

André Lúcio Pinto Coelho Stroppa

*Religiosidade e Espiritualidade no Transtorno Bipolar do Humor*

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da  
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora para  
obtenção do título de Mestre em Saúde  
Área de Concentração: Psiquiatria  
Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira Almeida**

**Juiz de Fora  
2011**

Stroppa, André Lúcio Pinto Coelho.

Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor  
/ André Lúcio Pinto Coelho. – 2011.  
93 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde)—Universidade Federal de Juiz  
de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Distúrbios psicológicos. 2. Transtorno bipolar. I. Título.

CDU 616.89-008

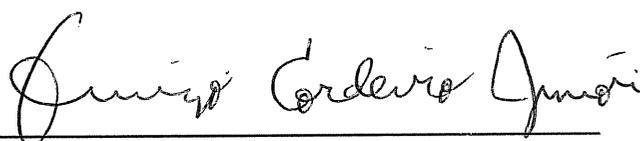
**André Lúcio Pinto Coelho Stroppa**

Religiosidade e Espiritualidade no Transtorno Bipolar do Humor

**Universidade Federal de Juiz de Fora**

**Dissertação como um dos requisitos para a obtenção do  
Título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Psiquiatria.**

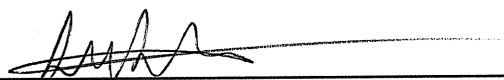
**14 de setembro de 2011**



**Prof. Dr. Quirino Cordeiro (USP)**



**Prof. Dr. Uriel Heckert (UFJF)**



**Prof. Dr. Alexander Moreira Almeida (UFJF)**

### **Dedico**

Aos pacientes do Programa de Transtornos do Humor, que não fosse pouco lidar com sua doença, ainda enfrentam toda sorte de dificuldade para viverem. Assim mesmo não param de dar mostras de generosidade, coragem e amizade.

À minha esposa e meus filhos pelo carinho e cuidados que a mim dispensam.

Aos meus pais, pelo exemplo de amor a Deus e preocupação com os mais pobres.

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Professor Alexander Moreira Almeida, por seu ensino, estímulo, desafios e direção em todas as etapas desse trabalho.

Ao Professor Uriel Heckert, mestre no meu ofício, amigo de todas as horas e responsável pela formação técnica e ética de várias gerações de psiquiatras.

Aos Professores Franklin Santana Santos, Maria Tereza Bustamante Teixeira e Quirino Cordeiro por sua disponibilidade em participar de minha banca de qualificação e dissertação, mesmo com tantos afazeres, e por suas importantes contribuições ao trabalho.

Ao Dr. Wanderli Monteiro e Enfermeira Shirley Oliveira, que por quase duas décadas ombrearam comigo nos cuidados aos pacientes do PTH, com extremo zelo pelo conhecimento e pela coisa pública.

Ao Professor Alexandre Zanini por sua gentileza em meio a tantas responsabilidades.

Aos professores do PPG em Saúde, pelos conhecimentos úteis ao meu trabalho, além da relação respeitosa e simpática com todos os alunos.

À Professora Darcília Nagen da Costa, pelo carinho, atenção e interesse em solucionar nossas dificuldades institucionais.

Aos queridos amigos do NUPES, pela convivência fraterna, leal e solícita.

Ao Professor Júlio Chebli, por sua atenção e amizade.

**“Combati o bom combate, completei a jornada e conservei a fé.”**

**Carta de Paulo a Timóteo (2Tm 4,7)**

## Resumo

**Objetivos:** Investigar a relação entre Religiosidade/Espiritualidade (R/E) e o estado de humor, qualidade de vida, ocorrência de internações hospitalares e tentativas graves de suicídio entre pacientes bipolares.

**Métodos:** Em um estudo transversal com pacientes bipolares em tratamento ambulatorial (n=168) foram avaliados sintomas de Mania (*YMRS*) e Depressão (*MADRS*), Religiosidade (*Duke Religious Index*), *Coping* Religioso-Espiritual (*Brief RCOPE*) e Qualidade de Vida (*WHOQOL-BREF*). Dados sociodemográficos, número tentativas de suicídio e internações foram obtidos através da entrevista com o indivíduo e análise do prontuário médico. Foram realizadas regressões logísticas e lineares das associações entre os indicadores de R/E e as variáveis clínicas, controlando para variáveis sociodemográficas.

**Resultados:** Referiram alguma filiação religiosa 148 (88,1%) indivíduos. Religiosidade Intrínseca e mais estratégias de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) positivo associaram-se a menos sintomas depressivos, respectivamente (OR) 0.19, (CI) 0.06 – 0.57, (p) 0.003 e (OR) 0.25, (CI) 0.09 – 0.71, (p) 0.01. Qualidade de vida associou-se a Religiosidade Organizacional (B) 0.188, (p) 0.019, Religiosidade Intrínseca (B) 0.306, (p) <0,001 e CRE positivo (B) 0.264, (p) 0.001. CRE negativo associou-se a pior qualidade de vida (B) – 0.253, (p) 0.001.

**Conclusões:** Religiosidade intrínseca e CRE positivo associaram-se a menor ocorrência de depressão e melhor qualidade de vida de forma significativa. Estudos longitudinais serão úteis na investigação de relações causais.

## **Abstract**

**Aims:** To investigate the relationship between Religiousness/Spirituality (R/S) and mood, quality of life, hospitalizations and severe suicide attempts among bipolar patients.

**Methods:** In a transversal study among bipolar patients under ambulatory care (n=168), symptoms of Mania (YMRS) and Depression (MADRS), Religiousness (Duke Religious Index), Religious Coping (Brief RCOPE) and Quality of Life (WHOQOL-BREF) were assessed. Socio-demographic data, number of suicide attempts and hospitalizations were obtained through an interview with the individual and analysis of medical records. Logistical and linear regressions of the association between the Religious indicators and clinical variables were carried out, controlling for socio-demographic variables.

**Results:** 148 individuals mentioned some kind of religious affiliation (88.1%). Intrinsic Religiousness (IR) and Positive Religious Coping (RC) strategies associated to less depressive symptoms [respectively *odds ratio* (OR) = 0.19, 95% confidence interval (CI) = 0.06 – 0.57, p=0.003 and OR= 0.25; CI = 0.09 – 0.71, p=0.01]. Quality of life inversely associated with negative RC ( $\beta = -0.253$ , p=0.001) and directly associated with Organizational Religiousness ( $\beta = 0.188$ , p=0.019), Intrinsic Religiousness ( $\beta = 0.306$ , p < 0,001) and positive RC ( $\beta = 0.264$ , p= 0.001).

**Conclusions:** Intrinsic Religiousness and positive RC are strongly associated with less depressive symptoms and better quality of life. Negative RC associated to worse quality of life. Religiousness is a relevant aspect which must be taken into consideration by physicians when assessing and guiding

bipolar disorder patients. Longitudinal studies will be useful for the investigation of causal relations and therapeutic implications.

Palavras-Chave: Transtornos do Humor, Transtorno Bipolar do Humor, Mania, Religião, Religiosidade, Espiritualidade, Coping, Qualidade de Vida.

Key-words: Mood Disorders, Bipolar Disorder, Depression, Mania, Religion, Spirituality, Coping, Quality of Life.

<b>1) INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2) OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
<b>3) REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>38</b>
3.1) Religiosidade / Espiritualidade no Transtorno Bipolar do Humor.....	38
3.2) Coping Religioso-Espiritual no Transtorno Bipolar do Humor .....	42
3.3) Recursos Comunitários e intervenção no Transtorno Bipolar do Humor.....	43
3.4) Comunidades tradicionais e Transtorno Bipolar do Humor.....	45
3.5) Delírios místicos no Transtorno Bipolar do Humor.....	47
<b>4) MÉTODOS.....</b>	<b>50</b>
4.1) POPULAÇÃO.....	50
4.2) INSTRUMENTOS.....	51
4.2.1) <i>Questionário Sociodemográfico</i> .....	51
4.2.2) <i>Escala de Avaliação de Mania (EAM-m)</i> .....	52
4.2.3) <i>Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS)</i> .....	53
4.2.4) <i>Escala de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL)</i> .....	54
4.2.5) <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual – Versão abreviada</i> .....	56
4.2.6) <i>Escala Breve de Qualidade de Vida (WHOQOL Bref)</i> .....	57
4.3) PROCEDIMENTOS .....	58
4.4) ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	58
<b>5) RESULTADOS .....</b>	<b>60</b>
5.1) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO .....	60
5.2) DENOMINAÇÃO RELIGIOSA E DISCORDÂNCIA SOBRE O TRATAMENTO .....	61
5.3) ESTADO DO HUMOR, INTERNAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	62
5.4) ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E EVOLUÇÃO CLÍNICA .....	63
5.5) ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E QUALIDADE DE VIDA.....	64
<b>6) DISCUSSÃO .....</b>	<b>66</b>
6.1) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO .....	67
6.2) ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E MANIA.....	69
6.3) ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E DEPRESSÃO.....	70
6.4) ENVOLVIMENTO RELIGIOSO INTERNAÇÕES, TENTATIVAS DE SUICÍDIO .....	71
6.5) ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E QUALIDADE DE VIDA.....	72
6.7) DENOMINAÇÕES E INTERFERÊNCIAS RELIGIOSAS.....	74
<b>7) CONCLUSÕES.....</b>	<b>75</b>
<b>8) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>76</b>
<b>8) APÊNDICE.....</b>	<b>84</b>
8.1) CONSENTIMENTO INFORMADO.....	85
8.2) QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E EVOLUÇÃO DO TBH .....	86
8.3) ESCALA PARA MANIA.....	87
8.4) ESCALA PARA DEPRESSÃO.....	88
8.5) ESCALA PARA RELIGIOSIDADE.....	89
8.6) ESCALA PARA <i>COPING</i> ESPIRITUAL.....	90
8.7) ESCALA PARA QUALIDADE DE VIDA.....	91
<b>9) ANEXOS .....</b>	<b>94</b>

Transtorno Bipolar, Religiosidade e Espiritualidade - Revisão da Literatura  
 Religiousness in Bipolar Disorder (Manuscript of submission)

## 1)INTRODUÇÃO

Religiosidade e espiritualidade (R/E) são aspectos importantes para maioria das pessoas em todo o mundo (MOREIRA-ALMEIDA,2006). Crenças acerca de vida após a morte e da existência da alma ocorrem em mais que 80% da população de países tão diversos culturalmente quanto EUA, Indonésia, Paquistão, Nigéria, Egito, Turquia e outros(WORLD VALUES SURVEYASSOCIATION, 2009).

Religião e religiosidade tiveram importante papel na formação da nação e da cultura do povo brasileiro, com uma grande diversidade de influências que persistiram ou se mesclaram até o presente. No Brasil consideram-se católicos 68% da população, 24% evangélicos, 2% espíritas, 1% adeptos de outras religiões. Refere não ter religião 5%, o que não significa que sejam necessariamente destituídos de crenças religiosas ou espirituais. Frequenta serviços religiosos uma vez por semana 37% e uma a duas vezes por mês 18%. A religião tem um papel relevante na vida de 83% dos brasileiros. O envolvimento religioso é maior em mulheres e aumenta com a idade (MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

Religiosidade / espiritualidade (R/E), apesar da grande importância para a maioria das pessoas, ainda é vista com reservas por parte de intelectuais e acadêmicos de várias áreas do conhecimento. Entretanto, suas opiniões sobre o tema frequentemente não estão embasadas em um conhecimento aprofundado do assunto, mas em preconceitos ou ideologiascientificistas e materialistas dos últimos séculos. É necessário que tais vieses sejam superados para que a investigação científica nessa área possa avançar, em razão da importância do tema e para a vida das pessoas (MOREIRA-ALMEIDA,2006).

Nos últimos trinta anos, desde a década de 1980, houve um aumento exponencial das pesquisas nesse campo. Vários autores têm estudado de forma sistemática a religiosidade, espiritualidade e suas relações com a saúde, doenças clínicas e transtornos mentais, utilizando-se das melhores práticas da pesquisa epidemiológica e sofisticados métodos estatísticos (MOREIRA-ALMEIDA,2007).

Levin, Chatters e Taylor apontam que vários fatores contribuíram para a crescente importância dessa investigação, incluindo a maior atenção da mídia, polêmicas envolvendo pesquisadores médicos conceituados e o zelo de opositores e defensores dessas ideias. Segundo esses mesmos autores, os efeitos da religiosidade sobre o estado de saúde e sobre a doença podem ser entendidos de duas formas: em razão das diferenças nas taxas de morbidade e mortalidade entre as principais categorias de filiação religiosa, com taxas mais baixas geralmente encontradas entre os membros de religiões ou denominações que fazem estritas exigências comportamentais. E pelos altos níveis de participação religiosa, que estiveram associados com menos doenças e com melhor saúde em estudos de indivíduos de várias idades e gêneros, provenientes de vários povos, com várias orientações religiosas diferentes(LEVIN, 2005).

Alguns marcos importantes para o avanço recente do estudo da relação entre Religiosidade e Saúde foram os estudos de Alport e Ross, em 1967, propondo uma divisão entre dois tipos de religiosidade e criando um construto dos mais estudados e úteis nas investigações envolvendo religiosidade e espiritualidade (ALLPORT, 1967). Pargament, ao investigar o modo como pessoas utilizam sua fé em situações de doença, estresse e dificuldades em suas vidas, resultando nas Escalas de *Coping* Religioso-Espiritual (PARGAMENT, 2000). Koenig, Larson e Larson, ao revisarem os estudos publicados nas últimas décadas acerca da influência da

religião para pessoas sofrendo de doenças clínicas graves, encontraram evidências de benefícios proporcionados pela religião como senso de controle, manutenção da alegria, do propósito de viver e experiência de crescimento psicológico(KOENIG, 2001). Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig, a partir de uma revisão sistemática de 850 artigos publicados ao longo do século XX, investigaram as evidências científicas disponíveis acerca da relação entre religião e saúde mental. A maioria dos estudos de boa qualidade encontrou uma relação positiva entre envolvimento religioso e indicadores de bem estar psicológico (MOREIRA-ALMEIDA, 2006).

### **1.1) Religião**

A religião é um fenômeno humano complexo, merecendo reflexão por parte de vários saberes como a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, a política, a filosofia e a teologia. Vários antropólogos e cientistas sociais estudaram tanto as religiões ancestrais quanto o papel das religiões de seu tempo. Durkheim, ao investigar os fundamentos das religiões nas sociedades humanas, concluiu que a religião seria um fenômeno social universal, marcado por uma oposição entre o sagrado e profano. Para Max Weber as religiões seriam “sistemas de regulamentação da vida” e para Erikson “a religião seria uma forma de traduzir em palavras, imagens e códigos significativos o excesso de obscuridade que envolve a natureza humana” (DALGALARRONDO, 2008).

Wilges (1995) define a religião como um conjunto de crenças, leis e ritos que visam um poder supremo e com o qual se pode estabelecer uma relação pessoal. Para esse autor as religiões seriam constituídas por uma doutrina, conjunto de

crenças sobre a origem do cosmos, o sentido da vida, o significado da morte, do sofrimento e do além. Por um conjunto de ritos e cerimônias que empregam e atualizam símbolos religiosos. Por um sistema ético com leis, proibições, regras de conduta. Por uma comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes e sacerdotes (DALGALARRONDO, 2008).

### 1.1.1) Psicologia da Religião

Os estudos acerca da relação entre Psicologia e Religião tiveram duas vertentes importantes no século XX: nos EUA, o Empirismo Radical de William James, e na Europa a Psicologia Existencial Cristã com Paul Tillich, K. Barth, M. Buber, Gabriel Marcel e outros (DALGALARRONDO, 2008).

A tradição norte-americana, surgida com William James, deu grande impulso a Psicologia da Religião, produzindo numerosa pesquisa empírica na psicologia, psicopatologia e saúde mental. Médico e filósofo, além de primeiro professor de psicologia nos EUA, James foi o responsável pelo desenvolvimento da psicologia social naquele país e pelo estudo da espiritualidade, com especial interesse pelos fenômenos extraordinários e incomuns da expressão religiosa. Ele se coloca como um empirista radical na medida em que sendo a espiritualidade capaz de produzir efeitos, e a mudança nas pessoas e em suas vidas são esses efeitos, então é possível investigar empiricamente a espiritualidade (JAMES, 1991).

Vários outros sucederam James nessa reflexão e investigação científica. Dentre eles, James H. Leuba, em 1916, ao publicar "*The belief in God and immortality: A psychological, anthropological and statistical study*". Em 1950, Gordon

W. Allport publica "*The individual and his religion*". Kenneth I. Pargament, em 1997, publica "*The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*". E em 2001, Harold G. Koenig; M. E. McCullough e David B. Larson publicam "*Handbook of religion and health: a century of research reviewed*". Estas foram contribuições importantes para a pesquisa científica no campo da religião e saúde, que se ampliou e firmou-se como área de investigação empírica e produção de conhecimento.

### 1.1.2) Religiosidade

Um dos fundadores da sociologia alemã, Georg Simmel, produziu importante reflexão sobre o fenômeno religioso. Um de seus eixos é uma dimensão humana geradora de sentidos que denominou "religiosidade", distinta de suas manifestações sócio-históricas, as religiões. Essa distinção, inovadora para sua época, é cada vez mais adotada hoje. Para Simmel, religiosidade é uma qualidade funcional da humanidade, que determina inteiramente alguns indivíduos, mas existe apenas de forma rudimentar em outros (RIBEIRO, 2006).

O conceito de religiosidade ganhou espaço na literatura científica mais recente. Os autores têm preferido a investigação da religiosidade em substituição à denominação religiosa, por ser uma dimensão mais ampla, independente e fornecer informações mais seguras acerca do envolvimento e de práticas religiosas.

Allport criou na psicologia da religião o mais estudado e debatido construto empírico, ao propor duas formas de religiosidade – intrínseca e extrínseca. Vários instrumentos para inquéritos populacionais na psicologia social e na psicopatologia foram criados a partir de sua proposição (ALLPORT, 1967).

Para Allport, coincidindo com Simmel de certa forma, os sentimentos religiosos da maioria das pessoas são nitidamente imaturos, remanescentes da infância. São construções centradas no eu, com o objetivo de ajudá-las em seus interesses imediatos. Sua religiosidade é um meio de obter outros fins, como consolo, sociabilidade, distração, posição social. Sua religião é adaptada às suas necessidades e objetivos particulares. Tendem a ter uma visão sectária de sua denominação religiosa e a achar que sua religião é melhor do que a dos outros. Nesse caso, a religiosidade teria apenas um carácter utilitarista e accidental. Tal forma de religiosidade foi chamada por Allport de Religiosidade Extrínseca (RE). A outra forma de envolvimento religioso seria a Religiosidade Intrínseca (RI), que oferece ao indivíduo uma solução compreensiva para os problemas da vida. Ela se caracteriza pela busca da religiosidade como “um fim em si mesma”, e ocupa um lugar central na vida do indivíduo. Outras necessidades são vistas como secundárias, de menor importância, sendo colocadas em harmonia com sua crença e orientação religiosa (ALLPORT, 1967).

Dois outros conceitos compõem um dos conjuntos mais frequentemente utilizado para a investigação e mensuração do envolvimento religioso. A Religiosidade Organizacional (RO), que se refere à frequência aos serviços e encontros religiosos, sendo uma medida social da religião, e a Religiosidade Privada (RP), que é o exercício individual da religiosidade, através da frequência de oração, meditação, leituras religiosas e ritos religiosos através do rádio ou da televisão, a RP não requer interação com outras pessoas (KOENIG, 2001).

#### 1.1.4) Espiritualidade

As definições de espiritualidade têm uma longa história de controvérsias. Entretanto, existe uma compreensão geral de que este construto esteja relacionado com conceitos que incluem Deus, poder superior ou realidade última. Para Koenig, espiritualidade é uma resposta pessoal a questões últimas acerca da vida e sua relação com o sagrado e o transcendente, podendo ser usada para desenvolver rituais religiosos e formação de comunidades (KOENIG, 2001).

Larson, Swyers e McCullough apontam que o uso do termo espiritualidade desvinculado de religião e religiosidade surgiu nas décadas de 1960 e 1970. O aumento da secularização da sociedade e a desilusão com as instituições religiosas no ocidente fizeram com que a espiritualidade ganhasse um sentido desvinculado da religião, passando a ser utilizado com um sentido mais pessoal e existencial (KOENIG, 2001).

Na investigação sobre espiritualidade e saúde, Koenig defende o significado tradicional e histórico da palavra espiritualidade. Segundo ele, essa visão tem sido relatada em algumas das principais revistas médicas do mundo e faz referência a pessoas profundamente religiosas, que dedicaram suas vidas ao serviço de sua religião e de outras pessoas, e exemplificaram os ensinamentos e as tradições de sua fé. Em sua opinião “espiritualidade deve ser definida e medida em termos tradicionais como um único construto não contaminado ou ser eliminada da utilização em pesquisas acadêmicas” (KOENIG, 2001).

#### 1.1.5) Religiosidade e Espiritualidade nos Transtornos Mentais

Estudos sistematizados têm identificado uma relação geralmente positiva entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental. Existem evidências consistentes de que R/E sejam capazes de contribuir para prevenção e recuperação de pessoas com transtornos mentais, pois crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. Dependendo do tipo e do uso, as crenças religiosas podem proporcionar maior aceitação, firmeza e capacidade de adaptação a situações difíceis de vida, ou menos frequentemente podem gerar culpa, dúvida, apreensão, tristeza e insegurança (MOREIRA-ALMEIDA, 2006).

Religiosidade parece influenciar a saúde física e mental de várias formas. Através de regras de convivência e do desestímulo a comportamentos prejudiciais a saúde, como abuso de álcool e drogas, comportamento violento ou sexual de risco. Também através do uso de crenças religiosas como forma de lidar com situações adversas como uma doença e do acesso a uma rede de suporte social com valores diversos daqueles encontrados na sociedade como um todo (KOENIG, 2001).

Atualmente já são numerosos os estudos sobre envolvimento religioso e depressão, esquizofrenia, transtornos de ansiedade e transtornos mentais por uso de substâncias ilícitas (KOENIG, 2001). Entretanto, em relação ao Transtorno Bipolar do Humor poucos estudos relacionados à religiosidade e espiritualidade são encontrados. Em revisão da literatura dos últimos cinquenta e cinco anos encontramos estudos ligados ao tema, que serão discutidos à frente (STROPPIA, 2009).

Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig, ao revisarem os estudos realizados ao longo de um século, observaram que a ampla maioria dos estudos de boa qualidade apresentou uma relação positiva entre envolvimento religioso e bem-estar

psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso e/ou abuso de álcool e/ou outras substâncias. O impacto positivo do envolvimento religioso sobre o bem-estar foi maior em pessoas idosas, enfermas ou com limitações físicas, o que aumenta sua importância (MOREIRA-ALMEIDA, 2006).

#### 1.1.6) *Coping* Religioso-Espiritual

*Coping* foi definido por Lazarus e Folkman como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizado pelas pessoas para lidarem com situações estressantes. Essa palavra inglesa não tem tradução literal em português, podendo significar "lidar com", "manejar", "enfrentar" ou "adaptar-se a". Quando as pessoas utilizam sua religiosidade e espiritualidade para lidar com dificuldades ou situações de estresse, estão fazendo uso de *coping* religioso-espiritual (CRE) (PANZINI, 2007).

Segundo Pargament os objetivos do CRE coincidem com os cinco objetivos-chave da religião: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, e transformação de vida, com a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional (PARGAMENT, 2000).

Por outro lado, e menos frequentemente, CRE pode ter efeitos adversos para a saúde, quando crenças e práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos deletérios para a saúde, substituir cuidados médicos tradicionais, induzir culpa, vergonha, medo, raiva, violência e preconceito. As principais tradições

religiosas tendem a promover experiências humanas positivas de CRE (PARGAMENT, 2000).

CRE positivo engloba ações em benefício de si mesmo e dos outros, como a busca do amor e da proteção de Deus, ajuda e conforto na oração e leituras religiosas, busca por perdoar e ser perdoado, orar pelo bem dos outros, interpretar as situações de dificuldade como uma oportunidade de crescimento pessoal, resolver problemas em colaboração com Deus. CRE negativo caracteriza-se por ações que resultam em prejuízos para si mesmo ou outras pessoas, como dúvida em relação à existência, o amor ou o poder de Deus, insatisfação com Deus ou membros de sua comunidade, interpretação das situações de dificuldade como punição divina ou ação do mal. Estratégias de CRE positivas são bem mais frequentes que as estratégias de CRE negativas em diferentes situações estressantes e diferentes amostras (PARGAMENT, 1998).

#### 1.1.8) Qualidade de Vida, Religiosidade e Espiritualidade

O conceito de Qualidade de Vida (QV) ganhou maior destaque a partir da década de 1970, com o prolongamento da vida em várias situações de adoecimento grave, quando passou a ser importante medir como as pessoas viviam esses anos a mais. Trata-se de um conceito amplo, incluindo vários aspectos da vida como funcionamento ocupacional, emocional, social e físico. A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida. QV possui relações com estado de saúde, incapacidade/deficiência, aspectos psicológicos, sociais e econômicos (FLECK, 2008).

Apesar de ainda não haver um consenso na literatura, o conceito de qualidade de vida caminha para se firmar como um instrumento capaz de medir a percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa. Essa perspectiva transcultural aponta o que é qualidade de vida a partir da percepção do indivíduo de sua posição na vida, dentro do contexto de sua cultura e do seu sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1988).

Vários instrumentos foram desenvolvidos para estudar QV, entre eles merece destaque o WHOQOL, uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde, que incluiu espiritualidade como um aspecto da qualidade de vida. O WHOQOL100 é um questionário com 100 itens, 24 facetas e 6 domínios, já validado para o Brasil. Uma versão breve com 26 itens também foi traduzida e validada (WHOQOL BREF). Essa versão abreviada contém um item de cada uma das 24 facetas nos domínios físico e psicológico (FLECK, 2000).

## **1.2) Transtorno Bipolar do Humor**

### **1.2.1) Conceito**

O TBH é um transtorno mental caracterizado pela ocorrência e alternância de estados de depressão e mania, em suas várias formas, duração e intensidade. Foi descrito por Emil Kraepelin, que nele incluiu todas as formas de depressão e mania, além do curso periódico ou episódico, o prognóstico mais benigno e a história familiar de quadros semelhantes (DEL-PORTO, 2005). As classificações atuais mais

usadas fazem uma diferenciação entre Transtorno Bipolar do Humor ou Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno Depressivo Recorrente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1995).

Areteus da Capadócia (séc. II) foi o primeiro médico a observar um estado melancólico ser seguido por um estado de mania. Outros autores fizeram o mesmo relato ao longo dos séculos. Griesinger descreveu uma forma circular da loucura, depois Falret e Baillarger fizeram descrições dessa alternância de humor (BERRIOS, 2008).

Kraepelin, usando o método clínico, observou a evolução de quadros mentais ao longo do tempo. Desse modo identificou a evolução da mania e da depressão como formas diversas de apresentação de uma mesma entidade. Essa entidade, por sua vez, mostrava uma evolução bastante distinta de outra, que denominou Demência Precoce. Kraepelin formulou a teoria das duas psicoses, se contrapondo a concepção até então dominante de uma psicose única (BERRIOS, 2008), (GOODWIN, 2007).

### 1.2.2) Epidemiologia

A prevalência do TBH na população é difícil de ser estimada em razão da diversidade no uso de critérios clínicos, instrumentos diagnósticos e da terapêutica utilizada. Weissman et al., em 1996, estimou sua prevalência em 1% da população, Judd e Akiskal, em 2003, em 6%, quando formas menos graves do transtorno foram consideradas (GAZALLE, 2008). Em suas formas mais graves, em razão dos sintomas psicóticos exuberantes e da grave agitação psicomotora, o TBH ainda é

confundido com a Esquizofrenia. Em suas formas mais brandas, os pacientes se queixam apenas da fase depressiva e os psiquiatras muitas vezes não investigam ativamente os sintomas de mania ou hipomania.

O *Epidemiologic Catchment Área* (ECA), realizado nos EUA entre 1980 e 1984, com uma amostra de mais de dezoito mil indivíduos em cinco cidades (New Haven, Baltimore, St. Louis, Durham e Los Angeles), encontrou uma prevalência anual de 0,6/100 e uma incidência de 0,4/100 casos por ano (GOODWIN, 2007).

Estudos populacionais realizados em vários países no período de 1984 a 2003 evidenciaram taxas anuais de prevalência do TBH tipo I que variaram de 0,7% na Suíça (Angst et al., 1984), 1,3% na Itália (Faravelli et al., 1990), 0,5% no Brasil (Andrade, 2002) e 0,5% na Austrália (Mitchell et al., 2004), utilizando amostras de 1.000 (Itália) a 10.641 (Austrália) indivíduos e tendo como instrumento o CIDI – Composite International Diagnostic Interview – na maioria dos estudos (GOODWIN, 2007).

Gershon et al., em 1987 nos EUA, observou um grande aumento de casos de TBH e Transtorno esquizoafetivo (TEA) em uma coorte de nascidos após 1940, divididos em faixas etárias com intervalos de dez anos. Várias hipóteses foram propostas para explicar esses achados: a maior mortalidade e institucionalização entre os mais idosos, a mudança de critérios de diagnóstico incluindo formas mitigadas do transtorno nas últimas décadas, o uso dos psicofármacos a partir de 1960 e seu reflexo sobre o suicídio. Há, entretanto, um consenso acerca do aumento das taxas de TBH quando são comparadas as décadas de 1980 e 1990 (GERSHON, 1987).

Quanto ao gênero, TBH tem taxas de prevalência semelhantes em ambos os sexos. Quanto à classe social e escolaridade, Goodwin e Jamison revisaram trinta

estudos entre 1913 e 1989. Nenhum estudo apontou diferenças entre classes sociais. Entretanto, pessoas de classes alta e média nos EUA tendem a receber mais diagnóstico de TBH e pessoas de classes menos favorecidas o diagnóstico de Esquizofrenia. A escolaridade também não se associou mais a um diagnóstico que outro, segundo os autores. Quanto à etnia, Weissman e Meyers, em 1978, encontraram a mesma prevalência do TBH entre negros e brancos nos EUA. Os estudos apontam igual distribuição entre as várias etnias, com exceção dos asiáticos que apresentam taxas mais baixas. Quanto ao estado civil, bipolares são mais solteiros e separados quando comparados à população geral. Apesar da ligação entre quadros maníacos e rupturas conjugais, esta hipótese ainda não encontra suporte em investigações empíricas. O prejuízo no funcionamento social, com menos amigos e menos relacionamentos sociais, está bem estabelecido. Para a mulher, tanto a gravidez e o puerpério quanto a menopausa trazem significativo risco de adoecimento relacionado ao TBH (GOODWIN, 2007).

História familiar tem importante relevância, a maioria dos autores é de opinião que o TBH é um transtorno mental hereditário. O risco de ter a doença entre parentes de primeiro grau é significativamente mais elevado se comparado ao risco encontrado na população geral (GOODWIN, 2007).

O TBH se inicia geralmente na juventude. Sua prevalência é maior entre jovens que entre idosos vivendo na comunidade. A razão pode ser a maior mortalidade por causas médicas ou suicídio (SHULMAN, 1999).

### 1.2.3) Morbidade, Comorbidade e Mortalidade no TBH

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima para a próxima década um aumento considerável da participação dos transtornos mentais entre as principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade, com 31,7% das causas. O Transtorno Bipolar do Humor será a quarta causa entre os transtornos mentais, depois de depressão, alcoolismo e esquizofrenia (PRINCE, 2007).

As estatísticas acerca de suicídio são sempre subestimadas, com diferenças de país para país. Entretanto, o TBH pode ser considerado a primeira ou segunda causa de suicídio entre as doenças clínicas e mentais na população geral (GOODWIN, 2007).

O risco de suicídio é pouco valorizado em nosso meio, o que resulta em ausência de abordagem adequada, com maior número de tentativas e de êxitos suicidas. A pesquisa em suicídio tem identificado duas populações distintas: uma população sem diagnóstico psiquiátrico, responsável por 50% dos suicídios e que em 90% desses casos apresentam transtornos de humor não diagnosticados e não tratados em razão do estigma, falta de informação ou falta de acesso à assistência a saúde ou porque são atendidos por médicos que não reconhecem e não tratam condições como TBH e depressão. O outro grupo compreende os 50% restantes dos suicídios, constituídos por indivíduos que tiveram contato recente com seu médico e foram diagnosticados e tratados corretamente (GOODWIN, 2007).

Uma revisão de 40 estudos desta década, realizado por Luoma et al. encontraram que 50% dos indivíduos que cometeram suicídio estiveram com seu clínico no período de um mês antes de sua morte, 20% estiveram em um serviço de saúde mental. Um número significativo de médicos não identificou ou não orientou acerca do risco de suicídio (LUOMA, 2002).

O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, em sua 4ª. Edição, (DSM-IV) incorporou aos critérios diagnósticos para depressão critérios específicos para potencial suicida: idéias recorrentes de morte, ideação suicida sem um plano específico, tentativa de suicídio e um plano para cometer suicídio (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1995). Essa e outras iniciativas têm sido tomadas com objetivo de dar maior visibilidade ao problema e capacitar um maior número de clínicos a agir diante do risco de suicídio.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001) ocorrem 900.000 mortes por suicídio a cada ano em todo mundo, e estima-se um aumento para 1.500.000 em 2020. A estimativa global é de 17,7 para homens e 10,7 para mulheres por 100.000 habitantes. É menor entre muçumanos e quatro vezes maior entre europeus orientais como na Lituânia, Hungria e Rússia.(BERTOLOTE, 2002).

O uso dos sais de lítio e outros estabilizadores entre bipolares, além da inclusão nos estudos de pacientes não hospitalizados, fizeram reduzir as taxas de suicídio comparando-se estudos de 1970 (15% ao longo da vida) com estudos recentes (5% ao longo da vida). Para Harris e Barraclough (1997), em uma metanálise de 14 estudos entre 1945 e 1992 (n=3.700), o número de suicídios entre bipolares foi 15 vezes o encontrado na população geral. Esse risco aumentou em altas hospitalares recentes, tentativas de suicídio nos últimos cinco anos e abuso de álcool. Sazonalidade e hereditariedade também parecem ligados a um maior risco de suicídio (GOODWIN, 2007).

Em relação à comorbidades, dados indicam que 65% dos pacientes bipolares apresentam outras doenças psiquiátricas, dos quais 25% apresentam três ou quatro outros diagnósticos. Os transtornos que acompanham o TBH são subdiagnosticados

e raramente tratados. Muitas das comorbidades são tratadas com medicamentos que podem aumentar o risco de reagudização do TBH, como os antidepressivos no tratamento dos transtornos de ansiedade. A presença de comorbidades piora o prognóstico do TBH (GOODWIN, 2007).

Transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias são as comorbidades mais frequentes no TBH. Entre os transtornos por uso de substâncias, o álcool é o mais frequentemente abusado (33%), maconha (16%), cocaína e estimulantes (8%). Dos transtornos de ansiedade, 19% apresentam transtorno de pânico, 15% fobia social e 9% transtorno obsessivo-compulsivo (GOODWIN, 2007).

Bauer et al. (2005) sugeriram uma distinção para dois subtipos de TBH a partir de suas comorbidades. Pacientes com TBH tipo I apresentam maior comorbidade com abuso de substâncias, enquanto aqueles com TBH tipo II apresentam períodos mais longos de depressão e maior comorbidade com transtornos de ansiedade e transtornos alimentares (BAUER, 2005).

Entre os pacientes bipolares as doenças cardiovasculares são as mais frequentes e a principal causa de morte, depois do suicídio. Apresentam taxas de doença cardiovascular superiores a da população geral, além de maior frequência de hipotireoidismo, obesidade e diabetes (GOODWIN, 2007).

#### 1.2.4) Aspectos Psicossociais do Transtorno Bipolar do Humor

“Mania e depressão alteram o comportamento não somente de quem os tem como daqueles com quem convivem e se relacionam”, segundo Key Jamison (JAMISON, 2004).

A fase de mania pode resultar em prejuízo do julgamento, indiscrições sexuais, gastos excessivos e violência, que podem destruir ou desgastar a relação com o cônjuge, filhos, familiares e amigos. A essa fase segue-se outra, incapaz de reparar tais deslizes, caracterizada por falta de energia, tristeza, culpa e isolamento, agravando ainda mais os prejuízos no relacionamento interpessoal.

Poucos estudos têm investigado relacionamento conjugal, familiar e social no TBH. Alguns autores têm apontado que prejuízos no desempenho social persistem até durante o período de eutimia (JAMISON, 2004), possivelmente em razão da persistência de depressão subclínica ou das frequentes comorbidades.

Blaire et al., em 2004, estudaram 144 pacientes bipolares em remissão e encontraram menor ajustamento em geral, menos atividades de lazer, relações com parentes, relações conjugais e no trabalho (GOODWIN, 2007).

O'Connell et al., (1985) acompanharam 60 bipolares tipo I, em tratamento ambulatorial com uso de sais de lítio, mediram intensidade e duração dos episódios durante um ano. O menor suporte social e pior ajustamento social estiveram mais relacionados à pior evolução do transtorno do que variáveis clínicas ou demográficas. Também O'Connell et al., (1991) estudaram o funcionamento de 348 bipolares e concluíram que o número de internações psiquiátricas foi um forte fator de pior evolução da doença, acompanhado de atitudes de hostilidade e crítica por parte da família e de seu ambiente social. Maiores escores de depressão estiveram mais relacionados com prejuízo social (O'CONNELL, 1991).

Para Miklowitz, o TBH tem sido visto como um transtorno biológico e seu tratamento, muitas vezes, limitado a farmacoterapia. Dados sugerem a eficácia de estabilizadores do humor em controlar os ciclos do transtorno, entretanto, 40% dos pacientes em tratamento recaem em um ano, 60% em dois anos e 73% em cinco ou

mais anos, além dos sintomas depressivos residuais e um risco 30 vezes aumentado de suicídio se comparado à população sem a doença. O TBH resulta em alto custo social e econômico, com declínio do desempenho ocupacional, altas taxas de separação e divórcio (MIKLOWITZ, 1999).

Famílias com alto nível de emoção expressa aumentam o risco de reagudizações, hospitalizações e depressão. A literatura sobre intervenção psicossocial associada à farmacoterapia tem apresentado estratégias para o paciente e sua família lidarem e minimizarem o impacto de eventos inesperados e negativos de vida (MIKLOWITZ, 1999).

Kim e Miklowitz, em estudo de 2004, investigaram 125 bipolares e suas famílias. Aqueles com família com alto nível de emoção expressa não tiveram maiores taxas de recaída nos dois anos seguintes, mas apresentaram maiores níveis de depressão (KIM, 2004).

O estigma que acompanha a doença mental, principalmente esquizofrenia e transtorno bipolar, resulta em menos autoestima e autoeficácia, além da limitação das perspectivas de recuperação social, para a maioria dos pacientes. Ao serem vistos como “doentes mentais”, essas pessoas assumem as crenças a respeito de sua doença, que são compartilhadas pela maior parte do seu grupo social. São comuns as crenças de que sejam incompetentes, perigosos ou culpados por sua doença. Isso resulta em menor possibilidade de buscar redes de apoio social e oportunidades, em razão de uma antecipação da rejeição. Alguns pacientes reagem ao estigma, outros conduzem suas vidas indiferentes (WATSON, 2007).

Em revisão de dezoito estudos, Miklowitz et al. compararam formas de terapia não farmacológica com tempo de recorrência, recidiva, duração dos episódios, severidade dos sintomas e funcionamento psicossocial em indivíduos bipolares. Os

efeitos variavam com a condição clínica do paciente. Terapias familiar e interpessoal foram mais efetivas em prevenir recorrências e terapia cognitivo-comportamental e psicoeducação em grupo mais efetivas no início de um episódio. Psicoeducação individual e programa de cuidados sistemáticos foram mais úteis para sintomas maníacos, enquanto terapia de família e terapia cognitivo-comportamental para sintomas depressivos. Psicoterapias que enfatizam a adesão à medicação e identificam precocemente mudanças de humor tiveram maior efeito sobre a mania, enquanto aquelas que enfatizam estratégias de *coping*, cognitivas e interpessoais melhor efeito na depressão (MIKLOWITZ, 2008).

Vários investigadores têm observado os efeitos do suporte social sobre o número de fases de adoecimento, infelizmente o suporte oferecido é melhor entre aqueles que são menos doentes. Pacientes em mania eufórica têm mais suporte familiar e social que aqueles em estado misto. Além disso, funcionamento pré-mórbido e temperamento são fatores de melhor ou pior contato social.

Os aspectos psicossociais e as iniciativas de suporte pessoal têm um papel fundamental na prevenção de recaídas e intervenção nos primeiros sinais de uma nova fase de adoecimento, além de orientar para as relações interpessoais com reflexo sobre a qualidade de vida. Essa é uma área de influência e atuação fundamentais para as abordagens religiosas e espirituais: ensinar aos pacientes religiosos estratégias psicológicas de conteúdo espiritual capazes de ajudá-los a lidar com estresse e situações de adversidade, com ambiente familiar, social ou laborativo desfavorável, intervir e orientar as relações familiares.

#### 1.2.5) Classificação, Diagnóstico e Terapêutica do TBH

Em todas as grandes civilizações do mundo antigo a doença teve um significado místico para os homens. Na antiguidade grega os transtornos mentais foram relacionados a causas sobrenaturais, atribuídos às paixões humanas e depois ao desequilíbrio dos humores corporais (PESSOTTI, 1999).

Essa concepção de adoecimento mental, a partir da teoria humoral, perdurou nos círculos médicos do ocidente até o período moderno. Na Idade Média, os cuidados a doentes foram, em grande parte, prestados por religiosos. No século XVIII, ocorreram reformas em asilos na Inglaterra e nos EUA, com uma perspectiva religiosa (KOENIG, 1998). No século XIX, Philippe Pinel inaugura a presença do médico dentro dos asilos públicos de Paris, propondo um novo método de tratamento para os doentes mentais (PESSOTTI, 1995).

No final do século XIX a observação meticulosa e sistemática e a capacidade descritiva de Emil Kraepelin produziram a base para as atuais classificações dos transtornos mentais (GOODWIN, 2007). A partir da 6ª. Edição de seu Manual de Psiquiatria (1899) propôs a superação da psicose única, dividindo as psicoses funcionais em duas, de acordo com a evolução dos sintomas: a Demência Precoce e a Loucura Maníaco-Depressiva. Em 1913, na 8ª. Edição de seu Manual de Psiquiatria, Kraepelin chega à formulação final de sua classificação (LEME LOPES, 1984).

Na relação entre transtornos mentais e religiosidade são observadas variadas opiniões entre luminares da psiquiatria. Kraepelin defendeu que os sintomas religiosos são temas com o qual a doença trabalha, e não causas de adoecimento. Para Sanctis omisticismo é um fenômeno normal produzido por processos psíquicos e sociais normais, os delírios místicos são exacerbações de crenças normais e mais

comuns entre bipolares (SANCTIS, 1928). Já Freud acreditava que a religião causava sintomas neuróticos e até mesmo psicóticos nas pessoas (KOENIG, 2007). A autotranscendência e um sentido para a vida foram apontados por Frankl como as questões centrais da existência humana e sua ausência como parte importante do sofrimento psíquico (FRANKL, 1989).

Na segunda metade do século XX a Psicose Maníaco-Depressiva tomou caminhos diversos na Europa e Estados Unidos (EUA). A Europa aderiu ao modelo clínico proposto por Kraepelin, enfatizando o curso natural da doença na clínica e na pesquisa e os EUA se afastaram em direção a teorias que oferecessem soluções terapêuticas disponíveis, na época baseadas no novo tratamento moral – a psicanálise (GOODWIN, 2007).

A Psiquiatria era uma especialidade médica com poucas alternativas terapêuticas até o final da primeira metade do século XX. Em 1949, o psiquiatra australiano John Cade identificou efeitos antimaníacos nos sais de lítio, sem importante impacto inicial nos meios psiquiátricos europeus (CADE, 1949).

Mogens Schou, jovem psiquiatra escandinavo, identificou níveis seguros e eficazes para o uso dos sais de lítio e seu efeito profilático no TBH, tanto para a mania quanto para a depressão (GENTIL FILHO, 1984).

Em 1952, Delay e Deniker apresentaram suas observações clínicas com a Clorpromazina nos quadros psicóticos. Em poucos dias produzia remissão da agitação e agressividade, redução dos delírios, alucinações e retorno do contato pessoal (DELAY, 1952).

Como num movimento em cascata surgiram ainda, nas décadas de 1950 e 1960, as duas primeiras classes de antidepressivos, os inibidores da MAO e os tricíclicos. Sem qualquer ferramenta farmacológica eficaz até 1949, em pouco mais

de dez anos a Psiquiatria já dispunha dos fármacos necessários ao tratamento dos principais transtornos mentais (SCHATZBERG, 1989).

O uso dos novos fármacos também foi feito de modo diverso. Na Europa houve um equilíbrio no diagnóstico das psicoses, fazendo-se uso equânime de sais de lítio, antipsicóticos e antidepressivos. Nos EUA a forte influência da psiquiatria psicodinâmica, a adoção dos sintomas de 1ª. Ordem de Kurt Schneider como referencial teórico para o diagnóstico da esquizofrenia e a proibição do uso dos sais de lítio até a década de 1970, fizeram com que os limites da Esquizofrenia se ampliassem (POPE, 1978).

O efeito dos anticonvulsivantes sobre o TBH foi observado inicialmente com a Carbamazepina e em seguida com o Ácido Valpróico, entre as décadas de 1970 e 1980. O Ácido Valpróico se mostrou eficiente nas fases de mania, nos estados mistos e nos ciclos rápidos, onde o lítio mostrava menor eficiência.

Na medida em que foram surgindo novos anticonvulsivantes eles foram sendo testados como estabilizadores do humor, alguns com sucesso.

Na década de 2000 surgiu uma nova geração de antipsicóticos, mas nem seus efeitos estão muito bem estabelecidos, nem existem estudos muito consistentes acerca de sua eficácia e segurança.

Com tratamentos mais eficientes para os transtornos mentais era necessária uma classificação que permitisse a troca de conhecimentos entre profissionais de várias nacionalidades, culturas e idiomas. Até a década de 1970 existia uma escola psiquiátrica e uma classificação psiquiátrica para cada idioma hegemônico falado na Europa, além dos EUA envolto em uma confusão de “reações” de inspiração psicodinâmica. A única razão para tal fato eram os nacionalismos locais (BERRIOS, 2008).

Isso resultava em uma dificuldade prática, a impossibilidade de se comparar e discutir aspectos epidemiológicos, diagnósticos e tratamentos. Kramer, em 1971, aponta que a PMD era diagnosticada nove vezes mais na Inglaterra que nos EUA, havia nos psiquiatras americanos uma predileção pela Esquizofrenia. Um estudo avaliou quinhentas internações consecutivas realizadas em Londres e Nova York apontando que entre psiquiatras londrinos houve uma razão de 1:1 entre os diagnósticos de Esquizofrenia e TBH, entre psiquiatras americanos essa razão foi de 8:1 em favor do diagnóstico de Esquizofrenia. Vários outros estudos entre países foram realizados naquele período (POPE, 1978).

No início da década de 1980 vem a lume a terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM III), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). O DSM III buscava introduzir critérios explícitos de diagnóstico, em um sistema multiaxial, e com um enfoque descritivo que procurava ser neutro em relação às teorias etiológicas. Esse foi um passo decisivo de um processo de unificação e difusão de critérios diagnósticos para a clínica e a pesquisa. Em 1992, a 10ª. Edição da Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento (CID 10), iniciativa da Organização Mundial de Saúde, seguiu a mesma direção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1988). O DSM III ganhou revisões e outras edições nos anos seguintes, DSM III – R, DSM IV, DSM IV – TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003), todas com uma versão em língua portuguesa.

Em que pese suas dificuldades e limitações, pois são mais listas diagnósticas que classificações, a uniformização de critérios diagnósticos trouxe a possibilidade de investigar e comparar resultados a partir de uma mesma medida que irá, aos

poucos, incluindo diferenças culturais e ganhando maior representatividade do todo que a utiliza.

Por fim, Hagop Akiskal tem se dedicado nas últimas décadas a detalhar as formas clínicas do TBH, com subtipos intermediários entre os atualmente consagrados, além do estudo sistemático das comorbidades e outras questões como as repercussões do não diagnóstico do TBH.

Segundo Akiskal, Bourgeois, Angst e outros, até recentemente acreditava-se numa prevalência de 1% do TBH na população geral. “Emergiu um transatlântico de dados” fornecendo evidências de uma prevalência em torno de 5%. Estados maníacos com humor incongruente, estados mistos ou disfóricos, estados maníacos leves, depressões com hipomania desencadeadas pelo uso de antidepressivos (Bipolar III), além do frequente erro diagnóstico de transtornos de personalidade *borderline* e do tipo dramático. Os sintomas depressivos atípicos com sinais vegetativos, estados de ansiedade, abuso de álcool e outras substâncias são mais comuns nesses e outros pacientes bipolares. O reconhecimento de um espectro clínico de bipolaridade por trás dessas máscaras teve implicações importantes para a clínica e a pesquisa psiquiátrica (AKISKAL, 2006).

Kessler, Akiskal, Ames, et al. encontraram em pesquisas sobre os custos dos transtornos do humor uma maior valorização de episódios depressivos por não distingui-los do TBH. Entretanto, TBH I e II comprometem três vezes mais o desempenho no trabalho que Episódios Depressivos. Para os autores, o aumento do interesse em estabelecer custos dos transtornos do humor sobre o trabalho deverá levar a implementação de programas que incluam o TBH (KESSLER, 2006).

Envolvimento religioso entre bipolares ainda é muito pouco apreciado, se compararmos com idosos, pacientes com doença sistêmica grave e mesmo outros

transtornos mentais como depressão, ansiedade ou abuso de substâncias. A obra mais importante das últimas décadas sobre TBH faz um profundo, detalhado e interessante exame da relação entre pacientes bipolares e criatividade. A respeito de TBH e Religiosidade encontramos apenas um parágrafo, com uma citação bibliográfica (GOODWIN, 2007). Por outro lado, a principal obra sobre Religiosidade e Espiritualidade em Saúde faz extensa reflexão acerca da Esquizofrenia, Depressão e outros transtornos mentais, mas dedica poucas linhas ao TBH (KOENIG, 2001).

Observamos também que, apesar de mania e depressão serem dois momentos de um mesmo transtorno mental e a presença dos sintomas psicóticos apenas uma evidência do agravamento de um desses momentos (fases), a literatura internacional menos recente tratou o TBH como parte dos transtornos psicóticos, e não o relacionou à Depressão.

A literatura relaciona envolvimento religioso com maior bem-estar psicológico e menos depressão, menos pensamentos e comportamentos suicidas, menos uso e/ou abuso de álcool e/ou outras substâncias (MOREIRA-ALMEIDA, 2006). Os mecanismos comumente propostos são o desestímulo ao uso de substâncias, menor envolvimento em situações de risco como situações de violência e comportamento sexual promíscuo, melhor suporte social caracterizado por uma maior e mais profunda rede social, trabalho voluntário em benefício de outras pessoas em situação de dificuldade, crenças que promovem a autoestima, dão significado a situações adversas da vida e estratégias predominantemente positivas para lidar com problemas.

## **2) OBJETIVOS**

### **2.1) Objetivo Geral**

O objetivo do presente estudo foi investigar, em portadores de Transtorno Bipolar do Humor, as associações entre dimensões de religiosidade (organizacional, privada, intrínseca, filiação e coping) e variáveis clínicas (depressão, mania, tentativas de suicídio, internações hospitalares e qualidade de vida).

### **2.2) Objetivos Específicos**

1. Definir o perfil de envolvimento religioso / espiritual dos indivíduos atendidos em um Programa ambulatorial de atenção a portadores de TBH.
2. Correlacionar seu envolvimento religioso / espiritual com a evolução do transtorno, estado atual do humor e qualidade de vida. Retrospectivamente com o número de tentativas graves de suicídio e internações hospitalares.
3. Identificar se e quais formas de envolvimento religioso/ espiritual se correlacionam com melhor evolução do TBH.

### 3) REVISÃO DA LITERATURA

As palavras "Bipolar", "Mania" e "Manic" foram cruzadas com as palavras "Religio\*" e "Spiritu\*" nas bases PubMed e PsychINFO, no mês de maio de 2011. Também foram consultados os textos e referências citadas em "Handbook of Religion and Health" (Koenig 2001) e "Handbook of Religion and Mental Health" (Koenig 1998).

Foram encontrados 124 artigos publicados entre os anos de 1957 e 2011.

Os estudos realizados até a década de 1970, em sua maioria, veem na espiritualidade uma evidência de adoecimento mental. Predominam os relatos de casos de delírios de conteúdo místico, crenças e conversões religiosas. Os estudos realizados a partir da década de 1980 são mais abrangentes ao abordarem envolvimento religioso, uso de CRE, adesão ao tratamento, aspectos étnicos e culturais, recursos comunitários e relação entre tipos de TBH e formas de religiosidade.

#### 3.1) Religiosidade e Espiritualidade no Transtorno Bipolar do Humor

A importância da Religiosidade e Espiritualidade para pessoas enfermas, em especial portadoras de transtornos mentais, ainda não sensibiliza a maioria dos pesquisadores e clínicos.

O primeiro estudo obtido sobre o tema foi de Gallemore et al. Em um estudo transversal com grupo-controle realizado em 1969, nos EUA, estudaram 62 pacientes bipolares e 40 sujeitos controle de igual idade e sem antecedentes de

transtornos mentais. Foi utilizada uma entrevista estruturada abrangendo questões relativas à denominação religiosa, educação religiosa, interesse e vida religiosa, além da postura familiar. Os dados para os dois grupos foram comparados e observou-se uma maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação entre os pacientes bipolares, estivessem bem ou em período crítico da doença (GALLEMORE, 1969).

De modo semelhante Koenig observou em suas vidas religiosas uma maior incidência de experiências místicas, que estariam relacionadas ao incremento da afetividade (KOENIG, 2007).

Dantas, Pavarin e Dalgarrondo, em estudo retrospectivo realizado em 1999, no Brasil, investigaram o papel das crenças e práticas religiosas sobre a doença mental. O trabalho avaliou dados sócio-culturais e sintomas psicopatológicos associados à presença e intensidade de sintomas com conteúdos religiosos ou místicos. Revisaram duzentas internações consecutivas realizadas em hospital universitário. Quanto ao diagnóstico psiquiátrico, os casos distribuíram-se da seguinte forma: esquizofrenia 28,0% (n=56), depressão 24,0% (n=48), mania 19,0% (n=38), e outros. Sintomas religiosos estiveram presentes em 28 pacientes (15,7%), em sua maioria com sintomas do espectro maníaco, mostrando significativa correlação entre sintomas e estados maníacos e experiências místicas (DANTAS, 1999).

Kirov e cols, em estudo transversal de 1998, na Inglaterra, investigaram em 49 pacientes, 33 esquizofrênicos e 16 bipolares. Trinta e quatro indivíduos se declararam religiosos e 15 não religiosos. A maioria dos que se disseram religiosos relatou ter usado sua religião como *coping* (61,2%). Foi observado aumento de crenças religiosas em 12 indivíduos e diminuição em dois após a doença. Três

variáveis estiveram relacionadas de maneira significativa à maior frequência de *coping*: ser mulher, não branca e ter transtorno bipolar. Aqueles com maior frequência de *coping* apresentaram maior adesão ao tratamento medicamentoso e a experiência do adoecimento mental contribuiu para um incremento de suas crenças religiosas (KIROV, 1999).

Mitchel e Romans, em estudo transversal de 2003, na Nova Zelândia, estudaram crenças religiosas, espirituais, filosóficas e práticas religiosas de 81 indivíduos bipolares. Segundo os autores a maioria dos pacientes referiu crenças religiosas (78%) e os evangélicos foram mais envolvidos em práticas religiosas que as denominações tradicionais e liberais. Dois quintos dos pacientes relataram diminuição de sua fé após a doença. Aqueles que não estiveram bem nos últimos cinco anos referiram maior envolvimento religioso organizacional e privado. Aqueles que tiveram uma prática religiosa privada relataram ajuda no lidar com sua doença. Foi encontrada uma relação significativa e inversa entre intensidade de crença e cumprimento das prescrições médicas entre minorias étnicas e religiosas, como os indivíduos pertencentes à etnia Maori e a grupos religiosos muito conservadores (MITCHELL, 2003).

Cruz et al. em 2010, nos EUA, em um estudo transversal com 334 indivíduos bipolares em tratamento ambulatorial, investigaram a associação entre diferentes formas de envolvimento religioso e estados clínicos do TBH. Seu estudo apontou maior religiosidade privada entre bipolares em estado misto e taxas mais baixas entre eufímicos. Não estiveram associados a qualquer tipo de religiosidade os pacientes depressivos e maníacos. Os autores chamam a atenção para o predomínio de homens e a maior ocorrência de indivíduos com limitações físicas na amostra, por se tratar de uma unidade de saúde destinada a veteranos de guerra. A

maior incidência de limitações físicas entre veteranos poderia ser um obstáculo à religiosidade organizacional, entretanto, acreditam que a maior gravidade e pior prognóstico dos estados mistos levaram os pacientes a aumentarem a frequência de seus comportamentos religiosos (CRUZ, 2010).

Vários autores apontam uma menor ocorrência de sintomas místicos nos quadros depressivos, bem como uma relação inversa entre sintomas de conteúdo religioso e sintomas depressivos. Crenças e práticas religiosas relacionaram-se a menores índices de sintomas depressivos. Sintomas psicóticos em quadros depressivos podem ter um efeito difuso sobre as crenças religiosas da pessoa. Delírios de culpa, menos-valia e ruína, podem tomar um significado religioso para o paciente. Pessoas deprimidas têm menor frequência de experiências religiosas e menor crença em Deus, com maiores sentimentos de culpa pela falta de fé ou perda de sua fé (DANTAS, 1999), (KIROV, 1998).

Os estudos evidenciam a especial importância dos aspectos religiosos e místicos na vida de pacientes bipolares, bem como a maior frequência com que utilizam suas crenças religiosas para lidar com situações de estresse e com sua doença. Gallemore et al. apontaram diferenças entre certos aspectos da religiosidade e espiritualidade em pacientes bipolares e controles normais, com maior frequência de experiências de conversão e salvação. Koenig aponta a maior incidência de sintomas místicos e atribui às peculiaridades afetivas da doença. Dantas et al. encontraram uma relação significativa entre sintomas de mania e sintomas místicos. Kirov et al. encontraram entre as mulheres, não brancas e portadoras de TB as maiores frequências de uso de *coping* religioso-espiritual em seu estudo. A relação entre envolvimento religioso e pacientes deprimidos se mostrou positiva e invertida, quanto mais depressão menos sentimentos religiosos.

Em suma, fica evidente pela literatura disponível a relação do Transtorno Bipolar do Humor com mais frequentes experiências religiosas e espirituais, bem como a maior influência em sua vida.

### **3.2) Coping Religioso-Espiritual no Transtorno Bipolar do Humor**

Reger e Rogers, em 2002, nos EUA, estudaram CRE entre pessoas com transtornos mentais crônicos. Participaram do estudo 415 pessoas com transtornos mentais persistentes, sendo 58 (14%) Bipolares. Os resultados apontaram uma alta prevalência e importância do uso de CRE na amostra, principalmente para pacientes esquizofrênicos, esquizoafetivos e bipolares. Esses pacientes usaram CRE por mais tempo e perceberam mais benefícios ao lidar com frustrações e dificuldades diárias (ROGER, 2002).

Phillips e Stein, em 2007, nos EUA, investigaram CRE e sua relação com variáveis demográficas e religiosas em um estudo longitudinal de um ano. Foram estudados 48 adultos jovens esquizofrênicos e bipolares. Utilizaram três sub-escalas de RCOPE (Pargament et al., 2000): uma de CRE positivo e duas de CRE negativo. Os autores chamam a atenção para o fato de que pessoas com transtorno mental grave usam formas de CRE positivas e negativas, sendo que formas negativas trazem significativo prejuízo para os pacientes (PHILLIPS, 2007).

Pollack, Harvin e Cramer, em estudo transversal de 2000, nos EUA, compararam 80 indivíduos brancos e 42 negros bipolares hospitalizados. Encontraram entre os negros melhores recursos internos cognitivos, emocionais e espirituais. Provavelmente o enfrentamento mais frequente de situações adversas, uma visão mais positiva dos problemas e uma maior preocupação religiosa durante

a educação serviram como aprendizado que persistiu na vida adulta (POLLACK,2000).

CRE em pacientes bipolares é mais frequentemente utilizado e por maior tempo, é mais benéfico e variado que em outros transtornos mentais. São utilizadas tanto as estratégias positivas de *coping*, que resultam em bem-estar, confiança e calma, quanto as negativas, que encerram culpa, medo e autodesvalorização, sentimentos desvantajosos para a saúde psíquica. Atividades psicoeducacionais podem discutir e orientar estratégias de *coping* com importante benefício para pacientes religiosos.

### **3.3) Recursos Comunitários e Intervenções Religiosas no Transtorno Bipolar do Humor**

Pollack et al. chamaram a atenção para o aumento do interesse pelos aspectos psicossociais no TB nos últimos anos. Tem ganhado relevância questões como adesão e cumprimento do tratamento e estressores capazes de precipitar novos episódios. Vários fatores têm sido relacionados com maior recorrência: suporte social inadequado, desajuste em atividades sociais e de lazer, má qualidade das relações interpessoais, principalmente familiares (POLLACK,2000).

Chakrabarti, Kulhara e Verma, em 1992, na Índia, estudaram 90 pacientes portadores de transtorno do humor e observaram que a sobrecarga referida por familiares de pacientes bipolares era maior que a referida por familiares de pacientes depressivos. Essa maior sobrecarga era atribuída aos reflexos sociais causados pela ocorrência da mania. O número de episódios de mania, a duração da doença, a

severidade e disfunção das fases foram determinantes da maior sobrecarga (CHACRABARTI, 1992).

Stueve et al. em 1997, nos EUA, investigaram a sobrecarga percebida por cuidadores negros, brancos e latinos de pacientes bipolares. Negros tenderam a referir menor sobrecarga que brancos e latinos. Entre as causas apontadas estava o maior envolvimento religioso identificado entre os negros, o que funcionava como importante recurso de *coping* e rede de apoio social e emocional (STUEVE, 1997).

Nas últimas duas décadas foram publicados estudos sobre terapias de vários matizes, desenvolvidas ou adaptadas para pacientes psiquiátricos e seus familiares. Essas iniciativas terapêuticas envolveram psicoterapias, terapias de grupo, grupos de educação e informação, alguns deles centrados em práticas espirituais como oração e meditação, além da utilização de técnicas de relaxamento e yoga.

Russinova et al. em estudo aberto e não controlado de 2002, nos EUA, investigaram, por meio eletrônico e através de um questionário com perguntas abertas, os benefícios relatados por 157 pessoas portadoras de transtornos mentais graves. Meditação foi mais frequente entre Bipolares e Depressivos, indicando a utilização de práticas alternativas de saúde por pessoas com transtornos mentais graves. Atividades religiosas e espirituais como oração, culto, adoração, leituras religiosas e espirituais foram frequentemente praticadas e referidas como benéficas (RUSSINOVA, 2002).

Phillips, Lakin e Pargament, em estudo aberto e não controlado de 2002, nos EUA, utilizando recursos religiosos, métodos de *coping* e técnicas de grupo desenvolveram um programa de tratamento dirigido a pessoas com transtornos mentais graves. O programa de tratamento foi constituído por sete encontros semanais, com 90 minutos de duração cada e formato psicoeducacional. Foram

abordadas questões relacionadas a conflitos espirituais, recursos religiosos e sua influência sobre a doença. Os participantes referiram maior compreensão de seus sentimentos, de suas preocupações espirituais e relações interpessoais (PHILLIPS, 2002).

A preocupação com o desenvolvimento de estratégias psicossociais ganha cada vez mais importância para quem trabalha e quem pesquisa TB. Adesão e cumprimento do tratamento e estressores capazes de precipitar novos episódios estão no centro das atenções. Fatores como suporte social inadequado, desajuste em atividades sociais e má qualidade das relações interpessoais têm sido relacionados com recorrência da doença. Talvez Religiosidade e Espiritualidade façam diferença para pacientes bipolares ao proporcionar suporte social e relações interpessoais de boa qualidade.

### **3.4) Comunidades Tradicionais e Transtorno Bipolar do Humor**

Comunidades tradicionais com frequência relacionam transtornos mentais a causas espirituais. Suas crenças acerca de saúde e doença não são substituídas por conceitos médicos, o que deve ser considerado na condução do tratamento. Em estudo na Nova Zelândia sobre religiosidade e *coping* pessoas da etnia Maori referiram conflitos entre sua compreensão de doença e o modelo médico ocidental, com prejuízos para a adesão e cumprimento do tratamento (MITCHELL, 2003), (PATEL, 1995).

Raguram et al. em estudo aberto e não controlado, em 2002 na Índia, descreveram o tratamento de 31 pessoas com transtornos psicóticos graves, dentre

os quais três pacientes bipolares. Os pacientes foram tratados em um templo hindu durante seis semanas, sem o uso de terapêuticas biológicas. Os autores observaram uma redução de 20% nos escores de sintomas psiquiátricos medidos pelo *Brief Psychiatric Rating Scale*, segundo eles superior a vários dos novos antipsicóticos recentemente lançados (RAGURAM, 2002).

Egeland, Hostetter e Eshleman, em estudo aberto e não controlado realizado em 1983, nos EUA, revisaram alguns dos fatores culturais mais comuns e relevantes para o diagnóstico do TB entre os *Old Order Amish*. Os *Amish* formam uma comunidade religiosa cristã bastante antiga e tradicional em seus usos e costumes. Um médico não familiarizado com a cultura pode ter dificuldade para identificar uma fase de mania. Também a temática religiosa de uma pessoa de outra cultura pode ser facilmente tomada por vivência psicótica. O diagnóstico de esquizofrenia em pacientes bipolares *Amish* foi recorrente por longo tempo em razão do desconhecimento ou desvalorização das diferenças culturais (EGELAND, 1983).

Muitos pacientes bipolares relatam conflito significativo entre médicos e conselheiros religiosos sobre como entender e lidar com sua doença. É freqüente que psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental ignorem ou critiquem crenças religiosas de seus pacientes e líderes religiosos tenham reservas com relação aos tratamentos em saúde mental. Entretanto, pacientes psiquiátricos dão grande importância às suas crenças e atribuem a elas um papel importante no lidar com sua doença. Vários autores têm identificado problemas para pacientes que têm um modelo de doença diferente de seus médicos, com pior adesão ao tratamento. Os resultados sugerem ser essa uma área que merece esforços no sentido de reduzir as incertezas existentes. No Brasil, como em vários outros países, sempre foi notória a maior prevalência de esquizofrenia entre os pobres e de

transtornos do humor entre as classes privilegiadas, resultado do abismo cultural existente e o fato dos médicos estarem familiarizados com o discurso e comportamento das classes mais favorecidas, de onde provêm (KIROV, 1998).

Comunidades tradicionais nos chamam a atenção para a diversidade cultural e os paradigmas diferentes de doença. Os *Maori*, na Nova Zelândia, tiveram menor adesão ao tratamento em razão de sua compreensão de doença muito diversa do modelo médico ocidental. Os *Amish*, nos EUA, foram diagnosticados erradamente por décadas em razão das diferenças culturais não consideradas (MITCHELL, 2003), (EGELAND, 1983).

### **3.5) Delírios Místicos no Transtorno Bipolar do Humor**

Autores clássicos da primeira metade do século XX apontavam Esquizofrenia e Epilepsia como transtornos mentais mais frequentemente relacionados com sintomas religiosos. Emil Kraepelin, em 1929, chamou a atenção para a significativa ocorrência de sintomas religiosos entre pacientes bipolares (GALLEMORE, 1969), (KIROV, 1998).

Em estudo transversal de 1966, Sedman e Hopkinson estudaram 12 pacientes, sendo sete esquizofrênicos e três bipolares. Avaliaram a ocorrência de vivências de influência, alucinações, experiências de conversão e mudanças de humor, acompanhados por vivências místicas e religiosas. Durante o estudo mudanças de humor foram acompanhadas por vivências místicas e religiosas nos três bipolares e quatro esquizofrênicos (SEDMAN, 1966).

Cothran e Harvey, em estudo transversal de 1986, compararam 23 pacientes esquizofrênicos e 18 bipolares não identificando diferenças nas características dos delírios. A incidência de delírios de conteúdo místico nesse estudo foi igual em ambos os transtornos (COTHRAN, 1986).

Brewerton, em estudo transversal de 1994, examinou 50 pacientes com sintomas psicóticos. Delírios religiosos foram encontrados em todos os transtornos, com predomínio em pacientes maníacos, seguidos por pacientes com psicoses secundárias ao uso de substâncias psicoativas (BREWERTON, 1994).

Em 1999, Appelbaum, Robbins e Roth, em estudo transversal, ao entrevistarem 1.136 pacientes agudamente internados encontraram 328 pacientes delirantes. De 93 pacientes com delírios religiosos 35,5% tinham diagnóstico de Esquizofrenia, 32,9% de Transtorno Bipolar e 14,3% de Transtorno Depressivo (APPELBAUM, 1999).

Getz, Fleck e Strakovisk, em estudo transversal de 2001, observaram a influência da atividade religiosa sobre a intensidade de delírios religiosos em pacientes cristãos com psicose. Examinou católicos, protestantes e pacientes sem afiliação religiosa e encontrou que pacientes protestantes experimentavam mais delírios que os demais. Quando os grupos foram recombinaados, os pacientes mais religiosamente ativos experimentaram delírios religiosos mais intensos (GETZ, 2001).

Hempel et al. em estudo transversal de 2002, estudaram 148 pacientes em instituição penal, dezoito deles glossolálicos. Segundo os autores os pacientes glossolálicos eram todos portadores de transtornos do espectro bipolar, com delírios religiosos ou sexuais e hiperreligiosidade (HEMPEL, 2002).

Alguns autores atribuem a pacientes bipolares a maior frequência de delírios místicos, outros relatam igual prevalência entre bipolares e esquizofrênicos. Koenig, entretanto, aponta uma diferença qualitativa entre os delírios de um e outro. Pacientes bipolares apresentam delírios religiosos como intensificação de suas crenças normais e pacientes esquizofrênicos têm delírios místicos autistas e bizarros (KOENIG, 2001).

Mania e depressão são dois momentos de um mesmo transtorno mental e a presença dos sintomas psicóticos uma evidência do agravamento de um desses momentos (fases). Nesta revisão a literatura internacional frequentemente tratou o TB como parte dos Transtornos Psicóticos, e não o relacionou à Depressão.

## 4) MÉTODOS

### 4.1) População

Os participantes deste estudo são pacientes do Programa de Transtornos do Humor (PTH), um programa de atenção a pacientes portadores de Transtorno Bipolar do Humor e Transtorno Depressivo Recorrente Grave. Pertence ao Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e serve como referência para a rede pública de assistência em saúde mental da cidade de Juiz de Fora. Cerca de 560 pacientes estão em tratamento no momento, entre bipolares, depressivos graves e esquizoafetivos. Conta com uma equipe composta por um médico psiquiatra, uma enfermeira especialista em saúde mental e uma psicóloga, além de residentes de psiquiatria e psicologia em treinamento.

#### 4.1.1) Seleção de Indivíduos

- Foram selecionados 204 indivíduos bipolares sob os cuidados do investigador. Aceitaram participar do estudo 168 indivíduos, todos preencheram os critérios de inclusão no estudo: idade igual ou superior a dezoito anos, diagnóstico definitivo de TBH e pelo menos um ano de tratamento no PTH. O diagnóstico foi confirmado utilizando-se os critérios diagnósticos do DSM IV – TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003).

- Preferiram não participar do estudo 14 pacientes.

- Não foram incluídos 22 pacientes, sendo 9 pacientes com menos de um ano em tratamento, 4 em fase de mania ou depressão graves que impediram a aplicação da entrevista, 5 que abandonaram o tratamento nos últimos seis meses e 4 em abuso de álcool e/ou outras substâncias ilícitas.

A cada um dos indivíduos que participou do estudo:

- Foram explicados os objetivos do estudo, os conteúdos dos questionários e perguntado se concordavam em participar da pesquisa.

- Em caso positivo foi lido e fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado em duas vias, pelo indivíduo e pesquisador.(Anexo A)

- Foi realizada a entrevista para obtenção dos dados sociodemográficos, confrontados com o prontuário médico. Na oportunidade foram esclarecidas as dúvidas. Foram auxiliados os analfabetos ou com algum tipo de deficiência.

- O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário e da Universidade Federal de Juiz de Fora.

## **4.2) Instrumentos**

### **4.2.1) Quadro de Dados Sociodemográficos e de Evolução da Doença**

Elaborado para esta pesquisa com a finalidade de coletar dados: idade, sexo, cor, escolaridade, condição laborativa, estado civil, religião, comorbidades clínicas e psiquiátricas, tempo de doença e de tratamento antes e após o ingresso no PTH, internações hospitalares e tentativas de suicídio antes e após ingresso no PTH. As informações foram colhidas junto ao indivíduo e mediante consulta ao prontuário

médico. Por tentativas de suicídio consideramos aquelas que exigiram internação clínica com risco de vida para o indivíduo. Por internações hospitalares aquelas realizadas em hospitais psiquiátricos. (Anexo B)

#### 4.2.2) Escala de Avaliação de Mania Modificada (EAM-m)

Para mensuração da presença de sintomas maníacos foi utilizada a Escala de Mania Modificada (EAM-m), uma tradução, adaptação e modificação da *Young Mania Rating Scale (YMRS)*, realizada por Vilela e Loureiro (YOUNG, 1983), (VILELA, 1999).

Segundo Vilela e Loureiro não havia na literatura nenhum instrumento específico para avaliação de mania em língua portuguesa. Entre os instrumentos existentes, em língua inglesa, o mais utilizado até então era a YMRS (VILELA, 1999).

O instrumento é constituído por 11 itens baseados nos sintomas centrais da mania e definidos no DSM-IV (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1995).

Os itens são graduados em cinco níveis de gravidade crescente, em que o valor 0 significa a ausência do sintoma avaliado e o valor 4 significa a presença do sintoma em sua forma grave. Os itens (5) irritabilidade, (6) velocidade e quantidade de fala, (8) conteúdo do pensamento e (9) comportamento disruptivo agressivo possuem peso dobrado, ou seja, são pontuados em dobro. A escala tem seu ponto de corte em 12 pontos (variando entre 0 e 68), quanto maior o número de pontos maior a gravidade.

É um instrumento de fácil aplicação, com bons níveis de confiabilidade na

avaliação de presença e gravidade dos sintomas maníacos (VILELA, 1999). O estudo das qualidades psicométricas da EAM-m apontaram para um instrumento de fácil aplicação, com bons níveis de confiabilidade na avaliação de gravidade dos sintomas maníacos. A EAM-m constitui-se no primeiro instrumento validado em nosso meio e destinado especificamente à avaliação de pacientes maníacos.

A variável Mania foi dicotomizada em 0 a 12 (ausência de mania) e 13 a 62 (presença de mania).(Anexo C)

#### 4.2.3 - Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg

A Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) é uma escala amplamente utilizada. Foi desenvolvida a partir da Escala de Avaliação Psicopatológica Abrangente (CPRS – Comprehensive Psychopathological Rating Scale) para avaliar mudanças no curso da doença. Os autores selecionaram os 17 itens mais frequentes e seu somatório, obtendo alta correlação com os escores da Escala de Hamilton (HAM-D) e de Avaliação Clínica Global (CGI). A partir desses 17 itens foram selecionados os 10 que mostraram maior correlação com o tratamento. Esses 10 itens constituem a escala MADRS (MORENO, 1998).

A comparação entre a MADRS e a HAM-D indica que ambas avaliam a intensidade dos sintomas depressivos no mesmo sentido, quanto maior o número de pontos maior a gravidade. Entretanto, a MADRS é mais breve, permite um máximo de seis pontos por item e pontos intermediários, com maior flexibilidade para o entrevistador e prevê sintomas relatados e observados (DRACTU, 1985).

Dratcu et al. (1985) em estudo comparativo entre as duas escalas concluiu que a MADRS parece ser mais abrangente e sensível que a HAM-D na avaliação da intensidade dos sintomas depressivos (CALIL, 1998).

A escala deve ser completada logo após a entrevista, os sintomas não relatados ou não observados correspondem à pontuação “0”, evitando inferências ou interpretações do examinador.

A variável depressão medida pela MADRS foi dicotomizada de 0 a 10 (sem depressão) e 11 a 60 (com depressão). (Anexo D)

#### 4.2.4. Escala de Religiosidade da Universidade de Duke – DUREL

A Escala de Religiosidade da Universidade de Duke é uma versão em português da *Duke Religious Index*(KOENIG, 1997), realizada por Moreira-Almeida et al.e validada por Lucchetti et al.Os autores ressaltam que o fato de ambos os países serem de população majoritariamente cristã e a DUREL apresentar itens mais genéricos, aplicáveis a maioria das religiões em nosso meio, sugere que essa versão em português possa ser bem aplicável em nossa realidade (MOREIRA-ALMEIDA, 2008), (LUCCHETTI, 2010).

##### Características do Instrumento

Na análise dos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RP e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total.

- Um item de religiosidade organizacional (RO): “frequência religiosa institucional”.

- Um item de religiosidade não organizacional ou privada (RP): “frequência de atividades religiosas individuais”.
- Três itens de religiosidade intrínseca (RI): “percepção da presença de Deus na vida”, “crenças religiosas determinando a forma de viver” e “esforço por viver sua religião em todos os aspectos da vida” (MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Neste estudo foi feita uma inversão na pontuação proposta pelos autores, de forma a dar uma melhor visibilidade aos resultados. Originalmente os autores propõem que quanto maior for cada um dos itens de religiosidade menor será sua pontuação.

A variável Religiosidade foi dicotomizada em:

Religiosidade Organizacional –Menor ou igual a algumas vezes/ ano e maior ou igual a duas a três vezes por mês.

Religiosidade Privada – Uma vez por semana ou menos e duas ou mais vezes por semana.

Religiosidade Intrínseca–Menor ou igual a “não estou certo” e Maior ou igual a “em geral é verdade”.(Anexo E)

### **Discordância Religiosa e Interferência no Tratamento**

Foram acrescentadas duas perguntas sobre discordância religiosa quanto ao tratamento, entre o líder religioso e o médico, e sua interferência no tratamento, investigadas por Mitchel e Romans: “Existe discordância entre meu líder religioso ou minha religião e o meu médico com relação ao tratamento?” e “Isso interfere negativamente em meu tratamento?” Foram propostas as seguintes respostas:

“Totalmente verdade para mim.” “Em geral é verdade é verdade.” “Não estou certo (a).” “Em geral não é verdade.” “Não é verdade.” (MITCHELL, 2003).

As respostas obtidas foram dicotomizadas em (4 – 5 “Não é verdade”) e (1 – 3 “Sim ou talvez”).(ANEXO F)

#### 4.2.5. Escala de *Coping* Religioso Espiritual – Versão Abreviada

As escalas RCOPE e Brief RCOPE são consideradas instrumentos de escolha para a avaliação de Coping Religioso-Espiritual. A Escala Brief RCOPE é uma versão abreviada da RCOPE, desenvolvida por Pargament, Smith, Koenig e Perez, oferecendo uma forma eficiente de integrar dimensões religiosas a modelos para estudo de estresse, coping e saúde.(PARGAMENT, 2000), (VAN HOOK, 2004).

No Brasil foi publicada apenas a escala completa(RCOPE). Para obtermos a escala em sua forma breve (Brief RCOPE) traduzimos a original em inglês comparamos com as assertivas do instrumento completo já validado em português, adaptando nossa tradução à versão completa validada em português. Foi obtida uma tradução que necessitará ser validada *a posteriori*.(PANZINI, 2005).

A Brief RCOPE é constituída por quatorze assertivas, sete de coping positivo (ex.: “Tentei colocar meus planos em ação junto com Deus”, “Procurei uma casa religiosa ou de oração”, “Tentei dar conforto espiritual a outras pessoas”) e sete de coping negativo (ex.: “Achei que era castigo de Deus”, “Me senti excluído do meu ambiente religioso”, “Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas”).

Para transformar a variável em dicotômica consideramos CRE baixo(1 e 2) e

CRE alto (3 e 4), num total máximo de 56 pontos.(Anexo G)

#### 4.2.6. Escala Breve de Qualidade de Vida – WHOQOL Abreviado

Qualidade de Vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. A avaliação da qualidade de vida foi acrescentada em ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada em um tratamento, além da eficácia e da segurança (FLECK, 1999).

O desenvolvimento de uma escala que possa medir qualidade de vida em diferentes culturas e povos foi fruto de um trabalho colaborativo internacional promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que resultou na Escala WHOQOL (THE WHOQOL GROUP, 1994).

A versão abreviada da WHOQOL, a WHOQOL-BREF, surgiu da necessidade de instrumentos que possam ser aplicados em menor tempo, mas mantendo as características psicométricas satisfatórias (THE WHOQOL GROUP, 1998).

A WHOQOL-BREF consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as outras 24 questões representando cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Na WHOQOL-100 cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões. A versão em português da WHOQOL-BREF mostrou ser uma alternativa útil para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade como em estudos epidemiológicos ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação. Esta versão alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de

uso o que a coloca como uma alternativa útil em estudos que se propõem a avaliar qualidade de vida no Brasil (FLECK, 2000). Não foi dicotomizada. (Anexo H)

### **4.3) Procedimentos**

Este é um estudo observacional transversal. Todas as etapas da execução da pesquisa foram realizadas exclusivamente pelo investigador.

### **4.4) Análise Estatística**

Os dados foram digitados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 13.0 for Windows.

Inicialmente procedeu-se a uma análise descritiva dos dados. Quando pertinente, as médias foram apresentadas no formato: média  $\pm$  desvio padrão (DP). Posteriormente, foram realizadas análises multivariadas com modelos de regressão logística binomial em que as dimensões de religiosidade eram as variáveis independentes, desfechos clínicos (que foram dicotomizados) eram as dependentes, controlando para as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade e condição laborativa). Um resultado de teste foi considerado estatisticamente significativo quando  $p < 0,05$ .

Para teste da correlação entre religiosidade e qualidade de vidas utilizou-se um modelo de regressão linear por não estar estabelecido até o momento um ponto de corte para a versão brasileira do WHOQOL *bref*, o que impediu a dicotomização

da variável.

## 5) RESULTADOS

### 5.1) Perfil Sociodemográfico

Na população estudada foi observado predomínio de indivíduos do sexo feminino (81,5%), brancos (66,1%), católicos (53,6%) e afastados do trabalho em razão de doença (53%).

Tabela 1 – Distribuição por idade, sexo, cor, *status* marital, situação laborativa e denominação religiosa

<b>Dados Sociodemográficos</b>	<b><i>n</i> (%) ou média (<math>\pm</math> DP)</b>
Idade (em anos)	46.2 ( $\pm$ 10)
Sexo Feminino	137 (81.5)
Cor	
Branco	111 (66)
Pardo e Negro	57 (34)
Situação conjugal	
Solteiro	47 (28)
Casado	64 (39.3)
Separado	40 (23.8)
Viúvo	15 (8.9)
Escolaridade (em anos)	6.85 ( $\pm$ 3.74)
Ocupação	
Estudante	1 (0.6)
Desempregado	21 (12.5)
Trabalho Informal	4 (2.4)
Trabalho Formal	12 (7.1)
Benefício Previdenciário	42 (26.2)
Aposentado por Invalidez	46 (27.4)
Aposentado por Tempo	8 (4.8)
Do lar	31 (19.0)

## 5.2) Denominação Religiosa, Discordância e Interferência no Tratamento

Tabela 2 – Distribuição por denominação religiosa, discordância e interferência no tratamento

<b><i>Denominação religiosa</i></b>	<b><i>n (%) ou média (± DP)</i></b>
- Católico	90 (53.6)
- Evangélico Pentecostal	24 (14.3)
- Evangélico Histórico	18 (10.7)
- Espírita	7 (4.2)
- Evangélico Neopentecostal	6 (3.6)
- Afro-brasileira	2 (1.2)
- Outra	1 (0.6)
Nenhuma	20 (11.9)
Discordância religiosa em relação ao tratamento	50 (30.7)
Interferência no tratamento pelo líder religioso	38(23,3)
Religiosidade Organizacional	64,7
Religiosidade Privada	80,2
Religiosidade Intrínseca	83,8
CRE Positivo	81,1
CRE Negativo	17,7

Observou-se alta frequência referida de discordância religiosa (30,7%) e interferência no tratamento (23,3%) entre a população estudada. Entretanto, não houve associação significativa destes dois itens com nenhum grupo de denominação religiosa.

### 5.3) Estado de Humor, Tempo de Doença, Tentativas de Suicídio e Internações

Tabela 3 – Distribuição por estado de humor, tempo de doença, tentativas de suicídio e internações hospitalares

<b><i>Estado de humor</i></b>	<b><i>n (%) ou média (± DP)</i></b>
Mania	16 (9.5)
Depressão	43 (25.6)
Eutimia	109 (64,9)
Tempo de doença (em anos)	6.69 ± 0.27
Tentativas Suicídio antes PTH	0,61 (1,13)
Tentativas Suicídio após PTH	0,65 (0,29)
Internações antes do PTH	4,27 (6,88)
Internações após o PTH	0,52 (1,31)

#### 5.4) Envolvimento Religioso e Variáveis Clínicas

Tabela 4 – Análise multivariada das relações entre tipos de envolvimento religioso e variáveis clínicas, controlando para fatores sociodemográficos\*

		n (%)	Depressão OR	Mania OR	Tentativa de Suicídio OR	Internação Antes do PTH OR	Internação Após o PTH OR
Religiosidade Organizacional	Baixa	59	1	1	1	1	1
	Alta	108 (64.7)	0.67 (0.29-1.51)	0.72 (0.18-2.91)	1.19 (0.55-2.60)	0.98 (0.47-2.08)	0.81 (0.33-1.95)
Religiosidade Privada	Baixa	33	1	1	1	1	1
	Alta	134 (80.2)	0.85 (0.32-2.24)	0.83 (0.14-5.04)	0.95 (0.37-2.43)	0.59 (0.24-1.46)	0.87 (0.31-2.40)
Religiosidade Intrínseca	Baixa	27	1	1	1	1	1
	Alta	140 (83.8)	<b>0.19</b> <b>(0.06-0.57)</b> <b>p = 0.003</b>	1,05 (0.16-6.87)	0.51 (0.19-1.41)	<b>3.69</b> <b>(1.34-10.14)</b> <b>p = 0.011</b>	2.09 (0.57-7.61)
Coping Rel. Positivo	Baixo	31	1	1	1	1	1
	Alto	133 (81.1)	<b>0.25</b> <b>(0.09-0.71)</b> <b>p = 0.01</b>	0.62 (0.15-2.61)	0.44 (0.17-1.15)	0.71 (0.27-1.85)	0.72 (0.23-2.23)
Coping Rel. Negativo	Alto	29	1	1	1	1	1
	Baixo	135 (82.3)	2.36 (0.82-6.80)	1.53 (0.32-7.21)	0.65 (0.22-1.90)	1.43 (0.51-3.96)	1.89 (0.67-5.33)
Filiação Religiosa Católica		90 (53.6)	1	1	1	1	1
	Evangélica	48 (28.6)	1.27 (0.50-3.23) p=0.61	0.57 (0.12-2.74) p=0.48	1.09 (0.47-2.50) p=0.84	1.47 (0.69-3.13) p=0.31	1.77 (0.69-4.53) p=0.23
	Outras	10 (6.0)	-	2.04 (0.17-24.9) p=0.58	1.70 (0.30-9.74) p=0.55	0.40 (0.11-1.54) p=0.18	0.40 (0.39-4.19) p=0.45
	Nenhuma	20 (11.9)	<b>4.21</b> <b>(1.22-14.5)</b> <b>p=0.023</b>	0.70 (0.07-7.10) p=0.76	2.83 (0.86-9.32) p=0.08	0.74 (0.28-1.97) p=0.55	1.05 (0.28-4.00) p= 0.94

\*Sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, situação laborativa.

A presença de mania não se relacionou com nenhum dos indicadores de religiosidade investigados. Depressão apresentou relação inversa com Filiação Religiosa, Religiosidade Intrínseca e Coping Religioso Espiritual Positivo. O número de Internações antes do ingresso no PTH foi 10 vezes maior que após o ingresso no PTH, em igual período de tempo, 6,7 ( $\pm$  0,27) anos de tratamento antes e após o ingresso.

Antes do ingresso no PTH, pacientes com maior Religiosidade Intrínseca apresentaram um número três vezes maior de internações hospitalares. Religiosidade organizacional e privada não se associaram a estado de humor, histórico de tentativas de suicídio ou de internações hospitalares.

### 5.5) Envolvimento Religioso e Qualidade de Vida

Tabela 5 – Análise Multivariada da relação entre aspectos do envolvimento religioso e qualidade de vida, controlando para variáveis sociodemográficas\*.

	N	QUALIDADE DE VIDA Beta Padronizado	IC	P
Religiosidade Organizacional	163	2,198	0,365 - 4,030	0,019
Religiosidade Privada	163	1,196	-0,667 – 3,050	0,207
Religiosidade Intrínseca	163	2,008	1,001 – 3,014	<0,001
CRE Positivo	161	0,951	0,386 – 1,516	0,001
CRE Negativo	161	-1,471	-2,358 – 0,573	0,001

\*Sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, situação laborativa.

Qualidade de Vida apresentou associação significativa com Religiosidade Organizacional, Intrínseca e Coping Religioso Positivo. Coping Religioso Negativo associou-se a pior Qualidade de Vida. Apenas Religiosidade Privada e filiação religiosa não apresentaram significância estatística com Qualidade de Vida.

## 6) DISCUSSÃO

Apesar da importante prevalência e gravidade do Transtorno Bipolar do Humor, sua relação com religiosidade e espiritualidade ainda é pouco conhecida. Os estudos obtidos através da revisão bibliográfica apontam aspectos interessantes dessa relação, como uma maior frequência de relatos de conversão religiosa e experiências de salvação entre pacientes bipolares que entre pacientes com outros transtornos mentais, além da maior ocorrência de delírios de conteúdo místico na vigência de mania (STROPPIA, 2009).

A literatura relaciona envolvimento religioso com maior bem-estar psicológico e menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso e/ou abuso de álcool e/ou outras substâncias (MOREIRA-ALMEIDA, 2006). Os mecanismos comumente propostos são o desestímulo ao uso de substâncias, menor envolvimento em situações de risco como situações de violência e comportamento sexual promíscuo, melhor suporte social caracterizado por uma maior e mais profunda rede social, trabalho voluntário em benefício de outras pessoas em situação de dificuldade, crenças que promovem a autoestima, dão significado a situações adversas da vida e estratégias predominantemente positivas para lidar com problemas.

Alguns estudos apontam a importância do uso de CRE entre pacientes bipolares. Eles usam CRE por mais tempo e percebem mais benefícios ao lidar com frustrações e dificuldades diárias (STROPPIA, 2009), (ROGER, 2002), (POLLACK, 2000). Entretanto, pacientes bipolares fazem uso também de CRE negativo, o que representa significativo prejuízo pessoal, com possíveis repercussões sobre sua

doença (PHILLIPS, 2007). Ainda conhecemos pouco sobre as estratégias usadas por eles e como lidar com sua religiosidade e espiritualidade em seu benefício.

Não sabemos se R/E e CRE podem influenciar a adesão e cumprimento do tratamento, reduzir a ocorrência de fases de adoecimento ou a necessidade de internações hospitalares. Na literatura dois estudos abordam envolvimento religioso e adesão ao tratamento apresentando resultados opostos (KIROV, 1998), (MITCHELL, 2003).

Nenhum estudo abordou a relação entre R/E, CRE e frequência de internações ou tentativas graves de suicídio entre pacientes bipolares.

Os estudos acerca de comunidades tradicionais, grupos étnicos e classes sociais menos favorecidas, educacional e economicamente, abordam conflitos de paradigmas de doença e dificuldades diagnósticas com repercussão negativa sobre o tratamento. Ambas, classes menos favorecidas e comunidades tradicionais estiveram mais expostas à confusão diagnóstica, talvez em razão da qualidade da assistência a que têm acesso, em razão do desconhecimento ou desvalorização da cultura, ou de dificuldades em compreender o discurso e os valores desses segmentos e grupos sociais (STROPPIA, 2009).

### **6.1) Perfil Sociodemográfico**

Nossa população, constituída por pessoas de baixa escolaridade e renda, apresentou uma idade média de 48,1 ( $\pm$  10,7) anos, sendo 137 (81,5%) indivíduos do sexo feminino. Apesar da literatura não apontar diferenças de gênero na prevalência do transtorno, talvez tenha sido relevante o fato de mulheres em nosso

meio buscarem mais atendimento a saúde e apresentarem menos comorbidades com dependência química (ANDRADE, 2006). Os portadores de dependência química são assistidos em outra unidade especializada, um centro de atenção psicossocial para dependentes químicos, com ou sem comorbidade com outros transtornos mentais, devendo ali ser encontrado um número significativo de indivíduos bipolares masculinos.

A literatura aponta uma maior frequência de solteiros e separados entre indivíduos bipolares, em razão da ligação entre quadros maníacos e rupturas conjugais. Esta hipótese ainda não foi suficientemente investigada, segundo Goodwin e Jamison. O prejuízo no funcionamento social, com menos amigos e menos relacionamentos sociais está bem estabelecido (GOODWIN, 2007). Nossa população é constituída por indivíduos casados (39%), separados (28%), solteiros (24%) e viúvos (9%). Entretanto, investigamos apenas a situação conjugal atual. O número de relacionamentos estáveis anteriores poderia nos dar uma noção da interferência da doença sobre a vida conjugal.

Foi identificado grave prejuízo ocupacional, com predomínio de indivíduos aposentados ou afastados do trabalho por motivo de doença (68,5%), dentre os quais 14,9% desempregados ou trabalhando na informalidade. O alto nível de comprometimento ocupacional é evidência da gravidade e repercussão sobre o desempenho global imposto pela doença, bem como da ausência de políticas de trabalho inclusivo para portadores de transtornos mentais. Tais estratégias poderiam proporcionar melhora da autoestima, da renda e redução do ônus para a previdência social. Segundo Michalak, o funcionamento e habilidade para o trabalho entre bipolares têm sido pouco investigados. Em seu estudo, interrupções provocadas pelo adoecimento, ausências, interferências do adoecimento nas rotinas do trabalho,

estigma e problemas interpessoais no trabalho seriam possíveis causas para o prejuízo laborativo observado (MICHALLACK, 2007).

Entre os indivíduos da população estudada, as razões para as dificuldades de se recolocarem no mercado de trabalho merece uma investigação mais profunda. Aqui estão incluídos aqueles que temem ser demitidos ao retornarem ao trabalho, os demitidos no retorno e aqueles com dificuldade de se recolocarem por não serem considerados aptos nos exames admissionais em razão de uma doença crônica e recorrente.

Quanto à filiação religiosa os resultados refletiram a distribuição encontrada na população brasileira, mostrando o predomínio de católicos e o crescimento das religiões evangélicas pentecostais. Os indivíduos com filiação religiosa apresentaram menor risco de depressão quando comparados com aqueles que declararam não ter religião, entre católicos essa relação foi de 4,2 vezes.

Foi encontrada alta frequência referida de discordância religiosa entre líderes religiosos e profissionais de saúde (30,7%), com importante interferência sobre o tratamento (23,3%) na população estudada. Entretanto, não foi encontrada associação significativa com nenhum grupo de denominação religiosa, ou porque realmente não havia ou foi ocultada pelo procedimento de categorização em apenas três grupos. A categorização foi necessária ao estudo estatístico em razão do pequeno número de indivíduos em certas categorias. Assim, denominações religiosas muito diversas em suas práticas e orientações foram analisadas juntas.

## **6.2)Envolvimento Religioso e Mania**

Entre os 168 indivíduos entrevistados apenas 16 (9%) apresentaram sintomas de mania / hipomania. O pequeno número de indivíduos em mania / hipomania, em relação à população estudada, poderia explicar a ausência de significância na associação entre mania e envolvimento religioso. No entanto, nossos dados sugerem uma real ausência de associação entre mania e religiosidade, pois mesmo não significantes estatisticamente, os indivíduos em mania apresentaram menores escores de religiosidade em suas várias dimensões. Tais achados parecem apontar para uma diferença entre religiosidade e idéias místicas na hipomania e mania franca. Uma amostra maior de indivíduos em hipomania/mania precisa ser estudada para maior clareza dessa relação.

Os indivíduos em mania psicótica foram excluídos do estudo, pela impossibilidade de responderem aos questionários, dois em depressão grave e dois em mania psicótica, um dos quais com delírios religiosos e místicos. Outros dois estudos recentes (MITCHELL, 2003) (CRUZ, 2010) que investigaram a relação entre TBH e religiosidade, também excluíram pacientes em mania psicótica da amostra. Futuros estudos que incluam esses pacientes poderão contribuir para a melhor compreensão da relação entre mania psicótica e religiosidade.

### **6.3)Envolvimento Religioso e Depressão**

Em relação aos sintomas depressivos, aqueles indivíduos com maiores níveis de Religiosidade Intrínseca apresentaram menos depressão. A importância dessa associação reside no fato de sintomas depressivos serem os principais responsáveis pela maior limitação do desempenho de bipolares em várias áreas como

relacionamento interpessoal, social e laborativo. Depressão é o principal fator de má qualidade de vida e risco de suicídio entre pacientes bipolares (KIM, 2004).

Indivíduos que relataram não possuir afiliação religiosa apresentaram risco de depressão quatro vezes maior que aqueles que se declaram católicos, a denominação religiosa com maior número de adeptos.

Coping Religioso-Espiritual positivo associou-se também a menos sintomas depressivos, sugerindo uma relevância das estratégias de CRE ao lidar com tais sintomas. A associação de CRE com sintomas depressivos pode ter grande importância para pacientes bipolares, pois estratégias positivas de CRE podem ser aprendidas e estratégias negativas podem ser identificadas e modificadas. Uma abordagem breve, individual ou em grupo, para pacientes religiosos poderá possibilitar a identificação de dificuldades e o aprendizado de um modo mais eficiente de lidar com estressores psicossociais, com reflexos sobre depressão, qualidade de vida e risco de recorrência do transtorno (PHILLIPS, 2002).

#### **6.4) Envolvimento Religioso, Internações e Tentativas de Suicídio**

Religiosidade Intrínseca associou-se a um maior número de internações hospitalares antes do ingresso no PTH. Esse resultado pode ser fruto de um viés, decorrente do grande número de internações hospitalares antes do ingresso no PTH e de um alto nível de RI referida pelos pacientes. Ou então, quadros graves de TBH que geram internações hospitalares podem se associar com o desenvolvimento de maior RI. Embora menos provável, tendo em vista os demais achados desta pesquisa, uma outra hipótese seria que RI induzisse mais internações hospitalares.

Em um estudo transversal não é possível definir a direção causal da associação. É digno de nota que os pacientes, antes de estarem no PTH, estavam mais susceptíveis a reagudizações, pelo freqüente diagnóstico incorreto e conduta terapêutica inadequada, com maior risco de internação hospitalar.

Religiosidade privada não apresentou, neste estudo, associação significativa com depressão, mania, tentativas graves de suicídio, frequência de internação hospitalar ou qualidade de vida. Na literatura, Cruz et al. encontraram maior frequência de religiosidade privada entre pacientes com TBH do tipo misto. Eram pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital de veteranos, em sua maioria masculinos (CRUZ, 2010).

A frequência de internações após o ingresso no PTH não se associou a nenhum tipo de religiosidade ou *coping*. O que pode ter ocorrido em razão do menor número de internações se comparado ao período anterior ao ingresso no PTH. Os indivíduos do estudo tiveram dez vezes menos internações após ingressarem no PTH, em igual período.

Fatores como suporte social inadequado, desajuste em atividades sociais e má qualidade das relações interpessoais têm sido relacionados com recorrências da doença e maior número de depressões. É possível que Religiosidade e Espiritualidade façam diferença para pacientes bipolares ao proporcionar suporte social e relações interpessoais de boa qualidade.

Não foi encontrada associação entre envolvimento religioso e tentativas graves de suicídio.

## **6.5)Envolvimento Religioso e Qualidade de Vida**

Pessoas com TBH apresentam importante prejuízo em sua qualidade de vida. Esse prejuízo é significativo na fase depressiva e ainda maior entre os indivíduos na fase de mania, mesmo que estes não percebam (GAZALE, 2008).

No nosso estudo melhor qualidade de vida associou-se à maioria das formas de envolvimento religioso: religiosidade organizacional, religiosidade intrínseca e CRE positivo. A associação inversa encontrada entre CRE Negativo e pior qualidade de vida de certa forma reforça os resultados obtidos.

Sabemos o quanto é complexo e oneroso impactar a qualidade de vida. Entretanto, em se tratando de R/E, temos com o próprio paciente as condições necessárias, bastando iniciativas simples. O estímulo à frequência religiosa em sua denominação, ao aprofundamento da vida espiritual que caracteriza a religiosidade intrínseca e a identificação e orientação de estratégias de *Coping* Religioso Espiritual para lidar com situações de dificuldade podem ser fatores de impacto na qualidade de vida de pacientes bipolares religiosos (KOENIG, 1998), (PHILLIPS, 2002), (PHILLIPS, 2007).

As abordagens psicossociais de base espiritual podem ser uma alternativa eficiente de tratamento para pessoas religiosas, dando qualidade ao tratamento em nosso meio. Podem ser desenvolvidas para pequenos grupos e adaptadas à realidade de cada lugar. Já existem as bases teóricas necessárias com os estudos de K. Pargament, H. Koenig, J. Levin e outros autores.

A associação significativa de envolvimento religioso com qualidade de vida aponta a necessidade de ampliarmos sua investigação.

## 6.6) Discordância e Interferência Religiosa

Discordância entre líderes religiosos e médicos assistentes foi apontada por 30.7% dos indivíduos do estudo e interferência sobre o tratamento por 23.3% dos indivíduos. Esses números foram superiores a respectivamente 24% e 19% encontrados na Nova Zelândia (MITCHELL, 2003). Esperava-se menor discordância e interferência no conjunto das denominações e maior entre adeptos de denominações menores e mais rígidas em seus preceitos, mas não ocorreram diferenças significativas entre as denominações religiosas.

Pacientes bipolares relatam conflitos entre médicos e conselheiros religiosos sobre como entender e lidar com sua doença. É freqüente que psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental ignorem ou critiquem crenças religiosas de seus pacientes e líderes religiosos tenham reservas com relação aos tratamentos em saúde mental. Entretanto, pacientes psiquiátricos dão grande importância às suas crenças e atribuem a elas um papel importante no lidar com sua doença.

Não foi investigada redução da fé após o adoecimento, apontada por Mitchel e Romans ou aumento encontrado por Kirov et al. como fato relevante em seus estudos. (MITCHELL, 2003), (KIROV, 1998).

As limitações deste estudo incluem: O fato de ser um estudo transversal, que permite apenas estabelecer associações. A ausência de um grupo controle. A exclusão dos casos graves de depressão e mania, em razão da necessidade de investigar melhor estes subtipos clínicos em suas associações com RE. O predomínio de mulheres na população estudada, limitando a generalização dos achados para os homens, já que o gênero se associa a religiosidade.

## 7 – CONCLUSÃO

Religiosidade Intrínseca e estratégias de CRE positivo pareceram ser as medidas mais genuínas de envolvimento religioso neste estudo e apresentaram forte associação com aspectos importantes da evolução do TBH, como menos depressão e melhor qualidade de vida. Filiação Religiosa associou-se a menos depressão e Religiosidade Organizacional associou-se a melhor qualidade de vida.

Os altos níveis de discordância religiosa e interferência no tratamento apontam para a necessidade de uma maior aproximação entre lideranças religiosas e profissionais de saúde, para a necessidade de uma mudança de atitude em relação à religiosidade dos pacientes, além de mudanças em estratégias terapêuticas que insistem em ignorar o valor da religiosidade para a maioria das pessoas.

A possibilidade de conciliação de estratégias de tratamento e o respeito às crenças do paciente e a cultura local, bem como os benefícios de uma associação entre os recursos da medicina convencional e outras crenças e tradições, devem ser considerados em prol do bem estar de muitas pessoas crentes.

Os resultados encontrados evidenciam a associação de Religiosidade/Espiritualidade com menos depressão e melhor qualidade de vida entre pacientes bipolares. Esses achados poderão ser relevantes na evolução e tratamento desses pacientes. Estudos com um desenho longitudinal poderão esclarecer melhor a direção das associações encontradas.

A investigação da religiosidade em mania merece continuidade para melhor clareza a respeito da relação entre bipolares em hipomania e mania com hiperreligiosidade e bipolares em mania psicótica com delírios místicos.

## 8 – Referências Bibliográficas

AKISKAL, H. S.; BOURGEOIS, M. L.; ANGST, J.; POST, R. et al.; Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. **Am J Psychiatry**, 163:1561–1568, 2006.

ALLPORT, G. W.; ROSS J. M. Personal religious orientation and prejudice. **J Pers Soc Psychol.** 5 (4): 432–43, 1967.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3.ed. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

\_\_\_\_\_. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM – IV – TR** / American Psychiatric Association. (trad. Maria Cristina Ramos Gularte) - 4.ed.rev – Porto Alegre: Artmed, 2003.

ANDRADE, L. H. S.G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.** 33 (2): 43-54, 2006.

APPELBAUM, P. S.; ROBBINS, P. C.; ROTH, L. H. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. **Am J Psychiatry**, 156(12): 1938-1943, 1999.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. [trad. Dayse Batista] - 4. Ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BAUER M. S.; ALTSHULER, L.; EVANS, D. R.; BERESFORD, T.; et al. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. **J. Affect Disord**, 85: 301-15, 2005.

BERRIOS, G. E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Rev Psiquiatr. Clín.** 35(3): 113-127, 2008.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide rates in China. **Lancet**, 359 (9325), 2274, 2002.

BREWERTON, T. D. Hyperreligiosity in psychotic disorders. **J NervMent Dis.** 182(5): 302-304, 1994.

CADE, J. F. Lithium salts in treatment of psychotic excitement. **Med J Aust** 36: 349 - 352, 1949.

CALIL, M. H.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de depressão. **Rev. Psiq. Clin.** 25: 65-69, 1998.

CHACRABARTI, S.; KULHARA, P.; VERMA, S. K. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. **Acta Psychiatr Scand.** 86(3):247-252, 1992.

COTHRAN, M. M.; HARVEY, P. D. Delusional thinking in psychotics: correlates of religious content. **Psychol Rep.** 58(1):191-199, 1986.

CRUZ, M.; PINCUS, H. A.; WELSH, D. E.; GRENNWALD, D.; et al. The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. **Bipolar Disord.** 12: 68-76, 2010.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANTAS, R.C.; PAVARIN, L. B.; DALGALARRONDO, P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 21 (3):158-64, 1999. 54.

DEL-PORTO J. A; DEL-PORTO K.O. História da caracterização nosológica do transtorno Bipolar. **Rev. Psiq. Clin.** 32 (supl 1): 7 - 14, 2005.

DELAY, J.; DENIKER, P.; HARL, J. Utilization therapeutique psiquiatrique d'une phenothiazine central elective (4560 RP). **Ann Med Psychol.** 110: 112-117, 1952.

DRACTU, L.; RIBEIRO, L. C.; CALIL, H. M. Escalas de avaliação da depressão e sua utilidade clínica: Hamilton, Montgomery-Asberg e visual analógica do humor. **Rev Assoc Bras Psiquiatr,** 7: 59-65, 1985.

EGELAND, J. A.; HOSTETTER, A. M.; ESHLEMAN, S. K. 3<sup>rd</sup>.; Amish study III: the impact of cultural factors on diagnosis of bipolar illness. **Am J Psychiatry.** 140(1):67-71, 1983.

FLECK, M. P. A.; FACHEL, O.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.** 21:19–28, 1999.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; et al. **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública** 34 (2): 178-83, 2000.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento abreviado da avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF). **Rev Saúde Pública**, 34(2):178 - 183, 2000.

FRANKL, Viktor E. **Sede de sentido.** Ed. Quadrante: São Paulo, 1989.

GAZALLE, F. K.; KAPICZINSKI, F. Qualidade de vida em pacientes bipolares. In: Fleck, M. P. A. [Org.] **A avaliação de qualidade de vida – Guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GALLEMORE, J. L. Jr.; WILSON, W. P.; RHOADS, J. M. The religious life of patients with affective disorders. **Dis Nerv Syst.** 30 (7): 483-487, 1969.

GENTIL FILHO, V. História do uso dos sais de lítio em psiquiatria. **J bras Psiqu.** 33 (3): 211 - 214, 1984.

GERSHON, E. S.; HAMOVIT, J. H.; GUROFF, J. J.; NURNBERGER, J.I. Birth-cohort changes in manic depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients. **Arch Gen Psychiatry**, 44: 314-319, 1987.

GETZ, G. E.; FLECK, D. E.; STRAKOWISKI, S. M. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. **Psychiatry Res.** 103(1):87-91, 2001.

GOODWIN, Frederick K.; JAMISON, Kay R.; **Manic-Depressive Illness** (2ª.Ed.) New York: Oxford University Press, 2007.

HEMPEL, A. G.; MELOY, J. R.; STERN, R.; OZONE, S. J.; et al. Fiery tongues and mystical motivations: glossolalia in a forensic population is associated with mania and sexual/religious delusions. **J Forensic Sci.** 47(2): 305 - 312, 2002.

JAMES, William. **As variedades da experiência religiosa**. São Paulo: Editora Cultrix, 1991.

JAMISON KAY R. **Exuberance: The passion for life**. New York: Alfred A. Knopf, 2004.

KESSLER, R. C.; AKISKAL, H. S.; AMES, M.; BIRNBAUM, H; et al. Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers. **Am J Psychiatry**, 163: 1561 – 1568, 2006.

KIM, E. Y.; MIKLOWITZ, D. J. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. **J Affect Disord**, 82: 343-352, 2004.

KIROV, G.; KEMP, R.; KIROV, K.; DAVID, A. S. Religious faith after psychotic illness. **Psychopathology**. 31 (5): 234 - 245, 1998.

KOENIG, H.G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5 - item Measure for use in Health Outcome Studies. **Am J Psychiatry** 154: 885 - 886, 1997.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Rev. Psiq. Clín.**34 (supl.1), 95-104, 2007.

KOENIG, Harold G. **Handbook of religion and mental health**. San Diego: Academic Press, 1998.

KOENIG H. G; LARSON D.; LARSON S. Religions and coping with serious medical illness. **The Annals of Pharmacotherapy**.35: 352-9, 2001.

KOENIG, Harold G; MCCOULLOUGH, Michael E; LARSON, David B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**.New York: Oxford University Press, 2001.

LEME LOPES, J. Diagnóstico diferencial das psicoses afetivas e suas implicações terapêuticas. **J bras Psiq**, 33 (3): 201-205, 1984.

LEVIN, J.; CHATERS L.; TAYLOR R. J. Religion, health and medicine in African Americans: implications for physicians. **J Natl Med Assoc.** 97(2): 237-49, 2005.

LUCCHETTI, G.; GRANERO LUCCHETTI, A. L.; PERES, M. F.; LEÃO, F. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health.*2010 Nov 24. [Epub ahead of print]

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. **Am J Psychiatry**, 159 (6): 909-916, 2002.

MICHALLACK, E. E.; YATHAM, L. N.; MAXWELL, V.; HALE, S.; LAM, R. W. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. **Bipolar Disord**, 9: 126-143, 2007.

MIKLOWITZ, D. J. et al. Psychosocial Factors in the course and Treatment of Bipolar Disorder: Introduction to the Special Section. **Journal of Abnormal Psychology**, 108 (4): 555-557, 1999.

MIKLOWITZ, D. J.; Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. **Am J Psychiatry** 2008; 165 (11): 1408-1419.

MITCHELL, L.; ROMANS, S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. **J Affect Disord.** 75 (3): 247-257, 2003.

MOREIRA-ALMEIDA, A; LOTUFO NETO, F; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr.** 28 (3) 242-50, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A; PINSKY, I.; ZALESKY, M. J. F. B.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiq Clín.** 37: 190-6, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A. – Editorial - **Rev. Psiq. Clín.** 34(Supl. 1): 3-4, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG; H. G. Cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science & Medicine.** 63 (4): 843 - 845, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; ALOE, F.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Versão em português da escala de religiosidade da Duke – DUREL. **Rev. Psiq. Clin.** 35: 31 - 32, 2008.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton e Montgomery-Asberg. **Rev. Psiq. Clin.** 25: 71-75, 1998

O'CONNELL, R. A.; MAYO, J. A.; FLATOW, L.; CUTHBERTSON, B.; O'BRIEN, B. E. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. **Br J Psychiatry**, 159: 123 -129, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; [trad. Dorgival Caetano] – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PANZINI, R. G; BANDEIRA D. R. *Coping* (Enfrentamento) Religioso/Espiritual. **Rev Psiq Clín.** 34 (supl.1): 125 - 35, 2007.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual: Elaboração e validação do construto. **Psicologia em Estudo**, 10(3) 507-516, 2005.

PARGAMENT, K. I.; SMITH, B. W.; KOENIG H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 37(4): 710- 724, 1998.

PARGAMENT, K. I.; SMITH, B. W.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. J. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **J. Clin Psychol.** 56 (4): 519 – 543, 2000.

PARGAMENT, K.I.; KOENIG, H. G; PEREZ, L. J. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE, **J Clin Psychol.** 56(4): 519 - 543, 2000.

PATEL, V.; MUSARA, T.; BUTAU, T.; MARAMBA, P.; FUYANE, S. Concepts of mental illness and medical pluralism in Harare. **Psychol Med.** 25(3): 485 - 493, 1995.

PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed 34.1999.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1995.

PHILLIPS, R. E. 3<sup>rd</sup>.; STEIN, C. H. God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. **J Clin Psychol**. 63(6):529-40, 2007.

PHILLIPS, R. E. 3<sup>rd</sup>.; LAKIN, R.; PARGAMENT, K. I. Development and implementation of a spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. **Community Mental Health Journal**. 38(6):487-95, 2002.

POLLACK, L. E.; HARVIN, S.; CRAMER, R. D. Coping resources of African-American and white patients hospitalized for bipolar disorder. **Psychiatr Serv**. 51(10):1310-12, 2000.

POPE, H.G.; LIPINSKI, J. F.; Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. **Arch Gen Psychiatry**, 35, 811-828, 1978.

PRINCE, M.; PATEL, V.; SAXENA, S.; MAJ, M.; et al. No health without mental health. **Lancet**, 370 (9590): 859 - 877, 2007.

RAGURAM, R.; VENKATESWARAN, A.; RAMAKRISHNA, J.; WEISS, GM. Traditional community resources for mental health: a report of temple healing from India. **British Medical Journal**. 325:38-40, 2002.

RIBEIRO J.C. Georg Simmel, pensador da religiosidade moderna. **Rever** 2: 109 - 126, 2006.

ROGER, G. M.; REGERS, S. A. Diagnostic differences in religious coping among individuals with persistent mental illness. **Journal of Psychology & Christianity**, 21(4):341- 348, 2002.

RUSSINOVA, Z. WEWIORISKI, N. J.; CASH, D. Use of alternative health care practices by persons with serious mental illness: perceived benefits. **American Journal of Public Health**. 92(10): 1600- 1603, 2002.

SCHATZBERG, Alan F.; COLE, Jonathan O. **Manual de psicofarmacologia clínica** (trad. Jefferson J.R. Escobar) Porto Alegre, ArtesMédicas: 1989.

SEDMAN, G.; HOPKINSON, G. The psychopathology of mystical and religious conversion experiences in psychiatric patients. A phenomenological study II. **Confin Psychiatr.** 9(2): 65 - 77, 1966.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Rev. Psiq. Clin.** 36 (5): 190 - 196, 2009.

STUEVE, A.; VINE, P.; STRUENING, E. L. Perceived burden among caregivers of adults with serious mental illness: comparison of black, Hispanic, and white families. **Am J Orthopsychiatry.** 67(2):199-209, 1997.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Méd.** 46: 1569 - 1585, 1988.

\_\_\_\_\_. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives.** Heidelberg: Springer Verlag, 1994; p. 41-60.

\_\_\_\_\_. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. **Psychol Med.** 1998; 28:551 - 558.

VILELA, J. A. A.; LOUREIRO, S. R. Escala de avaliação de mania de Young – Estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. **Rev. Psiq. Clin.** 25: 113 - 119, 1999.

YOUNG, R. C.; NYSEWANDER, R. W.; SCHEIREBER, M. T. Mania scale scores, signs and symptoms in forty inpatients. **J Clin Psychiatry,** 44: 98-100, 1983.

WATSON, A. C.; CORRIGAN, P.; LARSON, J. E.; SELLS, M. Self-Stigma in People With Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin.** Jan. 17, 1-7, 2007.

WORLD VALUES SURVEY 2000 OFICIAL DATA FILE v.20090914 World Values Survey Association ([www.worldvaluessurvey.org](http://www.worldvaluessurvey.org)) Aggregate File Producer: ASEP/JDS, Madrid.

## **9 – Apêndice**

## **A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, André L.P.C. Stroppa, médico, CRMMG 18.118, estabelecido nesta cidade, à Av. Rio Branco, 2985 / 1301, telefone 32127422, pretendo fazer uma pesquisa e gostaria de contar com sua participação.

Essa pesquisa irá investigar a relação entre Transtorno Bipolar e religiosidade / espiritualidade, saber quais são as dificuldades mais comuns. Nosso objetivo é ampliar os conhecimentos sobre o Transtorno Bipolar e poder tratá-lo melhor.

Para essa pesquisa serão feitas perguntas a você sobre sua doença, sua religiosidade e espiritualidade e sua qualidade de vida. Não existem respostas certas, é muito importante que você responda o que realmente pensa. Se necessitar da ajuda de um familiar ou amigo para responder fique a vontade, o importante é que a resposta seja sua, o que você pensa.

Você não pagará nem receberá nada para participar.

Não existem riscos para você e os resultados servirão para conhecermos melhor o Transtorno Bipolar e outras formas de tratamento. Você está livre para participar ou não, isso não influenciará em seu tratamento atual.

Seu nome será mantido em absoluto segredo e nada será publicado com ele. Os resultados serão comentados com você ao final da pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias. Uma ficará guardada com o pesquisador e a outra será entregue a você agora.

Juiz de Fora, de de 2009.

---

Sujeito da Pesquisa

---

Pesquisador

---

Testemunha

**B - Perfil do sujeito/ Dados Sócio-demográficos**

Entrevista no.	Pront.:	Tempo de doença
Nome		
Idade	Sexo	Tempo tratamento antes do PTH
Cor	Religião	
Escolar.	Estado Civil	Tempo tratamento no PTH
Situação Laborativa:		
Comorbidades clínicas:		Internações:
		Antes do PTH
Comorbidades psiquiátricas:		Depois do PTH
		Tentativas de Suicídio:
Esquema medicamentoso em uso:		Antes do PTH:
		Depois do PTH:

## C – Escala para Mania

### Escala YOUNG para Mania

- (1) Humor e afeto elevados  
 0. ausência                      1. discreto                      2. subjetivo  
 3. inapropriado, jocoso      4. eufórico, cantando      5. não avaliado
- (2) Energia e atividade motora elevadas  
 0. ausência      1. aumento subjetivo da energia      2. gestos aumentados  
 3. energia excessiva      4. excitação psicomotora      5. não avaliado
- (3) Interesse sexual  
 0. normal                      1. discreto aumento                      2. aumento subjetivo  
 3. discurso centrado em sexo      4. explicitamente sexualizado      5. não avaliado
- (4) Sono  
 0. normal                      1. menos 1 hora                      2. mais de 1 hora  
 3. relata diminuição da necessidade de sono      4. nega necessitar      5. não avaliado
- (5) Irritabilidade  
 0. ausente      2. subjetiva      4. em alguns momentos  
 6. a maior parte da entrevista      8. hostil      X. não avaliado
- (6) Velocidade e quantidade da fala  
 0. sem aumento      2. mais falante      4. mais veloz  
 6. premência, verborreico      8. ignora o entrevistador      X. não avaliado
- (7) Linguagem (distúrbio do pensamento)  
 0. sem alterações      2. pensamentos rápidos      4. muda de assunto  
 6. fuga de idéias, associação por assonância      8. incoerência      X. não avaliado
- (8) Conteúdo do pensamento  
 0. normal      2. novos interesses      4. projetos incompatíveis, hiperreligioso  
 6. idéias supervalorizadas                      8. delírios                      X. não avaliado
- (9) Comportamento disruptivo agressivo  
 0. cooperativo      2. sarcástico      4. ameaça o entrevistador      6. agressivo X. não avaliado
- (10) Aparência  
 0. apropriada                      1. mínimo exagero                      2. vestido com exagero e sem higiene  
 3. desganhado                      4. roupas e adornos bizarros X. não avaliado
- (11) *Insight*  
 0. reconhece a doença e a necessidade de tratamento      1. admite ser possível  
 2. discorda      3. não relaciona acontecimentos com a doença      4. nega

## D – Escala para Depressão

### Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg

1. Tristeza aparente  
0 ( ) nenhuma 2 ( ) abatido mas alegre-se 4 ( ) triste e infeliz  
6 ( ) extremamente triste e desanimado
2. Tristeza relatada  
0 ( ) ocasional 2 ( ) triste mas alegre-se 4 ( ) tristeza ou melancolia  
6 ( ) melancolia invariável
3. Tensão interior  
0 ( ) tranqüilo 2 ( ) inquietação e desconforto indefinido  
4 ( ) contínuos de tensão 6 ( ) angústia persistente, pânico incontrolável
4. Sono diminuído  
0 ( ) não 2 ( ) discreta redução ou demora  
4 ( ) reduzido ou interrompido por + 2 horas 6 ( ) menos de 2 ou 3 horas de sono
5. Redução do apetite  
0 ( ) normal ou aumentado 2 ( ) diminuído  
4 ( ) sem apetite 6 ( ) convencido a comer
6. Dificuldade de concentração  
0 ( ) sem 2 ( ) ocasional  
4 ( ) dificuldade para ler ou conversar 6 ( ) incapaz de ler ou conversar
7. Lassidão  
0 ( ) sem preguiça 2 ( ) dificuldade de iniciar atividade  
4 ( ) atividades rotineiras com esforço 6 ( ) incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda
8. Incapacidade de sentir  
0 ( ) interesse normal 2 ( ) interesse reduzido  
4 ( ) perda de interesse e sentimentos 6 ( ) ausência de sentimento
9. Pensamentos pessimistas  
0 ( ) sem 2 ( ) auto-reprovação e autodepreciação  
4 ( ) auto-acusações, pessimista 6 ( ) delírios de ruína, remorso, pecado
10. Pensamentos suicidas  
0 ( ) não 2 ( ) cheio de viver  
4 ( ) suicídio é considerado solução, mas sem planos 6 ( ) planos explícitos e providências

Observações:

## E – Escala de Religiosidade

### Índice de Religiosidade da Universidade de Duke – DUREL.

- (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
- |                                       |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. ( ) Mais do que uma vez por semana | 2. ( ) Uma vez por semana    |
| 3. ( ) Duas a três vezes por mês      | 4. ( ) Algumas vezes por ano |
| 5. ( ) Uma vez por ano ou menos       | 6. ( ) Nunca                 |
- (2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
- |                                      |                           |
|--------------------------------------|---------------------------|
| 1. ( ) Mais do que uma vez ao dia    | 2. ( ) Diariamente        |
| 3. ( ) Duas ou mais vezes por semana | 4. ( ) Uma vez por semana |
| 5. ( ) Poucas vezes por mês          | 6. ( ) Raramente ou nunca |

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, marque com um X a frase que melhor se aplica a você.

- (3) “Em minha vida eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”.
1. ( ) Totalmente verdade para mim
  2. ( ) Em geral é verdade
  3. ( ) Não estou certo(a)
  4. ( ) Em geral não é verdade
  5. ( ) Não é verdade
- (4) “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”.
1. ( ) Totalmente verdade para mim
  2. ( ) Em geral é verdade
  3. ( ) Não estou certo(a)
  4. ( ) Em geral não é verdade
  5. ( ) Não é verdade
- (5) “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”.
1. ( ) Totalmente verdade para mim.
  2. ( ) Em geral é verdade
  3. ( ) Não estou certo(a)
  4. ( ) Em geral não é verdade
  5. ( ) Não é verdade

Existe discordância entre meu líder religioso ou minha religião e meu médico com relação a meu tratamento?

1. ( ) Totalmente verdade para mim.
2. ( ) Em geral é verdade
3. ( ) Não estou certo(a)
4. ( ) Em geral não é verdade
5. ( ) Não é verdade

Isso interfere negativamente em meu tratamento?

1. ( ) Totalmente verdade para mim.
2. ( ) Em geral é verdade
3. ( ) Não estou certo(a)
4. ( ) Em geral não é verdade
5. ( ) Não é verdade

## F – Escala de *Coping* Religioso-Espiritual

Gostaríamos de saber se você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com problemas em sua vida. O problema pode ter sido com você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense no maior problema que você viveu nos últimos 3 anos.

Marque um **X** na resposta que melhor representa o que VOCÊ fez naquela época.

Lembre-se: Não há opção certa ou errada. Marque só uma resposta em cada questão. Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Tentei colocar meus planos em ação junto com Deus.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
2. Busquei uma ligação maior com Deus  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
3. Procurei uma casa religiosa ou de oração.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
4. Pensei se Deus realmente se importava comigo.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
5. Procurei me juntar a outros que tinham a mesma fé que eu..  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
6. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
7. Tentei ver como Deus estaria me fortalecendo nessa situação.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
8. Pensei que até Deus tem suas limitações.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
9. Tentei dar conforto espiritual a outras pessoas.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
10. Achei que era um castigo de Deus.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
11. Tentei lidar com o problema do meu jeito, sem a ajuda de Deus.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
12. Me senti excluído do meu ambiente religioso.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
13. Busquei a ajuda de Deus para livrar-me de meus pensamentos negativos.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre
14. Eu não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas.  
 Não       Um pouco       Com freqüência       Sempre



As questões seguintes perguntam sobre como você tem se sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. muito 5. completamente

12. Você tem dinheiro suficiente para suas necessidades?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

13. Estão disponíveis para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

14. Você tem oportunidades de atividade de lazer?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

As questões seguintes perguntam sobre como você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15. Você está satisfeito com sua capacidade de se locomover?

1. Muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito nem insatisfeito  
4. satisfeito 5. muito satisfeito

16. Você está satisfeito(a) com o seu sono?

1. Muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito nem insatisfeito  
4. satisfeito 5. muito satisfeito

17. Você está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1. Muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito nem insatisfeito  
4. satisfeito 5. muito satisfeito

18. Você está satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho?

1. Muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito nem insatisfeito  
4. satisfeito 5. muito satisfeito

19. Você está satisfeito(a) consigo mesmo?

1. Muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito nem insatisfeito  
4. satisfeito 5. muito satisfeito

20. Você está satisfeito(a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1. Muito insatisfeito
2. insatisfeito
3. nem satisfeito nem insatisfeito
4. satisfeito
5. muito satisfeito

21. Você está satisfeito(a) com sua vida sexual?

1. Muito insatisfeito
2. insatisfeito
3. nem satisfeito nem insatisfeito
4. satisfeito
5. muito satisfeito

22. Você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus amigos?

1. Muito insatisfeito
2. insatisfeito
3. nem satisfeito nem insatisfeito
4. satisfeito
5. muito satisfeito

23. Você está satisfeito com as condições do local onde mora?

1. Muito insatisfeito
2. insatisfeito
3. nem satisfeito nem insatisfeito
4. satisfeito
5. muito satisfeito

24. Você está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?

1. Muito insatisfeito
2. insatisfeito
3. nem satisfeito nem insatisfeito
4. satisfeito
5. muito satisfeito

25. Você está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?

1. Muito insatisfeito
2. insatisfeito
3. nem satisfeito nem insatisfeito
4. satisfeito
5. muito satisfeito

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão?

1. nunca
2. algumas vezes
3. freqüentemente
4. muito freqüentemente
5. sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?                      Quem?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**10 – ANEXOS**

**Religiousness, Mood Symptoms and Quality of Life in Bipolar Disorder**

**Running title: Religiousness in Bipolar Disorder**

André Stroppa  
Alexander Moreira-Almeida

Research Center in Spirituality and Health (NUPES), School of Medicine  
Federal University of Juiz de Fora (UFJF)  
Juiz de Fora – MG - Brazil

Authors: there are no conflicts of interest and the study received no external funding.

André Stroppa

Address: Avenida Barão do Rio Branco, 2985/ 1301, São Mateus.  
CEP: 36.010.012 – Juiz de Fora – Minas Gerais – BRAZIL  
Phone: +55 32 3236-2565  
Fax: +55 32 3216-7122  
[andré.stroppa@ufjf.edu.br](mailto:andré.stroppa@ufjf.edu.br)

Word count: 5,198

## ABSTRACT

**Objectives:** To investigate the relationship between religiousness and mood, quality of life, hospitalizations and severe suicide attempts among bipolar patients.

**Methods:** In a transversal study among bipolar outpatients (n=168), symptoms of Mania (YMRS) and Depression (MADRS), Religiousness (Duke Religious Index), Religious Coping (Brief RCOPE) and Quality of Life (WHOQOL-BREF) were assessed. Socio-demographic data, number of suicide attempts and hospitalizations were obtained through an interview with the individual and analysis of medical records. Logistical and linear regressions of the association between the religious indicators and clinical variables were carried out, controlling for socio-demographic variables.

**Results:** 148 individuals mentioned some kind of religious affiliation (88.1%). Intrinsic Religiousness (IR) and Positive Religious Coping (RC) strategies were associated to less depressive symptoms [respectively *odds ratio* (OR) = 0.19, 95% confidence interval (CI) = 0.06 – 0.57, p=0.003 and OR= 0.25; CI = 0.09 – 0.71, p=0.01]. Quality of life was inversely associated with negative RC ( $\beta = -0.253$ , p=0.001) and directly associated with Organizational Religiousness ( $\beta = 0.188$ , p=0.019), Intrinsic Religiousness ( $\beta = 0.306$ , p<0,001) and positive RC ( $\beta = 0.264$ , p= 0.001).

**Conclusions:** Intrinsic Religiousness and positive RC are strongly associated with less depressive symptoms and better quality of life. Negative RC associated to worse quality of life. Religiousness is a relevant aspect which must be taken into consideration by physicians when assessing and guiding bipolar disorder patients. Longitudinal studies will be useful for the investigation of causal relations and therapeutic implications.

**Key words:** Mood Disorders, Bipolar Disorder, Depression, Mania, Religion, Spirituality, Coping, Quality of Life, Hospitalization, Suicide.

## 1 – INTRODUCTION

Bipolar Disorder (BD) is a mental disorder which causes severe effects on the personal, family, work and social life of a person<sup>1</sup>. The World Health Organization estimates a significant increase in the influence of mental disorders among the leading causes of loss of life-years due to death or disability, representing 31.7% of the total. BD is the fourth leading cause among mental disorders<sup>2</sup>.

Treatment of BD limited to pharmacotherapy, despite being efficient, has not been able to fully restore the mood and quality of life of most patients. There is evidence that non-pharmacological therapies may increase the efficacy of the treatment, helping patients and their families to better deal with the disease, reducing its negative impacts on their lives<sup>3,4</sup>. A review of eighteen studies analyzed the impact of several of types of non-pharmacological therapies in reoccurrence time, relapse, duration of episodes, severity of symptoms and psychosocial functioning in bipolar patients. The effects varied according to the clinical condition of patients. Psychotherapies which focus on adherence to medication and identify mood variations in advance had greater effect over mania whereas those focusing on coping, cognitive and interpersonal strategies had better effect on depression<sup>5</sup>.

Religiousness has been recognized as a relevant psychosocial health factor. An increasing number of studies point out that higher levels of religious involvement tend to be associated with psychological well-being, lower prevalence of depression and of substance misuse and suicidal ideation, as well as better physical health<sup>6</sup>. Such results were replicated among individuals of differing ages and genders, of wide-ranging origin and of different religious orientation.

Three dimensions of religiousness have been considered relevant within the health research environment: Intrinsic Religiousness (IR) where religion is “an end in itself”, occupying a central role in one’s life and other needs are valued as secondary<sup>7</sup>; Organizational Religiousness (OR) refers to public religious events attendance, and private religiousness (PR) is the private exercise of one’s belief such as in prayers and religious readings<sup>8</sup>. Moreover, Religious Coping (RC) is a set of cognitive and behavioral strategies of religious and spiritual content that can offer sense of direction, comfort, control and personal growth in situations of hardship and illness. RC refers to how patients employ

their religious beliefs in understanding and adapting to stress. Positive RC (for example, collaboration with God in solving problems and benevolent religious appraisals of the illness) has been linked to a better psychological adaptation to stressors, including severe mental disease. Negative RC, less common than the positive one, is linked to negative outcomes in health and manifests itself in religious struggles, for example, interpreting the disease as godly punishment, questioning the love or power of God, or conflicts with the religious community<sup>9</sup>.

There are a large number of studies investigating religiousness in sufferers of depression. A meta-analysis of 147 independent investigations involving almost 100 thousand individuals found that religious involvement is linked to less depressive symptoms, a result which persisted throughout different population groups and was more intense in individuals suffering from recent stressful situations. On the other hand, although there is a history of reports about spiritual experiences and BD in psychiatric literature, there is a lack of systematic studies on religiousness and BD<sup>10</sup>.

A recent review of the literature has found 124 articles published between 1957 and 2010 regarding Religiousness/Spirituality and BD. The majority of articles published until the 1970s were uncontrolled case reports, with emphasis on religious exacerbation in manic cases. Studies from the eighties investigated aspects related to conversion, adhesion to treatment, family support, spiritual treatment in other cultures, spiritual-religious coping, and religious involvement<sup>11</sup>. Nevertheless, there is a lack of adequate epidemiological studies along this theme. One of the first was a transversal study carried out in the USA in 1969, where 62 bipolar patients more frequently reported conversion and salvation experiences, whether they were well or at a critical period of the disorder, as compared with 40 control subjects of the same age and with no history of mental disorders<sup>12</sup>.

In a 2003 transversal study carried out in New Zealand among 81 bipolar individuals, 78% mentioned religious beliefs and 81% involvement in religious activities. Among the patients, 40% reported a decrease in their faith after the disorder. Those who had not felt well in the previous five years mentioned higher private and organizational religious involvement, and that private religious practice had helped them in dealing with their disease. An inverse relation was found between belief intensity and adherence to medical prescriptions among ethnic minorities and more conservative religious groups<sup>13</sup>.

Finally, a transversal study in the USA in 2010, with 334 bipolar outpatients, found that rates of prayer/meditation was higher among those in a mixed state and lower among euthymic bipolar patients. Depressive and manic states did not correlate with any of the measured dimensions of religiousness. The population under study displayed a higher incidence of physical disabilities, which could be an impediment to organizational religiousness. The authors suggested that the greater severity and worse prognosis of mixed states may be the reasons which led to an increase in the frequency of private religious behavior as a coping strategy<sup>14</sup>.

Taking into consideration the growing acknowledgment of the prevalence and impact of BD, limitations of the available treatments, impact of religious involvement on health as well as the lack of studies about religiousness in BD, a better exploration of the relations between religiousness and BD may help us understand facts that can minimize suffering and disabilities linked to BD.

The aim of the present study is to investigate the associations between dimensions of religiousness (affiliation, organizational, private, intrinsic and coping) and clinical variables (depression, mania, quality of life, suicide attempts and hospitalization) among Bipolar Disorder sufferers, controlling for socio-demographic confounders.

## **2 – PATIENTS AND METHODS**

### **Patients**

The present study investigated outpatients of the Mood Disorders Program - MDP held by the Medical Psychology and Psychiatric Service of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora. The program focuses on those suffering from Bipolar Disorder and Severe Recurrent Depressive Disorder and serves as a reference for the public mental health services within the city of Juiz de Fora, in the state of Minas Gerais, Brazil. Around 560 patients are currently under treatment including bipolar, major depressive and schizoaffective patients.

This is a cross sectional study, and all data collection was carried out exclusively by the first author. Selection of participants:

- All 204 bipolar patients under the first author's care were invited to take part in the study. From the total, 168 agreed to participate and fulfilled the study's inclusion criteria: 18 years of age or older, definitive diagnosis for BD, and under treatment at the MDP for least a year. The diagnosis was confirmed through DSM-IV-TR diagnosis criteria<sup>15</sup>.

- 14 patients decided not to take part in the study.

- 22 patients were not included: 9 were under treatment for less than a year, 4 were in severe major mania or depressive states which prevented the interview application, 5 had abandoned treatment in the past six months, and 4 abused illicit substances or alcohol.

Each individual who took part in the study:

- received explanation concerning the aims of the study, the questionnaire's content and was asked if they agreed to take part in the study.

- received and read a free and informed consent form to be signed in duplicate by the individual and the researcher (for those who agreed to participate in the study).

- was interviewed in order to obtain the socio-demographic data, confronted with the medical record. Any questions were answered at the time. Help was provided to illiterates and people with other disabilities.

The research project was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Juiz de Fora.

## **Measures**

- Socio-demographic and clinical outcome data: age, gender, race, education, labor condition, marital status, religion, duration of disease and treatment, number of hospitalizations and suicide attempts. The information was collected through an interview with the individual and consultation of the medical records. For suicide attempts we considered those that led to hospitalization due to death risk for the individual. In regards to hospitalizations we considered the ones involving mental institutions.

- Mania

We used the Modified Mania Scale (Acronym in Portuguese: EAM-m), translated, adapted and validated to Portuguese from the Young Mania Rating Scale (YMRS)<sup>16,17</sup>. The scale contains 11 items, comprising the main mania symptoms and defined on DSM-IV (APA, 1994). The mania cut-off point on the scale is 12 points (ranging from 0 to 68),

with a higher number of points indicating greater severity. The tool is easily applicable, with good levels of reliability in the assessment of existence and severity of manic symptoms<sup>17</sup>.

- Depression:

We used the validated Brazilian version of the Montgomery-Asberg Depression Rating System (MADRS). It is comprised of 10 items with a cut-off point for depression at 10 points (ranging from 0 to 60), with a higher number of points indicating greater severity<sup>18, 19</sup>.

- Religiousness

The DUREL scale is a Portuguese validated version of the Duke Religious Index. It is a five-item, self-applied scale which indicates the level of religious involvement addressing three dimensions of religiousness commonly related to health: Organizational Religiousness (OR) (“How often do you go to church, temple or religious meeting?”), dichotomized in the analysis of the present study at  $\geq$  or  $<$  1x/week), Private Religiousness (PR) (“How often do you dedicate time to private religious activities such as prayers, meditation, reading the Bible or other religious texts?”, dichotomized at  $\geq$  or  $<$  1x/day) and three Intrinsic Religiousness (IR) items (ex: “My religious beliefs are what really lie behind my whole approach to life” where  $\geq$  10 points were considered IR present, equivalent to answers “tends to be true” and “definitely true for me”)<sup>20, 21</sup>.

- Religious Disagreement and Interference with the treatment

We asked two questions regarding disagreements in regards to the treatment between the religious leader or religion and the physician, and their interference with the treatment, investigated by Mitchel and Romans: “Is there a disagreement between my religious leader or my religion and my physician concerning my treatment?” and “Does that negatively affects my treatment?”<sup>13</sup>.

- Religious Coping – Short Version

The RCOPE and Brief RCOPE scales, developed by Pargament et al., are considered choice tools to assess Religious Coping<sup>21, 22</sup>. The Brief RCOPE Scale is a short version which is comprised of 14 items and is an efficient way to integrate religious dimensions with stress, health and coping study models<sup>22</sup>.

In Brazil, only the full scale (RCOPE)<sup>24</sup> has been translated to Portuguese and

validated. We translated the original brief version (Brief RCOPE) from English and compared it with the statements of the full version already validated in Portuguese<sup>23, 24</sup>.

It is made up of fourteen statements, seven regarding positive coping (ex: “Tried to put my plans into action together with God”, “I have looked for a place of worship or a place for prayers”, “I have tried to give spiritual comfort to others”) and seven related to negative coping (ex: “I thought I was being punished by God”, “I felt excluded from my religious environment”, “I didn’t do much, Just waited for God to solve my problems”)<sup>24</sup>.

- Quality of Life:

We used the Portuguese validated version of WHOQOL BREF, product of an international collaborative work promoted by the WHO<sup>25</sup>. It has 26 questions where two are general questions and the other 24 are related to physical and psychological aspects, level of independence, social relationships and environment<sup>26</sup>.

### **Statistical Analyses**

The data were entered into and analyzed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 13.0 for Windows. Initially we made a descriptive data analysis. When applicable, the averages were presented in the format average  $\pm$  standard deviation (SD). Afterwards, multivariate analyses were made using binomial logistic regression models where religiousness dimensions were the independent variables, clinical data (which were dichotomized) were the dependent ones, controlling for socio-demographic variables (age, gender, race, education and labor condition). The established level of significance was 95%.

A linear regression model was used to test the correlation between religiousness and quality of life, controlling for the socio-demographic, because until this time there is no established cut-off point for the Brazilian version of the WHOQOL BREF, which did not allow the dichotomization of the outcome variable.

### 3 – RESULTS

There was a prevalence of female (81.5%), white (66.1%), catholic (53.6%) individuals, and those on sick leaves from work (53%) within the studied population (n=168).

The presence of mania did not correlate with any of the investigated religiousness indicators.

Having a religious affiliation, higher Intrinsic Religiousness and Positive Religious Coping were associated with less depressive symptoms.

After joining the MDP, the psychiatric admissions were 10 times less frequent [0,52 ( $\pm 1,31$ )] than before joining the MDP [4,27( $\pm 6,88$ )], at equal periods of 6.7 years of treatment. Before joining the MDP, patients who had higher Intrinsic Religiousness at the time had twice the number of hospitalizations in comparison with those of lower intrinsic religiousness.

Organizational and private religiousness were not associated with mood, history of suicide attempts or hospitalizations.

Quality of life presented a direct and significant relationship with Organizational Religiousness, Intrinsic Religiousness and Positive Religious Coping. Negative Religious Coping related to worse Quality of Life. Only Private Religiousness did not correlate with Quality of Life.

#### 4 – DISCUSSION

As far as we know, this is the first study to correlate forms of religious involvement with relevant aspects of the BD evolution such as incidence and severity of mania and depression, number of psychiatric hospitalizations, number of suicide attempts and quality of life.

The majority of the population studied was female (81.5%). It is possible that this is due to the fact that women, in our society, seek more health care and have less substance abuse<sup>28</sup>. In the MDP, where the study was performed, patients with substance abuse are referred to another specialized mental health service

Serious occupational disability was identified, with predominance of individuals retired or on sick leave (68.5%) and unemployed or working informally (14.9%). This high level of disability highlights the severity of the impact BD has over global performance. According to Michalak et al., the importance of functioning and ability to work among bipolar individuals has been underestimated and little studied. The interruptions caused by falling ill, absences, effects of the disease on work routines, disclosure stigma in the workplace and interpersonal problems at work may be causes for the level of occupational injury<sup>29</sup>.

In relation to religious affiliation, the results approximately reflected the distribution found in the Brazilian population, highlighting the prevalence of Catholics and the expansion of Pentecostal Evangelical religions<sup>27</sup>. Patients with no religious affiliation were more probable to have depression (OR = 4.21) than Catholics, however, there was no difference between different religious affiliations in regards to all the outcome variables studied. It has been suggested that, in studies on health and religion, what matters, rather than the specific religious affiliation, is the presence of religious affiliation itself, as well as the kind of religious involvement one has<sup>6</sup>.

Contrary to the psychiatric tradition of associating mania and religiosity, our study did not find such an association between mania and any of the six religiousness indicators studied. In fact, there are only a few properly controlled studies in the literature regarding the association between mania and religiousness. Among six studies concerning the frequency of mystic deliria in bipolar patients, four show greater frequency among manic

patients<sup>12, 30, 31, 32</sup>, one points out the same frequency among schizophrenics and maniacs<sup>33</sup>, and one shows higher prevalence among schizophrenics<sup>34</sup>. For Koenig, bipolar patients display religious delusion as an intensification of their regular beliefs, whereas schizophrenics have bizarre and autistic mystic delusions<sup>35</sup>. One of the possible explanations for the absence of association between mania and religiousness in our study may be the low number of patients with mania/hypomania [n=16 (9%)], which would generate a low statistical power to detect a possible real association between mania and religiousness. However, despite being statistically insignificant, those individuals showed lower scores for several religiousness dimensions. As a result, our data suggest an actual absence of association between mania and religiousness. The present study, as with other recent ones<sup>22, 23</sup>, excluded patients suffering from psychotic mania as they were not able to answer the scales provided. Therefore, our findings refer only to non-psychotic mania. The investigation of patients with psychotic mania could shed some light on the discussion regarding mystic delusion and BD.

In the present study, individuals with higher levels of IR showed less depression, which is in line with the relevance of this dimension of religious involvement to mental health.<sup>6</sup> The practical relevance of the relationship between religiousness and depression resides in the fact that depressive symptoms are the most frequent and are primarily responsible for a worse quality of life and higher risk of suicide among bipolar patients<sup>36</sup>.

PR was not associated to any of the clinical variables measures used in the study, but we have not investigated mixed states, that were associated with higher levels of PR among by Cruz et al.<sup>14</sup>. Mitchel and Romans<sup>13</sup> found that bipolar patients who had not been well in the previous five years mentioned higher OR and PR.

Before joining the MDP, the psychiatric hospitalizations were ten times higher [4.27 ( $\pm 6.88$ )] than after joining the MDP [0.52 ( $\pm 1.31$ )], in an equal period of 6.7 years of treatment. Patients with a higher current Intrinsic Religiousness showed a number of hospitalizations three times higher, before joining the MDP, in comparison to the ones with low IR. Such a number might mean that psychiatric hospitalizations and all the suffering and stress caused by the BD severity have caused an increase in intrinsic religiousness. Another possible explanation is a bias, since the sample comprises a large amount of individuals with high IR and several hospitalizations before the MDP. Anyway, this

unexpected finding needs to be analyzed with caution and it would be useful to see if it will or not be replicated in future studies.

Positive RC is characterized by intimacy with God, search for a meaning for sorrow, control, spiritual comfort, support by the religious community, and life transformation. Positive RC was linked to less depressive symptoms among our population, suggesting a relevance of those strategies in dealing with such symptoms. In a transversal study in 1998 in England, Kirov et al. investigated 49 patients, 33 schizophrenic and 16 bipolar. Most individuals who described themselves as religious reported to have used their religion for coping (61.2%). They noticed an increase in religious beliefs in 12 patients and a decrease in two after the disease. Positive RC was found among non-white bipolar women, and resulted in greater treatment adhesion and an increase in their religious beliefs<sup>30</sup>.

The association between positive RC and depressive symptoms may be of great relevance for religious bipolar patients as negative RC strategies may be cultivated by many people causing loneliness, sorrow, guilt and stress. On the other hand, Positive RC strategies may promote well-being, reduce anxiety and tension, serve as protection in cases of illness or minimize suffering. Phillips et al. have created a group-care program with spiritual content, developed over seven weekly meetings of 90 minutes each, focusing on positive RC and good results<sup>37</sup>.

The clinical variable which most related to several dimensions of religiousness was quality of life and that is a promising sign regarding the clinical challenge of improving the quality of life of BD sufferers. Sierra et al. have studied clinical and socio-demographic variables as predictors of quality of life among bipolar patients and a general population control group. Bipolar patients showed lower scores on all subscales when compared with the control group. They experienced low functioning and less wellbeing at all stages of the disorder. The large impact of BD in some areas awakened interest in knowing clinical predictors related to quality of life and development of clinical intervention strategies<sup>38</sup>. The associations between quality of life and most forms of religious involvement show how necessary it is to broaden its investigation. Identifying and fostering RC strategies can be factors in improving quality of life among BD patients<sup>24,38</sup>.

Disagreement between religious leaders and physicians was reported by 30.7% of the individuals and interference with the treatment by 23.3%. These numbers were higher

than the, respectively, 24% and 19% found by Mitchel and Romans<sup>13</sup>. However, there were no significant differences between different religion denominations. Religious orientation conflicts and interference may cause guilt and ambivalence in patients, whomay sometimes interrupt treatment, causing relapses and its serious consequences. This is a subject which needs to be further explored, along with the development and implementation of strategies to minimize these discrepancies and provide for the joint action of religious groups and doctors in the pursuit of helping our patients<sup>38</sup>.

Limitations of the present study include: since it is a transversal study which only enables establishing associations, making it difficult to evaluate the direction of the association. The exclusion of severe depression and mania cases, therefore it is relevant to better investigate these clinical subtypes in their associations with religiousness. The prevalence of women among the studied population limiting the generalization of the findings for men, since gender is associated with both, religious involvement and mood disorders.

The literature, as well as our data, remarks an important religious and spiritual involvement among bipolar patients<sup>11</sup>. Intrinsic Religiousness and RC were the forms of religious involvement that were most linked to relevant aspects of BD evolution, such as depression and quality of life. For this reason, the number of studies on religious practices and beliefs among BD patients needs to be broadened, as does their relationship to adhesion to treatment, psychotherapy interventions and spiritual-based psychoeducation<sup>39</sup>. Although the design of the study does not allow causal relationships, the set of results points to an impact of religious involvement on clinical aspects of bipolar disorder, a hypothesis to be investigated in longitudinal studies that test Religiousness and RC as predictors of the leading outcomes of BD evolution which can establish causal relationships and indicate clinically relevant areas for evolution and treatment.

## 5 – REFERENCES

1. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. Second Edition. New York: Oxford University Press; 2007: 155-343.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *The Lancet* 2007; 370 (9590): 859-877.
3. Johnson LS, Miller I. Social Support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1999; 108 (4): 558-60.
4. Miklowitz DJ. Psychosocial factors in the course and treatment of bipolar disorder: Introduction to the special section. *J Abnorm Psychol* 1999; 108 (4): 555-7.
5. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (11): 1408–1419.
6. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28 (3): 242-50.
7. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol* 1967; 5(4): 432-43.
8. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxford University press; 2001: 498-507.
9. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol.* 2000; 56 (4): 519-543.
10. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull.* 2003;129 (4): 614-36.
11. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev. Psiq. Clin.* 2009; 36 (5): 190-196.
12. Gallemore JL Jr, Wilson WP, Rhoads JM. The religious life of patients with affective disorders. *Dis Nerv Syst* 1969; 30 (7): 483-7.
13. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *J Affect Disord* 2003; 75(3):247-57.

14. Cruz M, Pincus HA, Welsh DE, Greenwald D, Lasky E, Kilbourne AM. The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010; 12: 68–76.
15. American Psychiatric Association. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR / American Psychiatric Association. Maria Cristina Ramos Gularte; - 4.ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2003: 172-199.
16. Young RC, Nyssewander RW, Scheireber MT. Mania scale scores, sign and simptoms in forty inpatients. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 98-100.
17. Vilela JAA, Loureiro SR. Escala de avaliação de mania de Young– Estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. *Rev. Psiq. Clín.* 1999; 25: 113-9.
18. Dractu L, Ribeiro LC, Calil MH. Escalas de avaliação da depressão e sua utilidade clínica: Hamilton, Montgomery-Asberg e visual analógica do humor. *Rev Assoc Bras Psiquiatr.* 1985; 7: 59-65.
19. Calil MH, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de depressão. *Rev. Psiq. Clin.* 1988; 25: 65-9.
20. Koenig HG, Meador K, Parkerson G. Religion index for psychiatric research: a 5-item measure for use in health outcome studies. *Am J Psychiatry.* 1997; 154: 885-6.
21. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health.* 2010 Nov 24. [Epub ahead of print]
22. Van Hook MP, Rivera JO. Coping with difficult life transitions by older adults: the role of religion. *Social Work & Christianity.* 2004; 31 (3): 233-53.
23. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez LJ. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J. Clin Psychol.* 2000; 56 (4): 519-43.
24. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual: Elaboração e validação do construto. *Psicologia em Estudo* 2005; 10 (3) 507-16.
25. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21: 19-28.

26. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998; 28: 551-8.
27. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2006; 33 (2): 43-54.
28. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord* 2007; 9: 126-143.
29. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski MJB, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev. Psiq. Clin.* 2010; 37: 190-6.
30. Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology.* 1998; 31(5): 234-45.
31. Dantas RC, Pavarin LB, Dalgalarondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999; 21(3): 158-64.
32. Brewerton T. Hyperreligiosity in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182 (5): 302-4.
33. Cothran MM, Harvey PD. Delusional thinking in psychotics: correlates of religious content. *Psychol Rep* 1986; 58: 191-9.
34. Appelbaum OS, Robins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (12): 1938-43.
35. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev. Psiq. Clin.* 2007; 34 (1): 95-104.
36. Gazalle FK, Kapczinski F. Qualidade de vida em pacientes bipolares. In: Fleck MPAF ed. *A avaliação de qualidade de vida – Guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008: 140-6.
37. Phillips III RE, Lakin R, Pargament KI. Development and implementation of spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. *Community Ment Health J* 2002; 38(6):487-95.
38. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord* 2005; 7: 159–165.
39. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faith based health organizations to public health. *International Psychiatry* 2011, 8(3):62-64.

**Table 1 – Demographic, clinical and religious variables of the participants (n=168)**

Socio-demographic	n (%) or mean ( $\pm$ DP)
Age (in years)	46.2 ( $\pm$ 10)
Female	137 (81.5)
Ethnicity	
White	111 (66)
Non-white	57 (34)
Marital status	
Single	47 (28)
Married	64 (39.3)
Separated	40 (23.8)
Widowed	15 (8.9)
Education (in years)	6.85 ( $\pm$ 3.74)
Occupation	
Student	1 (0.6)
Unemployed	21 (12.5)
Informal work	4 (2.4)
Formal work	12 (7.1)
On benefits	42 (26.2)
Retired due to disability	46 (27.4)
Retired due to time served	8 (4.8)
Stay at home	31 (19.0)
Religious Affiliation	
Catholic	90 (53.6)
Evangelical	48 (28.6)
Pentecostal	24 (14.3)
Historic	18 (10.7)
Neo-Pentecostal	6 (3.6)
Others	10 (6)
Spiritualist	7 (4.2)
Afro-Brazilian	2 (1.2)
Other	1 (0.6)
None	20 (11.9)
Religious disagreement towards the treatment	50 (30.7)
Interference in the treatment by the religious leader	38 (23.3)
Suicide attempts	1.35 (0.48)
Hospitalizations before MDP*	4.27 (6.88)
Hospitalizations after MDP	0.52 (1.31)
Mood	
Mania	16 (9.5)
Depression	43 (25.6)
Euthymia	109 (64.9)
Duration of illness (years)	6.69 ( $\pm$ 0.27)

\*MDP: Mood disorders Program

**Table 2 - Multivariate analysis of the relationship between religious involvement items and clinical outcomes, controlling for socio-demographics\* (n=168)**

	n (%)	Depression OR (CI) p	Mania OR (CI) p	Suicide Attempts OR (CI) p	Hospitalization before MDP <sup>#</sup> OR (CI) p	Hospitalization after MDP <sup>#</sup> OR (CI) p
<b>Organizational Religiousness</b>						
Low	59	1	1	1	1	1
High	108 (64.7)	0.67 (0.29 - 1.51) p = 0.33	0.72 (0.18 - 2.91) p = 0.64	1.19 (0.55 - 0.98) p = 0.66	0.98 (0.47 - 2.08) p = 0.97	0.81 (0.33 - 1.95) p = 0.63
<b>Private Religiousness</b>						
Low	33	1	1	1	1	1
High	134 (80.2)	0.85 (0.32 - 2.24) p = 0.74	0.83 (0.14 - 5.04) p = 0.84	0.95 (0.37 - 2.43) p = 0.92	0.59 (0.24 - 1.46) p = 0.26	0.87 (0.31 - 2.40) p = 0.78
<b>Intrinsic Religiousness</b>						
Low	27	1	1	1	1	1
High	140 (83.8)	<b>0.19</b> ( <b>0.06 - 0.57</b> ) <b>p = 0.003</b>	1.05 (0.16 - 6.87) p = 0.95	0.51 (0.19-1.41) p = 0.19	<b>3.69</b> ( <b>1.34 - 10.14</b> ) <b>p = 0.011</b>	2.09 (0.57 - 7.61) p = 0.26
<b>Positive Religious Coping</b>						
Low	31	1	1	1	1	1
High	133 (81.1)	<b>0.25</b> ( <b>0.09 - 0.71</b> ) <b>p = 0.01</b>	0.62 (0.15 - 2.61) p = 0.51	0.44 (0.17- 1.15) p = 0.09	0.71 (0.27 - 1.85) p = 0.49	0.72 (0.23 - 2.23) p = 0.57
<b>Negative Religious Coping</b>						
Low	135 (82.3)	1	1	1	1	1
High	29	2.36 (0.82 - 6.80) p = 0.11	1.53 (0.32 - 7.21) p = 0.59	0.65 (0.22- 1.90) p = 0.44	1.43 (0.51 - 3.96) p = 0.49	1.89 (0.67 - 5.33) p = 0.23
<b>Religious Affiliation</b>						
Catholic	90 (53.6)	1	1	1	1	1
Evangelical	48 (28.6)	1.27 (0.50-3.23) p=0.61	0.57 (0.12-2.74) p=0.48	1.09 (0.47-2.50) p=0.84	1.47 (0.69 - 3.13) p=0.31	1.77 (0.69 - 4.53) p=0.23
Other	10 (6.0)	-	2.04 (0.17-24.98) p=0.58	1.70 (0.30-9.74) p=0.55	0.40 (0.11 - 1.54) p=0.18	0.40 (0.39 - 4.19) p=0.45
None	20 (11.9)	<b>4.21</b> ( <b>1.22-14.52</b> ) <b>p=0.023</b>	0.70 (0.07-7.10) p=0.76	2.83 (0.86-9.32) p=0.08	0.74 (0.28-1.97) p=0.55	1.05 (0.28-4.00) p= 0.94

\*Gender, age, ethnic group, marital status, education, labor condition.

<sup>#</sup>MDP: Mood disorders Program

Statistically significant results are in **bold type**.

**Table 3 - Multivariate analyses of the relationship between religious involvement items and quality of life, controlling for socio-demographics\***

	N	QUALITY OF LIFE Beta Standardized	P
Organizational Religiousness	163	<b>0.188</b>	<b>0.019</b>
Private Religiousness	163	0.101	0.207
Intrinsic Religiousness	163	<b>0.306</b>	<b>&lt;0.001</b>
Positive RC	161	<b>0.264</b>	<b>0.001</b>
Negative RC	161	<b>-0.253</b>	<b>0.001</b>

\*controlled by socio-demographic data: Gender, age, ethnic group, marital status, education, labor status.  
Statistically significant results are in **bold type**.

# Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor

Religiosity and spirituality in bipolar disorder

ANDRÉ STROPPA<sup>1</sup>, ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professor assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

<sup>2</sup> Professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFJF.

Recebido: 23/1/2009 – Aceito: 18/2/2009

---

### Resumo

**Contexto:** Nos últimos vinte anos, estudos sistematizados têm identificado uma relação positiva entre espiritualidade/religiosidade (R/E) e saúde, notadamente saúde mental. Entretanto, são escassas as informações sobre R/E e transtorno bipolar do humor (TBH). Este artigo objetiva revisar as evidências disponíveis sobre estas relações. **Métodos:** Foram cruzadas as palavras “bipolar”, “mania” e “manic” com as palavras “religio\*” e “spiritu\*” nas bases de dados PubMed e PsychINFO em novembro de 2008. Foram encontrados 122 artigos publicados entre os anos de 1957 e 2008. **Resultado:** Os estudos apontam que pacientes bipolares tendem a apresentar maior envolvimento religioso/espiritual, maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação e uso mais frequente de *coping* religioso e espiritual (CRE) que pessoas com outros transtornos mentais. Indicam ainda, uma relação frequente e significativa entre sintomas maníacos e experiências místicas. Os estudos mais relevantes encontrados na literatura foram agrupados nesta revisão em cinco tópicos: delírios místicos, religiosidade e espiritualidade, *coping* religioso-espiritual, recursos comunitários e comunidades tradicionais. **Conclusão:** O TBH e a R/E possuem intensa e complexa inter-relação. Estudos sobre práticas religiosas saudáveis, espiritualidade e recursos de *coping* merecem ser ampliados, bem como sua relação com o cumprimento do tratamento e as recorrências da doença, as intervenções psicoterápicas e a psicoeducação de base espiritual.

Stroppa A, Moreira-Almeida A / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(5):190-6

**Palavras-chave:** Transtorno bipolar, espiritualidade, religiosidade.

---

### Abstract

**Background:** Over the past twenty years, systematic studies have identified a positive relationship between spirituality/religiosity (S/R) and health, especially mental health. Although there is only scant information about S/R and Bipolar Disorder. **Methods:** The words “bipolar”, “mania” and “manic” were crossed with the words “religio\*” and “spiritu\*” in the databases PubMed and PsychINFO in November 2008. It was found 122 articles published between 1957 and 2008. **Results:** The studies indicate that bipolar patients have a greater religious/spiritual concern and involvement, more reports of conversion, experiences of salvation and a more frequent use of spiritual/religious coping, than people with other mental disorders. It also indicates a frequent and significant relationship between manic symptoms and mystical experiences, and changes in the intensity of faith after the onset of the disorder. The most relevant studies in the literature were distributed by subjects: mystical delusions, religiosity and spirituality, spiritual-religious coping, community resources and traditional communities. **Conclusion:** The number of studies about healthy religious practices, spirituality, and coping among bipolar patients should be expanded, as soon as its relation to accession, compliance with treatment and recurrences of the disease. Greater attention should be given to investigate the relationships between religiosity, religious coping, psychotherapeutic interventions, and based-spiritual psychoeducation.

Stroppa A, Moreira-Almeida A / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(5):190-6

**Keywords:** Bipolar disorder, spirituality, religiosity, religiosity and spirituality in bipolar disorder.

## Introdução

A religiosidade e a espiritualidade (R/E) são aspectos importantes na vida da maioria das pessoas e na cultura da maioria dos povos. Desde a antiguidade, espiritualidade e saúde estiveram intimamente relacionadas. No ocidente, religiosos se ocuparam dos cuidados a pessoas enfermas da idade média até bem recentemente. No final do século XIX, a ciência se distanciou da religião, diante da necessidade de se firmar como conhecimento autônomo<sup>1,2</sup>.

Nos últimos vinte anos, estudos sistematizados e bem conduzidos passaram a identificar uma relação positiva entre R/E e saúde. Estudos sugerem que R/E possam ter efeito protetor sobre a saúde e parecem influenciar a saúde física e mental de várias maneiras: (a) por meio de regras de convivência e do desestímulo a comportamentos prejudiciais à saúde, como abuso de álcool e drogas, comportamento violento ou sexual de risco; (b) por meio do uso de crenças religiosas como forma de lidar com situações adversas, como uma doença; (c) por meio da criação de uma rede de suporte social<sup>1-3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima para a próxima década um aumento considerável da participação dos transtornos mentais entre as principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade. O transtorno bipolar do humor (TBH) estará entre as dez principais causas<sup>4</sup>.

## Objetivo

Revisar a literatura científica a respeito da relação entre TBH e religiosidade/espiritualidade.

## Método

As palavras “bipolar”, “mania” e “*manic*” foram cruzadas com as palavras “religio\*” e “*spiritu\**” nas bases PubMed e PsychINFO, no mês de novembro de 2008. Também foram consultados os textos e referências citadas em *Handbook of Religion and Health* (Koenig, 2001) e *Handbook of Religion and Mental Health* (Koenig, 1998). Para a presente revisão foram selecionados primariamente os artigos que apresentavam um desenho metodológico adequado e que investigavam diretamente R/E e TBH.

## Resultados

Foram encontrados 122 artigos publicados entre os anos de 1957 e 2008, visto que os estudos realizados até a década de 1970, em sua maioria, vêem na espiritualidade uma evidência de adoecimento mental. Predominam os relatos de casos voltados para delírios de conteúdo místico, crenças e conversões religiosas, e os estudos realizados a partir da década de 1980 são mais abrangentes, envolvem outros aspectos da relação R/E e TB.

Os estudos mais relevantes foram distribuídos por temas, são eles: delírios místicos, R/E,  *coping* religioso e espiritual (CRE), recursos comunitários e intervenções religiosas e comunidades tradicionais.

### Delírios místicos

Autores clássicos da primeira metade do século XX apontavam esquizofrenia e epilepsia como os transtornos mentais mais frequentemente relacionados com sentimentos e sintomas religiosos. Emil Kraepelin, em 1929, chamou a atenção para a significativa ocorrência de sintomas religiosos entre pacientes bipolares<sup>5</sup>.

Em estudo transversal de 1966, Sedman e Hopkinson<sup>6</sup> estudaram 12 pacientes, sendo sete esquizofrênicos e três bipolares: avaliaram a ocorrência de vivências de influência, alucinações, experiências de conversão e mudanças de humor, acompanhados por vivências místicas e religiosas. Durante o estudo, mudanças de humor ocorreram nos três pacientes bipolares em vigência de mania e se fizeram acompanhar por experiências místicas e religiosas. Quatro dos pacientes esquizofrênicos apresentaram períodos de elevação e depressão do humor, visto que em três deles tais fases de mudança de humor foram acompanhadas também por vivências místicas e religiosas.

Cothran e Harvey<sup>7</sup>, em estudo transversal de 1986, compararam 23 pacientes esquizofrênicos e 18 bipolares, porém não identificaram diferenças nas características dos delírios. A incidência de delírios de conteúdo místico nesse estudo foi igual em ambos os transtornos.

Brewerton<sup>8</sup>, em estudo transversal de 1994, examinou 50 pacientes entre maníacos, esquizofrênicos, esquizofrênicos com alterações eletroencefalográficas, deprimidos em depressão psicótica e pacientes com sintomas psicóticos secundários ao uso de substâncias, sendo cada grupo representado por dez pacientes. Os delírios religiosos foram encontrados em todos os transtornos, com predomínio em pacientes maníacos, seguidos por pacientes com psicoses secundárias ao uso de substâncias psicoativas e esquizofrênicos com alterações eletroencefalográficas.

Em estudo transversal de 1999, Appelbaum *et al.*<sup>9</sup> ao entrevistarem 1.136 pacientes agudamente internados encontraram 328 pacientes delirantes: de 93 pacientes com delírios religiosos, 35,5% tinham diagnóstico de esquizofrenia, 32,9% de transtorno bipolar e 14,3% de transtorno depressivo.

Getz *et al.*<sup>10</sup>, em estudo transversal de 2001, estudaram a influência da atividade religiosa sobre a intensidade de delírios místicos em pacientes cristãos com psicose. Examinaram católicos, protestantes e pacientes sem afiliação religiosa e encontraram que os pacientes protestantes experimentavam mais delírios que os demais, embora não tenham ocorrido diferenças na intensidade destes. Entretanto, quando os grupos foram

recombinados, os pacientes mais religiosamente ativos experimentaram delírios místicos mais intensos.

Hempel *et al.*<sup>11</sup>, em estudo transversal de 2002, examinaram 148 pacientes de uma instituição penal, 18 deles glossolálicos. Segundo os autores, os pacientes glossolálicos eram todos portadores de transtornos do espectro bipolar, com delírios religiosos ou sexuais e hiper-religiosidade.

Alguns autores atribuem a pacientes bipolares a maior frequência de delírios religiosos e místicos, outros relatam igual prevalência entre bipolares e esquizofrênicos. Koenig<sup>3</sup>, entretanto, aponta uma diferença qualitativa entre os delírios de um e de outro: pacientes bipolares apresentam delírios religiosos como intensificação de suas crenças normais e pacientes esquizofrênicos têm delírios místicos autistas e bizarros.

### Religiosidade e espiritualidade

A R/E entre pessoas portadoras de transtornos mentais ainda têm suscitado pouco interesse entre pesquisadores e clínicos. Uma das mais importantes obras dedicadas ao TBH, em sua segunda e recente edição, faz brevíssima referência à relação entre TBH e R/E. Os autores ressaltam que o possível efeito protetor de crenças e práticas religiosas não tem sido estudado em indivíduos com TBH12.

Em 1969, nos Estados Unidos, Gallemore *et al.*<sup>5</sup> realizaram um estudo transversal envolvendo 62 pacientes bipolares e 40 sujeitos-controle de igual idade e sem antecedentes de transtornos mentais. Foi utilizada uma entrevista estruturada abrangendo questões relativas à denominação religiosa, educação religiosa, interesse e vida religiosa, além da postura familiar. Foram observados períodos de dúvida e agnosticismo entre os entrevistados. Os dados para os dois grupos foram comparados evidenciando maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação entre os pacientes bipolares, estivessem bem ou em período crítico da doença.

De modo semelhante Koenig<sup>3</sup> observou entre pacientes bipolares uma maior incidência de experiências místicas em suas vidas religiosas, o que poderia estar relacionada ao incremento da afetividade.

Estudo transversal de 2003, realizado por Mitchel e Romans<sup>13</sup> na Nova Zelândia, envolveu 147 pacientes bipolares. A esses pacientes foi enviado um questionário de crenças religiosas, espirituais, filosóficas e práticas religiosas. Receberam 81 (55%) respostas completas. A identidade étnica predominante era de origem européia (73,9%), seis (7%) eram da etnia maori e cinco (6%) de outros grupos étnicos. A maioria (94%) indicou alguma forma de compreensão religiosa, espiritual ou filosófica a respeito do mundo e relatou uso de suas crenças para lidar com sua doença, e 45% se disseram cristãos de várias denominações. Quanto à prática religiosa, os evangélicos foram mais envolvidos que as denominações tradicionais e liberais. Aqueles que não estiveram bem

nos últimos cinco anos referiram maior envolvimento religioso, mas suas crenças não os ajudaram a lidar com a doença. Não foram observadas diferenças entre idades e gêneros. Encontrou-se uma relação significativa e inversa entre intensidade da crença e cumprimento das prescrições médicas, aqueles com maiores crenças eram piores cumpridores das prescrições médicas. Dezesesseis pacientes (20%) referiram redução de sua fé com o surgimento da doença.

Dantas *et al.*<sup>14</sup>, em estudo retrospectivo realizado em 1999 no Brasil, investigaram o papel das crenças e práticas religiosas sobre a doença mental. O trabalho avaliou dados socioculturais e sintomas psicopatológicos associados à presença e à intensidade de sintomas com conteúdos religiosos. Para isso, revisaram duzentas internações consecutivas realizadas em hospital universitário. A média da idade dos pacientes foi de  $34,4 \pm 13,7$  anos, com 46% de homens ( $n = 92$ ) e as denominações religiosas se distribuíram entre católicos, 59,5% ( $n = 119$ ), protestantes, 20,5% ( $n = 41$ ) e outros, 20,0% ( $n = 40$ ). Quanto ao diagnóstico psiquiátrico: esquizofrenia, 28,0% ( $n = 56$ ), depressão, 24,0% ( $n = 48$ ), mania, 19,0% ( $n = 38$ ), neuroses e transtornos da personalidade, 9,5% ( $n = 19$ ) e outros, 19,5% ( $n = 39$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos religiosos quanto ao diagnóstico e a pontuação média na escala *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Os sintomas religiosos estiveram presentes em 28 pacientes (15,7%), em sua maioria com sintomas do espectro maníaco, mostrando significativa correlação entre sintomas e estados maníacos e experiências místicas.

Kirov *et al.*<sup>15</sup>, em estudo transversal de 1998 na Inglaterra, investigaram em 49 pacientes (33 esquizofrênicos e 16 bipolares) como a doença psicótica influenciou sua fé religiosa e o quanto crenças e práticas religiosas foram usadas como *coping*. A amostra teve importante participação afro-caribenha e altos níveis de atividade religiosa. Dos 49 indivíduos, 34 se declararam religiosos e 15 não religiosos. A maioria dos que se disseram religiosos relatou ter usado sua religião como *coping* (61,2%) e foi observado aumento de crenças religiosas em 12 indivíduos e diminuição em dois após a doença. Três variáveis estiveram relacionadas de maneira significativa à maior frequência de *coping*: ser mulher, não branca e ter TBH. Consoante os autores, pacientes com maior frequência de *coping* apresentaram melhor *insight* de sua doença, resultando em maior adesão ao tratamento medicamentoso. A experiência do adoecimento mental contribuiu para incremento das crenças religiosas nesse estudo.

Soeiro *et al.*<sup>16</sup> publicaram em 2008, no Brasil, estudo transversal que investigou a relação entre prevalência de transtornos mentais, denominação religiosa e religiosidade. Avaliaram 253 pacientes de um hospital geral aplicando um questionário sociodemográfico e um instrumento para o diagnóstico de transtornos mentais (MINI-Plus): quanto ao grau de religiosidade referido,

116 (43,2%) pessoas se disseram muito religiosas, 129 (46,9%), religiosas, 27 (9,8%), pouco religiosas e três (1,1%), não religiosas. A intensidade do envolvimento religioso foi moderadamente associada com maior ocorrência de transtornos mentais, sobretudo com o transtorno bipolar. Os pacientes não religiosos e muito religiosos estiveram relacionados a maior adoecimento mental quando comparados a pessoas religiosas.

Vários autores apontam uma menor ocorrência de sintomas religiosos e místicos nos quadros depressivos, em uma relação inversa entre sintomas religiosos e depressivos. Frequentemente, crenças e práticas religiosas relacionam-se a menores índices de sintomas depressivos. Os sintomas psicóticos em quadros depressivos podem ter efeito difuso sobre as crenças religiosas das pessoas. Predominam delírios de culpa, menos-valia e ruína, podendo tomar um significado religioso para o paciente. As pessoas deprimidas têm menor frequência de experiências religiosas e menor crença em Deus, com maiores sentimentos de culpa pela falta de fé ou perda de sua fé<sup>14,15</sup>.

Os estudos evidenciam a especial importância dos aspectos religiosos e místicos na vida de pacientes bipolares, bem como a maior frequência com que utilizam suas crenças religiosas para lidar com situações de estresse e com sua doença. Gallemore *et al.*<sup>5</sup> apontaram diferenças entre certos aspectos da R/E em pacientes bipolares e controles normais, como maior frequência de experiências de conversão e salvação. Koenig<sup>3</sup> apontou a maior incidência de sintomas místicos e atribuiu às peculiaridades afetivas da doença. Dantas *et al.*<sup>14</sup> encontraram uma relação significativa entre sintomas de mania e sintomas místicos. Kirov *et al.*<sup>15</sup> encontraram entre as mulheres não brancas e portadoras de TBH a maior frequência de uso de *coping* religioso e espiritual em seu estudo. Soeiro *et al.*<sup>16</sup> apontaram o TBH como o transtorno mental mais frequentemente associado à intensidade do envolvimento religioso. Em suma, fica evidenciado pela literatura disponível a significativa relação do TBH com mais frequentes experiências religiosas e espirituais, bem como maior influência de RE em suas vidas.

### **Coping religioso e espiritual**

*Coping* pode significar lidar, manejar, adaptar-se ou enfrentar. Trata-se de um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente, com a função de reduzir ou suportar uma situação estressora que exceda os recursos do indivíduo. *Coping* religioso e espiritual (CRE) é o modo como pessoas utilizam sua fé em situações de estresse e dificuldade em suas vidas<sup>18</sup>.

Reger e Rogers<sup>19</sup>, em 2002 nos Estados Unidos, estudaram CRE entre pessoas com transtornos mentais crônicos. O estudo investigou o número de estratégias usadas, o tempo de uso e a percepção de ter sido ajudado. Participaram do estudo 415 pessoas com transtornos

mentais persistentes, sendo 149 (36%) esquizofrênicos, 80 (19%) depressivos, 69 (17%) esquizoafetivos, 58 (14%) bipolares e 59 (14%) com outros transtornos psicóticos, do humor e ansiedade. Os resultados apontaram alta prevalência e importância do uso de CRE na amostra. Para os autores o CRE foi mais evidente, duradouro e variado em pacientes esquizofrênicos, esquizoafetivos e bipolares. Esses pacientes usaram o CRE por mais tempo e perceberam mais benefícios ao lidar com frustrações e dificuldades diárias.

Phillips e Stein<sup>20</sup>, em 2007 nos Estados Unidos, investigaram o CRE e sua relação com as variáveis demográficas e religiosas em um estudo longitudinal, com um grupo-controle de estudantes universitários e duração de um ano. Foram estudados 48 adultos jovens esquizofrênicos e bipolares. Utilizaram três subescalas de RCOPE (Pargament *et al.*, 2000): uma de CRE positivo e duas de CRE negativo. Aqueles com transtorno mental grave usaram as mesmas formas de CRE que os jovens do grupo-controle. Foi, entretanto, estatisticamente significativo o uso de CRE negativo entre os indivíduos com transtorno mental grave no tempo inicial do estudo. Os autores chamam a atenção para o fato de que pessoas com transtorno mental grave usam formas de CRE positivas e negativas, mas formas negativas merecem atenção por trazerem prejuízo significativo para os pacientes.

Pollack *et al.*<sup>21</sup>, em estudo transversal de 2000 nos Estados Unidos, compararam 80 indivíduos brancos e 42 negros bipolares hospitalizados e encontraram entre os pacientes negros melhores recursos internos cognitivos, emocionais e espirituais. O enfrentamento mais frequente de situações adversas, uma visão mais positiva dos problemas e uma maior preocupação religiosa durante a educação foram apontados pelos autores como aprendizados que persistiram na vida adulta.

Em pacientes bipolares o CRE é frequentemente utilizado, muitas vezes benéfico e variado. São utilizadas estratégias de *coping* positivas que resultam em bem-estar, confiança e calma. Mas, também, negativas que encerram culpa, medo e autodesvalorização, sentimentos desvantajosos para a saúde psíquica. Atividades psicoeducacionais podem orientar estratégias de CRE com importante benefício para pacientes religiosos.

### **Recursos comunitários e intervenções religiosas**

Um importante salto de qualidade no tratamento do TBH foi dado com o uso dos sais de lítio e outros estabilizadores do humor. Entretanto, ainda são frequentes as reagudizações. Vários autores têm demonstrado a importância da associação de tratamento farmacológico com abordagens psicossociais<sup>21</sup>.

Pollack *et al.*<sup>22</sup> chamam a atenção para a relevância de questões, como adesão ao tratamento e estressores capazes de precipitar novos episódios. Vários fatores têm sido relacionados com maior recorrência do TBH:

suporte social inadequado, desajuste em atividades sociais e de lazer, má qualidade das relações interpessoais, principalmente familiares.

Chakrabarti *et al.*<sup>23</sup>, em 1992, na Índia, estudaram 90 pacientes portadores de transtorno do humor e observaram que a sobrecarga referida por familiares de pacientes bipolares era maior que a referida por familiares de pacientes depressivos. Essa maior sobrecarga era atribuída aos reflexos sociais causados pela ocorrência da mania. O número de episódios de mania, a duração da doença, a severidade e a disfunção das fases foram determinantes da maior sobrecarga.

Stueve *et al.*<sup>24</sup> em 1997, nos Estados Unidos, investigaram a sobrecarga percebida por cuidadores negros, brancos e latinos de pacientes bipolares. Negros tenderam a referir menor sobrecarga que brancos e latinos. Entre as causas apontadas estava o maior envolvimento religioso identificado entre os negros, o que funcionava como importante recurso de *coping* e rede de apoio social e emocional.

Phillips *et al.*<sup>25</sup>, em estudo aberto e não controlado de 2002, nos Estados Unidos, utilizando recursos religiosos, métodos de *coping* e técnicas de grupo desenvolveram um programa de tratamento dirigido a pessoas com transtornos mentais graves. Foi selecionado um grupo de dez pacientes, todos brancos, a maioria do sexo feminino, portadores de vários transtornos mentais. O programa de tratamento foi constituído por sete encontros semanais de 90 minutos de duração cada e formato psicoeducacional. Foram abordadas questões relacionadas a conflitos espirituais, recursos religiosos e sua influência sobre a doença. Os participantes referiram maior compreensão de seus sentimentos, de suas preocupações espirituais e relações interpessoais.

A preocupação com o desenvolvimento de estratégias psicossociais ganha cada vez maior importância para quem trabalha e quem pesquisa TBH. A qualidade do suporte social, das atividades sociais e das relações interpessoais tem sido relacionada com menor recorrência da doença. É provável que R/E façam diferença para pacientes bipolares ao proporcionarem, com frequência, suporte social e relações interpessoais de boa qualidade.

#### Comunidades tradicionais

Comunidades tradicionais, com frequência, relacionam transtornos mentais a causas espirituais. Suas crenças acerca de saúde e doença não são substituídas por conceitos médicos, o que deve ser considerado na condução do tratamento. Em estudo na Nova Zelândia sobre religiosidade e *coping* pessoas da etnia maori referiram conflitos entre sua compreensão de doença e o modelo médico ocidental, com prejuízos para o cumprimento do tratamento<sup>13,26</sup>.

Raguram *et al.*<sup>26</sup> em estudo aberto e não controlado, em 2002 na Índia, descreveram o tratamento de 31 pes-

soas com transtornos psicóticos graves, dentre os quais três pacientes bipolares. Os pacientes foram tratados em um templo hindu durante seis semanas, sem o uso de terapêuticas biológicas. Os autores observaram redução de 20% nos escores de sintomas psiquiátricos medidos pela escala BPRS.

Egeland *et al.*<sup>27</sup>, em estudo aberto e não controlado realizado em 1983 nos Estados Unidos, revisaram alguns dos fatores culturais mais comuns e relevantes para o diagnóstico do TBH entre os *Old Order Amish (amish)*. Os *amish* formam uma comunidade religiosa cristã bastante tradicional em seus usos e costumes. Um médico não familiarizado com a cultura pode ter dificuldade para identificar uma fase de mania. Também a temática religiosa de uma pessoa de outra cultura pode ser facilmente tomada por vivência psicótica. O diagnóstico de esquizofrenia em pacientes bipolares *amish* foi recorrente por longo tempo, em razão de desconhecimento ou desvalorização das diferenças culturais.

Muitos pacientes bipolares relatam conflito significativo entre médicos e conselheiros religiosos sobre como entender e lidar com sua doença. É frequente que psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental ignorem ou critiquem crenças religiosas de seus pacientes. É também frequente que líderes religiosos tenham reservas em relação aos tratamentos em saúde mental. Entretanto, pacientes psiquiátricos dão grande importância às suas crenças e atribuem a elas um papel importante no lidar com sua doença. Vários autores têm identificado problemas para pacientes que têm um modelo de doença muito diferente de seus médicos, resultando em pior adesão ao tratamento. Os resultados sugerem ser essa uma área que merece esforços no sentido de reduzir as incertezas existentes<sup>15,17</sup>.

Comunidades tradicionais chamam a atenção para a diversidade cultural e os paradigmas diferentes de doença. Os maori tiveram menor adesão ao tratamento em razão de sua compreensão de doença muito diversa do modelo médico ocidental. Os *amish* foram diagnosticados erradamente por décadas em razão das diferenças culturais não consideradas<sup>13,27</sup>.

#### Discussão

Mania e depressão são dois momentos de um mesmo transtorno mental, e sintomas psicóticos uma evidência da gravidade desses momentos (fases). Nesta revisão a literatura frequentemente tratou o TBH como parte dos transtornos psicóticos, e raramente o relacionou à depressão<sup>5-9</sup>.

Apesar da importante prevalência e gravidade do TBH, sua relação com R/E ainda é pouco conhecida. Os estudos obtidos apontam maior ocorrência de relatos de conversão religiosa e experiências de salvação entre pacientes bipolares do que entre pacientes com outros transtornos mentais, além de maior frequência de delírios de conteúdo místico na vigência de mania<sup>5,7,9,14-16</sup>.

Os pacientes bipolares estão entre aqueles que com maior frequência utilizam CRE, mas não se sabe se predominam CRE positivo ou negativo. Ainda se conhece pouco sobre estratégias de CRE usadas por esses pacientes e como lidar com sua R/E em seu benefício<sup>13,19-21</sup>.

Não se sabe se R/E e CRE poderiam influenciar a adesão ao tratamento e reduzir a ocorrência de fases de adoecimento ou a necessidade de internação hospitalar em uma realidade socioeconômica, cultural e religiosa como a latino-americana. Não se encontrou na literatura qualquer estudo comparando R/E e CRE em pacientes bipolares quando maníacos, eufímicos ou depressivos, o que deixa em aberto muitas questões relacionadas à doença e à religiosidade no TBH.

Diante da frequência com que pacientes bipolares se dizem religiosos, estratégias de tratamento psicossocial de conteúdo espiritual podem constituir-se em uma forma de auxiliar e dar qualidade ao tratamento farmacológico<sup>19-21,26,27</sup>.

Os estudos acerca de comunidades tradicionais e grupos étnicos abordam conflitos de paradigmas de doença entre pacientes e profissionais de saúde. Estas pesquisas apontam a repercussão negativa desse conflito sobre o tratamento, mas também apontam a possibilidade de conciliação de estratégias de tratamento associadas ao respeito a crenças e cultura locais. Os benefícios de uma associação entre os recursos da medicina convencional e outras tradições devem ser considerados em nome do bem-estar de muitas pessoas com crenças religiosas e espirituais<sup>13,15,26,27</sup>.

Para alguns autores, delírios místicos são mais frequentemente encontrados entre bipolares e esquizofrênicos. Entretanto, existe na literatura de grande parte do século XX um fator complicador no diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e TBH, com o TBH subdiagnosticado por muitas décadas. Na medida em que o TBH vem sendo mais frequentemente identificado também sua relação com R/E tem se tornado mais clara<sup>5-9,14-16,17</sup>.

Nesta revisão três estudos indicam igual ocorrência de delírios místicos e religiosos entre pacientes bipolares e esquizofrênicos. Outros cinco estudos apontam a coincidência entre sintomas maníacos e maior ocorrência de sintomas místicos<sup>6-9,11,14-16</sup>. O estudo de Sedman e Hopkinson<sup>6</sup> aponta para uma frequente coincidência entre a ocorrência de delírios místicos e alterações do humor. Apesar da pequena amostra, os três pacientes diagnosticados como bipolares e três dos quatro pacientes diagnosticados como esquizofrênicos apresentaram delírios místicos durante período de exaltação do humor. Essa mesma correlação entre delírios místicos e sintomas maníacos foi apontada por Dantas *et al.*<sup>14</sup>.

Koenig<sup>17</sup> defende, em recente revisão, que delírios religiosos existem em um *continuum* entre crenças normais e fantásticas. Sua maior ocorrência estaria ligada a fatores como diagnóstico, gravidade do trans-

torno mental e intensidade do envolvimento religioso do indivíduo.

## Conclusão

Existem evidências de uma maior 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 R/E no TBH.

Estratégias psicoeducacionais e psicoterápicas que abordem questões espirituais podem se constituir em importante instrumento no tratamento de pessoas com TBH. É importante conhecer técnicas de psicoeducação de base espiritual usadas com êxito em outras culturas e desenvolver técnicas aplicáveis a uma realidade afro-latino-americana como a brasileira, rica em suas manifestações religiosas e no papel em que R/E exercem na vida das pessoas e de suas comunidades.

## Referências

1. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006(3);28:242-50.
2. Koenig HG, McCullough M, Larson DBB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed.* New York: Oxford University Press; 2001.
3. Koenig HG. *Handbook of religion and mental health.* New York: Academic Press; 1998.
4. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):859-77.
5. Gallemore JL Jr, Wilson WP, Rhoads JM. The religious life of patients with affective disorders. *Dis Nerv Syst.* 1969;30(7):483-7.
6. Sedman G, Hopkinson G. The psychopathology of mystical and religious conversion experiences in psychiatric patients. A phenomenological study II. *Confin Psychiatr.* 1966;9(2):65-77.
7. Cothran MM, Harvey PD. Delusional thinking in psychotics: correlates of religious content. *Psychol Rep.* 1986;58(1):191-9.
8. Brewerton TD. Hyperreligiosity in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182(5):302-4.
9. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry.* 1999;156(12):1938-43.
10. Getz GE, Fleck DE, Strakowski SM. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. *Psychiatry Res.* 2001;103(1):87-91.
11. Hempel AG, Meloy JR, Stern R, Ozone SJ, Gray BT. Fiery tongues and mystical motivations: glossolalia in a forensic population is associated with mania and sexual/religious delusions. *J Forensic Sci.* 2002;47(2):305-12.
12. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness.* 2. ed. New York: Oxford University Press; 2007. p. 262.
13. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *J Affect Disord.* 2003;75(3):247-57.
14. Dantas CR, Pavarin LB, Dalgallarrondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(3):158-64.
15. Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology.* 1998;31(35):234-45.

16. Soeiro RE, Colombo ES, Ferreira MH, Guimarães PS, Botega NJ, Dalgalarondo P. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(4):793-9.
17. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev. Psiq. Clín.* 2007;34 Suppl 1:95-104.
18. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação do construto. *Psicologia em Estudo*. 2005;10(3):507-16.
19. Reger GM, Rogers SA. Diagnostic differences in religious coping among individuals with persistent mental illness. *J Psychol Christianity*. 2002;21(4):341-8.
20. Phillips RE 3rd, Stein CH. God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *J Clin Psychol*. 2007;63(6):529-40.
21. Johnson SL, Winett CA, Meyer B, Greenhouse WJ, Miller I. Social support and the course of bipolar disorder. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(4):558-66.
22. Pollack LE, Harvin S, Cramer RD. Coping resources of African-American and white patients hospitalized for bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2000;51(10):1310-2.
23. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;86(3):247-52.
24. Stueve A, Vine P, Struening EL. Perceived burden among caregivers of adults with serious mental illness: comparison of black, Hispanic, and white families. *Am J Orthopsychiatry*. 1997;67(2):199-209.
25. Phillips RE 3rd, Lakin R, Pargament KI. Development and implementation of a spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. *Community Ment Health J*. 2002;38(6):487-95.
26. Raguram R, Venkateswaran A, Ramakrishna J, Weiss GM. Traditional community resources for mental health: a report of temple healing from India. *BJM*. 2002;325 (7354):38-40.
27. Egeland JA, Hostetter AM, Eshleman SK 3rd. Amish study III: the impact of cultural factors on diagnosis of bipolar illness. *Am J Psychiatry*. 1983;140(1):67-71.

da variável.

## 5) RESULTADOS

### 5.1) Perfil Sociodemográfico

Na população estudada foi observado predomínio de indivíduos do sexo feminino (81,5%), brancos (66,1%), católicos (53,6%) e afastados do trabalho em razão de doença (53%).

Tabela 1 – Distribuição por idade, sexo, cor, *status* marital, situação laborativa e denominação religiosa

<b>Dados Sociodemográficos</b>	<b>n (%) ou média (<math>\pm</math> DP)</b>
Idade (em anos)	46.2 ( $\pm$ 10)
Sexo Feminino	137 (81.5)
Cor	
Branco	111 (66)
Pardo e Negro	57 (34)
Situação conjugal	
Solteiro	47 (28)
Casado	64 (39.3)
Separado	40 (23.8)
Viúvo	15 (8.9)
Escolaridade (em anos)	6.85 ( $\pm$ 3.74)
Ocupação	
Estudante	1 (0.6)
Desempregado	21 (12.5)
Trabalho Informal	4 (2.4)
Trabalho Formal	12 (7.1)
Benefício Previdenciário	42 (26.2)
Aposentado por Invalidez	46 (27.4)
Aposentado por Tempo	8 (4.8)
Do lar	31 (19.0)

### 5.2) Denominação Religiosa, Discordância e Interferência no Tratamento

Tabela 2 – Distribuição por denominação religiosa, discordância e interferência no tratamento

<b><i>Denominação religiosa</i></b>	<b><i>n (%) ou média (± DP)</i></b>
- Católico	90 (53.6)
- Evangélico Pentecostal	24 (14.3)
- Evangélico Histórico	18 (10.7)
- Espírita	7 (4.2)
- Evangélico Neopentecostal	6 (3.6)
- Afro-brasileira	2 (1.2)
- Outra	1 (0.6)
Nenhuma	20 (11.9)
Discordância religiosa em relação ao tratamento	50 (30.7)
Interferência no tratamento pelo líder religioso	38(23,3)
Religiosidade Organizacional	64,7
Religiosidade Privada	80,2
Religiosidade Intrínseca	83,8
CRE Positivo	81,1
CRE Negativo	17,7

Observou-se alta frequência referida de discordância religiosa (30,7%) e interferência no tratamento (23,3%) entre a população estudada. Entretanto, não houve associação significativa destes dois itens com nenhum grupo de denominação religiosa.

### **5.3) Estado de Humor, Tempo de Doença, Tentativas de Suicídio e Internações**