18%, $p < 0.001$).

No mesmo estudo, os médicos com baixo escore de espiritualidade ou religiosidade relataram mais incômodo, ao discutirem questões sobre espiritualidade com pacientes (44% vs. 3%, $p < 0.001$). Esse desconforto pela abordagem do tema por parte dos profissionais se deu a uma menor tendência do médico a realizar a anamnese espiritual (OR 0.6; IC 95% 0.4-0.9).

A partir dos estudos realizados com os profissionais de psicologia também se destaca a importância da inclusão do aspecto espiritual na sua formação, por se compreender a integralidade do sujeito e que suas necessidades extrapolam os limites do biológico, social e psicológico. Nesse sentido, sugerem-se pesquisas futuras que contemplem a abordagem da temática com o objetivo de instrumentalizar o profissional para a sua prática.

O profissional necessita desligar-se de ideias preestabelecidas para compreender qual o modo próprio de cada pessoa vivenciar sua religiosidade/espiritualidade. Assim, ignorar a dimensão religiosa do cliente é deixar de atentar-se a uma oportunidade de ajudá-lo a se compreender melhor. O conhecimento e a valorização das crenças dos clientes colaboram com a aderência dos mesmos à psicoterapia e promovem melhores resultados (Peres *et al.*, 2007).

Deste modo, no que tange à dimensão religiosa da espiritualidade, a relação Deus-cliente pode tornar-se base para intervenções terapêuticas, de forma que suas práticas religiosas podem ser utilizadas como recursos no trabalho clínico, na forma de tarefas, rituais, ou indicação de leituras aceitas em sua fé e que, ao mesmo tempo, façam sentido para o profissional que o atende, tirando daí um respaldo para suas ações.

Nessa proposta, o terapeuta deveria escutá-lo e acolher o material de conteúdo religioso que surge na terapia, aludindo à possibilidade de desfazer confusões de conceitos e prática de vida, ao aprofundar o conhecimento sobre o credo religioso do paciente. Para ele, quando o conflito é de ordem religiosa, pode inclusive encaminhá-lo a um religioso responsável pela instituição que frequenta, para tirar suas dúvidas. Desta forma, o profissional pode auxiliá-lo a

avaliar se sua religiosidade está contribuindo para a integração e crescimento pessoal (AMATUZZI, 2008).

Retomando a ideia de que espiritualidade e psiquiatria sempre estiveram em conflito, o que sempre caracterizou o senso comum, intelectuais e cientistas importantes do século passado previram que a religiosidade desapareceria ou decresceria ao longo do século XX, resultando em completo laicismo da sociedade. Porém, o que ocorreu nas últimas décadas foi um aumento do interesse científico por aspectos da espiritualidade ou religiosidade e a manutenção de altos percentuais de pessoas que se consideram religiosas ou espiritualizadas em suas várias formas em todo o mundo, especialmente no continente americano.

Aprofundando nesta discussão, notamos que não importa se possuímos crenças materialistas ou espirituais, atitudes religiosas ou antirreligiosas, precisamos explorar a relação entre espiritualidade e saúde para aprimorar nosso conhecimento sobre o complexo ser humano e as propostas terapêuticas. Apesar das dificuldades de abordar a espiritualidade e saúde mental, observa-se tendência atual em explorar esta temática, um reflexo da evidente crise ligada à perda de sentido existencial e do aumento da prevalência e gravidade dos transtornos mentais nos últimos anos.

A ideia de buscar explicações sobre fenômenos e a tentativa de compreensão total de eventos e fatos, desde os mais simples aos mais complexos, é algo que, ao mesmo tempo em que diferencia o ser humano de outras espécies, traz inclusive uma consequência, que, até certo ponto, é previsível: a angústia de existir.

Diferentemente da visão organicista, a expressão espiritual humana pode nos indicar um itinerário, rumo ou uma posição a partir da qual pode-se melhor compreender a nossa sociedade, suas múltiplas facetas e o âmago de suas dificuldades, efêmeras ou não. Embora a percepção do sagrado nem sempre seja prioridade na sociedade contemporânea, em nossa prática clínica, frequentemente nos defrontamos com inquietações sobre o tema.

O ser humano, ao interagir com o seu meio, introduz mudanças que, inseridas no plano intrapessoal, produzem novas transformações no homem. Hoje, a velocidade das alterações e inovações é grande o bastante para torná-las assustadoras, muitas vezes incompreendidas, envolvendo dificuldades de adaptação.

Tal revolução interfere em todos os aspectos da vida humana, no seu trabalho, nas suas relações sociais e nos seus esquemas mentais, emocionais e espirituais. É com este instrumental que o homem idoso formula a interpretação de sua vida e seu papel no universo. É com ele inclusive que o ser conta para o seu processo de adaptação, hoje altamente requisitado. É

notória, aqui, a necessidade de os profissionais da saúde compreenderem qual o papel da espiritualidade na vida social da população idosa.

3.7 Aplicabilidade social no viés das Ciências da Religião

Importante ressaltar que todas as ciências existem a partir e em função dos seres que compõem a sociedade humana. Sempre tratam da relação com as experiências da vida e dos efeitos quando esta se esvai. Portanto, aqui, o foco é o ser humano multifacetado, ou seja, o ser biopsicossocial espiritual e das relações diante da sua existência terrena.

A vida e a morte são temas sempre presentes na consciência humana. A questão é que a aproximação do exício suscita angústia e medo. Este estado gera uma sensação de aproximação rápida da decrepitude, porque o pensar na morte deixa explícita a relatividade do tempo. É como se os dias passassem mais rapidamente, com sensação de não cumprimento de metas estabelecidas no passado.

Cabe-nos esclarecer que a espiritualidade pode oportunizar uma reflexão existencial sobre os limites da condição humana, sobre as deficiências pessoais, dos outros com quem convivemos e da sociedade. Pode, outrossim, nos oferecer elementos para lidar com a incompletude radical que ronda nossa condição humana e, por fim, oferecer elementos para lidar com o limite definitivo e radical, com o qual todos iremos nos deparar um dia: a morte. Assim,

diante da proximidade dela precisamos de “uma presença que dá apoio”, sermos encorajados a “uma revisão de vida para assistir o reconhecimento de propósito, valor e sentido”, “trabalhar psicologicamente os sentimentos de culpa ou remorso, de perdão e de reconciliação” e, por fim, com a possibilidade de “reformular metas” diante da constatação certa acerca de nossa finitude (BREITBART, 2004, p. 214).

Vale igualmente ressaltar que a experiência da morte dos outros e, conseqüentemente, a antecipação da própria morte estabelecem a situação-limite por excelência para o indivíduo. Aqui vale destacar parte do texto de Peter Berger e Thomas Luckmann, que diz:

[...] A integração da morte na realidade dominante da existência social tem, portanto, a maior importância para qualquer ordem institucional. [...]. Todas as legitimações da morte devem realizar a mesma tarefa essencial, devem capacitar o indivíduo a continuar vivendo em sociedade depois da morte dos outros significativos e antecipar a própria morte com o mínimo de terror, suficientemente mitigado de modo a não paralisar o desempenho contínuo das rotinas da vida cotidiana (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 138).

Em relação à vida, a História, a Geografia, a Antropologia, a Filosofia, a Psicologia e a Sociologia nos mostram como vivem os grupamentos humanos, demonstrando em que acreditam, como acreditam e como praticam aquilo em que acreditam.

Nesse ponto inclusive deve ser acrescida a Teologia que trata da relação desses coletivos ou indivíduos com o sentimento de religiosidade¹⁷⁰ e da possibilidade de concretização através da expressão religiosa.

Vale dizer que há tempos esses aspectos têm sido observados e analisados por estudiosos abnegados. O mesmo acontece com as “Ciências da Religião”, que mais e mais se afirmam como área de pesquisa científica a partir desses pontos, observando o movimentar das variadas formas de manifestação da espiritualidade e os seus reflexos, tanto no macro quanto no microsistema da vida humana.

A espiritualidade, que pode ser manifestada através dos grupamentos religiosos ou movimentos espirituais dos seres humanos, é uma forma de organização social, aliás, visão defendida por Émile Durkheim, em sua clássica obra *Les formes élémentaires de la vie religieuse* de 1912.

Fazendo o recorte da saúde mental, é possível observar, através da diversidade de pacientes, como eles trabalham sua espiritualidade, convicções e crenças, e como elas interferem nas suas organizações biopsicossociais. As Ciências da Religião trazem grande contribuição, pois clareiam ou relativizam conceitos, o que facilita a abordagem que permeia todo o processo terapêutico e por via de consequência podem alterar positivamente os resultados.

Encontramos na Ciência da Religião Aplicada, ou Ciência Prática da Religião, a possibilidade de abordagem da temática apresentada, ao proporcionar a discussão multiprofissional e interdisciplinar das chamadas “espiritualidades” do ser humano, já que não tem suas fronteiras estritamente delimitadas.

As Ciências da Religião estudam o “mundo religioso” singular e genérico, não apenas a religiosidade ou religiões, ou seja, cabem neste termo os rituais, os mitos, a história, a política, a cultura, a linguagem, as pessoas de vida religiosa, as pessoas com sua vida religiosa, a moral

¹⁷⁰ Este sentimento é uma das possíveis formas de manifestar a espiritualidade. Dentre as diversas dimensões da religiosidade apresentadas por Koenig (2012, p. 481) encontram-se a religiosidade subjetiva e a religiosidade motivacional. Para o autor, a religiosidade subjetiva refere-se à importância ou à centralidade da religião na vida da pessoa. A religiosidade motivacional subdivide-se em: religiosidade intrínseca, quando a religião é buscada por seu próprio valor, como um fim em si mesma; e religiosidade extrínseca, quando a religião está sendo usada como meio de algum propósito, como posição social ou ganho financeiro.

e ética religiosas, o simbolismo religioso, os aspectos de equilíbrio e saúde mental, e evidentemente a espiritualidade.

A aplicação das Ciências da Religião, como afirma Soares (2013, p. 573), vai além da percepção, descrição e análise das ações dos atores sociais. Ela se interessa pelas reais possibilidades de contribuir em vista da paz, da humanização e da mediação de conflitos culturais-religiosos, que implica desistir de uma disposição catedrática, de transferência hierárquica e “fria”, para investir fundo na vida diária e suas particularidades frente às adversidades cotidianas.

Depreende-se a possibilidade de diálogo interdisciplinar entre a Ciência da Religião Aplicada e as Áreas da saúde, em especial a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise. Assim, há relevância diante de discussões interconectadas sob perspectivas de crescimento e desenvolvimento dessas áreas do saber.

Constata-se, na clínica psicológica, que a maioria dos clientes desenvolvem a espiritualidade de forma religiosa, o que requer a necessidade de conhecimento e a investigação do modo de ser espiritual dos pacientes. Assim, o conhecimento promovido pela Ciência da religião leva ao desenvolvimento de estratégias práticas de promoção de saúde física e mental, frente ao olhar dinamizado sobre a dimensão “saúde” da humanidade, com possibilidade de integração à dinâmica de grupos espirituais.

Nesse sentido, determinados resultados psicossocioespirituais, produzidos pelos cientistas da religião, possibilitam ao psicoterapeuta uma aproximação mais abrangente e compreensiva ante o mundo espiritual e psíquico de seu cliente, dada a variedade de mundos a que ele é convidado a visitar em suas sessões. Citando caso análogo, se o sentimento de pertença religiosa, objeto de estudo do cientista da religião e fato social incontestável, pode impactar diretamente na saúde emocional dos pacientes, então por que não os abordar em sessões psicológicas ou psicanalíticas?

Da mesma forma, pesquisas de áreas psiquiátricas e/ou psicológicas levariam a discussões e desdobramentos positivos na concepção das Ciências da Religião. Quando as teorias e técnicas das ciências psicológicas são utilizadas no âmbito das comunidades religiosas ocorre aí um exemplo. Nota-se com certa frequência a inserção de teorias psicológicas no currículo de formação teológica do aconselhamento pastoral e conseqüentemente na prática dos líderes religiosos com tal formação.

O diálogo prático, e potencialmente efetivo, entre a Saúde e a Teologia é discutido por Gonçalves *et al.* 2000, p. 17) no trabalho “Religiosidade e Saúde”. Os pesquisadores concluem que os pacientes acometidos de patologias graves, como os portadores de neoplasias, poderiam

se beneficiar quando nos cuidados a eles houvesse parcerias com profissionais da religião para oferecer assistência religiosa nos cuidados espirituais.

Como afirmado anteriormente, a espiritualidade dos homens tem sido foco de pesquisas científicas sobre promoção de saúde em todo o mundo e não seria diferente na Ciência da Religião Aplicada. Com esse enfoque, é de se perceber que o objetivo das ciências da religião é produzir síntese teórico-metodológica sobre todas as disciplinas que estudam religião (fenomenologia da religião), fazendo articulação entre os saberes, com contribuição global, não parcial.

Diante do exposto, a compreensão dos possíveis mecanismos, propiciadores ou não de saúde, pelos quais perpassa a espiritualidade do ser, é de elevado interesse para as ciências, como a Psicologia e Medicina, em destaque a Psiquiatria. Nesse sentido compreender o impacto da espiritualidade na vida das pessoas é crucial para futuras teorias e conclusões para as Ciências da religião, e seu diálogo entre saberes dos domínios teológico, filosófico, histórico, antropológico, sociológico, econômico, político, social, cultural, psiquiátrico, psicológico e psicanalítico.

As dores comuns na longevidade (físicas, morais, mentais, emocionais) nos acometem, nos afetam e nos colocam num estado de prostração que é a própria passividade. Mas é a partir daí que surge um movimento rumo ao infinito, fora da força centrípeta da individualidade e da interioridade, capaz de gerar significações e clarificações diante do estabelecido “caos”. É aí, que surge a espiritualidade capaz de gerar movimentos centrípetos rumo ao mundo dos outros, não mais o pequeno mundo de si mesmo, quando se abre uma compreensão rumo a um sentido.

A perspectiva da espiritualidade como expressão rumo à infinitude, é capaz de tocar o âmago do ser em suas aflições e sofrimentos, e assim proporcionar bem-estar, equilíbrio e saúde mental. Sem esse ponto de vista de múltiplas formas de manifestação (intrínseca e extrínseca ao ser humano) e sem o prisma da propulsão rumo ao infinito consciencial, o ser consciente não teria espiritualidade e encerraria o ciclo em si mesmo.

CONCLUSÃO

Pela observação dos aspectos analisados neste trabalho de pesquisa, percebe-se que muitas indagações inicialmente propostas foram solucionadas, e claro, longe de esgotar o assunto e resolver todos os impasses, surgem muitas outras questões com necessidade de perscrutar a temática da saúde e espiritualidade sob nova vereda de futuras pesquisas científicas.

A dissertação se propôs a responder como se manifestam os transtornos depressivos na terceira idade e qual a relação deles, direta ou indiretamente, com os prismas da espiritualidade. Notavelmente ela pode interferir, favorável ou desfavoravelmente, em mecanismos preventivos ou terapêuticos da depressão na terceira idade.

Esta análise salientou que espiritualidade pode ser expressa nas artes; na dança; na música; nas leituras, sagradas ou não; no naturalismo; na deliberada prática de exercícios físicos; no desenvolvimento e foco na racionalidade; na perspectiva humanista, no altruísmo, no voluntariado e/ou práticas benevolentes e caritativas; na experiência religiosa sejam elas na frequência e engajamento religioso e/ou no sentimento de pertencimento institucional; na experimentação da transcendência (em si mesmo ou rumo ao sagrado); nas práticas de meditação e nos mecanismos de *coping*.

É relevante ressaltar que não é questão de definir se o impacto da espiritualidade será categoricamente positivo ou negativo, e sim analisar individualmente cada sujeito em sua integralidade e observar possíveis oportunidades de promoção de saúde, quando considerada a dimensão espiritual. Assim, diferentes pacientes terão respostas diversas, da mesma forma que um mesmo indivíduo, com as mesmas variáveis e em momentos diferentes, poderá apresentar resultados divergentes quantos aos efeitos da dimensão espiritual humana na saúde emocional.

Partindo do tradicional referencial religioso, é possível, em classificações, abranger o “universo espiritual” humano como: pessoas religiosas, espiritualizadas ou não e pessoas não religiosas, espiritualizadas ou não. Mas há uma questão semântica que carece ser resolvida: a submissão de todos os grupos ao viés teológico de classificação, tendência cultural prevalente na atualidade que expressa o destaque que a religião ainda tem na vida humana.

É notável que a proposta do trabalho consistiu em fazer uma análise da saúde dos idosos a partir do gênero espiritualidade, que pode ou não se desmembrar em espécies como a religião e a religiosidade. Por isso, enfatizou-se a proposta de quatro possíveis classificações: pessoas espiritualizadas, religiosas ou não; e pessoas não espiritualizadas, religiosas ou não. Então, o enfoque clínico psiquiátrico da dissertação está nesta dimensão noética humana, não mais subordinado ao tradicional âmbito religioso de classificação. Tem-se como proposta esse

itinerário que permitirá a adequada delimitação conceitual ao favorecer futuras interpretações.

As vertentes da espiritualidade e do sentido existencial concatenadas à depressão podem explicar o porquê de a população longeva ser destacada em alusão a este problema de saúde pública. Logo, não podemos esquecer que a pessoa na terceira idade tende a apresentar limitações físicas, incapacitações, quadros álgicos e comorbidades, o que as tornam suscetíveis ao adoecimento mental.

À vista disso, tal população pode apresentar elevados índices de depressão, sobretudo de depressão menor, e pode apresentar resultados muito negativos quanto às formas graves desta manifestação psiquiátrica, com graves desfechos: sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações); ideação suicida (com ou sem planejamento) e autoextermínio.

A bagagem do tempo é capaz de proporcionar experiências autodinâmicas diante de crises e trazer significados ainda não experimentados por muitos jovens. Parece, então, que esta ferramenta de construção de sentido, manifestação intrínseca do ser e valorizada pela OMS, pode ser um propiciador de encontro com a responsabilidade e a capacidade de transcendência.

Além da espiritualidade se apresentar como foco nas manifestações humanas que buscam a superação de si, ou de obstáculos, pode ser entendida como uma busca pelo significado da vida e seu relacionamento com o transcendente (sagrado ou não). É nesse último sentido que constitui um dos aspectos básicos de um fenômeno antropológico fundamental que é a transcendência de si mesmo, ou seja, a autotranscendência.

A autotranscendência que se manifesta na população idosa em situações de profundo estresse e falta de sentido, de forma religiosa ou não, é capaz de prevenir crises ou amenizar quadros já instalados de depressão, uma ferramenta valiosa para profissionais capacitados.

A mudança do paradigma biomédico, conceito científico mecanicista e reducionista, para um modelo da produção social de saúde (biopsicossocial estendido) proporciona um olhar direcionado ao cuidado integral do ser humano. A relação estabelecida entre saúde, espiritualidade, fé ou religião se dá a partir do próprio conceito da saúde preconizado pela OMS, em que a espiritualidade é parte integrante da formação do ser humano e por isso não pode ser desprezada numa análise ampla da concepção terapêutica.

Ao enunciar esta definição, concluímos que saúde passa a se relacionar a tudo o que diz respeito a todas as dimensões humanas. Seria um estado de equilíbrio, que ultrapassa os limites dos fatores puramente físicos, para atingir áreas psicológicas (vida afetiva/emocional), sociais (relacionamento interpessoal) e espirituais (campo filosófico, teológico, humanista, racionalista etc.).

Nota-se que a classificação da saúde como ocupacional, intelectual, social, física,

emocional e espiritual não é adequada, já que o estado dinâmico de completo bem-estar proposto pela OMS deve abranger necessariamente todos os eixos.

É surpreendente constatar o nível de influência que a espiritualidade tem na administração do estresse e, portanto, no fomento à saúde. A mente e o corpo estão intrinsecamente ligados com intensa influência no tocante ao bem-estar. Não se podem negar as observações na prática clínica. A fé, as crenças, as atitudes, os estados emocionais e os valores morais contribuem para a permanência do equilíbrio, assim como a sua falta pode influenciar negativamente na saúde mental.

Nesse sentido, a espiritualidade, sistema de significado humano, proporciona aos longevos uma oportunidade de crescimento nos vários campos do relacionamento: no âmbito intrapessoal, gera esperança, altruísmo e idealismo, além de dar propósito para a vida e para o sofrimento; na esfera interpessoal gera tolerância, unidade e o senso de pertencer a um grupo; no domínio transpessoal desperta o amor incondicional, adoração e crença de não estar só.

Ainda se percebe um abismo entre ciência e a espiritualidade religiosa, decorrente do embate entre um materialismo preconceituoso, com tendência a abordagens mecanicistas, que desconsideram uma realidade subjetiva humana, e um tipo de espiritualismo típico das religiões instituídas, representado por visões metafísicas rumo ao sagrado. No entanto, de acordo com dados históricos e arqueológicos, a espiritualidade sempre acompanhou a humanidade desde os primórdios. Destarte, não há como deixar de observar o seu impacto profícuo ou prejudicial na sociedade e é inconcebível que a ciência não se volte para investigações sobre a mística e a transcendência na vida humana.

O desenvolvimento tecnológico tem sido determinante para uma abordagem na qual a busca pela solução dos problemas físicos e mentais passa pela realização de exames minuciosos e pelo emprego de fármacos cada vez mais específicos, mas há outro componente que está despontando como determinante: a fé, seja ela transcendente ou em si mesmo. Isso porque a ciência comprova que a espiritualidade pode potencialmente, além de reduzir o risco de doenças, atenuar sintomas de enfermidades.

No mundo há a prevalência de concepções monoteístas, com predominância islâmica e cristã. Segundo dados estatísticos divulgados por meio do Censo de 2010 (IBGE), o Brasil, segunda maior nação cristã, é a maior nação católica do mundo. Não obstante, o fenômeno religioso, dimensão intrínseca do ser humano, tem sido negligenciado por psicólogos e psiquiatras no Brasil e no mundo.

No cuidado à saúde da pessoa idosa surge a necessidade de discussão da finitude do humano. Ao adquirirem um nível de consciência, os longevos desenvolvem capacidade de

enfrentar o sofrimento e a angústia com resignação. Desse modo, a dimensão espiritual, a partir de instrumentos de *coping*, contribui para a assimilação do envelhecer e da morte, além da aceitação desse momento e da sua finitude com menos angústia e ansiedade.

É reconhecido que, diante das exigências ligadas à finitude (decrepitude, doenças graves, morte), há uma intensa revisão e um questionamento de valores pessoais, mudanças de papéis familiares e reavaliação de planos futuros. Deste modo, é importante considerar que o papel da morte, para o que nos interessa neste texto, é reestruturar as concepções de sentido, trazendo maior maturidade emocional para lidar com os mistérios da vida.

As crenças espirituais, por meio de atividades comunitárias religiosas ou não, estão associadas a métodos de enfrentamento ativo, diversamente de métodos esquivos e passivos, como postulado em pesquisas anteriores. Outrossim, o enfrentamento espiritual religioso positivo atua como um gerenciador de estresse, fornecendo ao indivíduo um suporte social e apoio para a continuação do tratamento da depressão.

É com esse novo ângulo observacional do *coping*, focado no eu profundo e suas manifestações da espiritualidade, que a Medicina, a Psicologia e a Psicanálise devem se guiar para atender às demandas do sofrimento mental. O sofrimento como afecção, um suportar e, portanto, passividade e paciência¹⁷¹. O sofrer não tem começo nem fim e exige um suporte, exige reposta, exige responsabilidade pelo Outro. Logo, as ciências da saúde precisam incluir e/ou ampliar as disciplinas que abordem a temática da saúde e espiritualidade, por ser a maior demanda contemporânea relativa à problemática humana. É nessa ótica que se dirige o novo modelo de formação acadêmica com proposta da saúde integrativa, que valoriza a abordagem holística e multidimensional, ao considerar a pessoa como um todo com suas diversas dimensões.

A propósito, médicos e psicólogos, formados com base em currículos orientados pelo modelo científico biomédico tradicional, não estão preparados para abordar o tema da espiritualidade com o paciente, muito menos para pensar em alguma intervenção sensível a esse tema. Caberia o aprofundamento na anamnese espiritual que se apresenta enquanto um protocolo imprescindível para organizar a maneira como as categorias de espiritualidade são percebidas e introduzidas na intervenção clínica.

No entanto, as condições incertas impostas na clínica geram uma certa resistência e evitação da equipe de saúde para trabalharem com elementos fluidos como a proposta temática. A dificuldade de se unificar um mesmo entendimento sobre o que é espiritualidade e sua

¹⁷¹ Etimologicamente, paciência vem de *pathos*, ou seja, sofrer. Trata-se, como diz Lévinas, da “Afecção do finito pelo infinito que não se trata de reduzir” (LÉVINAS, 1996).

implícita conexão cultural com aspectos religiosos, somadas a questionamentos dos clientes durante a anamnese, podem causar inabilidade para as tomadas de decisão terapêutica, quando o campo em foco do sofrimento está no eixo saúde espiritual.

Apesar disso, a pesquisa supracitada observou que, com o passar dos anos, o acúmulo de evidências científicas tem ajudado profissionais de saúde a apresentarem propostas que integram a perspectiva espiritual dos pacientes no atendimento clínico. Além disso, já existem iniciativas, tanto públicas quanto privadas, propostas a tocar a espiritualidade do paciente com fins terapêuticos no Brasil, que têm trazido resultados animadores para seus promotores e pacientes.

Há necessidade de aprofundamento sobre saúde mental e bem-estar da população não espiritualizada, seja religiosa ou não, para melhores esclarecimentos acerca da seara da espiritualidade e saúde psíquica. Ademais, com a sugestão de manejo sinérgico entre espiritualidade e o a terapêutica depressiva, a questão da falta e da vontade de sentido está ligada aos aspectos de equilíbrio, bem-estar e saúde emocional, condições indispensáveis ao envelhecimento bem-sucedido.

Os profissionais da área da saúde devem estar atentos para conduzirem o tratamento explorando mecanismos de *coping* espiritual com estratégias assertivas para levarem o paciente a caminho do *coping* positivo. E vale ressaltar que, habitualmente, a abordagem em saúde mental pode ser feita naturalmente, durante a entrevista, quando o médico ou o psicólogo avaliam os aspectos psicossociais.

Deve-se inquirir sobre a importância da espiritualidade, da religiosidade e da religião para o paciente, se o ajudam a lidar com a doença, se geram estresse ou sentimentos negativos (culpa, punição etc.), se o influenciam na adesão ao tratamento ou se há alguma necessidade espiritual não atendida. Assim, o profissional da saúde deve se mostrar sensível e acolhedor para com as crenças e práticas espirituais. Se houver sentimentos negativos, conflitos ou necessidades espirituais, o promotor de saúde pode solicitar a participação de indivíduo treinado na área ou de membro da comunidade do paciente, de forma a lidar adequadamente com essas questões.

No caso de pacientes não religiosos (ateus, agnósticos) ou que refutem falar sobre o tema, o médico ou o psicólogo pode questioná-los quanto à forma como convivem com a doença, o que promove propósito e significado para sua vida (família, amigos, *hobby* etc.) e que crenças culturais podem ter impacto sobre seu tratamento. Ainda, há viabilidade de estimular sentimento de esperança em quadros hipotímicos. Para tal abordagem não ser conflitiva, deve haver preparo e aceitação de ambas as partes: profissional de saúde e paciente.

Toda mudança de modelos durante a história necessitou de pessoas determinadas e corajosas capazes de abrirem clareiras sob novas perspectivas de manejo clínico. Esse novo paradigma biopsicossocial e espiritual encontra oposição acadêmica a partir de opiniões contrárias sem embasamento científico.

Como todo itinerário tem suas motivações iniciais, reforçar a pertinência da aplicabilidade espiritual em saúde mental é um dever pessoal que julgo fazer parte do meu compromisso social em tempos de transformações individuais e coletivas da humanidade.

Nunca foi tão essencial discursar sobre a espiritualidade e suas implicações, já que mortes coletivas assolam o mundo, quando todos, em tentativa de solução, se unem em busca de recursos para diminuir o contágio pelo novo coronavírus e encontrar a cura da Covid-19. Socialmente é destacado um novo movimento mais altruísta e fraternal, mascarado por posturas políticas negacionistas em todo o mundo.

Outrora, esse momento de transformação foi observado, tal como em tempos da Segunda Guerra Mundial, mas com desfecho menos positivo, porque, apesar da Revolução Técnico-científica pós-guerra, excitavam-se o ódio, o orgulho e a vaidade na Guerra Fria, reflexos que avassalaram o mundo.

O processo de construção deste trabalho permitiu-me refletir sobre os casos particulares das dezenas de pacientes que passam pelos meus atendimentos diariamente. Agora compreendo melhor o porquê de idosos chegarem ao meu consultório sem perspectivas, carentes de sentido para a vida e, após terem sua espiritualidade valorizada, retornarem com brilho nos olhos, com propostas terapêuticas e psicológicas potencialmente adequadas.

É notável que um trabalho de campo, para investigar a depressão da terceira idade, poderia contribuir para a sedimentação do conhecimento sobre saúde mental e espiritualidade na busca de melhor compreensão do ser humano, da natureza humana e na busca do bem-estar.

Abrem-se perspectivas e direções para as futuras pesquisas sobre saúde mental e espiritualidade que: a) Demonstrem os mecanismos de impacto da espiritualidade na saúde mental das pessoas idosas; b) Aprofundem na temática da aplicabilidade clínica no atendimento aos pacientes idosos, como propor pesquisas que tratem do diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e transtornos mentais, integrar os aspectos espirituais no tratamento e treinar profissionais para abordarem a questão; c) Diversifiquem a dimensão geográfica e cultural dos estudos; d) Avancem na investigação neurocientífica da relação entre o cérebro e experiências espirituais; e) contribuam na diferenciação conceitual da espiritualidade, religiosidade e religião; f) investiguem melhor os grupos dos espiritualizados não religiosos e não espiritualizados não religiosos e g) dialoguem efetivamente com outras áreas do saber

ligadas à temática espiritual.

Ressalte-se que o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade nos seus diferentes aspectos, bem como a depressão tem grande correlação com crenças espirituais. Além disso, a população idosa que apresenta o maior nível de espiritualização é justamente aquela que potencialmente apresenta os piores prognósticos da depressão.

É nessa perspectiva que esta apreciação torna desafiadora a terapêutica das pessoas na idade adulta tardia, que podem carregar cicatrizes profundas do tempo, mas que potencialmente são pacientes ricos em espiritualidade. Então a abordagem espiritual efetivamente promissora no tratamento dos transtornos depressivos desta população propicia reflexão existencial sobre os limites da condição humana, sobre as deficiências pessoais, dos outros com quem convivemos e da sociedade, o que leva a um movimento filosófico de gratidão, resignação e reforço positivo diante do sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- AAMC-Association of American Medical Colleges. Learnig objectives for medical student education - Report I. **Academic Medicine**, v. 74, n. 1, p. 13-18, 1998.Jan.
- AGISHTEIN, Peryl. Integrating spirituality into a behavioral model of depression. **Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies**, v. 13, n. 2, p. 275-289, 2013.Sept.
- AGOSTINO, Federico. Religion and magic: two sides of a basic human experience. **Journal Social Compass**, 27, 2-3, 279-283. 1980.
- AGUIAR, Maria Geralda Gomes; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. **Saúde, doença e envelhecimento**: representações sociais de um grupo de idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) – Feira de Santana-BA. Rio de Janeiro: UNATI, 2005. (Textos Envelhecimento, v.8, n.3). Acesso em: 30 jun. 2020.
- AIRES, Marines, PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi, MORAIS, Eliane Pinheiro de. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo entre três regiões do rio Grande do Sul. **Revista Latino-America de Enfermagem**. 18(1):11-17; jan.fev.2010.
- AKISKAL Hagop. S. Mood disorders. In: SADOCK BJ, SADOCK VA, eds. KAPLAN & SADOCK's. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 7.ed. Philadelphia: Library of Congress. V. 1, 1999.
- AKISKAL, Hagop S; BOURGEOIS, M.; ANGST, R.; POST, R.; MÖLLER, H. HIRSCHFELD, R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. **Journal Affective Disorders**, v. 1, p. S5-S30, 2000. Supl.59.
- ALEXOPOULOS, George S. Depression in the elderly. **The Lancet**. Jun 4-10; 365(9475):1961-70, 2005.Jun.
- ALEXOPOULOS, George S. The Cornell Scale for Depression in Dementia. **Administration & scoring guidelines**. 2002[On line]. Disponível: <http://scalesandmeasures.net/files/files/The%20Cornell%20Scale%20for%20Depression%20in%20Dementia.pdf>
- ALES BELLO, Ângela. **Introdução à Fenomenologia**. Trad. Miguel Mahfoud e Marina Massimi. Bauru-SP: EDUSC, 2006.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. The Paradigm of Complexity: Applications in the Field of Public Health, in **Advisory Committee on Health Research, A Research Policy Agenda for Science and Technology to Support Global Health Development**. Geneve, World Health Organization, 1997, p. 1-15.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, set/nov. 1999.

ALMEIDA, Tatiana. Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto. **Sacrilegus**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 72-91, jan. jun.2015.

ALLPORT, Gordon W.; ROSS, Michael J. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of personality and social psychology**, v. 5, n. 4, p. 432–443, 1967.

AL-SHEHA, Abdurrahman. **A mensagem do Islã**. Tradução: Nibevah Barreiros. São Paulo: Federação das Associações Muçulmanas do Brasil, Alsofara; 216p. 2014.

ALVARADO, Beatriz Eugênia; ZUNZUNEGUI, Maria Victoria; BÉLAND, François; SICOTTE, Maryline; TELLECHEA, Lourdes. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of latin américa and the Caribbean. **The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences**. 62(4): S226-36.2007.

ALVARSSON, Jesper; WIENS, Stefan; NILSSON, Mats E. Stress recovery during exposure to nature sound and environmental noise. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 7(3), pp.1036-1046, mar.2010.

ALVES, Rômulo Romeu da Nóbrega; ALVES, Humberto da Nóbrega; BARBOZA, Raynner Rilke Duarte; SOUTO, Wedson de Medeiros Silva. The influence of religiosity on health. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 1. 15, n. 4, p. 2.105-2.111. ISSN 1413-8123, jul.2010.

ALVES, Rubem. **O enigma da religião**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

ALVES, Rubens. **O que é religião?** 8. ed. São Paulo: Brasiliense. 132 p. 1984.

ALVES, Vivian Cristina Pacola. **Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação**. Dissertação de Mestrado não publicada, Campinas. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2014.

ANCONA-LOPEZ, Marília. Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas. Em M. Massimi & M. Mahfoud (Org.s). **Diante do Mistério: psicologia e censo religioso** (pp. 71-86). São Paulo: Loyola.1999.

ANDERSON, James W.; NUNNELLEY, Paige A. Associações de oração privada com depressão, ansiedade e outras condições de saúde: uma revisão analítica de estudos clínicos. **Postgraduate Medicine**, 128 (7), 635–641. 2016.
<https://doi.org/10.1080/00325481.2016.1209962>

ANDRADE FILHO, José Hermógenes. **Yoga Autoperfeição com Hatha**, 2. ed. Rio de Janeiro: Record. 2005.

ANDRADE, Oseias Guimarães. Representações Sociais de Saúde e de Doença na Velhice. **Revista Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 207-213, abr.2003.

ANJOS, Márcio Fabri dos. Para compreender a espiritualidade em bioética. **O mundo da saúde São Paulo**: 31(2):155-160, abr. jun. 2007.

ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia** (Natal) 3(2):273-294, 1998.

ANYFANTAKIS, Dimitrius; SYMVOULAKIS, Emmanouil K.; LINARDAKIS, Manolis; SHEA, Sue; PANAGIOTAKOS, Demosthenes; LIONIS, Christos. Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III Project. **BMC Psychiatry**, 15, 173. doi: 10.1186 / s12888-015-0561-3 2015.

AQUINO, Thiago Antônio Avelar, CORREIA, Amanda Pereira Moreira; MARQUES, Ana Laura Câmara; SOUZA, Cristiane Gabriel de; ASSIS FREITAS, Heloísa Carolina de Assis; ARAÚJO, Izabela Ferreira de; DIAS, Poliana dos Santos; ARAÚJO, Wilma Fernandes de. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 29, 228-243.2009.

AQUINO, Thiago Antônio Avelar. **Logoterapia e análise existencial**: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl. São Paulo: Paulus, 2013.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar de; DARA, Dany Monique Batista; SIMEAO, Shirley de Souza Silva. Depressão, percepção ontológica do tempo e sentido da vida. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva** 2016, v. 12, n. 1, p. 35-41. ISSN 1808-5687. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160006>.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar; VERAS, Alan da Silva; BRAGA, Daniel Ouriques Lira; VASCONCELOS, Sarah Xavier Peixoto de; SILVA, Lorenada Bandeira da. Logoterapia no contexto da psicologia: Reflexões acerca da análise existencial de Viktor Frankl como uma modalidade de psicoterapia. **Logos e Existência**: revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial. 4 (1), 45 – 65, 2015.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. **Velhice e instituições geriátricas**: um estudo das representações sociais. (pós-graduação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; CARVALHO, Virgínia Ângela Menezes de Lucena e. Velhices: Estudo Comparativo das Representações Sociais entre Idosos de Grupos de Convivências. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, **Psicologia Ciência e Profissão**, 25 (1), p. 118-131, mar. 2005.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SANTOS, Maria de Fátima de Souza. Análise Psicossocial do Idoso em Instituição Gerontológicas. In. D. V. Falcão e C.M. Dias (Orgs.). **Maturidade e velhice**: pesquisa e intervenções, p. 131-150. São Paulo. 2006.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; CARVALHO, Virgínia Ângela Menezes de Lucena e. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 25, n. 1, mar. 2005.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SANTOS, Maria de Fátima de Souza. Análise Psicossocial do Idoso em Instituição Gerontológicas. In: Falcão, Deusivania Vieira da Silva e DIAS, Cristina Maria de Souza Brito (Orgs.). Maturidade e velhice: pesquisa e intervenções psicológicas, **Casa do Psicólogo** 1 ed.p. 131- 150. São Paulo.v. 2, 2006.

ARAÚJO, Maria Fátima Maciel; ALMEIDA, Maria Irismar; CIDRACK, Marlene Lopes; QUEIROZ, Hercilia Maria Carvalho; PEREIRA, Maria Clara Secundino; MENESCAL, Zilaís Linhares Carneiro. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza. RBPS, v. 21, n. 3, p. 201-208, mai. 2008.

ASSIS, Cleber Lizardo de.; GOMES, Juliana Maria.; ZENTARSKI, Leni de Oliveira Freitas. Religiosidade e qualidade de vida na terceira idade: uma revisão bibliográfica a partir da produção científica. **Rever – Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, vol.13, n.2, p. 119-148, jul.dez. 2013

ÁVILA, Ana Helena; GUERRA, Márcia; MENESES, Mariá Piedad Rangel. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. **Jornal Pensamiento Psicológico**, v. 3 n. 8, p. 7-18, jun.2007.

BAETZ, Marilyn; LARSON, David B.; MARCOUX, Gene; BOWEN, Rudy; GRIFFIN, Ron Canadian psychiatric inpatient religious commitment: An association with mental health. **The Canadian Journal of Psychiatry**, 47, 159–166, mar.2002.

BALDACCHINO, Donia R.; BUHAGIAR, Anton. Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. **Journal of Advanced Nursing**, 42(6), 558-570, 2003.jun.

BALDACCHINO, Donia R.; BONELLO, Lilian.; DEBATTISTA, Clifford J. Spiritual coping of older people in Malta and Australia (part I). **British Journal of Nursing**, 23(14), 792–799.2014.

BARBOSA, Bruno Rossi; ALMEIDA, Joyce Marques; BARBOSA, Mirna Rossi; BARBOSA Luiza Augusta Rosa Rossi. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência Saúde Coletiva**. 19(8):3317-25, ago.2014

BARCELLOS, Ana Paula de. Comentários aos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. In: BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura. **Comentários à Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BARREIRO, Cátia Patrícia Sá. **A institucionalização do idoso no concelho Limiano** (Projeto de graduação de licenciatura, Universidade Fernando Pessoa). 2013. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3903>. Acesso em: 7 fev. 2021.

BARROSO VL; TAPADINHA AR. Órfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Psicologia.pt**. jan.2008. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>. Acesso em: 16 de janeiro de 2021.

BARTLETT, Susan J; PIEDMONT, Ralph; Bilderback, Andrew; MATSUMOTO, Alan K.; BATHON, Joan M. well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheum.**15;49(6):778-83.dec. 2003.

BASAGLIA, Franco. **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização.** In: BASAGLIA, Franco. Scritti I, 1953-1968. Torino: Einaudi. p. 249-258. 1981.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. São Paulo: Paz e Terra; 2009. 326 p.

BEAUREGARD, Mario, PAQUETTE, Vicente. Neural correlates of a mystical experience in Carmelite nuns. **Neuroscience Letters**; 405:186–90. [PubMed: 16872743] jun.2006
BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental:** teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BEEKMAN A. T. BRAAM, A. W.; SMIT J. H. TILBURG W. V. Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well-being and service utilization. **Psychological Medicine**; 27:1397–1409.34. 1997.

BEEKMAN, A. S.; COPELAND, J. R.; PRINCE, M. J. Review of Community prevalence of depression in later life. **Brazilian Journal of Psychiatry**; 174: 307-11.1999.

BEKELMAN David B.; DY, Sydney; BECKER, Diane; WITTSTEIN, Ilan Sh. Spiritual Well-Being and Depression in Patients with Heart Failure. **Journal of General Internal Medicine**; 22(4): 470-477, 2007.

BENAZZI, F.; KOUKOPOULOS, A.; AKISKAL, H.S. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). **European Psychiatry**, v. 19, p. 85-90, apr.2004.

BERGER, Peter & LUCKMANN, Thomas. **A Construção social da realidade.** Petrópolis. Editora Vozes, 1985.

BERGER, Peter Ludwig. **O dossel sagrado:** elementos para uma teoria sociológica da religião. 5. ed, São Paulo: Paulus, 2004.

BERGER, Peter. **Sacred canopy.** Elements of a sociological theory of religion, New York: Anchor Books.1990.

BERKENBROCK, Volney. Provocações sobre o diálogo inter-religioso na perspectiva da religiosidade – Dez Teses. Numen: **Revista de Estudos e Pesquisa da Religião.** Juiz de Fora, v. 10, n. 1,2, p. 27-39. jul.dez, 2007.

BEYER, John L. Managing depression in geriatric populations. **Annals of Clinical Psychiatry.** 19(4):221-38.Oct.dec. 2007.

BHUGRA D. The WPA action plan 2014-2017. **World Psychiatry.** 2014; 13:328.

BHUI Kamaldeep. A fine balance in the Science of risk and resilience. **The British Journal of Psychiatry** [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 22];204(5):413-4. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/content/204/5/413>

BÍBLIA, N.T. **Bíblia de Jerusalém**. São Paulo: Paulus, 2002.

BÍBLIA, N.T. Mateus. Português. In: **Bíblia sagrada**. Reed. Versão de Antônio Pereira de Figueiredo. São Paulo: Ed. Das Américas, Cap. 23, vers.25-28. 1950.

BIOLCHI, Cláudia da Silva.; PORTELLA, Marilene Rodrigues.; COLUSSI, Eliane Lúcia. Vida e velhice aos 100 anos de idade: percepções na fala dos idosos. **Revista Estudos Interdisciplinanes sobre Envelhecimento**. Porto Alegre, vol.19, n.2, p.583-598, 2014.

BIRD, Frederick. How do religions affect moralities? A comparative analysis. **Social Compass**, 37, 3, 291-314.1990.

BLAZER, Dan. Depression in late life: review and commentary. **The Journal of Gerontology**, séries A: Biological Science and Medical Science. 2003;58(3):249-65.

BOFF, Leonardo. **Correio do Brasil** - Quinta-feira, 11 de dezembro de 2008 - Ano IX - Número 3267 - 1º. 2008.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade**: Um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 96 p. Disponível em: <http://bds.unb.br/handle/123456789/194.2001>

BOFF, Leonardo; BETTO, Frei. **Mística e espiritualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1994.

BOING AF; MELO GR; BOING AC; MORETTI-PIRES RO; PERES KG; PERES MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Revista Saúde Pública**. 2012;46(4):617-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/aop3321.pdf>. Acesso em 14 de abril de 2020.

BORGES, Lucélia Justino; BERTOLDO, Tânia R.; XAVIER, André Junqueira; D'ORSI Eleonora. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v. 1.47, n. 4, p.701-710, ago.2013.

BORGES, Merci Spada. **Doutrina espírita no tempo e espaço**: 800 verbetes especializados, Panorama Comunicações, jan/2000.

BOUDREAUX, Edwin; CATZ, Sheryl; RYAN, Laurie; AMARAL-MELENDZ, Marta; BRANTLEY, Phillip J. The ways of religious coping scale: reliability, validity, and scale development. **Journal Assessment** 2(3):233-244, 1995.

BOURDIEU, Pierre. Gênese e estrutura do campo religioso. In: BOURDIEU, Pierre. **Economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

BOYER, Pascal. **The naturalness of religious ideas**: a cognitive theory of religion. Berkeley, CA, University of California Press.1994.

BRADBURN N. **The structure of psychological wellbeing**. Chicago Adline.1969.

BRADBURN, Norman M. **The structure of psychological well being**. Chicago: Aldine Publishing.1969.

BRAGHETTA, Camilla Casaletti; LUCCHETTI, Giancarlo; LEÃO, Frederico Camelo; VALLADA, Cândido; VALLADA, Homero; CORDEIRO, Quirino. Aspectos éticos e legais da assistência religiosa em hospitais psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 38, n. 5, p. 189-193, abr.2011.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Ser católico: dimensões brasileiras. Um estudo sobre a atribuição da identidade através da religião. In: DAMATTA, R.; FERNANDES, R. C. **Brasil e EUA: Religião e identidade nacional**. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 27-58.

BRASIL, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **censo demográfico 1940-2000**. Disponível em: www.ibge.gov.br.

BRASIL, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **censo demográfico 1991-2000**. Disponível em: www.ibge.gov.br.

BRASIL, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **censo demográfico 2010**.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar — 2ª Edição Revisada e Atualizada**. ANS, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **DECRETO Nº 1.948, DE 4 DE JANEIRO DE 1994**. Política Nacional do Idoso. Lei Nº 8.842. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm

BRASIL. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília-DF, 2005.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Art.2º inciso I - Decreto nº 5130, de 7 de julho de 2004.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei Nº 10.741/2003, alterada pela Lei Federal nº 12.461/2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf

BRASIL. **LEI Nº 13.466, DE 12 DE JULHO DE 2017**. Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/mandatomicheltemer/acompanhe-planalto/noticias/2017/07/presidente-sanciona-prioridade-especial-para-pessoas-com-mais-de-80-anos>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos da Atenção Básica** n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf

BRASIL. **Ministério da Saúde: Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS**. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Painel do SUS, v. 3, jun. 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Portaria nº 1.395/99, atualizada através da Portaria MS/GM nº 2.528/2006. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 145, DE 15 DE OUTUBRO DE 2004**. Política Nacional de Assistência Social. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência nacional de saúde: **saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento**. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).2008.

BRASIL. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

BREITBART, William S. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, Leo.; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 319 p. 2004.

BRUCE, Steve. **God is dead**. Secularization in the West, Malden, Blackwell Publishing.2002.

BUCKLEY, Rebecca M., LACHMAN, Vicki D. Depression in older patients: Recognition and treatment. **Journal of the American Academy of PAs**: Aug. 2007, 20(8):p. 34-41.

BUSSE, E. W; BLAZER, D. G. **Psiquiatria geriátrica**. 1. ed. Porto Alegre – RS: Artes Médicas, 1992.

BUSSEMA, K. E; BUSSEMA, E. F. Is there a balm in Gilead? The implications of faith in coping with a psychiatric disability. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, 24(2), 117-124.2000.

CACHIONI, M; NERI, A. L. **Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade**. 2ª ed. Papyrus: Campinas, SP, 2003. p. 29-49.

CALVETTI, Prisca Ücker; MULLER, Marisa Campio; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, 13(3), 523-530. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300013>. jul./set.2008.

CAMARANO, Ana Amélia. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p. 25-76.2004.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para discussão, 858).

CAMARANO, Ana Amélia; BELTRÃO, Kaizô Iwakami; PASCOS, Ana Roberta Pati; MEDEIROS, Marcelo; CARNEIRO, Isabella Gomes, GOLDANI, Ana Maria; VASCONCELOS, Ana Maria Nogales, CHAGAS, Ana Maria Resende Chagas; OSÓRIO, Rafael Guerreiro. **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999 (texto para discussão, n. 681).

CAMPANELLA, Bruno & CASTELLANO, Mayka. Cultura terapêutica e Nova Era: comunicando a “religiosidade do self. **Comunicação, Mídia e Consumo**. 12. 1-30. 10.18568/1983-7070.1233171- 191; 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/278329401_Cultura_terapeutica_e_Nova_Era_comunicando_a_religiosidade_do_self. Acesso em 7 de junho de 2020.

CAMPBELL, A., CONVERGE, P. E; RODGERS, W. L. **The quality of American life**. New York: Russell Stage Foundation. 1976.

CAMPICHE, Roland. Individualisation du croire et recomposition de la religion. **Archives des Sciences Sociales des Religions**, 81, 1, 117-131. 1993.

CAMURÇA, Marcelo Ayres. Memórias e narrativas da renovação carismática católica. **Revista Brasileira de História das Religiões**, Maringá, v. 5, n.15, p. 161-168, jan. 2013.

CAMUS, Albert. **O estrangeiro**. Tradução de Valerie Rumjanek. 30ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2009.

CANO, Débora Staub; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília. 32(3), 1-10. Dez/2016. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e323211>

CAPRA, Frijot. **O Tao da Física**: uma exploração dos paralelos entre a física moderna e o misticismo oriental. 1.ed. Lisboa: Presença, 1975.

CARIBÉ, A. C. *et al.* Religiosity as a protective factor in suicidal behavior. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, [s.l.], v. 200, n. 10, p. 863-867, Oct. 2012.

CARRICO, Adam W. ; GAIL, Ironson; MICHAEL H Antoni ; SUZANNE C. Lechner ; RON E DURÁN ; MAHENDRA, Kumar ; NEIL, Schneiderman. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. **Journal of Psychosomatic Research** 61(1):51-58, 2006.

CARVALHO I.S; COELHO V.L.D. Mulheres na maturidade e queixa depressiva: compartilhando histórias, revendo desafios. **Revista Psico**. 11(1):113-122. Jan/jun/ 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000300018. Acesso em: outubro de 2020.

CARVALHO-FERREIRA, Alberto. *et al.* Concepções de espiritualidade e religiosidade e a prática multiprofissional em cuidados paliativos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 227-244. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 2015.

CARVER, Charles S. You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the brief COPE. **International Journal of Behavioral Medicine**. 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6. feb.1997.

CARVER, Charles S.; SCHEIER, Michael F. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. **Journal of Personality and Social Psychology** 66(1):184-95, 1994.

CASTRO-COSTA, E. *et al.* **Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study)**, v. 30, n. 2, p. 104-109, 2008.

CHANG, B. H. Religion and mental health among women veterans with sexual assault experience. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 31, (1) 77- 95.2001.

CHAPMAN, Daniel P.; PERRY, Geraldine S. Depression as a major component of public health for older adults. **Preventing Chronic Disease**. 5(1):A22.jan/2008.

CHARZYŃSKA, E. Multidimensional approach toward spiritual coping: Construction and validation of the Spiritual Coping Questionnaire (SCQ). **Journal of Religion and Health**, 54(5), 1629-1646.2015.

CHAVES, Érika de Cássia Lopes, *et al.* Quality of life, depressive symptoms and religiosity in elderly adults: a cross-sectional study. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 648-655, set/2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104>

CHAVES, M. **American religion: Contemporary trends**. Princeton, New Jersey; Woodstock, Oxfordshire: Princeton University Press. 2011.

CLARK, K. A; BORMANN, C. A; CROPANZANO, R. S; JAMES, K. Validation evidence for three coping measures. **Journal of Personality Assessment** 65:434-455, 1995.

COMTE-SPONVILLE, André. **L'esprit de l'athéisme – Introduction à une spiritualité sans Dieu**. Paris: Albin Michel, 2007.

COOGAN, M. D. **Religiões: História, tradições e fundamentos das principais crenças religiosas**. Coleção referência. São Paulo: Publifolha, 2007.

CORBÍ, Marià. **Hacia una espiritualidad laica: sin creencias, sin religiones, sin dioses**. Barcelona: Herder, 2007.

CORBÍ, Marià. La gran crisis de las religiones y el auge de los integristas. In: MOREIRA, Alberto da S.; OLIVEIRA, Irene D. (Orgs.) **O futuro da religião na sociedade global**. Uma perspectiva multicultural. São Paulo: Paulinas, 2008, p. 81-116

CORREIO, José Maurício de Carvalho. O inconsciente espiritual de Viktor Frankl. **Revista Humanidades e Educação**. Imperatriz (MA), v.3, n.4, p.78-9-jan-jun.2021.ISSN:2675-0805.

CORTEZ, EA; TEIXEIRA ER. O enfermeiro diante da religiosidade do cliente. **Revista de Enfermagem UERJ** [Internet]. Jan-mar/2010 [cited 2016 Nov 22];18(1):114-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a20.pdf>

COSAR, B.; KOCAL, N.; ARIKAN, Z.; ISIK, E. Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. **Canadian Journal of Psychiatry**, 42, 1072-1075.1997.

COSTA, Fernanda Vial; GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle; MORIGUCHI, Yukio. Religiosity and feelings of loneliness in elderly. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. [Internet]. 2012[cited 2016 Nov 10];6(2):151-66. Available from: <http://ggaging.com/details/200/pt-BR/religiosity-and-feelings-of-loneliness-in-elderly> Portuguese.

CROWTHER, Martha R.; Parker, Michael W.; Achenbaum, WA.; Larimore, Walter L.; Koenig, Harold George. Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited Positive Spirituality—The Forgotten Factor. **The Gerontologist**, out/2002; 42:613-620.

CRUZ, Daniele Teles; CAETANO, Vanusa Caiafa; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf. Acesso em: 28 agosto. 2020.

CUMMINGS, Jeremy; PARGAMENT, Kenneth I. Medicine for the spirit: religious coping in individuals with medical conditions. **Religions**, 1 (1), 28-53. nov.2010.

CURLIN FA, CHIN MH, SELLERGREEN AS ET AL. The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. **Journal Medical care**. 44(5):446-53. mai/2006.

CURLIN, Farr A.; LAWRENCE, Ryan E.; CHIN, Marshall H. Religion, conscience, and controversial clinical practices. **New England Journal of Medicine**; 356(6):593-600. feb/2007.

D'SOUZA, Russel. Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? **Australasian Psychiatry**, 10(1), 44-47. Mar/2002.

DAL-FARRA, Rossano André; GEREMIA, César. Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34 n. 4, p.587-597. 2013.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.2008.

DALGALARRONDO, Paulo; SOLDERA, Meira Aparecida; CORREA FILHO, Heleno Rodrigues; SILVA, Cleide Aparecida Maria. Religion and drug use by adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 26(2):82-90. Jun/2004.

DANTAS, Clarisse de Rosalmeida; PAVARIN, Lilian Bianchi, DALGALARRONDO, Paulo. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; São Paulo. v.21 n.3, setembro/1999

DAWALIBI, N., GOULART, R; PREARO, L. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(8) 3505-3512.2014.

DEMARZO M, GARCIA-CAMPAYO J. **Mindfulness Aplicado à Saúde**. PROMEF – Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. 12ª edição. 125-64. 2017. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/317225586_Mindfulness_Aplicado_a_Saude_Mindfulness_for_Health

DEVEREUX, George. Normal and Abnormal: The Key Problem of Psychiatric Anthropology. **Some Uses of Anthropology: Theoretical and Applied**. Washington, The Anthropological Society of Washington, 1971.

DIAS, A. C. G. Representações sobre a velhice: o ser velho e o estar na terceira idade, In: CASTRO, O. P. (Org.). **Velhice, que idade é esta?** Porto Alegre: Síntese, 1998.

DIAS, Zwinglio Mota. **A larva e a borboleta**: notas sobre as (im)possibilidades do protestantismo no interior da cultura brasileira. **Tempo e Presença**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 06, p. 1-9, 2007.

DIENER, E.; SUH, E. M.; LUCAS, R. E.; SMITH, H. L. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, 125, 276-302.1999.

DIENER, Ed. **Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener**. (1ª ed.). Springer Netherlands. Acedido em <http://www.springer.com/us/book/9789048123537>.2009.

DIENER, Ed; CHAN, Micaela, Y. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being contributes to Health and Longevity. **Applied Psychology: Health and Well-being**, 3(1), 1–43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x. Disponível em: http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Chan_2011.pdf.2011.2011.

DIENER, Ed; Ryan, Katherine. Subjective well-being: A general overview. **South African Journal of Psychology**, 39(4), 391–406. <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>.2009.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). **Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas**. Lisboa DGS, 2006. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>. Acesso em 12 de setembro de 2020.

DIX, Steffen. Da crítica à sociologia da religião – uma viragem e seu impacto sociocultural. **Revista Lusófona de Ciência das Religiões**, 9/10, 9-24.oct/2006.

DOBBELAERE, Karel. Trend report: Secularization: a multidimensional concept. **Current Sociology**, 29, 2, 3-153.1981.

DOBBELAERE, Karel; LAUWERS. Definition of religion – a sociological critique. **Social Compass**, 20, 4, 535-551.1973.

DOLTO, F.; SÉVÉRIN, G. A Fé à Luz da Psicanálise. In: ASSIS, Denise. A influência da espiritualidade na saúde física e mental. **Revista Interesse**, v.1, n.2, 2012. Disponível em: Acesso em: 27 janeiro de 2021.

DUARTE, Flávia Meneses; WANDERLEY, Kátia da Silva. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 27(1), 49-53. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000100007>. Mar.2011.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DURKHEIM, Émile. **The elementary forms of religious life**, New York: Oxford University Press. 2001.

ELIADE, Mircea. **O Sagrado e o Profano: A Essência das Religiões**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Ellis, Albert. Is religiosity pathological? **Free Inquiry** 18:27-32, 1988.

ELL-MALLAKH, R. S.; GHAEMI, S. N. **Depressão bipolar: um guia abrangente**. Porto Alegre: Artmed, p. 1-32. 2008.

EMMONS, ROBERT A. **The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality**. Guilford Press.1999.

ENGEL, George L. (1977). **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine**. *Science*, 196(4286), 129-36.

ESPERANDIO, M. R. G.; LADD, K. L. Oração e saúde: questões para a teologia e para a psicologia da Religião. **Horizonte: Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**. Belo Horizonte, v. 11, n. 30, p. 627-656, abr./jun. 2013.

ESPINHA, Daniele Corcioli Mendes.; CAMARGO, Stéphanie Marques de.; SILVA, Sabrina Piccinelli zanchettin.; PAVELQUEIRES, Shirlene.; LUCCHETTI, Giancarlo. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 98-106, Dec/2013.

ESTATUTO DO IDOSO. **Lei Federal n. 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Presidência da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Casa Civil.

EVANS, Matthew. The sacred: differentiating, clarifying and extending concepts. **Review of Religious Research**. 2003. 45, 1, 32-47.

EXLINE, Julie J. Stumbling blocks on the religious road: fractured relationships, nagging vices, and the inner struggle to believe. **Psychological Inquiry**, 13(3),182–189.2002.

EXLINE, Julie J.; YALI A. M.; SANDERSON, W. C. Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality. **Journal of Clinical Psychology**, 56(12), 1.481-1.496. 2000.

EXLINE, Julie J.; YALI, A. M.; LOBEL, M. When God disappoints: difficulty forgiving God and its role in negative emotion. **Journal of Health Psychology**, 4(3), 365- 379.1999.

FALLOT, Roger D. Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. **International Review of Psychiatry**; 13(2):110-116. 2001.

FALLOT, Roger D. Spirituality and religion in recovery: some current issues. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, 30(4), 261-270.2007.

FARIAS, Miguel; COLEMAN, Thomas J; Nonreligion, Atheism and Mental Health. **III Brain, Belief, and Behaviour Lab**, CTPSR, Coventry University (UK) Soceity & Cognition Unit, University of Bialystok (Poland); 2010.Nov.

FARRELL, Cynthia. Poststroke depression in elderly patients. **Dimensions of Critical Care Nursing**.23(6):264- 9. 2004 Nov-Dec

FEHRING, R. J., MILLER, J.F., SHAW, C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. **Oncology Nursing Forum**.1997;24:663–671

FERNANDES, Ana Filipa Romão. **A autopercepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico** (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). 2014. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15403/1/ulfpie046663_tm.pdf.

FERNANDES, Wânia Ribeiro.; SIQUEIRA, Vera Helena Ferraz. Educação em Saúde da pessoa Idosa em discursos e práticas. Atividade Física como sinônimo de Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, abr-jun/2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p. ISBN 978-85-385-4198-1.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p. 2054.

FIZZOTTI, E. Invito Allá lettura degli scritti Del Giovane Frankl. In: V. E. Frankl (Ed.). **Le radici della logoterapia: Scritti giovanili**, 1923 – 1942, pp. 5-15. Roma: Libreria Ateneo Salesiano.2000.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. **Ciências de Saúde Pública**. 5(1). 2000.

FOLKMAN, Susan; MOSKOWITZ, Judith Tedlie T. Coping: Pitfalls and promise. **Annual Review of psychology**, 55, 745-774.2004.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**.21:219-239, 1980.

FORLENZA, Orestes V. Transtornos Depressivos na Doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 87-95. jan.2000.

FORSELL, Y.; JORM, A. F.; WINBLAD, B. Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, n. 95, p. 108-111, 1997.

FOSS, Merle L.; KETEYIAN, Steven. J. **Bases fisiológicas do exercício e do esporte**. 6.ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Mental Illness & Psychology**. New York, Harper & Row, 1976. Primeira edição: 1954.

FRANCO, Clarissa de. Psicologia e Espiritualidade. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (Org.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013.

FRANKL, Viktor Emil; LAPIDE, Pinchas. **A busca de Deus e questionamentos sobre o sentido**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2013.

FRANKL, Viktor Emil. A presença ignorada de Deus 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 1993.

FRANKL, Viktor Emil. **A presença ignorada de Deus**. Trad. Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. Petrópolis: Vozes. 10. ed. 130 p. 2007.

FRANKL, Viktor Emil. **A Questão do sentido em psicoterapia**. 1ª ed. Trad. Jorge Mitre. Campinas: Papirus Editora. (1981)

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido**. Trad. Walter Schlupp e Carlos Aveline. 1. ed. Petrópolis: Vozes. 1985.

FRANKL, Viktor Emil. Psicoterapia e sentido de vida. São Paulo: **Quadrante**, 2003.

FRANKL, Viktor Emil. **Sede de sentido**. Introdução, tradução e notas de Henrique Elfes. 5. ed. v 39. São Paulo: Quadrante, 2016.

FRANKL, Viktor Emil. **The will to meaning**. 1. ed. Nova Iorque: Meridian Books. (Trechos neste trabalho traduzidos por Ivo Studart Pereira). 1988.

FRANKL, Viktor Emil. **A presença ignorada de Deus**. 3.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. 1993.

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis: Vozes. 2009.

FRANKL, Viktor Emil. **O sofrimento de uma vida sem sentido**. São Paulo: É realizações. 2015.

FRANKL, Viktor Emil. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrantes. 1989.

FRANKL, Viktor Emil. **Um sentido para a vida** (V. H. Lapenta, trad.). Aparecida, SP: Ideias e Letras. 2005.

FRANKL, Viktor Emil. **Man's Search for Ultimate Meaning**. Perseus Publ., 2000.

FRANKL, Viktor Emil. **Psicoterapia para todos**. 1ª ed. Trad. Antonio Allgayer. Petrópolis: Vozes. 1990.

FRAZER, James. **The golden bough: A study in magic and religion**, London, The Macmillan Press. 1974.

FREITAS, Elizabete Viana de; CANÇADO, Flávio Aluísio Xavier; DOLL Johannes; GORZANI, Milton Luiz. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

FREIXES, Francesc Torradeflot. Espiritualidad laica y espiritualidad atea. **Horizonte**. Belo Horizonte, v. 12, n. 35, p. 716-745, jul./set.2014.

FREUD, Sigmund, 1856 – 1939. O futuro de uma ilusão, o Mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927- 1931). Fundação Oswaldo Cruz. **Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros**. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br>.

FREUD, Sigmund. O futuro de uma ilusão. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. V. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 13-71.

FULLER, Robert C. **Spiritual, But Not Religious: Understanding Unchurched America**, 1. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.

FUSTER, Enrique Gracia. El apoyo social em la intervención comunitária. **Barcelona: Paidós**, Paidos Iberica Ediciones S A.1997.

GALHARDO, Vitor Ângelo Carlucio.; MARIOSA, Maria Aparecida Silva.; TAKATA, João Paulo Issamu. Depressão e perfis sociodemográficos e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21,2010.Acesso:http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/195.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

GALINHA, I. **Bem-estar subjectivo: Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais**. 1ªed., Coimbra: Quarteto. 2008.

GALINHA, I.; Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. **International Journal of Wellbeing**, 2(1), 34–53. doi:10.5502/ijw.v2i1.3.Acesso:<http://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/viewFile/59/181>

GALL, T. L., CHARBONNEAU, C., CLARKE, N. H., GRANT, K., JOSEPH, A.; SHOULDICE, L. Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. **Canadian Psychology/Psychologie Canadienne**, 2005. 46(2), 88- 104 <https://doi.org/10.1037/h0087008>

GALL, T. L.; GUIRGUIS-YOUNGER, M. Religious and spiritual coping: Current. In K. I. Pargament (Ed.), APA. **Handbook of Psychology, Religion and Spirituality**, Volume 1: Context, theory, and research (p. 349-364). Washington, D.C: American Psychological Association.2013.

GALLEMORE, Jhonnie L. Jr; WILSON William P.; RHOADS J.M. Edward. The religious life of patients with affective disorders. **Diseases Nervous System**.;30(7):483-7. jul/ 1969.

GAZALLE, Fernando Kratz; LIMA, Maurício Silva; TAVARES, Breatriz Frank; HALLAL, Pedro Curi. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 365-371. ISSN 0034-8910, jun. 2004.

GEERLINGS, M. I.; SCHOEVEERS, R. A.; BEEKMAN, A. T.; JONKER, C.; DEEG, D. J.; H. SCHMAND, B. Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. 2000. **British Journal of Psychiatry**, 176: 568-575.

GIAQUINTO S, SPIRIDIGLIOZZI C, CARACCILOLO B. Can Faith Protect From Emotional Distress After Stroke? **Journal of Stroke**; 38:993-997. 2007.

GIGLIO, Julie. The impact of patients and therapists religious values on psychotherapy. **Hospital and Community Psychiatry** 44(8):768-771, ago.1993.

GIOVANETTI, José Paulo. O sagrado na psicoterapia. In V. A. A. Camon (Org.), **Vanguarda em psicoterapia fenomenológico-existencial** (p. 01-12). São Paulo: Pioneira. 2004.

GIOVANETTI, José Paulo. Psicologia Existencial e espiritualidade. In: AMATUZZI, Mauro Martins. (Org.) **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.129-146.

GOBATTO, C.A.; ARAÚJO, T.C.C.F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v.24. n.1, p.11- 34, abril. 2013. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642013000100002>.

GOLDSTEIN, Lucilia L. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: NERI, Anita Liberalesso. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: **Papirus**.1993.

GOMES, Francisco Fernandes; SOUZA, Wilson Rufino de. Modernidade e Pluralismo Religioso. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXIII, Nº. 000041, set. 2017. Disponível em: <https://semanaacademica.com.br/artigo/modernidade-e-pluralismo-religioso>. Acesso em: 01/06/2021.

GONÇALVES, Márcia; GIGLIO, Joel Sales; FERRAZ, Marcos Pacheco de Toledo. A religiosidade como fator de proteção contra depressão em pacientes com neoplasia mamária. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, 99, 16-20. 2005.

GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. 1.ed. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 92 p.

GOUVEIA, M. J. **Flow disposicional e bem-estar espiritual em praticantes de actividades físicas de inspiração oriental**. Tese de Doutorado apresentada ao ISPA-Instituto Universitário de Ciências, Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.2011.

GOYAL, Ashwani Kumar; YADAV, Geeta; YADAV, Sarita. Music therapy: a useful therapeutic tool for health, physical and mental growth. **International Journal of Music Therapy** (ISSN 2249-8664) V. 2, Issue 1-2/2012.

GREEN, Robert C; CUPPLES, L Adrienne; KURZ, Alex; AUERBACH, Sanford; GO, Rodney; SADOVNICK, Dessa; DUANA, Ranjan; KUKULL, Walter A; CHUI, Helena; EDEKI, Timi; GRIFFITH, Patrick A; FRIELAND, Robert P; BACHMAN, David;

- FARRER, Lindsay. Depression as a risk factor for Alzheimer disease. **JAMA Neurology**. 2003; 60:753.
- GRESCHAT, Hans-Jürgen. **O que é religião?** Trad. Frank Usarski. São Paulo: Paulinas, 2005.
- GROSS, Eduardo. O conceito de religião em Paul Tillich e a ciência da religião. **Revista Eletrônica Correlatio**, v. 12, n. 24, dez. 2013.
- GROTBERG, E. H. Nuevas tendencias en resiliencia. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.). **Resiliência: descubriendo las propias fortalezas** (p. 19-30). Buenos Aires: Paidós. 2002.
- GUEDEA, M. T. D.; ALBUQUERQUE, F. J. B. de; TRÓCCOLI, B. T.; NORIEGA, J. A. V.; SEABRA, M. A. B. e GUEDEA, R. L. D. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 19 (2), 301-308. 2006.
- GUERRA, Ana carolina Lima Cavaletti; CALDAS, Célia Pereira. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2.931-2.940, 2010.
- GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34(1), 88-94.2007.
- GUTZ, Luiza.; CAMARGO, Brigido Vizeu. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, vol.16, n.4, p.793-804, 2013.
- HAGHIGHI, Fatemeh. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. **Psychiatria Danubina**, 25(3), 236-240. sep.2013.
- Hamilton, Max. A rating scale for depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**. 1960;23(56):56-62.
- HAREVEN, Tamara K. Changing images of aging and the social construction of the life course. In: FEATHERSTONE, M.; WERNICK, A. (Org.). **Images of Aging: cultural representations of later life**. London: Routledge, 1995.
- HARRIS, T.B; FERRUCCI, L.; TRACY R.P.; CORTI, M.C.; WACHOLDER, S.; ETTINGER, W.H. Associations of elevated interleukin-6 and C-reactive protein levels with mortality in the elderly. **American Journal of Medicine**. 106: 506-512. mai.1999.
- HAYBRON, Daniel M. Two philosophical problems in the study of happiness. **Journal of Happiness Studies**, 2000.1, 207-225.
- HERVIEU-LÉGER, Daniele. La notion de champ religieux a-t-elle encore un sens? In: **La religion pour memoire**. Paris: Cerf, 1993, p. 158-162.
- HERVIEU-LÉGER, Daniele; CHAMPION, Françoise. **De l'émotion en religion**. Renouveaux et traditions. (éd. avec Françoise Champion). Paris: Centurion, 1990.

HILL, Peter C.; PARGAMENT, Kenneth I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. **Psychology of Religion and Spirituality**, 1, 3-17. Doi: 10.1037/1941-1022. S.1.3.

2003. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/10822414_Advances_in_the_Conceptualization_and_Measurement_of_Religion_and_Spirituality_Implications_for_Physical_and_Mental_Health_Research. Acesso em 15 de julho de 2020.

HINNELLS, John R. **Dicionário das religiões**. São Paulo: Círculo do Livro, 1984.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

HUFFORD, David J. **An Analysis of the Field of Spirituality, Religion and Health (S/RH)**. 2005. Disponível em <http://www.metanexus.net/tarp/pdf/TARP-Hufford.pdf>

HUNTER, Jennifer; MARSHALL, Jack; CORCORAN, Katherine; LEEDER, Stephen; PHELPS, Kerry. **A positive concept of health — interviews with patients and practitioners in an integrative medicine clinic**. *Complement Ther Clin Pract*. [Internet]. 2013;18(4):197-203. doi: 10.1016/j.ctcp.2013.07.001).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições da população brasileira**. Rio de Janeiro. ISBN: 9788524044021. 138p.: il. 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em 9 de agosto de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estudos & Pesquisas. **Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil**, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 15 ago de 2020.

IVTZAN, Itai; CHAN, Christine. P.; GARDNER, Hannah E.; PRASHAR, Kiran. Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. **Journal of Religion and Health**, 52(3), 915-929. 2013.

IWAMASA, Gayle Y.; HILLIARD, Kristen M. Depression and anxiety among asian american elders: a review of the literature. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 19, n. 3, p. 343-357, 1999.

JAHANGIR, Syeda Farhana. Third force therapy and its impact on treatment outcome. **International Journal for the Psychology of Religion**, 5, 125-129. 1995.

JALUUL, Omar; STOPPE- Junior, Alberto; In: JACOB FILHO, Wilson; AMARAL, José Renato G. **Avaliação global do idoso: manual da Liga do GAMIA**. Atheneu 2005. São Paulo. Cap.9, p. 99-109.

JAMES, Wiliam. *The varieties of religious experience*. New York: New American Library; 1958. (Original work published 1902)

JAMES, William. **The varieties of religious experience**. A study in human nature, London, Longmans, Green and Co. 1952.

JIVRAJ, Stephen; NAZROO, James; VANHOUTTE, Bram; CHANDOLA, Tarani. Aging and subjective well-being in later life. **The journals of gerontology**. series a biological sciences and medical sciences. 2014;69(6):930-41

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tânia; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**.2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 10 de agosto de 2020.

JUNG, Carl Gustav. **Estudos sobre psicologia analítica**. 4. ed. Petrópolis: Vozes. Obras completas de C. G. Jung v. XI/1, p. 20, § 8. 2011.

JUNG, Carl Gustav. **A prática da psicoterapia: contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência**. Petrópolis: Vozes. 1987.

KALACHE, Alexandre. Envelhecimento Populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 217-220, jul.set.1987.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSEL, T. M. **Principles of Neural Sciences**. New York: McGraw-Hill, 2000. p.1247-1279.

KAPCZINSKI, N. S., MWANGI, B., CASSIDY, R. M., LIBRENZA-GARCIA, D., BERMUDEZ, M. B., KAUSANT'ANNA, M.; PASSOS, I. C. (2017). Neuroprogression and illness trajectories in bipolar disorder. **Expert Review of Neurotherapeutics**., 17(3), 277-285. doi:10.1080/14737175.2017.1240615

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamim J. **Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artes Médicas 2017.

KATONA C; LIVINGSTON G. Impact of screening old people with physical illness for depression. **Lancet**, 356: 91.2000.

KEYES, C. L. M.; SHMOTKIN, D; RYFF, C. D. Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**, 82(6), 1007-1022. 2002.

KING, M; MARSTON, L; MCMANUS, S; BRUGHA, T; MELTZER, H; BEBBINGTON, P. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. **The British Journal of Psychiatry**. 2013 Jan;202(1):68-73. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112003. Epub 2012 Nov 22. PMID: 23174516.

KIRMIZIOGLU Y.; DOĞAN O.; KUĞU N.; AKYÜZ G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. **The International Journal of Geriatric Psychiatry**. 2009; 24:1026-33.

KIROV G, KEMP R, KIROV K, DAVID AS. Religious faith after psychotic illness. **Psychopathology**. 1998; 31:234-45.

KISHI, T., YOSHIMURA, R., IKUTA, T., & IWATA, N. Brain-Derived Neurotrophic Factor and Major Depressive Disorder: Evidence from Meta-Analyses. **Front Psychiatry**, 8, 308. doi:10.3389/fpsy.2017.00308. 2017.

KOENIG, Harold George. Religion and Depression in Older Medical Inpatients. **American Journal of Geriatric Psychiatry**. 2007; 15(4): 282-291.

KOENIG, H.G.; COHEN, H.J.; BLAZER, D.G.; KUDLER, H.S.; KRISHNAN, K.R.R.; SIBERT, T.E. Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. **Psychosomatics**. 36(4):369-375, 1995

KOENIG, Harold George, GEORGE, Linda K., & PETERSON, Bercedes L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **American Journal of Psychiatry**, 155(4), 536-542.1998.

KOENIG, Harold George, MCCAULEY J, JENCKES MW ET AL. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. **Jour Rel Health**. 2005; 44(2):137-46.

KOENIG, Harold George, PARGAMENT KI, NIELSEN J. Religious coping and health outcomes in medically ill hospitalized older adults. **Journal Nervous Mental Disease**. 186:513-21.1998.

KOENIG, Harold George. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê**. São Paulo: FE Editora Jornalística Ltda, 2005.

KOENIG, Harold George. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOENIG, Harold George. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2007; 34(1):5-7. 2007.

KOENIG, Harold George. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**;34(supl. 1):95-104. Disponível em: www. hoje.org.br/bves. 2007.

KOENIG, Harold George. Religion and mental health in later life. In Schumaker, J.F. (ed.) *Religion and Mental Health*. New York, Oxford University Press, 1992.

KOENIG, Harold George. Religion, spirituality and medicine: application to clinical practice. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**. 4;284(13):1708-1710. Oct.2000.

KOENIG, Harold George. Religion, Spirituality and Medicine: application to clinical practice. **JAMA**. 4;284(13):1708-1710.oct. 2000.

KOENIG, Harold George. Research on religion and Mental Health in Later life: a review and commentary. **Journal Geriatric Psychiatry** v.23: p.23-, 1990.

KOENIG, Harold George. Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What. **Religious Studies Review**, 34(1), 31-32. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0922.2008.00237>. 2002.

- KOENIG, Harold George; KING, Dana E.; CARSON, Verna Benner. **Handbook of religion and health**. 2nd edition. New York: Oxford University; 2012.
- KOENIG, Harold George; LARSON, David B.; LARSON, Susan S. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother*.35:352-359, 2001.
- KOENIG, Harold George; MCCULLOUGH M.; LARSON David B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.
- KOENIG, Harold George; PARGAMENT Kenneth I.; NIELSEN J. Religious coping and health outcomes in medically ill hospitalized older adults. **Journal Nervous Mental Disease**. 186:513-21.1998.
- KOTLIARENKO, María Angélica; FONTECILLA, Marcelo; CÁCERES, Irma. **Estado de Arte en Resiliencia**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.1997.
- KOWIANSKI, P., LIETZAU, G., CZUBA, E., WASKOW, M., STELIGA, A., & MORYS, J. (2018). BDNF: A Key Factor with Multipotent Impact on Brain Signaling and Synaptic Plasticity. **Cellular and Molecular Neurobiology**, 38(3), 579-593. doi:10.1007/s10571-017-0510-4
- KROLL, Jerome A. Reappraisal of psychiatry in the middle agers. **Archives Of General Psychiatry**. 29(2):276-83.1973.
- KYRILLOS, Neto Fuad; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; DUNKER, Christian I. L. DSMs and the Brazilian Psychiatric Reform. **Frontiers Psychology**. [Internet]. Apr/2015; 6:401. [cited 2018 Aug 28]. Available from:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394552/>>).
- LACAN, Jaques. **O triunfo da religião, precedido de discurso aos católicos/Jaques Lacan. Trad. André Telles; revisão técnica RamMandil**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005
- LANDRINO, Norma. ASSUMPÇÃO, Martha Tannus Vianna; SOUZA, Márcia Godinho Cerqueira. Musicoterapia clínica e sua atuação na casa gerontológica de aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes. In: **O desafio multidisciplinar: um modelo de instituição de longa permanência para idosos**. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2006.
- LAWLER, Kathleen A.; YOUNGER, Jarred W. Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. **Journal of Religion and Health**. New York, NY: v. 41, n. 4, p. 347-62, 2002.
- LAWRENCE, Ryan. E; BRENT, David; MANN, J. John; BURKE, Ainslei k.; GRUNEBaum, Michael F.; GALFALVY, Hanga C.; OQUENDO, Maria A. Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 204, n. 11, p. 845-850, nov/2016.
- LAZARUS, Richard. S.; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal, and coping**. Springer Publishing Company, New York, 1984.

LEITE, Valéria Moura Moreira. **Depressão e Envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnA/UFPE)**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

LÉVINAS E. **Transcendance et Intelligibilité**. Genève: Labor et Fides; 1996.

LEWIS, Gary J., & BATES, Timothy C. Common genetic influences underpin religiosity, community integration, and existential uncertainty. **Journal of Research in Personality**. Volume 47, Edição 4, agosto de 2013, páginas 398-405. ago/ 2013.

LIMA, Margarida Pedroso de.; PORTUGAL, Patrícia.; RIBEIRO, Oscar. Atividades ocupacionais com sentido e valoração da vida em centenários. **Psychologica**, Coimbra, vol.58, n.2, p.41-59, 2015.

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 1999; 21: 1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf>. Acesso em 12 de setembro de 2020.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda F; GUERRA, Henrique L; BARRETO Sandhi M, GUIMARÃES, Renato Maia. **Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas**. Informe Epidemiológico do SUS;9(1):23-41. 2000.

LINDGREN, K. N.; COURSEY, R. D. Spirituality and serious mental illness: A two-part study. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 18, 93–111.1995.

LIPP, M. N.; ROCHA J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento ao hipertenso**. Campinas: Papirus.1994.

LONGO, Daniele A.; PETERSON, Stephanie M. The role of spirituality in psychosocial rehabilitation. **Psychiatric Rehabilitation Journal**. 25(4), 333-340. 2002.

LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold George. Religiousness and mental health. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2006;28(3):242-50. Disponível em: www.hoje.org.br/bves

LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues. ELKIS, Hélio. **Psiquiatria básica**. 2. ed.Porto Alegre: Artmed, 2007.

LUCCHETTI Giancarlo; GRANERO-LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; BASSI, Rodrigo Modena, LATORRACA Rafael; NACIF, Saete Aparecida da Ponte. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Revista Brasileira de Clínica Médica**; 8(2):154-8. fev/ 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo.; LUCCHETTI, Alessandra Lamas.; ESPINHA, D. C. M., DE OLIVEIRA, L. R., LEITE, J. R., & KOENIG, Harold George. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Medical Education**, 12, 78. doi: 10.1186/1472-6920-12-78. 2012.

- LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO-LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; BASSI, Rodrigo Modena; NASRI, Fabio; NACIF, Salete Aparecida da Ponte. The elderly and their spirituality: impact on different aspects of aging. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 1.14, n. 1, p. 159-167. ISSN 1809-9823, mar/2011.
- LUKAS, Elisabeth. **Logoterapia: a força desafiadora do espírito**. São Paulo: Loyola, v.1, p. 237. 1989.
- LUKAS, Elisabeth. **Mentalização e saúde: a arte de viver e logoterapia**. Petrópolis: Vozes, 1990.
- LUKAS, Elisabeth. **Psicoterapia em dignidade**: Orientação de vida baseada na busca de sentido de acordo com Viktor Frankl. Ribeirão Preto: IECVF. 2012.
- LUTGENDORF SK, RUSSEL D, ULLRICH P. *et al.* Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. **Health Psychol** 2004;23(25):465-75.
- LUZ, Márcia Maria Carvalho; AMATUZZI, Mauro Martins. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 303-307, abr./jun. 2008.
- LYNESS JM, HEO M, DATTO CJ *et al.* Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. **Anais de Medicina Interna (Ann Intern Med)**; 144:496, 2006.
- MAFRA, S. C. T. *et al.* **O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil**: uma discussão a partir do censo demográfico 2010. V Workshop de análise ergonômica do trabalho. III Encontro mineiro de estudos em ergonomia. VII Simpósio do programa tutorial em economia doméstica. Universidade Federal de Viçosa, 2013.
- MAILLOUX-POIRIER, Danielle. As teorias do envelhecimento. In Louise Berger & Danielle Mailloux-Poirier. **Pessoas Idosas: Uma abordagem Global** (p. 99 105). Lisboa: Lusodidacta.1995.
- MANN, Anthony. Depression in the elderly: findings from a community survey. **Journal Maturitas**, v. 38, p. 53-59, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11311589/>. Acesso em 10 de setembro de 2020.
- MARGAÇA, clara; RODRIGUES, Donizete. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. **Fractal: Revista de Psicologia**.v31:2. p.150-157.mar.2019.
- MARIANO, Ricardo. Sociologia da religião e seu foco na secularização. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (Org.). **Compêndio de ciência da religião**. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013. p. 231-242.
- MARQUES, Luciana Fernandes. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos portoalegrenses. **Rev. Psicologia e Ciências**. Brasília, v. 23, n. 2, jun/2003.
- MARTÍNEZ ORTIZ, Efren; RODRÍGUEZ, Jorge.; CASTILLO, Juan Pablo Díaz del; & PACCIOLLA, Aureliano. **Vivir a lamanera existencial**: aportes para uma logoterapia clínica. Bogotá: SAP. 2015.

MARTÍNEZ ORTIZ, Efren. **Los modos de ser inauténticos: psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad**. Bogotá: Manual Moderno.2011.

MARTINS, Cláudia Regina Magnabosco. **O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: um estudo de representações sociais**. 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MASCARO, Nathan. & ROSEN, David H. (2006). The role of existential meaning as a buffer against stress. **Journal of Humanistic Psychology**, 46 (2), 168-190. apr.2006.

MASSI, G.; SANTOS, A.; BERBERIAN, A., ZIESEMER, N. Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos. **Revista CEFAC**, v. 18(2) 399-40, mar-abr 2016.

MASSIH, E. **Psicologia da religião: guia de disciplina e caderno de referência de conteúdo (EAD)**. Batatais: Centro Universitário Claretiano. 2007.

MAY, Rollo. **O homem à procura de si mesmo**. Petrópolis: Vozes. 1991.
McCauley J, *et al.* Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. **Arthritis Care and Research** 2007; 59(1): 122-12.

MCINTOSH, D.; SPILKA, B. Religion and physical health: the role of personal faith and control beliefs. **Research in the Social Science Study of Religion**. 2:167-194,1990.

MEDEIROS, Joana Matos Lima. **Depressão no idoso**. 2010. 31 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) — Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: http://aloisioatge.com.br/arquivos/academicos_2/10-depressao_no_idoso.pdf.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; Leite, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 1.18, n. 4, 2005.

MENDONÇA, Antônio. Fenomenologia da experiência religiosa. **Numem: Revista de Estudos e Pesquisa em Religião**. Juiz de Fora, 1999. V. 2, n. 2, p. 65-89, jul /dez/1999.

MICKLEY, J.; CARSON, V. & SOEKEN, L. Religion and adult mental health: State of the science in nursing. **Issues in Mental Health Nursing**, 16, 345–360. 1995.

MIGUEL FILHO, E. C; ALMEIDA O. P de. Aspectos Psiquiátricos do Envelhecimento. IN: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO-NETTO, Matheus, Organizações. **Geriatrics: fundamentos, clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu;2000. p. 63-82.

MILLER L.; WICKRAMARATNE P.; GAMEROFF M.J.; SAGE M.; TENKE C.E.; WEISSMAN M M. Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study. **American Journal of Psychiatry**. 2012; 169: 89–94. doi: 10.1176 / appi.ajp.2011.10121823.

MILLER, L., BANSAL, R., WICKRAMARATNE, P., HAO, X., TENKE, C. E., WEISSMAN, M. M., & PETERSON, B. S. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. **JAMA Psychiatry**, 71(2), 128-135. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3067.2013. Dec.

MILLER, W. R., THORESEN, C. E. Spirituality, religion, and health: An emerging field. **American Psychologist**, 58, 24–35.2003. Jan.

MILLS, Terry L. Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling Older adults. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 53, p. 569-578, 2001.

MINAYO, M. C. DE S; CAVALCANTE, F. G; MANGAS, R. M. DO N; SOUZA, J. R.A. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. 17 (10): 2773-2781.2012.

MINICUCIN, MAGGI S; PAVAN M.; ENZI G; CEPALDI G. Prevalence rate and corretates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto study. **The journals of gerontology. series a biological sciences and medical sciences**. 2002; 57 (3): M155-61.

MIRANDA, Sirlene Lopes de; LANNA, Maria dos Anjos Lara e FELIPPE, Wanderley Chieppe. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: Estudo Exploratório. **Psicologia: ciência e profissão**. [online]. 2015, v. 1.35, n. 3, p. 870-885. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013Nome>

MITHEN. Steven. **O big bang da cultura humana: as origens da arte e da religião. A pré-história da mente: uma busca das origens da arte, da religião e da ciência**. Trad. Laura Cordellini Barbosa de Oliveira; revisão técnica Max BlumRatis e Silva. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

MOFIDI, Mahyar; DEVELLIS, Robert F.; DEVELLIS, Brenda M.; BLAZER, Dan G.; PANTER, A. T.; JORDAN, Joanne M. The relationship between spirituality and depressive symptoms. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. V. 195, n. 8, aug/2007.

MOJTABAI R, OLFSON M. **Major depression in Community-dwelling Middle-aged and older adults: prevalence and 2- and 4- year follow-up symptoms**. *Psychol Med*. 2004; 34(4):623-34

MOJTABAI R; OLFSON M. Major depression in Community-dwelling Middle-aged and older adults: prevalence and 2- and 4- year follow-up symptoms. **Psychological Medicine**. 2004; 34(4):623-34.

MOLENDIJK, M. L., SPINHOVEN, P., POLAK, M., BUS, B. A., PENNINX, B. W., & ELZINGA, B. M. Serum BDNF concentrations as peripheral manifestations of depression: evidence from a systematic review and meta-analyses on 179 associations (N=9484). **Mol Psychiatry**, 19(7), 791-800. doi:10.1038/mp.2013.105. ago. 2013.

MONTEIRO, R. M. Dulcinéa. **Depressão e envelhecimento - Saídas Criativas**. Rio de Janeiro. Revinter, 2002.

MORAES, João Feliz; SOUZA, Valdemarina Bidone de Azevedo e. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(4), 302-308. 2005.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG Harold George; LUCCHETTI G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2014; 36:176-82.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, I., ZALESKI, M., & LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: Resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry**, 37(1), 12–15.2010.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander, KOENIG Harold George. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. **Social Science & Medicine**, ago.2006.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; Lotufo Neto, Francisco and Koenig, Harold George. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 1.28, n. 3, p. 242-250. Sept.2006.ISSN 1516-4446.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Edição Especial – Espiritualidade e Saúde: Passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora;34(supl.1). 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. **Revista de Psiquiatria Clínica** 2010; 37(2):41-42. fev/2010.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. 2004. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. doi:10.11606/T.5.2005.tde-12042005-160501. Acesso em: 2021-06-10.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Implicações dos estudos brasileiros em psiquiatria e espiritualidade. **Revista de psiquiatria clínica.**, 2012, v. 1.39, n. 5, p. 181-181.

MORGAN D. G; KOSTENIUK J. G; STEWART NJ; O'CONNELL ME; KIRK A, CROSSLEY M et al. Availability and primary health care orientation of dementia-related services in rural Saskatchewan, Canada. **Home Health Care Services Quarterly**. 2015;34(3-4):137-58.

MOSQUEIRO, Bruno Paz; FLECK, Marcelo Pio de Almeida; ROCHA, Neusa Sica. Increased levels of Brain-Derived Neurotrophic Factor are associated with high intrinsic religiosity among depressed inpatients. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, p. 671, sept. 2019. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00671/full>.

MOTTA, Alda Brito da. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; Coimbra, Junior; Carlos, Everaldo Alvares, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 37-50.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília; 65(2): 361-7, mar.abr.2012.

NERI, Anita Liberalesso. **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea. 2013. p. 16-29.

NERI, Anita Liberalesso. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In A. L. Neri (Org.), **Psicologia do envelhecimento** (p. 13-40). Campinas: Papirus.1995.

NEUGARTEN, B. L., HAVIGHURST, R. J.; TOBIN, S. S. The measurement of life satisfaction. **Journal of Gerontology**, 16, 134-143.1961.

NEWMAN S. C. The prevalence of depression in Alzheimer's disease and vascular dementia in a population sample. **Journal of the Affective Disorders**. 52(1-3):169-76.1999.

NÓBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da. **Prevalência de Sintomas Depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no Município de Recife**. Dissertação de mestrado – Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco.2014. Disponível em: Dissertachttps://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12960. Acesso em 10 de setembro de 2020.

NOGUEIRA, Eduardo Lopes et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy. Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, June 2014, v. 1.48, n .3, p. 368-377.

O'BRIEN, B. et al. Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. **International journal of geriatric psychiatry**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 54-59, 2018.oct.

OLIVEIRA, Carlos. **Atitudes e comportamentos religiosos dos portugueses na atualidade**. Tese de Doutorado em Sociologia, Évora, Universidade de Évora. [Links] OTTO, Rudolf (2005), O sagrado, Lisboa, Edições 70.1995.

OLIVEIRA, Márcia Regina; JUNGES, José Roque. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 3, n. 17, p. 469-476, dez/2012.

OLIVEIRA, Pedro Ribeiro de. **Pertença/desafeição religiosa: recuperando antigo conceito para entender o catolicismo hoje**. Belo Horizonte, v. 9, n. 28, p. 1230-1254, out./dez. 2012.

O'NEIL M. **Depression in the elderly**. J Contin Educ Nurs. 2007 Jan-Feb;38(1):14-5. Organização das Nações Unidas. Un News. 2018 Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2018/10/1023371>. Acesso em: 05 de setembro de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Assembleia Mundial sobre envelhecimento: Resolução 39/125**. Viena: ONU; Viena, 1982. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 12 de maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Assembleia Geral das Nações Unidas. Década do Envelhecimento Saudável.** Dez.2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU.** 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso: 9 de setembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **II Assembleia Mundial sobre envelhecimento.** Madrid: ONU; 2002. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 14 de julho de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **III Assembleia Mundial sobre envelhecimento.** Estados Unidos: ONU; 2013. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf
ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação Internacional para o envelhecimento.** Madri, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução 46/91.** Princípios das Nações Unidas para o Idoso. 1991. Disponível em: http://www.rnpd.org.br/download/pdf/idoso_onu.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a promoção da Saúde.** Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Active aging: a policy framework:** [Em linha]. Madrid: OMS, 2002. [Consult. 4 de março de 2020].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde.** Madrid: OMS, 2002. [Consult. 10 de maio de 2020]. Disponível na Internet: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=B2FFE139383489164458D8A41B902392?sequence=1

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo. Um Projeto de Política de Saúde.** Madrid: OMS. [Consult. 7 fev. de 2020]. Disponível na Internet: URL: http://www.crdeunati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc. 2006. Acesso em: 25 de maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde.** Brasília: OMS. [Consult. 05 jan. 2020]. Disponível na Internet: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. 2005. Acesso em: 12 de abril de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group:** Série de Relatórios Técnicos 898: [Em linha]. Genebra OMS, 2000. [Consult. Julho de 2020]. Disponível na Internet: URL: http://www.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. Acedido em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf> Acesso em: 23 de julho de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Relatório Mundial de Saúde. Genebra: OMS, 2001. [Consult. 27 abril. 2020]. Disponível na Internet: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

ORTÍZ, E. M. El diálogo socrático en la psicoterapia. Bogotá: SAPS, 2012. **Revista Pistis Praxis**, Teol. Pastor., Curitiba, v. 9, n. 1, 221-241, jan./abr. 2017
OTTO, Rudolf. **O sagrado**. Petrópolis: Vozes, São Leopoldo, RS: Sinodal/EST; 2007.

PAIS RIBEIRO, J., & RODRIGUES, A. P. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 2004, 5(1), 3-15. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000100001&lng=es&tlng=pt

PAIVA, G. J. AIDS, psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 14(1): 27-34, 1998.

PAIVA, Vilma Maria Barreto. A velhice como fase do desenvolvimento humano. **Revista de Psicologia**. Fortaleza, v. 4, n. 1, 1986, p. 15-23.

PANASIEWICZ, Roberlei. As múltiplas dimensões do ser humano. In: BAPTISTA, Paulo Agostinho Nogueira; SANCHES, Wagner Lopes, **Teologia e Sociedade: relações, dimensões e valores éticos**. São Paulo: Paulinas, 2011.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34(1), 126-135.2007.

PANZINI, Raquel. Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de coping religioso espiritual (escala CRE): elaboração e validação de constructo. **Psicologia em Estudo**, 10(3):507-516, 2005.

PAPALÉO-NETTO, Matheus. O estudo da velhice no séc.XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de janeiro: Guanabara Kroogan, 2002. p. 2-12.

PAPALÉO-NETTO, Matheus; CARVALHO FILHO, ET; SALLES RFN. Fisiologia do Envelhecimento: e organizadores. **Geriatrics - Fundamentos, clínica e Terapêutica**, 2. ed. 2006. Atheneu. Cap. 4, p. 43-62.

PARGAMENT Kenneth I, SMITH, B. W., KOENIG, Harold George. & PEREZ, I. Patterns of positive and negative religious coping with major live stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**. 1, 710-724. 1998.

PARGAMENT, Kenneth I. Medicine for the spirit: religious coping in individuals with medical conditions. **Religions**, 1(1), 28-53.2010.

PARGAMENT, Kenneth I., KOENIG, Harold George; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of clinical psychology**, 56(4), 519-543.2000.

PARGAMENT, Kenneth I., **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice**. 1997. New York: Guilford Press.

PARGAMENT, Kenneth I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **The Journal of nervous and mental disease**, 186(9), 513-521.1998.

PARGAMENT, Kenneth I; Lomax J. W. Understanding and addressing religion among people with mental illness. **World Psychiatry**. 2013;12:26-32.

PARGAMENT, Kenneth I. Religion and Coping: The Current State of Knowledge. In: FOLKMAN, Susan (Ed.), **Oxford library of Psychology. The Oxford handbook of stress, health, and coping**. Reino Unido: Oxford University Press, p. 269-288.2010.

PARK, Crystal L. The meaning making model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. **The European Health Psychologist**, 15(2), 40-47.2013.

PARKER, M.; ROFF, L. Lee; KLEMMACK, H. G.; KOENIG, H. G.; BAKER, P.; ALLMAN, R. M. Religiosity and mental health insouthern, community-dwelling older adults. **Ageing & Mental Health** 2003;7:390.

PASSOS, J. D. **Como a religião se organiza: tipos e processos**. São Paulo: Paulinas, 2006. Capítulo III.

PASSOS, J. D.; USARSKI, F. (Org.). **Compêndio de ciência da religião**. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013.

PENNINX, Brenda W; DEEG Dorly J; VAN EIJK Jacques T; BEEKMAN Aarjan T; GURALNIK Jack M. Changes in depression and physical decline in older adults: A longitudinal perspective. **Journal of Affective Disorders**. 2000; 61:1–12.

PEREIRA, Carlos Américo Alves. Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e bem-estar subjetivo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 49, 32-48. 1997.

PERES-GONÇALVES, Josiane. Ciclo vital: início, desenvolvimento e fim da vida, possíveis contribuições para educadores. **Revista Contexto e Educação**, 31(98):79. nov.2016

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista de psiquiatria clínica**, 2007, v. 34, suppl.1, p. 136-145. ISSN 0101-6083. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=229413&indexSearch=ID>. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

PERVIN, Lawrence A., & JOHN, Oliver P. **Personalidade: Teoria e pesquisa**. Porto Alegre: Artmed. 2004.

- PESELOW, Eric et al. The impact of spirituality before and after treatment of major depressive disorder. **Innovations in clinical neuroscience**, v. 11, n. 3-4, p. 17, mar-apr.2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4008297/>. Acesso em: 05 março de 2021.
- PESSANHA, Priscila Paes; ANDRADE Edson Ribeiro de. Religiosidade e Prática Clínica: um olhar fenomenológico-existencial. **Perspectivas Online** 2009; 3(10):75-86.
- PESSINI, Leo. **Espiritualidade e a arte de cuidar**: o sentido da fé para a saúde. São Paulo: São Camilo e Paulinas, 2010.
- PIEDMONT, R. L. Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. **Journal of personality**, 67(6), 985-1013.1999.
- PIEPER, Frederico. **Religião**: horizontes e limites de um conceito. Aula ministrada no Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião - UFJF 1ª semestre de 2018.
- PIÉRON, Henri. **Dicionário de psicologia**. 10.ed. Rio de Janeiro: Globo, 1996.
- PIERUCCI, Antônio Flávio. **A realidade social das religiões no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PIETRUKOWICZ, Marcia Cristina Leal Cypriano. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.
- PIMENTEL, Ana Francisca Cordeiro. **Influência da saúde funcional subjetiva no envelhecimento bem-sucedido em idosos institucionalizados e comunitários** (Dissertação de doutoramento, Universidade de Évora). 2014. Acedido em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/11332/1/TESE%20Influ%C3%Aancia%20da%20Sa%C3%BAde%20Funcional%20Subjetiva%20no%20Envelhecimento%20Bem-sucedido.pdf>
- PINHO, Miriam Ximenes; CUSTODIO, Osvaldir; MAKDISSE, Marcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia** [on-line]. 2009, v. 12, n. 1, p. 123-140. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009120111>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgb/v12n1/1981-2256-rbgb-12-01-00123.pdf>. Acesso em junho de 2020.
- PINTO, C. et al. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **ArquiMed.**, Porto, v. 21, n. 2, 2007.
- PINTO, Ênio. Espiritualidade e religiosidade: Articulações. **REVER — Revista de Estudos da Religião**, p. 68-83, dez./2009.
- PLANTE, T.G. Integrating spirituality and psychotherapy: ethical issues and principles to consider. **Journal of Clinical Psychology**, 63(9), 891-902.2007.

POLYAKOVA, M., STUKE, K., SCHUEMBERG, K., MUELLER, K., SCHOENKNECHT, P., & SCHROETER, M. L. BDNF as a biomarker for successful treatment of mood disorders: a systematic & quantitative meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, 174, 432-440. doi:10.1016/j.jad.2014.11.044. 2015.

PRÉCOMA, D.; OLIVEIRA, G. M. A.; SIMÃO A. F, DUTRA, O. P; COELHO, C. R; IZAR, M. C. O.; POVOA, R. M. D. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2019;113(4):787-891.

PRESSMAN, Peter; LYONS, John S.; LARSON, David B., STRAIN, James J. Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. **American Journal of Psychiatry**. 147:758-760. 1990.Jun.

PROPST, L.R.; OSTROM, R.; WATKINS, P.; DEAN, T. & MASHBURN, D. 1992. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 60, 94-103. 1992.

PUCHALSKI, Christina M. Spirituality and medicine: curricula in medical education. **Journal of Cancer Education**. 21:14-18, feb. 2006.

PUCHALSKI, Christina M. Spirituality in the cancer trajectory. **Annals of oncology**;23(suppl 3):49-55.2012.

PUCHALSKI, Christina M.; LARSON, David B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Academic Medicine**. 73:970-974, sept. 1998.

PUCHALSKI, Christina M.; ROMER, Ana L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **Journal Palliative Medicine**. v3, n.1, p. 129 – 137, 2000.

RABELO, D. F; NERI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia**, 11(2): 169-177.2006.

RAHNER, K. **Curso fundamental da fé**. São Paulo: Paulinas, 1989.

RAMOS, Marília. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v. 19, n. 2, p. 397-410. dez/2007

RAZALI, S.M.; HASANAH, C.I.; AMINAH, K.; SUBRAMANIAN, M. - Religious-socio-cultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. 32:867-872, 1998.

REBELATTO, José Rubens et al. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 1, 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

REEBER, Michel. **Religiões mais de 400 termos, conceitos e ideias**. São Paulo: Ediouro. 2002.

REKER, G. T. Personal meaning, optimism, and choice: Existencial predictors of depression in community and institutional elderly. **The gerontologist**, 37(6), 709-716.1997.

RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicologia para América Latina**. n. 5, 2006.

REYNOLDS C. F; KUPFER D. J. Depression and aging: a look to the future. **Psychiatric Services**. 1999; 50:1167-72.

RIM, J. I., OJEDA, J. C., SVOB, C., KAYSER, J., DREWS, E., KIM, Y., . . . WEISSMAN, M. M. (2019). Current Understanding of Religion, Spirituality, and Their Neurobiological Correlates. **Harvard Review Psychiatry**, 27(5), 303-316.
doi:10.1097/HRP.0000000000000232

ROBERTS, Keith. Religion in sociological perspective. Belmont, **Wadsworth Publishing Company**.1995.

ROBERTSON, Roland. **The sociological interpretation of religion**, New York, Schocken Books. 1970.

RODRIGUES, Donizete. **Sociologia da religião**. Uma introdução, Porto: Edições Afrontamento.2007.

ROSA, Maria João Valente. **O envelhecimento da Sociedade Portuguesa**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2012.Disponível em:
https://books.google.com.br/books?id=n9UkDAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=snippet&q=particular&f=false. Acesso em 10 de março de 2020.

RYFF CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. **Journal of personality and Social Psychology**. 1989;57(6):1069-81.

RYFF CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. **Psychother Psychosom**. 2013;83(1):10-28.

RYFF, C. D.; KEYES, C. L. M. The structure of psychological well being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**. 1995; 69, 719-727.

SAAD, Marcelo; MASIERO, D; BATTISTELLA. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, Vol. 8, No. 3, Pg. 107-112, 2001.

SAAD, Marcelo; MEDEIROS, Roberta de. Espiritualidade e saúde. **Einstein: Educação Continuada em Saúde**. 6(3 Pt 2): 135-6 2008.

SADOCK, Benjamin James. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica/ Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock; tradução Cláudia Dornelles... [et al.].** 9. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2007.

SAFFARI, M.; KOENIG, Harold George, GHANIZADEH, G., PAKPOUR, A. H., BALDACCHINO, D. R. Psychometric properties of the Persian spiritual coping strategies scale in hemodialysis patients. **Journal of religion and health**, 53(4), 1025-1035.2014.

SALGADO, M. A. **Velhice: uma nova questão social.** 2. ed. São Paulo: SESC-CETI, 1980. 121p.

SALOMÉ, Geraldo Magela; BLANES, Leila; FERREIRA, Lydia Masako. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com diabetes Mellitus e pé ulcerado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.** 38(5), pp.327-333.out.2011.

SAMUELS, Andrew. **A política no divã.** Cidadania e vida interior, São Paulo: Summus Editorial, 2002

SANCHEZ, Zila Van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** 2004;9(1):43-5.

SANTO, F. H. E.; SILVA, B.; CUNHA, S. Envelhecimento e morte na concepção dos idosos e profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 161-174, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10192/12636>. Acesso em: abril de 2021.

SANTOS, S. R.; COSTA, I. B.; FERNANDES, M. G. M; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2002. 10 (6), 757-764

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatría. **Revista Brasileira de Enfermagem.** V. 63, n.6. 2010.

SANTOS, W. J., GIACOMIN, K. C., PEREIRA, J. K., & FIRMO, J. O. A. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8), 2319-2328. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800016>

SARTO, Giovanna. **Religiosidade Marginal: um estudo da religião e caridade na vida de moradores de rua de juiz de fora.** Trabalho de conclusão de curso. Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017.

SAXENA S; FUNK M; CHISHOLM D. WHO's mental health acti on plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementati on? **World Psychiatry.** 2014;13:107-9.

SCALCO, Andreia Zavaloni; SCALCO Mônica Zavaloni; AZUL, João Batista Serro; LOTUFO NETO, Francisco. Hypertension and depression. **Revista Clinics.** Jun/2005;60(3):241-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/clin/v60n3/24462.pdf>. Acesso: 25 de janeiro de 2020.

SCHETTINO, Jonathan R., OLMOSA, Natasha T., Myersa, Hector F., JOSEPHA, Nataria T., POLANDB, Russell E. and LESSER, Ira M. Religiosity and treatment response to antidepressant medication: A prospective multi-site clinical trial. **Mental health, religion & culture**, v. 14, n. 8, p. 805-818, jan/2011.

SCHNITTKER, JASON. When Is Faith Enough? The Effects of Religious Involvement on Depression. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 40(3), 393–411.2001.

SCHUNEMANN, Haller E. Avaliação do programa como deixar de fumar em cinco dias: aspectos sociais e religiosos. **Revista Acta Científica Biologia e Saúde**, São Paulo, v. 4 n. 1, p. 11-18. 2002.

SCHWARZ, L. R. **EnvelheSer – a busca do sentido da vida na terceira idade**: uma proposta de psicoterapia grupal breve de orientação junguiana. São Paulo. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica) – Instituição de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2008.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Physis [on-line].vol.17, n.1, pp.29-41. 2007. ISSN 1809-4481. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci_arttext&tlng=pt

SEIXAS, E. J. C. N. **A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados** (Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa). 2013. Acedido em http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/861/1/mgs_eunice_seixas_dissertacao.pdf

SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. **Revista Bioethikos**. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2007.

SENRA, Flávio Augusto. Crise e emancipação no horizonte das espiritualidades não religiosas. **Horizonte**, Belo Horizonte, número 35, p. 654-657, 2º semestre de 2014.

SENRA, Flávio Augusto. Espiritualidade não religiosa. In: RIBEIRO, Claudio de Oliveira; ARAGÃO, gilbraz; PANASIEWICZ, Roberlei. **Dicionário do Pluralismo Religioso**. São Paulo: Ed. Recriar, 2020. p71-77.

SEQUEIRA, Carlos. **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa-Porto: LIDEL.2010.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **Jornal História ciências Saúde - Manguinhos** [on-line]. 2019, v. 1.26, n. 4, p. 1169-1187. Out-dez/ 2019.

SERRA, A. S. V. **O que significa envelhecer**. In: Firmino, H., et al (Ed.). Psicogeriatrics. Coimbra: Almedina.2006.

SHARPE, Eric J. **The Routledge Companion to the Study of Religion**. Edited by John R. Hinnells, p. 21- 38,2 ed, 2009.

SHEARER, A. et al. Religion, sexual orientation, and suicide attempts among a sample of suicidal adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*, [s.l.], v. 48, n. 4, p. 431-437, ago/2018.

SHELDON, K. M.; KING, L. Why positive psychology is necessary. **American Psychologist**, 56(3), 216-217.2001.

SHOEVEERS, R. A.; BEEKMAN, A. T. F.; DEEG, D. J. H.; GEERLINGS, M. I.; JONKER, C.; TILBURG, W. V. Risk factors for depression in later life: results of a prospective Community based study (AMSTEL). **Journal of Affective Disorders**. 2000; 59: 127-37.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503279900124X?via%3Dihub>.

Acesso em: abril de 2020.

SILVA, Cleci Aparecida Gomes da., MARTINS, Bruna Lopes, PORTO, Cintia Pereira; SCHERER, Rosmeri Maria Pires; AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. **Institucionalização: relações dos idosos com a família**. Comunicação apresentada nas 4ª jornadas de pesquisa em psicologia, Santa Cruz do Sul, Brasil. 2011. Acedido em

http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10212. Acesso em: maio de 2020.

SILVA, Maria Eliane A. da. Psicologia do Desenvolvimento e religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (Org.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013.

SILVEIRA, Daniel Rocha. **O sentido da resiliência: a contribuição de Viktor Emil Frankl**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2007.

SILVEIRA, Daniel Rocha; MAHFOUD, Miguel Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 25(4), 567-576. 2008.

SIMÃO, Manoel José Pereira. **Psicologia Transpessoal e a Espiritualidade. O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2010; 34(4):508-519.

SIMONI, Jane M; MARTONE, Maria G. & KERWIN, Joseph F. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for research. **Journal of Counseling Psychology**. 49, 139-147.2002.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAN, V. A. R. **Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho**. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, jan./mar.2008.

SMITH Timothy B.; McCULLOUGH Michael E.; POLL, Justin. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychological Bulletin**. 2003; 129:614-36.

SMITH, Wilfred Cantwell. The meaning and end of religion. Londres, **SPCK Publishing**.1978.

SNOWDEN M, STEINMAN L, FREDERICK J. Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. **Preventig Chronic Disease**; 5(1):A26.jan/2008.

SOCCI, Vera. Religiosidade e o adulto idoso. In WITTER, Porto Geraldina. **Envelhecimento. Referenciais teóricos e pesquisas**. (Coleção Velhice e Sociedade). Campinas: Editora Alínea, p. 87-101, 2006.

SOMMERHALDER, Cinara. Sentido de Vida na Fase Adulta e Velhice. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 23(2), 270-277. Set/2010.

SONNENBERG C. M.; BEEKMAN A.T.; DEEG D. J, VAN TILBURG W. Sex differences in late-life depression. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 2000; 101(4): 286-92.

SOUSA, Liliana.; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA, Margarida. **Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice**. 1. Ed. Porto: Ambar, Porto. **Revista Ambar**, p. 161-171. 2004, ISBN 972-43-0861-8

SOUZA, Carlos Frederico Barboza de. Espiritualidade e bioética. **Revista Pistis e Praxis-teologia e pastoral**, v. 5, n. 1, 2013.

SPAR, J. E; LA RUE, A. **Guia prático de psiquiatria geriátrica**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005, ISBN 972-796-139-8.

SPIRO, Melford (1972). La religion: problèmes de définition et de explication, in Robert E. Bradbury et al., **Essais de anthropologie religieuse**, Paris, Gallimard, p. 109-152.1996

SPONVILLE, André.: **L'esprit de l'athéisme: Introduction à une spiritualité sans Dieu**. Paris: Albin Michel, 2006.

STEFFENS D. C., SKOOG I; NORTON M. C., et al. Prevalence of depression and Its treatment in an elderly population: The Cache County Study. *Arch Gen Psychiatry*.57(6):601–607. doi:10-1001/pubs. **Arch Gen Psychiatry**-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9308.2000.

STELLA, F; et al. Florindo Stella 1 Sebastião Gobbi 2 Danilla Icassatti Corazza 2 José Luiz Riani Costa **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física**. Vol.8 n.3, Universidade Estadual Paulista - UNESP Rio Claro, SP. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>> Acesso em: 08 de junho de 2019

STOPPE JUNIOR, Alberto; LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Depressão na terceira idade**. São Paulo: Lemos.1998.

STREIT, Inês Amanda. **Idosos centenários: nível de atividade física e hábitos de lazer**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) –Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano/UEDESC. Florianópolis, 2013. Disponível em http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/791/dissertacao_ines_a5_impressao__1_.pdf. Acesso em 20 maio.2020.

STROPPA, André.; ALMEIDA, Alexander Moreira. **Religiosidade e saúde**. [on-line]. Disponível na internet via: www.hoje.org.br/site/arq/artigos/religiosidade_e%20_saude_cap%20ufmg.pdf. 2008. Acesso em 05/01/2021.

STROPPA, André.; ALMEIDA, Alexander Moreira. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Revista de psiquiatria clínica**. 2009, v. 1.36, n. 5, p. 190-196. ISSN 0101-608.

TARTARO J, LUECKEN LJ, GUNN HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. **Journal Health Psychology** 2005;10(6):753-66.

TAVARES, Anabela et al. **Aspectos patoplásticos da depressão geriátrica**. *Psiquiatria Clínica*, v. 21, n. 3, Jul/Set/2000, p. 237-240.

TAVARES, Beatriz Franck; BÉRIA Jorge Umberto; LIMA Maurício Silva de. Factors associated with drug use among adolescents in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**. 2004;38(6):787-96.

TAVARES, Leonardo Machado. **A Sabedoria de Sócrates e o Cristianismo Redivivo – IDE** – São Paulo. 2008.

TAVARES, Thiago. **A religião vivida: expressões populares de religiosidade**. *Sacrilegens, Juiz de Fora*, v. 10, n. 2, p. 35-47, jul.dez.2013.

TAYLOR, Charles. **Uma era secular**. São Leopoldo: Unisinos 2010.

TAYLOR, R. J.; CHATTERS, L. M.; JOE, S. Religious involvement and suicidal behavior among African Americans and black Caribbeans. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 199, n. 7, p. 478-486, jul.2011.

TEIXEIRA, Ilka Niceia D' Aquino Oliveira; NERI, Anita. Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94, jan./mar. 2008.

TEPPER, L.; ROGERS, S. A.; COLEMAN, E. M.; MALONY, H. N. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. **Psychiatric Services**. 52, 660– 665.2001.

THUNÉ-BOYLE, I. C.; STYGALL, J.; KESHTGAR, M. R.; DAVIDSON, T. I.; NEWMAN, S. P. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. **Psycho-Oncology**, 22(3), 646-658.3. 75.2013.

TILLICH, Paul. **Biblical religion and the search for ultimate reality**. Chicago: University of Chicago Press.1955.

TILLICH, Paul. **Dinâmica da fé**. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal, 1992.

TITTANEGRO, Gláucia Rita. O tempo da espiritualidade. In: **O mundo da Saúde**. V. 31, n 2. abr/jun 2007.

TIX, A. P.; FRAZIER, P. A. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. **The Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 66(2): 411-422, 1998.

TOMASSO, Cláudia de Souza.; BELTRAME, Ideraldo Luiz.; LUCCHETTI, Giancarlo. Conhecimento e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1.205-1.213, set./out.2011.

TUNE Larry E. Depression and alzheimer's disease. **Depression and Anxiety**; 8(Suppl 1):91-5. Dec/1998.

TURNER R. P.; LUKOFF, D; BARNHOUSE, R. T.; LU, F. G. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 1995 Jul; 183(7):435-44. Doi: 10.1097/00005053-199507000-00003. PMID:7623015.

ULRICH, R. S.; SIMONS, R. F.; LOSITO, B. D.; FIORITO, E.; MILES, M. A.; ZELSON, M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. **Journal of Environmental Psychology**, 1991.11(3), 201-230.

VAILLANT, G. **Fé: Evidências científicas**. Barueri, São Paulo: Manole, 2010.

VALCANTI, C. C, CHAVES, E. C. L., MESQUITA, A. C., NOGUEIRA, D. A., & CARVALHO, E. C. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(4), 838-845. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400008>

VANDERMEERSCH P. The victory of psychiatry over demonology: the origino of the nineteenth-century myth. **History of Psychiatry**. 1991;2(8):351-63.

VANITALLIE T. B. Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. **Journal Metabolism**;54(5 Suppl 1):39-44. 15. May/2005.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 3 ed. 2011.

VERAS, Renato Peixoto. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, C. P; ARAUJO, D.V.; MENDES, R. K. W. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o Idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro; v. 13, n. 4, p. 1.119-26. 2008.

VERHAGEN PJ, VAN PRAAG HM, LOPEZ-IBOR JJ, COX J, MOUSSAOUI D. Religion and psychiatry: beyond boundaries. Chichester. **John Wiley & Sons**; 2010.

VIEIRA, Eliane Brandão. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VITORINO, Luciano Magalhães; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. São Paulo, SP: **Acta Paulista de Enfermagem**, ago.2012.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-445. ISSN 0034-8910, ago.2003.

WALSH, Joseph. The impact of schizophrenia on clients' religious beliefs: Implications for families. **Families in Society**. 76, 551–558.1995. Nov.

WATTERS, Wendell W. **Deadly Doctrine: Health, Illness, and Christian God-Talk**. Buffalo, New York: Prometheus Books 1992.

WEBER, Max. **Sociologia das religiões**. Lisboa: Relógio d'Água Editores.2006.

WHOQOL S. R. P. B Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science & Medicine**. 2006; 62:486-97.

WICKE, Felix S.; GÜTHLIN, Corina; MERGENTHAL, Karola; GENSICHEN, Jochen; LÖFFLER, Christin.; BICKEL, Horst; MAIER, Wolfgang; RIEDEL-HELLER, Steffi G.; WEYERER, Birgitt Wiese; KONIG, Hans-Helmut; SCHÖN, Gerhard; HANSEN, Heike; BUSSCHE, Heindrik van den; SCHERER, Martin; DAHLHAUS, Anne. Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. **BMC Family Practice**.15:62.2014.

WILLIAMSON, G. M., SCHULTZ, R. Pain, activity restriction and symptoms of depression among community — residing elderly adults. **Journal of Gerontology**, 47 (6), 367-372. 1992.

WILSON, Warner R. Correlates of avowed happiness. **Psychological Bulletin**, 67, 294-306. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6042458/>. Acesso em: 12 de agosto de 2020.

WISEMAN, James A. **Spirituality and mysticism**. New York: Maryknoll, 2006.

WITTINK, Marsha N. et al. Losing faith and using faith: Older African Americans Discuss Spirituality, Religious Activities, and Depression. **Journal of General Internal Medicine**, p. 402-407, 2009.

WONG-MCDONALD, A., GORSUCH, R. L. Surrender to God: An additional coping style? **Journal of Psychology and Theology**, 28(2), 149.2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing**. Madri, abril de 2002, p. 4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Global strategy and action plan on ageing and health** (2016-2020) [Internet]. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO; 2002. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos Básicos. Genebra: OMS, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health and work: impact, issues and good practice**. Geneva, World Health Organization. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world health report: 2001: **Mental health: new understanding, new hope**. Geneva, World Health Organization. 2001.

WOYCIEKOSKI, C., STENERT, F., & HUTZ, C. S. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. **Psico periódicos**. 43(3), 280-288. 2012. Acedido em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8263>. Acesso em 1 de agosto de 2020.

ZENEVICZ, Leoni Terezinha. **A dimensão espiritual no processo de viver envelhecendo**. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2602>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

ZENEVICZ, Leoni; MORIGUCHI, Yukio; MADUREIRA, Valéria S. Faganello. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 433-439. ISSN 0080-6234, abr/2013.

ZIMERMAN, G., I., **Velhice**: Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ZINNBAUER, B. J., PARGAMENT, K. I., SCOTT, A. B. The emerging meanings of religiousness and spirituality: problems and prospects. **Journal of personality**, 67(6), 889-919.1999.

ZINNBAUER, Brian J.; PARGAMENT, Kenneth I., COLE, Brenda., RYE, Mark S., BUTTER, Eric M., BELAVICH, Timothy; SCOTT, Allie B.; HIPPEL, Kathleen M.; KADAR, Jill L. Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. **Journal for the scientific study of religion**, 549-564. 1997.

ZUCKERMAN, Phil. Atheism: Contemporary numbers and patterns. In Martin, M. (Ed.). **The Cambridge companion to atheism**. New York, NY: Cambridge University Press.2007.

ZUNZUNEGUI M. V.; BELAND F; LLÁCER A; LEÓN V. Gender differences in late-life depression. **Acta Psychiatr Scand**. 2000; 101(4):286-92.

ANEXO A — QUESTIONÁRIO PSICOMÉTRICO WHOQOL-100 (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – 100)

<p>Domínio I – Domínio físico</p> <p>1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso</p>
<p>Domínio II – Domínio psicológico</p> <p>4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos</p>
<p>Domínio III – Nível de independência</p> <p>9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho</p>
<p>Domínio IV – Relações sociais</p> <p>13. Relações pessoais 14. Suporte (apoio) social 15. Atividade sexual</p>
<p>Domínio V – Ambiente</p> <p>16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/transito/clima) 23. Transporte</p>
<p>Domínio VI – Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais</p> <p>24. Espiritualidade, religião, crenças pessoais</p>

Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Fleck (2000)

ANEXO B — ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE - FICA

FICA SPIRITUAL HISTORY TOOL





F – Fé / crença

- Você se considera religioso ou espiritualizado?
- Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas?
- Se não: o que te dá significado na vida?

I – Importância ou influência

- Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida?
- A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde?
- Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?

C – Comunidade

- Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?
- Ela te dá suporte, como?
- Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você?
- Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?

A – Ação no tratamento

- Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religiosidade / espiritualidade no seu tratamento?
- Indique, remeta a algum líder espiritual / religioso.

© Copyright, Christina M. Puchalski, MD, 1996

Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Puchalski; Romer (2000)

ANEXO C — QUESTIONÁRIO PSICOMÉTRICO WHOQOL-SRPB

Table 1. World Health Organization's Quality of Life Instrument – Spirituality, Religion and Personal Beliefs Module (WHOQOL-SRPB): Facets (factors) and corresponding items.

Facet (factor) and items ^a
Spiritual Connection
To what extent does any connection to a spiritual being help you to get through hard times?
To what extent does any connection to a spiritual being help you to tolerate stress?
To what extent does any connection to a spiritual being help you to understand others?
To what extent does any connection to a spiritual being provide you with comfort / reassurance?
Meaning in Life
To what extent do you find meaning in life?
To what extent does taking care of other people provide meaning of life for you?
To what extent do you feel your life has a purpose?
To what extent do you feel you are here for a reason?
Awe
To what extent are you able to experience awe from your surroundings? (e.g. nature, art, music)
To what extent do you feel spiritually touched by beauty?
To what extent do you have feelings of inspiration / excitement in your life?
To what extent are you grateful for the things in nature that you can enjoy?
Wholeness & Integration
To what extent do you feel any connection between your mind, body and soul?
How satisfied are you that you have a balance between mind, body and soul?
To what extent do you feel the way you live is consistent with what you feel and think?
How much do your beliefs help you to create coherence between what you do, think and feel?
Spiritual Strength
To what extent do you feel inner spiritual strength?
To what extent can you find spiritual strength in difficult times?
How much does spiritual strength help you to live better?
To what extent does your spiritual strength help you to feel happy in life?
Inner Peace
To what extent do you feel peaceful within yourself?
To what extent do you have inner peace?
How much are you able to feel peaceful when you need to?
To what extent do you feel a sense of harmony in your life?
Hope & Optimism
How hopeful do you feel?
To what extent are you hopeful about your life?
To what extent does being optimistic improve your quality of life?
How able are you to remain optimistic in times of uncertainty?
Faith
To what extent does faith contribute to your well-being?
To what extent does faith give you comfort in daily life?
To what extent does faith give you strength in daily life?
To what extent does faith help you to enjoy life?

^a Answers in 5-point *likert* scale (1=not at all to 5=completely)

ANEXO D — ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON

The Hamilton Rating Scale for Depression

(to be administered by a health care professional)

Patient's Name: _____

Date of Assessment: _____

To rate the severity of depression in patients who are already diagnosed as depressed, administer this questionnaire. The higher the score, the more severe the depression.

For each item, write the correct number on the line next to the item. (Only one response per item)

- _____ **1. DEPRESSED MOOD** (Sadness, hopeless, helpless, worthless)
- 0 = Absent
 - 1 = These feeling states indicated only on questioning
 - 2 = These feeling states spontaneously reported verbally
 - 3 = Communicates feeling states non-verbally—i.e., through facial expression, posture, voice, and tendency to weep
 - 4 = Patient reports VIRTUALLY ONLY these feeling states in his spontaneous verbal and nonverbal communication
- _____ **2. FEELINGS OF GUILT**
- 0 = Absent
 - 1 = Self reproach, feels he has let people down
 - 2 = Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds
 - 3 = Present illness is a punishment. Delusions of guilt
 - 4 = Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations
- _____ **3. SUICIDE**
- 0 = Absent
 - 1 = Feels life is not worth living
 - 2 = Wishes he were dead or any thoughts of possible death to self
 - 3 = Suicidal ideas or gesture
 - 4 = Attempts at suicide (any serious attempt rates 4)
- _____ **4. INSOMNIA EARLY**
- 0 = No difficulty falling asleep
 - 1 = Complains of occasional difficulty falling asleep—i.e., more than 1/2 hour
 - 2 = Complains of nightly difficulty falling asleep
- _____ **5. INSOMNIA MIDDLE**
- 0 = No difficulty
 - 1 = Patient complains of being restless and disturbed during the night
 - 2 = Waking during the night—any getting out of bed rates 2 (except for purposes of voiding)

Elaborado pelo autor com dados extraídos de Hamilton (1960)

ANEXO E — ESCALA DE CORNELL PARA A DEPRESSÃO NA DEMÊNCIA

Name: _____ Age: _____ Sex: _____ Date: _____

Cornell Scale for Depression in Dementia

Ratings should be based on symptoms and signs occurring during the week before interview. No score should be given if symptoms result from physical disability or illness.

SCORING SYSTEM

a = Unable to evaluate 0 = Absent 1 = Mild to Intermittent 2 = Severe

Score greater than 12 = Probable Depression

A. MOOD-RELATED SIGNS	a	0	1	2
1. Anxiety; anxious expression, rumination, worrying				
2. Sadness; sad expression, sad voice, tearfulness				
3. Lack of reaction to pleasant events				
4. Irritability; annoyed, short tempered				
B. BEHAVIORAL DISTURBANCE	a	0	1	2
5. Agitation; restlessness, hand wringing, hair pulling				
6. Retardation; slow movements, slow speech, slow reactions				
7. Multiple physical complaints (score 0 if gastrointestinal symptoms only)				
8. Loss of interest; less involved in usual activities (score 0 only if change occurred acutely, i.e., in less than one month)				
C. PHYSICAL SIGNS	a	0	1	2
9. Appetite loss; eating less than usual				
10. Weight loss (score 2 if greater than 5 pounds in one month)				
11. Lack of energy; fatigues easily, unable to sustain activities				
D. CYCLIC FUNCTIONS				
12. Diurnal variation of mood; symptoms worse in the morning				
13. Difficulty falling asleep; later than usual for this individual				
14. Multiple awakenings during sleep				
15. Early morning awakening; earlier than usual for this individual				
E. IDEATIONAL DISTURBANCE				
16. Suicidal; feels life is not worth living				
17. Poor self-esteem; self-blame, self-depreciation, feelings of failure				
18. Pessimism; anticipation of the worst				
19. Mood congruent delusions; delusions of poverty, illness or loss				

Fonte: Elaborado pelo autor com dados extraídos de Alexopoulos (2002)